

84000

88000



104000

104000



HOSPITAL PABLO VI BOSA
Empresa Social del Estado

Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa

DIAGNOSTICO LOCAL PARTICIPACION SOCIAL LOCALIDAD SEPTIMA DE BOSA 2009 - 2010

100000

100000



Limite de Barrio

Limite de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



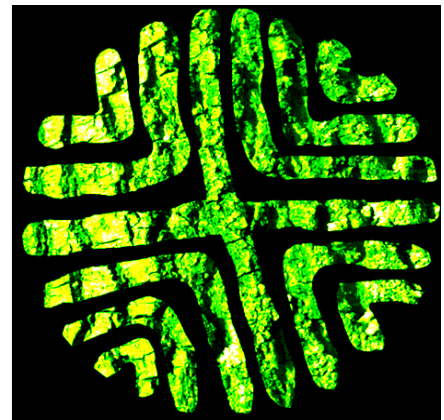
GOBIERNO DE LA CIUDAD

DIAGNÓSTICO LOCAL
CON PARTICIPACIÓN SOCIAL

BOSA
2009

REWOAYA/RENACIMIENTO

Símbolo Representativo de la Cultura Muisca



CONTENIDO

CONTENIDO	3
TABLAS.....	11
GRAFICOS	13
MAPAS	14
FOTOS.....	17
CRÉDITOS.....	18
INTRODUCCIÓN	20
MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	22
1. ANALISIS DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO - POBLACION – AMBIENTE	24
2.1 CARACTERISTIGAS GEOGRÁFICAS Y AMBIENTALES.....	24
2.1.1 GEOMORFOLOGÍA Y SUELOS.....	24
2.1.2 HIDROLOGÍA.....	24
2.1.3 TEMPERATURA.....	27
2.1.4 PRECIPITACIÓN.....	27
2.1.5 VIENTOS	28
2.1.6 ZONAS DE AMENAZA AMBIENTAL	28
2.1.7 ZONAS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL	30
2.2 PROBLEMÁTICAS AMBIENTALES RELACIONADAS CON LA SALUD-PERFIL PROTECCIÓN DETERIORO	31
2.2.1 CONTAMINACIÓN HÍDRICA	33
2.2.2 CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA	35
2.2.3 TENENCIA INADECUADA DE ANIMALES	36
2.2.4 MANEJO INADECUADO DE RESIDUOS SÓLIDOS	39
2.2.5 CONTAMINACIÓN DE ALIMENTOS	41
2.2.6 VECTORES.....	43
2.2.7 MOVILIDAD	44
2.2.8 RUIDO.....	45
2.3 DINÁMICA TERRITORIAL.....	47
2.3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DEL TERRITORIO	47
2.3.2 LA NOCIÓN DEL TERRITORIO.....	48
2.3.3 DIVISIÓN POLITICO ADMINISTRATIVA.....	48
Tabla 1. Distribución de Hectáreas por UPZ y número de Barrios.....	50
2.3.4 MICROTERRITORIOS.....	51
2.3.5 USOS DEL SUELO	53

2.4	ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN LOCAL.....	53
2.5	DINÁMICA SOCIODEMOGRÁFICA.....	60
2.5.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	60
2.5.1.1	Esperanza de vida.....	60
	Gráfica 1. Esperanza de Vida al Nacer por Sexo. 2005-2010.....	61
2.5.1.2	Natalidad, Fecundidad y Mortalidad.....	61
	Tabla 2. Tasas de Natalidad, Fecundidad y Mortalidad Localidad Bosa 1999 2009.....	62
	Tabla 3. Nacidos vivos hijos de madres adolescentes residentes en Bosa 1999 – 2009.....	63
2.5.1.3	Crecimiento poblacional.....	63
2.5.1.4	Densidad poblacional.....	64
	Tabla 4. Densidad Poblacional Distrito Bogotá y Localidad Bosa 2009.....	64
2.5.2	CONDICIONES POBLACIONALES.....	65
2.5.2.1	Composición de la población.....	65
	Gráfica 2. Pirámide poblacional Bosa Proyecciones 2009.....	65
	Tabla 5. Distribución de subetapas del ciclo vital.....	66
	Tabla 6. Población Proyectada por Etapas de ciclo Vital 2009.....	72
	FUENTE: PROYECCIONES DE POBLACIÓN PARA BOGOTÁ D.C LOCALIDADES DANE 2005 Y SDP 2000 2015.....	72
2.5.2.2	Familias de la localidad.....	72
2.5.3	Población diferencial.....	73
2.5.3.1	Población étnica.....	73
	Gráfica 3. Distribución de las familias pertenecientes a grupos étnicos en la Localidad de Bosa 2008.....	74
2.5.3.2	Población en condición de discapacidad.....	75
	Gráfica 4. Distribución de la población caracterizada en condición de discapacidad por género y etapa de ciclo vital Bosa 2005 - 2007.....	75
	Tabla 7. Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones.....	76
	Tabla 8. Distribución de personas con discapacidad según limitaciones o dificultades Localidad Bosa 2005 2007.....	77
2.5.3.3	Población en situación de desplazamiento.....	79
2.5.3.4	Población con Orientación Sexual e Identidad de Género.....	80
2.5.4	INDICADORES SOCIOECONÓMICOS.....	83
2.5.4.1	Estratificación socioeconómica.....	83
	Tabla 9. Distribución de los estratos en Bosa.....	83
	Tabla 10. Clasificación de estrato socioeconómico según Población, manzanas, viviendas y Hogares Localidad de Bosa 2009.....	84
2.5.5	Condiciones de vida.....	84
2.5.5.1	Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.....	84
	Tabla 11. Clasificación de hogares y personas por NBI Localidad de Bosa y Distrito 2007.....	85
2.5.5.2	Línea de Pobreza.....	85
2.5.5.3	Índice de Condiciones de Vida ICV.....	86
2.5.5.4	Índice de Desarrollo Humano IDH.....	87
	Tabla 12. Índice de Desarrollo Humano Urbano 2007.....	87
2.5.5.5	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales SISBÉN.....	87
2.6	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	88

2.6.1	MORTALIDAD	88
2.6.1.1	Mortalidad General.....	88
	Gráfica 5. Mortalidad General Localidad Bosa – Bogotá 2005- 2007	88
2.6.1.2	Primeras causas de mortalidad en Bosa por edad específica	88
	Tabla 13. Primera Causa de Mortalidad según edad Bosa 2007	89
2.6.1.3	Mortalidad Infantil.....	89
	Gráfica 6. Tasa de Mortalidad Infantil Localidad Bosa 1999 – 2009.....	90
2.6.1.4	Mortalidad Materna	90
	Gráfica 7. Razón de Mortalidad materna Localidad de Bosa y Bogotá 2000 – 2009	91
2.6.1.5	Mortalidad Perinatal.....	91
	Gráfica 8. Tasa de Mortalidad perinatal Hospital Pablo VI, Bosa y Bogotá 2000 2009	92
2.6.1.6	Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años	92
	Gráfica 9. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.....	92
2.6.1.7	Mortalidad por EDA en menores de 5 años.....	93
	Gráfica 10. Mortalidad por EDA en menores de 5 años	93
2.6.1.8	Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 Años	93
	Gráfica 11. Tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años Bosa Bogotá 1999 2009.....	94
2.6.1.9	Conducta Suicida.....	94
	Tabla 14. Intento de suicidio 2006 2008 y suicidio consumado 2005 2009 Bosa Bogotá.	95
2.6.2	MORBILIDAD LOCAL	95
2.6.2.1	Morbilidad por Hospitalización.....	95
	Tabla 15. Frecuencia y Porcentaje por género de atenciones en el Servicio de Hospitalización por RIPS. Hospital Pablo VI Bosa ESE I Nivel, 2009.....	96
2.6.2.2	Morbilidad por Consulta Externa	96
	Tabla 16. Frecuencia y Porcentaje de atenciones por género en el Servicio de Consulta Externa por RIPS. Hospital Pablo VI Bosa ESE Nivel I, 2009.....	97
2.6.2.3	Morbilidad por Urgencias	97
	Tabla 17. Frecuencia y Porcentaje de atenciones en el Servicio de Urgencias por RIPS. En menores de 1 año. Hospital Pablo VI Bosa. ESE Nivel I. 2009.....	98
2.6.3	OTROS INDICADORES EN SALUD	98
2.6.3.1	Violencia Intrafamiliar.....	98
	Tabla 18. Comportamiento de violencia intrafamiliar 2009.....	99
	Gráfico 11. Comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar por tipo de violencia y Etapa de Ciclo vital Bosa 2009	99
2.6.3.2	Bajo peso al nacer	100
	Gráfica 12. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer Localidad de Bosa Bogotá 2000 – 2009.....	100
2.6.3.3	Estado Nutricional en las Gestantes	101
	Gráfica 13. Comportamiento del estado nutricional de gestantes 2003 - 2009.....	101
2.6.3.4	Desnutrición en menores de 10 años	101
	Tabla 19. Comportamiento de la desnutrición en menores de diez años para el distrito Bogotá 1999 – 2007	102
	Tabla 20. Comportamiento desnutrición aguda, global y crónica 1999 - 2009 Localidad de Bosa.	102
	Gráfica 14. Comportamiento del indicador Peso/Talla Localidad Bosa 1999 - 2009.....	103
	Gráfica 15. Comportamiento del indicador Peso/Edad Localidad Bosa 1999 - 2009	103
	Gráfica 16. Comportamiento del indicador Talla/Edad Localidad Bosa 1999 - 2009	104

2.6.3.5	Prevalencia de lactancia materna exclusiva	104
	Tabla 21. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses notificados al SISVAN 2009	105
2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN – CONSUMO – TERRITORIO – POBLACIÓN – AMBIENTE.....		106
2.1	ACCESO A BIENES Y SERVICIOS.....	106
	Tabla 22. Número de equipamientos por sector Localidad de Bosa. 2009	106
2.1.1	SALUD.....	107
	Tabla 23. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ Localidad Bosa.....	108
2.1.2	EQUIPAMIENTOS EN BIENESTAR SOCIAL	109
	Tabla 24. Número de equipamientos de bienestar por UPZ Localidad Bosa	109
2.1.3	VIVIENDA.....	109
2.1.4	VÍAS Y TRANSPORTE	110
2.1.5	EDUCACIÓN.....	111
	Tabla 25. Número de Establecimientos Educativos por UPZ Localidad Bosa 2009	112
	Tabla 26. Demanda Efectiva por tipo de Colegio. Año 2009	113
2.1.6	SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	114
2.1.6.1	Disponibilidad de alimentos en Bosa	114
2.1.6.2	El Acceso a los Alimentos en la Localidad de Bosa	117
2.1.6.3	El Consumo de los Alimentos en la Localidad de Bosa	119
2.1.7	Recreación – Actividad Física	120
	Tabla 27. Número y extensión de parques clasificados por tipo según UPZ. 2008.	121
2.1.8	Seguridad	122
2.1.9	CULTURA	122
2.2	CONDICIONES LABORALES EN LA LOCALIDAD DE BOSA.....	123
	Gráfica 17. Indicador de fuerza laboral para la Localidad de Bosa	124
2.2.1	Organización social y productiva del trabajo.....	124
	Tabla 28. Actividad ocupacional de la población Localidad de Bosa 2007	126
2.3	EL TRABAJO EN BOSA Y SU IMPACTO EN SALUD	128
	Tabla 29. Actividad ocupacional de las Unidades de Trabajo Informal intervenidas por Salud al Trabajo en la Localidad de Bosa año 2009	129
2.3.1	Afiliación a Seguridad Social	130
2.3.1.1	Afiliación a Salud.....	131
	Tabla 30. Afiliación de la población a Salud por actividad económica, ciclo vital y género.	131
2.3.1.2	Afiliación a pensiones	132
2.3.1.3	Etnias	132
2.3.1.4	Desplazados	132
2.3.1.5	Tipo de contratación	133
2.3.1.6	Forma de Pago	134
2.3.1.7	CONDICIONES DE TRABAJO	135
2.4	FACTOR DE RIESGO PRIORIZADO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA REALIZADA.....	135
	Tabla 31. Factores de riesgo ocupacionales por actividad económica	136
2.5	SINTOMATOLOGÍA REFERIDA POR LOS TRABAJADORES	137
2.6	TRABAJO INFANTIL.....	138

Tabla 32. Relación género, edad y actividad económica (5 a 11 años)	139
Tabla 33. Relación género, edad y actividad económica niños de 12 a 14 años	140
2.7 TRABAJO PROTEGIDO – LAS Y LOS JÓVENES TRABAJADORES CON EDADES ENTRE LOS 15 A 17 AÑOS.....	141
Tabla 34. Relación género, edad y actividad económica niños de 15 a 17 años	141
3 ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL POBLACIÓN TERRITORIO	143
3.1 CONSIDERACIONES PRELIMINARES.....	143
3.2 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS TERRITORIOS GSI	149
Tabla 35. Clasificación de la población por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009	149
Tabla 36. Clasificación de las viviendas por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009	150
Tabla 37. Clasificación de hogares por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009	150
3.2.1 <i>Proyección Poblacional de los territorios GSI 2009</i>	150
Tabla 38. Proyecciones poblacionales por UPZ Localidad Bosa 2009.....	151
3.3 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN EL TERRITORIO GSI APOGEO	151
Gráfica 18. Proyecciones Poblacionales UPZ 49 El Apogeo 2009	152
3.3.1 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	154
TABLA 39. Unidades de Trabajo Informal Territorio Apogeo.	154
TABLA 40. Riesgos en Salud Ocupacional 2009 Territorio Apogeo.....	155
3.3.2 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	155
TABLA 41. Instituciones Educativas Distritales Territorios GSI 2009	156
Tabla 42. Eventos de notificación obligatoria SIVIGILA hospital Pablo VI Bosa 2009	160
3.3.3 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	165
3.3.4 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	167
3.3.5 <i>Núcleo Problemático:</i>	168
3.4 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 84 BOSA OCCIDENTAL.....	170
Gráfica 19. Proyecciones Poblacionales UPZ 84 Bosa.....	170
3.4.1 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	171
3.4.2 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	174
3.4.3 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	183
3.4.4 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	187
3.4.5 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO</i>	188
3.5 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 85 BOSA CENTRAL.....	190
Gráfico 20. Proyecciones Poblacionales UPZ 85 Bosa Centro 2009.....	190
3.5.1 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	193
3.5.2 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	195
3.5.3 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	212
3.5.4 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	221
3.5.5 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	223
3.6 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 86 PORVENIR	225
Gráfico 21 . Proyecciones Poblacionales UPZ 86 Porvenir 2009.....	226
3.6.1 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	227
3.6.2 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	231
3.6.3 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	240
3.6.4 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO:</i>	244
3.6.5 <i>NÚCLEO PROBLÉMICO</i>	245

3.6.6	NÚCLEO PROBLÉMICO:	246
3.7	3.5 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 87 TINTAL SUR.....	248
	Grafico 21. Proyecciones poblacionales 2009 upz 87 tintal sur.	248
3.7.1	NÚCLEO PROBLÉMICO:	250
3.7.2	NÚCLEO PROBLÉMICO:	252
3.7.3	NÚCLEO PROBLÉMICO:	258
3.7.4	NÚCLEO PROBLÉMICO	261
3.7.5	NÚCLEO PROBLÉMICO	262
4	ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RESPUESTA	264
4.1	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NÚCLEO DE PRODUCTIVIDAD:.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1	RESPUESTA INSTITUCIONAL:	415
4.1.1.1	Objetivos y metas de salud y trabajo.....	415
4.1.1.2	Respuesta desde el Ámbito Laboral.....	267
4.1.1.3	Respuesta desde Gestión Local.....	267
4.1.2	RESPUESTA INTERSECTORIAL:	419
4.1.2.1	SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO – SDE	268
4.1.2.2	INSTITUTO PARA LA ECONOMÍA SOCIAL IPES.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.3	RESPUESTA COMUNITARIA:	271
4.1.4	ANÁLISIS DE BRECHA:.....	272
4.2	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA AL NÚCLEO DE ACCESO Y RESTRICCIÓN A BIENES Y SERVICIOS.....	274
4.2.1	RESPUESTA INSTITUCIONAL:	274
4.2.1.1	SALUD ORAL.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.2	IPS	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.3	ÁMBITO ESCOLAR	277
4.2.1.4	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.5	ÁMBITO FAMILIAR	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.6	ÁMBITO COMUNITARIO.....	278
4.2.1.7	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	278
4.2.1.8	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SSR	280
4.2.1.9	ÁMBITO IPS	281
4.2.1.10	ÁMBITO ESCOLAR	284
4.2.1.11	ÁMBITO FAMILIAR	285
4.2.1.12	AMBITO COMUNITARIO.....	286
4.2.1.13	PDA ENFERMEDADES CRÓNICAS	291
	Las enfermedades crónicas son seguidas e intervenidas a través del PDA del ámbito IPS a través de diferentes estrategias:	291
4.2.1.14	4.2.1.6. PDA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	292
4.2.1.15	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN	295
4.2.1.16	COMPONENTE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	299
4.2.1.17	ÁMBITO IPS	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.18	ESTRATEGIAS AIEPI-IAMI-IAFI-ERA / ÀMBITO COMUNITARIO y SASC ¡Error! Marcador no definido.	
4.2.1.19	ÁMBITO LABORAL:	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.20	AMBITO COMUNITARIO.....	304
4.2.1.21	PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACION SALUDABLE EN POBLACIÓN MATERNO INFANTIL	306

4.2.1.22	GESTION SOCIAL CON ACTORES COMUNITARIOS PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A ALIMENTOS SALUDABLES EN EL TERRITORIO	307
4.2.1.23	AMBITO FAMILIAR	308
4.2.1.24	GESTIÓN LOCAL SAN	308
4.2.1.25	ACTIVIDAD FÍSICA	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.26	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	366
4.2.1.27	GÉNERO MUJER	375
4.2.1.28	OSIG ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO.....	375
4.2.1.29	INTERCAMBIO DE SABERES Y EXPERIENCIAS DE LAS COMUNIDADES ÈTNICAS..	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.30	ETNIAS AFRO	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.31	ÁMBITO LABORAL	¡Error! Marcador no definido.
4.1.8.	TRANSVERSALIDAD DE DISCAPACIDAD	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.32	ÁMBITO ESCOLAR	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.33	GESTIÓN LOCAL.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.34	ÁMBITO FAMILIAR	¡Error! Marcador no definido.
	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.35	AMBITO COMUNITARIO.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.3.	PDA SALUD MENTAL.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.3.1	ÁMBITO ESCOLAR	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.1	Acciones Promocionales Inclusión Social y Convivencia.....	370
4.2.3.2	ÁMBITO IPS	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.2	Salud mental	¡Error! Marcador no definido.
	METAS Y OBJETIVOS:	¡Error! Marcador no definido.
	ACCIONES:.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.3	PROCESO REFLEXIÓN COLECTIVA	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2.	NUCLEO DE AMBIENTE	¡Error! Marcador no definido.
	TRANSVERSALIDAD DE SALUD AMBIENTAL.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.4	VIGILANCIA AMBIENTAL Y SANITARIA: LINEA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.5	SANEAMIENTO BÁSICO	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.6	ENFERMEDADES COMPARTIDAS	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.7	INDUSTRIA Y AMBIENTE	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.8	MEDICAMENTOS Y SERVICIOS DE SALUD	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.9	EMERGENCIAS Y DESASTRES CON IMPACTO EN SALUD PÚBLICA	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2.1	ÁMBITO FAMILIAR	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.10	PLANES INTEGRALES DE ENTORNOS SALUDABLES, PIES	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.11	PROYECTOS AMBIENTALES ESCOLARES EN SALUD AMBIENTAL, PAESA	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2.2	GESTIÓN LOCAL.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.1.12	GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL PARA LA SALUD - GESA.....	¡Error! Marcador no definido.
	NUCLEO PROBLEMÁTICO DESPLAZAMIENTO:.....	¡Error! Marcador no definido.
	AMBITO COMUNITARIO:	¡Error! Marcador no definido.

La respuesta para el núcleo problemático inicia con la promoción del derecho a la salud en organizaciones o grupos de atención a población desplazada, que se realiza desde el ámbito comunitario se trata de estimular

la participación, a través de las redes sociales y el empoderamiento del derecho a la salud. La intervención va encaminada hacia el fortalecimiento de los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada, en el marco de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVys), y el enfoque diferencial hacia la promoción y restitución de los derechos, especialmente del Derecho a la Salud. Esta intervención llegó a 8114 persona en situación de desplazamiento. Se trabaja en 5 Organizaciones de Población desplazada, en lo que va corrido del año se ha trabajado con 782 personas Desplazadas. **¡Error! Marcador no definido.**

La población objeto de intervención fueron personas en situación y /o condición de desplazamiento de la localidad Séptima de Bosa de la UPZ 84 Occidental, UPZ 87 porvenir, UPZ 86 Tintal, y ocasionalmente UPZ 85 central..... **¡Error! Marcador no definido.**

ACCIONES INTEGRALES DESDE LOS ÁMBITOS Y COMPONENTES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5 ÁMBITO FAMILIAR.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7 ANÁLISIS DE RESPUESTA ÁMBITO IPS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
8 ANÁLISIS DEL ÁMBITO COMUNITARIO 2009.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5. CAPÍTULO PROPUESTAS DEL SECTOR SALUD 2011	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.1 PROPUESTAS PROYECTOS NÚCLEO PRODUCTIVIDAD	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.2 PROPUESTAS PROYECTOS NÚCLEO ACCESO Y RESTRICCIÓN A BIENES Y SERVICIOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.2.1 SALUD ORAL	¡Error! Marcador no definido.
5.2.2 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:.....	426
5.2.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	427
5.2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	427
5.2.6 TRANSVERSALIDAD DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN	427
4.2.1.36 OTRAS PROPUESTAS EN SAN	431
5.2.7 ACTIVIDAD FÍSICA	432
5.2.9 DISCAPACIDAD	433
5.2.9 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	437
5.2.3 PROPUESTAS NÚCLEO DE AMBIENTE	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.3 PROPUESTAS NÚCLEO EXCLUSIÓN Y VIOLENCIAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.3.1 ETNIAS	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2 TRANSVERSALIDAD ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO	¡Error! Marcador no definido.
5.3.3 SALUD MENTAL	¡Error! Marcador no definido.
5.2.7 NÚCLEO PROBLÉMICO DESPLAZAMIENTO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
GLOSARIO	448

TABLAS

Tabla 1. Distribución de Hectáreas por UPZ y número de Barrios.....	50
Tabla 2. Tasas de Natalidad, Fecundidad y Mortalidad Localidad Bosa 1999 2009	62
Tabla 3. Nacidos vivos hijos de madres adolescentes residentes en Bosa 1999 – 2009.....	63
Tabla 4. Densidad Poblacional Distrito Bogotá y Localidad Bosa 2009.....	64
Tabla 5. Distribución de subetapas del ciclo vital.....	66
Tabla 6. Población Proyectada por Etapas de ciclo Vital 2009.....	72
Tabla 7. Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones	76
Tabla 8. Distribución de personas con discapacidad según limitaciones o dificultades Localidad Bosa 2005 2007	77
Tabla 9. Distribución de los estratos en Bosa	83
Tabla 10. Clasificación de estrato socioeconómico según Población, manzanas, viviendas y Hogares Localidad de Bosa 2009	84
Tabla 11. Clasificación de hogares y personas por NBI Localidad de Bosa y Distrito 2007	85
Tabla 12. Índice de Desarrollo Humano Urbano 2007.....	87
Tabla 13. Primera Causa de Mortalidad según edad Bosa 2007.....	89
Tabla 14. Intento de suicidio 2006 2008 y suicidio consumado 2005 2009 Bosa Bogotá.	95
Tabla 15. Frecuencia y Porcentaje por género de atenciones en el Servicio de Hospitalización por RIPS. Hospital Pablo VI Bosa ESE I Nivel, 2009.....	96
Tabla 16. Frecuencia y Porcentaje de atenciones por género en el Servicio de Consulta Externa por RIPS. Hospital Pablo VI Bosa ESE Nivel I, 2009.....	97
Tabla 17. Frecuencia y Porcentaje de atenciones en el Servicio de Urgencias por RIPS. En menores de 1 año. Hospital Pablo VI Bosa. ESE Nivel I. 2009.....	98
Tabla 18. Comportamiento de violencia intrafamiliar 2009.....	99
Tabla 19. Comportamiento de la desnutrición en menores de diez años para el distrito Bogotá 1999 – 2007	102
Tabla 20. Comportamiento desnutrición aguda, global y crónica 1999 - 2009 Localidad de Bosa.	102
Tabla 21. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses notificados al SISVAN 2009.	105
Tabla 22. Número de equipamientos por sector Localidad de Bosa. 2009.....	106
Tabla 23. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ Localidad Bosa	108
Tabla 24. Número de equipamientos de bienestar por UPZ Localidad Bosa	109
Tabla 25. Número de Establecimientos Educativos por UPZ Localidad Bosa 2009	112
Tabla 26. Demanda Efectiva por tipo de Colegio. Año 2009	113
Tabla 27. Número y extensión de parques clasificados por tipo según UPZ. 2008.....	121
Tabla 28. Actividad ocupacional de la población Localidad de Bosa 2007.....	126
Tabla 29. Actividad ocupacional de las Unidades de Trabajo Informal intervenidas por Salud al Trabajo en la Localidad de Bosa año 2009.....	129
Tabla 30. Afiliación de la población a Salud por actividad económica, ciclo vital y género.	131
Tabla 31. Factores de riesgo ocupacionales por actividad económica.....	136
Tabla 32. Relación género, edad y actividad económica (5 a 11 años)	139

<i>Tabla 33. Relación género, edad y actividad económica niños de 12 a 14 años</i>	<i>140</i>
<i>Tabla 34. Relación género, edad y actividad económica niños de 15 a 17 años</i>	<i>141</i>
<i>Tabla 35. Clasificación de la población por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009</i>	<i>149</i>
<i>Tabla 36. Clasificación de las viviendas por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009</i>	<i>150</i>
<i>Tabla 37. Clasificación de hogares por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009.....</i>	<i>150</i>
<i>Tabla 38. Proyecciones poblacionales por UPZ Localidad Bosa 2009.....</i>	<i>151</i>
<i>TABLA 39. Unidades de Trabajo Informal Territorio Apogeo.</i>	<i>154</i>
<i>TABLA 40. Riesgos en Salud Ocupacional 2009 Territorio Apogeo.....</i>	<i>155</i>
<i>TABLA 41. Instituciones Educativas Distritales Territorios GSI 2009</i>	<i>156</i>
<i>Tabla 42. Eventos de notificación obligatoria SIVIGILA hospital Pablo VI Bosa 2009</i>	<i>160</i>

GRAFICOS

Gráfica 1. Esperanza de Vida al Nacer por Sexo. 2005-2010.....	61
Gráfica 2. Pirámide poblacional Bosa Proyecciones 2009.....	65
Gráfica 3. Distribución de las familias pertenecientes a grupos étnicos en la Localidad de Bosa 2008.....	74
Gráfica 4. Distribución de la población caracterizada en condición de discapacidad por género y etapa de ciclo vital Bosa 2005 - 2007.....	75
Gráfica 5. Mortalidad General Localidad Bosa – Bogotá 2005- 2007.....	88
Gráfica 6. Tasa de Mortalidad Infantil Localidad Bosa 1999 – 2009.....	90
Gráfica 7. Razón de Mortalidad materna Localidad de Bosa y Bogotá 2000 – 2009.....	91
Gráfica 8. Tasa de Mortalidad perinatal Hospital Pablo VI, Bosa y Bogotá 2000 2009.....	92
Gráfica 9. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.....	92
Gráfica 10. Mortalidad por EDA en menores de 5 años.....	93
Gráfica 11. Tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años Bosa Bogotá 1999 2009.....	94
Gráfico 11. Comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar por tipo de violencia y Etapa de Ciclo vital Bosa 2009.....	99
Gráfica 12. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer Localidad de Bosa Bogotá 2000 – 2009.....	100
Gráfica 13. Comportamiento del estado nutricional de gestantes 2003 - 2009.....	101
Gráfica 14. Comportamiento del indicador Peso/Talla Localidad Bosa 1999 - 2009.....	103
Gráfica 15. Comportamiento del indicador Peso/Edad Localidad Bosa 1999 - 2009.....	103
Gráfica 16. Comportamiento del indicador Talla/Edad Localidad Bosa 1999 - 2009.....	104
Gráfica 17. Indicador de fuerza laboral para la Localidad de Bosa.....	124
Gráfica 18. Proyecciones Poblacionales UPZ 49 El Apogeo 2009.....	152
Gráfica 19. Proyecciones Poblacionales UPZ 84 Bosa.....	170

MAPAS

Mapa 1. Ubicación geográfica de la Localidad de Bosa en el Distrito Bogotá	25
Mapa 2. Hidrología Localidad de Bosa	26
Mapa 3. Riesgo de Inundaciones Localidad de Bosa	29
Mapa 4. Conflictos Ambientales localidad de Bosa	32
Mapa 5. Contaminación Hídrica Localidad de Bosa	34
Mapa 6. Contaminación Atmosférica Localidad de Bosa.	36
Mapa 7. Problemática por tenencia inadecuada de animales Localidad de Bosa	38
Mapa 8. Contaminación por residuos sólidos Localidad de Bosa	40
Mapa 9. Contaminación de Alimentos Localidad de Bosa	42
Mapa 10. Contaminación por Vectores identificada en la construcción de la Política de Salud Ambiental Localidad de Bosa 2010	43
Mapa 11. Problemática de Movilidad identificada en la construcción de la Política de Salud Ambiental Localidad de Bosa 2010	45
Mapa 12. Ruido Localidad de Bosa identificado por la comunidad en la construcción de Política de Salud Ambiental 2010	46
Mapa 13. División Político Administrativa Localidad Bosa	49
Mapa 14. Microterritorios Salud a Su Casa 2009	52
Mapa 15. Uso del suelo Localidad de Bosa	54
Mapa 16. Personas con discapacidad por microterritorios Salud a Su Casa 2009 Localidad bosa	78
Mapa 17. Ubicación de familias desplazadas caracterizadas en microterritorios 2008	79
Mapa 18. Territorialización	112
Mapa 19. Notificación de Mortalidades Evitables Salud Pública SIVIGILA Localidad Bosa 2009	162
Mapa 20. Reporte De Mancha Blanca Subsistema Sisveso Localidad Bosa 2009	163
MAPA 21. Personas Identificadas Con Discapacidad Severa Territorio Apogeo Localidad Bosa 2005 2007	164
Mapa 22. Personas Caracterizadas Con Discapacidad Parcial Territorio Apogeo Localidad Bosa 2005 2007	164
Mapa 23. Detección de alteraciones celulares en cuello uterino según citología en mujeres usuarias Hospital Pablo VI Bosa 2009	165
Mapa 24. Reporte de viviendas insalubres al subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria	169
Mapa 25. Niños y niñas caracterizados en situación de trabajo infantil por el ámbito laboral localidad bosa 2009	172
Mapa 26. Jóvenes trabajadores entre 15 y 17 años caracterizados por el ámbito laboral localidad bosa 2009	173
Mapa 27. Notificación de Brotes de Eventos de Interés en Salud Pública reportados al SIVIGILA 2009	175

Mapa 28. Reporte déficit de peso gestacional a sisvan localidad bosa 2009.....	176
Mapa 29. Reporte Déficit de Peso para la Talla en menores en 10 años al SISVAN Localidad Bosa 2009	177
Mapa 32. Reporte de Sobrepeso según el indicador Peso para la Talla en menores de 10 años al SISVAN Localidad Bosa 2009.	179
Mapa 33. Personas caracterizadas con discapacidad total territorio occidental localidad bosa 2005 2007	180
Mapa 34. Personas caracterizadas con discapacidad parcial territorio occidental localidad bosa 2005 2007	181
MAPA 35. LESIONES DE MANCHA CAFÉ REPORTADOS AL SISTEMA DE VIGILANCI EN SALUD ORAL SISVESO LOCALIDAD BOSA 2009	182
Mapa 36. Casos de violencias notificados en menores de 0 a 4 años localidad bosa 2009	183
Mapa 37. Casos de violencia notificados al sivim de 5 a 9 años localidad bosa 2009	184
Mapa 38. Casos de violencia notificados al sivim de 10 a 26 años localidad bosa 2009	184
Mapa 39. Casos de violencia notificados al sivim de 27 a 59 años localidad bosa 2009	185
Mapa 40. Casos de violencia notificados al sivim de 60 años y mayores localidad bosa 2009	185
Mapa 40. Casos de vivienda insalubre reportados al subsistema de vigilancia en salud pública territorio bosa occidental localidad bosa 2009	189
Mapa 41. Casos de sobrepeso según barrio de residencia en escolares de 5 a 9 años Colegios Centinela SISVAN Escolar Localidad Bosa 2009.....	197
Mapa 42. Casos de Déficit de Peso para la Talla según barrio de residencia en Colegios Centinela en niños de 5 a 9 años	197
Mapa 42. Casos de Déficit de Peso según Índice de Masa Corporal en jóvenes de 10 a 17 años escolares de los colegios Centinela SISVAN Localidad Bosa 2009	198
Mapa 43. Personas caracterizadas con discapacidad severa territorio central localidad bosa 2005 2007.....	209
Mapa 44. Personas caracterizadas con discapacidad parcial territorio bosa localidad bosa 2005 2007	210
Mapa 45. Notificación de eventos transmisibles al sivigila 2009	211
Mapa 46. Reporte de gingivitis a sisveso localidad bosa 2009.....	212
Mapa 47. Casos de conducta suicida reportados Localidad Bosa 2009	214
Mapa 48. CASOS DE VIOLENCIA FÍSICA NOTIFICADOS AL SIVIM LOCALIDAD BOSA 2009	215
Mapa 49. Casos de violencia emocional notificados al sivim localidad bosa 2009	216
Mapa 50 Casos De Abuso Sexual Notificados A Sivim Localidad Bosa 2009	217
Mapa 51. Casos de violencia económica notificados al sivim localidad bosa 2009	218
Mapa 52. Casos de negligencia notificados a sivim localidad bosa 2009	219
Mapa 53. Casos de abandono notificados al sivim localidad bosa 2009	220
Mapa 54. Organizaciones y grupos intervenidos por el hospital pablo vi bosa localidad bosa 2009.	222
Mapa 55. Mapa intoxicaciones reportadas al sivigila 2009 localidad bosa.	223
Mapa 56. Reportes de casos vivienda insalubre al subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria territorio bosa central localidad bosa 2009	224
Mapa 57. Eventos infección respiratoria aguda grave esig-irag localidad bosa 2009.....	225
Mapa 58. Eventos de parotiditis reportados a sivigila localidad bosa 2009	232
Mapa 59. Personas caracterizadas con discapacidad severa territorio porvenir localidad bosa 2005 2007	233
Mapa 60. Personas caracterizadas con discapacidad parcial territorio bosa central localidad bosa 2005 2007	234
Mapa 61. Notificación de fluorosis a sisveso localidad bosa 2009.....	236
Mapa 62. Gestantes adolescentes caracterizadas por el ámbito escolar en el ámbito escolar localidad bosa 2009.	241
Mapa 63. Casos de abuso sexual notificados al sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar sivim localidad bosa 2009.....	242

Mapa 64. Unidades de trabajo informal de personas en desplazamiento caracterizadas por el ámbito laboral territorio porvenir localidad bosa 2009.....	245
Mapa 65. Reporte de casos de vivienda insalubre al subsistema de vigilancia en salud pública territorio porvenir localidad bosa 2009.....	247
Mapa 66. Unidades de trabajo informal de personas pertenecientes a étnias caracterizadas por el ámbito laboral localidad bosa 2009.....	251
Mapa 67. Notificación de periodontitis a sísveso localidad bosa 2009.....	256
Mapa 68. Personas caracterizadas discapacidad severa territorio tinal sur localidad bosa 2005 2007	257
Mapa 69. Personas caracterizadas discapacidad parcial territorio tinal sur localidad bosa 2005 2007	257
Mapa 70. Reporte de problemas de estado ánimo y comportamiento si sistema de vigilancia en salud pública comunitaria localidad bosa 2009	259
Mapa 71. Reporte de casos de consumo de sustancias psicoactivas localidad bosa 2009.....	259
Mapa 72. Reporte de casos de vivienda insalubre al subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria territorio tinal sur localidad bosa 2009.....	263
Mapa 72. Ubicación de las IPS Públicas del Hospital Pablo VI Bosa	275

FOTOS

Foto 1. Humedal Tibanica. Archivo D.A.M.A. Tomada por Marcela Cortés	31
Foto 2. Desembocadura del Río Tunjuelo en el Río Bogotá.....	33
Foto 3. Vallado UPZ 87 sector Campo Verde	33
Foto 4. Tenencia Inadecuada de animales barrios: El Toche y San Bernardino.....	37
Foto 5. Almacenamiento de residuos en vivienda de recuperador de oficio UPZ 85, barrio San José	39
Foto 6. Lote Baldío UPZ 84, barrio San Bernardino	39
Foto 7. Decomiso y destrucción de alimentos UPZ 84, barrio La Libertad	41
Foto 8. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control. Línea de Inocuidad de Alimentos	41

CRÉDITOS

ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Samuel Moreno Rojas

SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Héctor Zambrano Rodríguez

DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA SDS

Ricardo Rojas Higuera

ÁREA DE ANÁLISIS Y POLÍTICAS SDS

Luis Jorge Hernández

GERENTE HOSPITAL PABLO VI BOSA

Gloria Libia Polanía Aguillón

EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Ana Zulema Jiménez Soto

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

ESE HOSPITAL PABLO VI BOSA

Equipo Técnico Hospital Pablo VI Bosa

Sandra Maria Bocarejo

Adriana Melo Cantor

Paola Baquero Ovalle

Sandra Aguilar Pérez

Ingrid Paola Romero

William León Quevedo

Bernardo Castiblanco Torres

Sandra Herrera Duarte

Fredy Andrés Chitiva

Angélica Montaña Rodríguez

Carolina Rojas Tello

Freddy Becerra Rozo

Sandra Fernández Rodríguez

Manuel Espinosa

Claudia Patricia Beltrán

Samara Castro Acosta

Henry Manrique Hormiga

Andrea López

José Velandia Rodríguez

Natalia Arrieta

Jenny Johana Hernández

Haiver Lozano Jiménez

Francisco Sanabria

Viviana Martínez Morales

Judy Rodríguez

Agradecimientos:

La participación y aporte en la construcción del diagnóstico local a los profesionales del componente de Gestión Local: Ingrid Paola Romero Niño, Sandra Lucia Herrera Duarte, Ana Carolina Rojas Tello, Manuel Espinosa, Henry Manrique Hormiga, Piedad Natalia Arrieta, Judy Rodríguez.

Referentes y profesionales de:

- Equipos de Vigilancia en Salud Pública, Ámbito Laboral, Familiar, Comunitario, Escolar e IPS.
- Proyectos de Desarrollo de autonomía: Salud Oral, Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, enfermedades Crónicas, Enfermedades Transmisibles
- Referentes de Transversalidades: Seguridad Alimentaria y Nutricional. Salud ambiental, actividad física, trabajo. Desplazados, Discapacidad, Género, Orientación Sexual e Identidad de Género y Etnias.
- A los sectores de bienestar, educación, salud, gobierno, seguridad,
- A los grupos, organizaciones y comunidad en general.

INTRODUCCIÓN

La construcción conjunta entre instituciones y comunidades del diagnóstico local de Bosa en búsqueda de respuestas integrales e integradas a sus necesidades, supone la articulación y trabajo conjunto de un gran equipo de profesionales y personas con diferentes saberes, todos avocados a ubicar dentro de un solo documento una imagen de la realidad que se vive en el territorio de Bosa, producto no solo de las causas inmediatas, sino de toda una serie de condicionantes sociales que atraviesan desde lo más histórico estructural, hasta lo más singular e inmediato de las y los sujetos evidenciando la complejidad de las relaciones y sus efectos sobre la calidad de vida.

Pero más allá de esto se encuentra el hecho de que no es suficiente contar con la información de todos los sectores y actores para generar un documento; en el caso del diagnóstico local de salud con participación social no solo representa la primera parte, que aunque difícil de lograr, es solo el inicio de un trabajo lento y arduo para “hacer hablar” a todas las voces que plasman su saber y cuentan la historia de Bosa.

En la localidad 7 la multiplicidad de voces ha sido la constante desde que se ha apostado por construir un diagnóstico con participación social, como insumos importantes para este proceso se contó con las voces y narrativas de las comunidades, informes y documentos del Hospital Pablo VI Bosa ESE y análisis de otros sectores, esto permitió contar con una base de información primaria y secundaria amplia que enriqueció los análisis realizados en la construcción del presente documento.

A pesar de contar con los valiosos insumos de información ya mencionados, es importante mencionar tres factores a tener en cuenta, los cuales pueden influir en el análisis:

1. Se realizó una selección y procesamiento de la información recolectada, de acuerdo con su pertinencia para los temas tratados en este documento.
2. No toda la información fue susceptible de analizar dentro de las mismas categorías.
3. La mayor parte de la información institucional estuvo ordenada de acuerdo con criterios establecidos por cada sector, partiendo básicamente de la oferta institucional.

La información aportada, los análisis y conclusiones de este diagnóstico retoman el trabajo desarrollado por la localidad en el marco de la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral, teniendo en cuenta como categoría ordenadora el territorio que comprende el análisis de condiciones de vida en los territorios sociales establecidos en el marco de la estrategia de Gestión Social Integral – GSI -, que para la localidad coinciden con las 5 Unidades de Planeación Zonal – UPZ y dentro de ella el enfoque poblacional: las etapas del ciclo vital o en su defecto los grupos etarios en los que se clasifica la información poblacional, también aparece la perspectiva diferencial, especialmente dirigida a visibilizar las particularidades de las poblaciones étnicas como las Muiscas, la Kichwuas, las Pijao, las Inga, las Rom y las Afro y a resaltar las diferencias de género, con un énfasis especial en la situación de las mujeres en la localidad. y la tercera, el enfoque territorio.

Por último, es importante mencionar que como eje transversal se tuvo en cuenta el proceso de participación ciudadana, recogiendo las voces comunitarias que aportaron elementos de suma importancia al análisis de la calidad de vida y salud de la localidad, a partir de la inclusión de los aportes de ciudadanos y ciudadanas que participaron en los ejercicios de las mesas territoriales de calidad de vida y salud, de organizaciones comunitarias y de formas institucionalizadas de participación.

Es así como este documento recoge la construcción institucional y comunitaria de la localidad con la perspectiva de aunar esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de vida y de desarrollo de los y las habitantes de Bosa. Con ello se espera aportar a la toma de decisiones de un nuevo modo de gestión de lo público, en donde el centro de la planeación sean los seres humanos que habitan los territorios.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

El proceso de la construcción del Diagnóstico Local en Salud con participación Social, tuvo como premisa tener un soporte en búsqueda de una nueva forma de responder a la comunidad teniendo como marco la estrategia de Gestión Social Integral y Participación (GSlyP) a partir de la construcción metodológica junto con otros sectores para dar respuestas integradas e integrales a las problemáticas de la comunidad local en los cinco (5) territorios sociales que corresponden a las UPZ que conforman la localidad y que en común acuerdo con los sectores se definieron.

A nivel institucional se partió de las informaciones recogidas por los ejes que organizan las acciones de la salud pública a saber ámbitos (territorios en donde operan las acciones), las Transversalidades como condiciones y procesos diferenciales que afectan la autonomía y Proyectos de Desarrollo de la Autonomía (acciones organizadas, secuenciales y coherentes cuyo objetivo es el logro de la autodeterminación) se consolidaron matrices de información que fueron el insumo para que el equipo de análisis se diera la tarea de construir los marcos situacionales de salud, documentos esenciales para la actualización del diagnóstico local con participación social de la localidad de Bosa. Estos marcos situacionales conservan las especificaciones iniciales sobre la actualización de diagnósticos locales, metodología desarrollada por el equipo base de gestión local al inicio del año 2008 alimentada con las guías técnicas proporcionadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para el año 2009. Dichas especificaciones principalmente se centran en que los documentos deben tener como ejes el territorio, la perspectiva de género y el enfoque diferencial.

Como anteriormente se describió el proceso de construcción del diagnóstico local con participación adopta la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud para la formulación de políticas públicas, y como primer momento se avanzó en la identificación de necesidades sociales y potencialidades, que permitieran entender el proceso de salud enfermedad como una concreción de condiciones para el desarrollo humano y ubicar este análisis crítico en el plano de los determinantes sociales. Aquí, fue necesaria la identificación de actores sociales en el territorio, con quienes se desarrollan acciones en los ámbitos familiar, escolar, laboral, comunitario e IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), realizando una aproximación inicial a través de metodologías rigurosas para levantamiento de información primaria como árbol de problemas, ejercicios de caracterización, relatorías, monitoreos, tamizaje, diarios de campo, narrativas, grupos focales, historias de caso y encuestas. El segundo momento consistió en la identificación de situaciones problemáticas por territorio, el análisis de la determinación social de los mismos para la formulación de núcleos PROBLÉMICOS y la construcción de narrativas para cada núcleo identificado donde las transversalidades como ambiente, seguridad alimentaria y nutricional, actividad física, trabajo, etnias, discapacidad, género mujer y población con orientación sexual e identidad de género no normativa y desplazamiento participaron con los insumos aportados por la comunidad. Como tercer momento se analizaron las fuentes secundarias como Bases de datos locales, diagnósticos institucionales y sectoriales, Censos (DANE 2005 - SDP proyecciones 2005 - 2015), Indicadores trazadores institucionales y distritales, Encuesta de Calidad de vida 2007, Políticas Públicas, Sistematización de experiencias de otros sectores, Investigaciones. Para esto fue necesario tener claro como se expresa el problema (la frecuencia, magnitud, cómo se distribuyen las problemáticas en el territorio, a quienes afecta) y se procedió al cuarto momento donde se realizaron procesos de determinación social, se identificaron determinantes singulares (relacionadas directamente con los individuos), particulares (situaciones relacionadas con la situación en lo local) y estructurales (profundas que no aparecen a simple vista pero tienen un gran peso en la ocurrencia de las situaciones); se realizó triangulación y contrastación de fuentes que finalmente se traducen en la estructuración de núcleos PROBLÉMICOS. Como quinto momento se realizó un análisis integral de la respuesta para identificar donde se realizan las acciones, las metodologías

aplicadas la población intervenida y la cobertura y para identificar el déficit de respuesta desde el sector salud se propuso un análisis de brechas y como primera medida se identificaron las metas y objetivos de las políticas a nivel mundial, nacional, distrital y local, para poder comparar contra coberturas la población beneficiada y la población potencial sujeto de intervenciones que aún se encuentran sin intervenir. Se complementa esta comparación con el análisis de suficiencia, pertinencia y oportunidad en un intento por plantear análisis de inequidad. Finalmente como sexto momento se plantearon los temas generadores que convoco a los actores participantes para la construcción de respuestas sociales coherentes por territorio que son la base para la configuración de la agenda social, la cuál tiene como objetivo fortalecer la construcción de respuestas sociales integrales para garantizar y promover los derechos, la calidad de vida, bienestar y participación de las comunidades e instituciones.

En cuanto al proceso de GSlyP cabe resaltar que se encuentro eco en las siguientes instituciones: la Subdirección local de Integración Social (SLIS) que tiene por línea de gobierno la coordinación de la estrategia de Gestión Social Integral, el IDPAC que tiene centrados sus intereses en la implementación del sistema distrital de participación y la Secretaria de desarrollo económico que desarrolla todas las acciones de productividad en la localidad, la Secretaria de Recreación Cultura y Deporte, metrovivienda (secretaria del hábitat), planeación local y casa de igualdad de oportunidades. Con las instituciones ya mencionadas se conformò una mesa intersectorial para la creación de acuerdos locales que permitieran dar un norte al proceso y una lectura de necesidades coherente con la dinámica de los territorios y, de esta manera generar respuestas transectoriales a las problemáticas y necesidades suscitadas.

Damos entonces inicio a la revisión del documento de Diagnostico Local con Participación Social de la Localidad de Bosa.

1. ANALISIS DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO - POBLACION – AMBIENTE

2.1 CARACTERISTIGAS GEOGRÁFICAS Y AMBIENTALES

En la actualidad la localidad de Bosa se encuentra delimitada al norte por el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy, al sur con la autopista Sur, con Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha (Cundinamarca), al oriente con el río Tunjuelo y con la localidad de Kennedy y al occidente con el río Bogotá y con los municipios de Soacha y Mosquera (Cundinamarca). **Ver** Mapa 1.

2.1.1 GEOMORFOLOGÍA Y SUELOS

El área abarcada por la localidad de Bosa cuenta con pendientes que oscilan entre los 0 y 12 grados, lo cual le da una configuración plana, levemente inclinada. Geológicamente, el terreno hace parte de la formación del altiplano y la sabana, con origen en el Holoceno y Pleistoceno, con algunos conos aluviales y depósitos coluviales. Los primeros están constituidos por gravas y arenas, los segundos por areniscas y limolitas con una matriz areno-arcillosa, superficialmente los suelos están conformados por arcillas y limos poco permeables de aproximadamente 1 metro de espesor.

2.1.2 HIDROLOGÍA

El sistema hidrográfico de la localidad, se encuentra conformado por las cuencas del río Tunjuelo y El Tintal, así como por las Chucuas (humedales). **Ver** ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..

- Cuenca del río Tunjuelo: Conformada por una zona alta rural y una zona baja, actualmente urbanizada, se caracteriza por regímenes de alta pluviosidad que producen crecientes de gran magnitud.
- Cuenca del Tintal: Ubicada entre los ríos Fucha y Tunjuelo al occidente del perímetro de servicios hasta el río Bogotá, recibe las aguas de las urbanizaciones localizadas al oriente de la futura Avenida Cundinamarca.
- Chucuas: Se encuentran en las áreas más bajas, en algunas depresiones que permanecen inundadas, dando origen a pequeñas zonas pantanosas y encharcadas, que se observa particularmente en el área cercana a la desembocadura del río Tunjuelo y también en la zona sur occidental de la localidad, frente al barrio Manzanares, entre éste y la vereda San

José, en donde se encuentra el Humedal de Potrero Grande.¹ Los humedales son característicos en la localidad esto se debe a la presencia del río Bogotá y a la Sub-cuenca del río Soacha. Actualmente la localidad cuenta con dos humedales: El Humedal Tibanica y el Humedal la Isla.

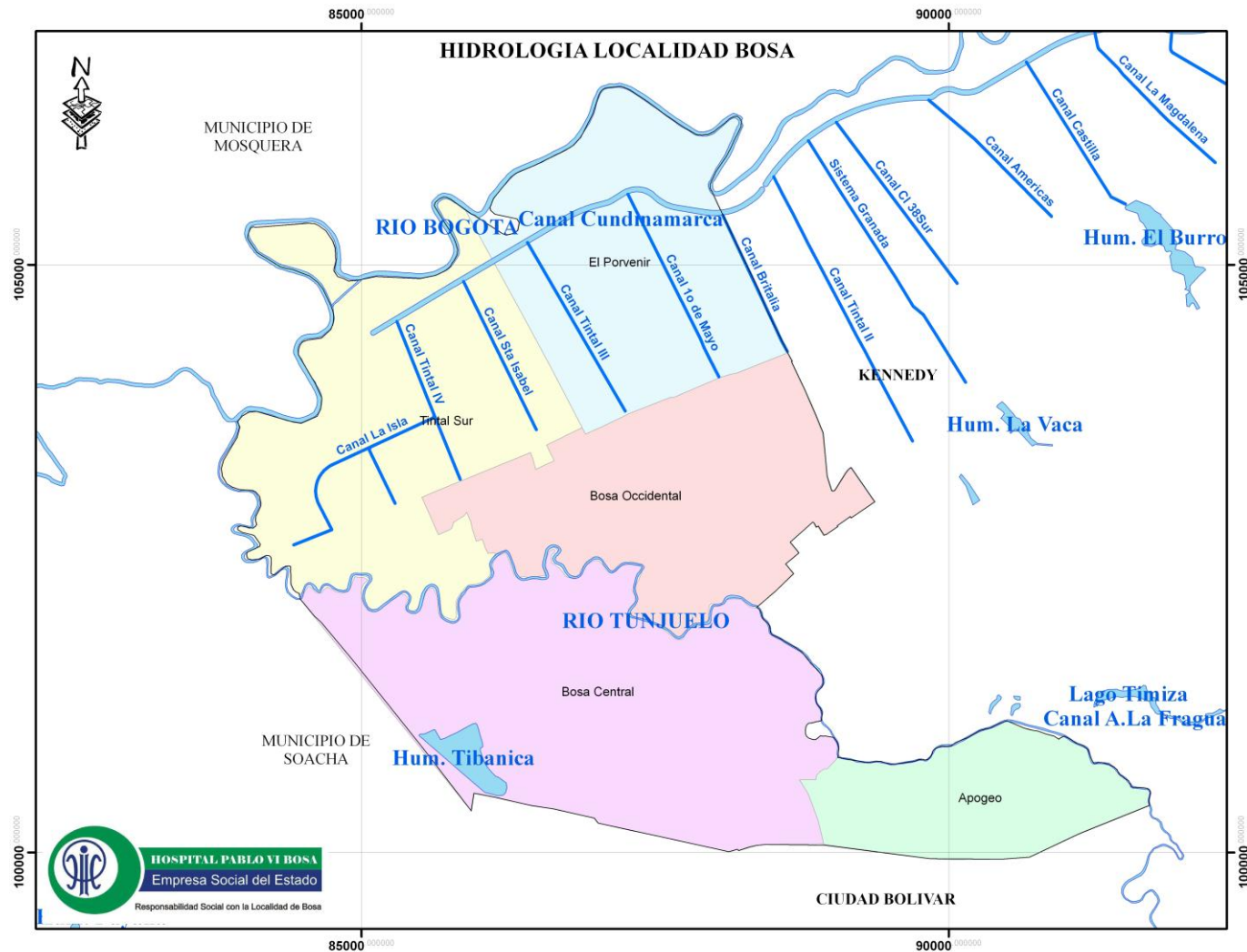
Mapa 1. Ubicación geográfica de la Localidad de Bosa en el Distrito Bogotá.



Fuente: Localización geográfica de Bosa. Cartografía Hospital Pablo VI Bosa. 2010

¹ Fuente. Diagnostico Línea de Transporte y Energía, Hospital Pablo VI Bosa 2007

Mapa 2. Hidrología Localidad de Bosa



Fuente: Cartografía Hidrografía. Hospital Pablo VI Bosa. 2009

2.1.3 TEMPERATURA

Para la localidad de Bosa se vinculan las estaciones de monitoreo de calidad del aire denominadas, Kennedy, Cazucá y Sony localizadas en la periferia de la misma registrando una temperatura promedio anual que se encuentra entre 13 y 14 °C.

Debido a que no se cuenta con datos específicos para las diferentes zonas de la localidad, se hace importante relacionar la percepción de la comunidad ante la presencia de microclimas o temperaturas variables diferenciables en campo por la ubicación con relación al Río Tunjuelo, humedal Tibanica o zonas de alta confluencia urbana como Bosa Centro, Apogeo o la Libertad.

De manera general para el año 2008 se registran Temperaturas mínimas de hasta 2,1 °C y máximas de 22,8 °C. En el comportamiento horario se encuentra una reducción de la temperatura entre las 5:00 y 7:00 de la mañana, con un aumento progresivo con valores máximos diarios entre las 12:00 y 3:00 pm para obtener un descenso hasta las 5:00 de la mañana.

2.1.4 PRECIPITACIÓN

Teniendo en cuenta los registros históricos de la Red de Monitoreo de la Calidad del Aire de Bogotá RMCAB se tiene desde el año 1999 una oscilación de los niveles de precipitación con un leve aumento para la ciudad en el último año alcanzando 711,9 mm.²

El porcentaje obtenido para la precipitación anual acumulada se encuentra por encima del 120 % es decir con lluvias muy ligeramente por encima de lo normal, con un valor anual superior a los 500 mm, es de aclarar que esta información y la demás vinculada con aspectos de meteorología corresponde a las estaciones de monitoreo relacionadas y por tanto puede presentar algún tipo de sesgo hacia los lugares más lejanos de cobertura de las mismas que equivalen a la zona limítrofe con el municipio de Soacha y Mosquera hacia el Sur Occidente y Sur de la localidad.

Con relación al número de días de lluvia, se podría describir que la zona Nororiente de la localidad presenta una incidencia de 175 días, en la zona Sur hacia la Autopista Sur se registran valores en 173 días para el año 2008, la observación del comportamiento en lo local permite enunciar que hacia la zona Occidental la incidencia de la lluvia es menor constituyendo así microclimas con zonas más secas que otras, con diferencias notorias entre sectores como el Apogeo, Bosa centro y Porvenir, San Bernardino y San José mucho más secos.

De acuerdo al comportamiento global de la ciudad y específicamente para la localidad en general se tiene una precipitación acumulada que oscila entre los 623 y 704 mm, lo que pone a Bosa entre una de las zonas más secas de la ciudad.

² Informe anual Red de Monitoreo y Calidad del Aire. Secretaria Distrital de Ambiente. Bogotá. 2008

2.1.5 VIENTOS

El comportamiento general para la ciudad en el año 2008, para el viento registró en horas de la mañana cuatro flujos; el primero proveniente del Sur de la ciudad con dirección hacia las localidades de Kennedy y Bosa, uniéndose con un segundo flujo proveniente del Nororiente de la ciudad con dirección Suroccidente. El tercer flujo presentado viene de los cerros orientales tanto del Sur como del Norte en dirección del Occidente, pero en el sector central de la ciudad se produce la unión de estos con un cuarto flujo proveniente del sur y confluyen en las localidades de Barrios Unidos, Teusaquillo y Chapinero.

En la localidad de Bosa, posterior a las calmas, correspondientes al 1.1%, con alta frecuencia, llegan vientos del sur y sur-occidente. Los vientos del sur son dominantes de junio a septiembre, con porcentajes de 15 a 24%, siendo julio el mes de mayor frecuencia. La velocidad media del viento se encuentra entre 1.9 y 2.5 m/s, con una ligera tendencia a disminuir hacia el este.

El comportamiento del flujo de viento en horas de la mañana donde se evidencia una incidencia del viento en horas de la mañana desde Fontibón y los cerros del sur en la localidad de Ciudad Bolívar, además del flujo de contaminantes desde dichas zonas y especialmente del sector industrial de Cazucá y Autopista Sur.

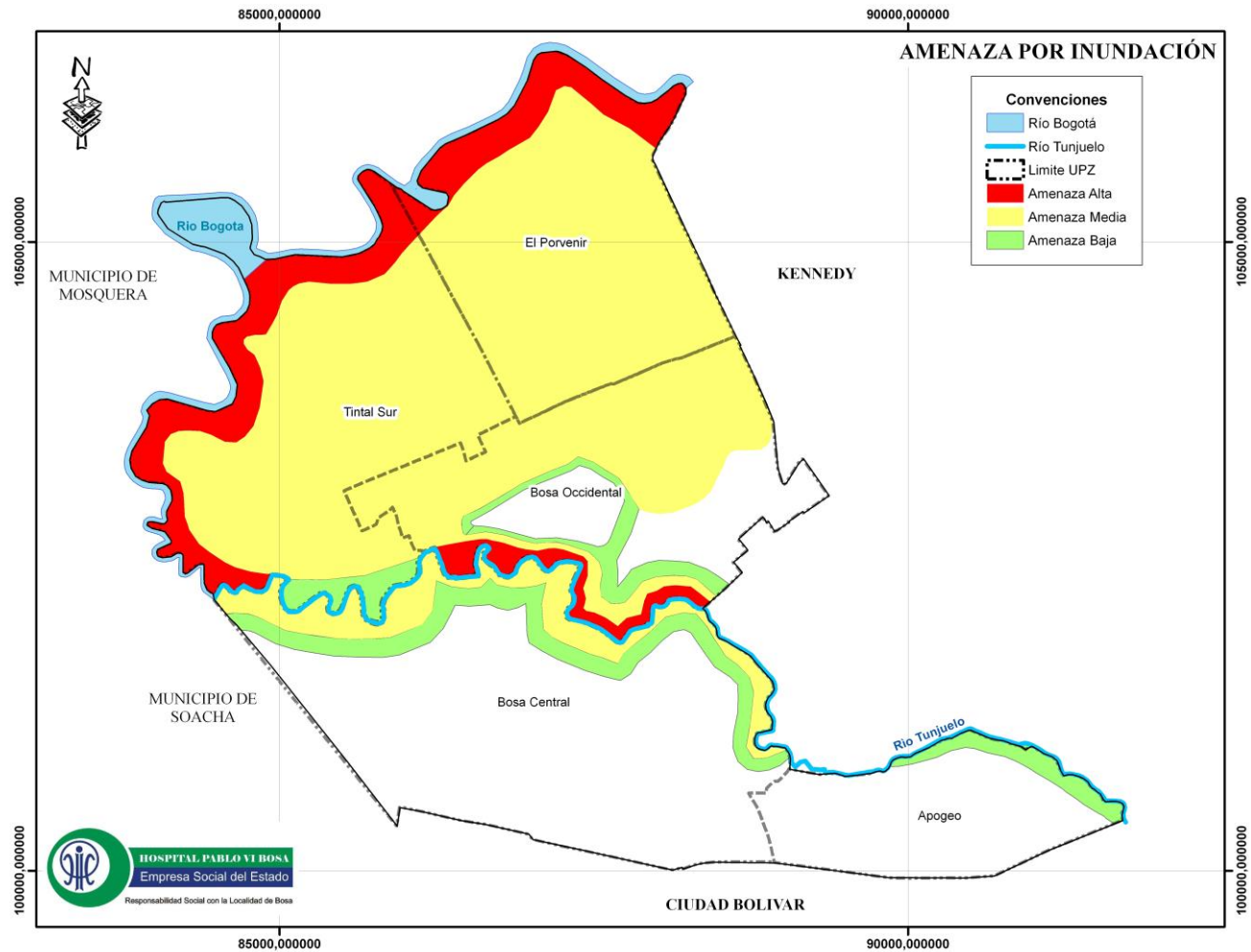
En horas de la tarde, se presentaron dos flujos de vientos, el primero proveniente del Suroriente y en el segundo del Suroccidente con dirección Norte. Como consecuencia el flujo del viento y de los contaminantes que con él se transportan, se trasladan desde el sur occidente de la localidad hacia el Nororiente de la misma incidiendo sobre la localidad de Kennedy, con este comportamiento y teniendo presente que la zona sur, suroccidente y suroriente de Bosa presenta los procesos de expansión urbana hacia los sectores no consolidados ubicados en estos, se presenta una afectación desde dichos puntos hacia toda la localidad con los agentes de contaminación asociados al aire.

2.1.6 ZONAS DE AMENAZA AMBIENTAL

La localidad de Bosa se encuentra atravesada por el río Tunjuelo que deposita sus aguas al río Bogotá hacia el occidente de la localidad y hace parte de uno de los asentamientos humanos más extensos y, quizá, con uno de los más altos índices de pobreza y marginalidad de la ciudad.

El Fondo para la Prevención y Atención de Emergencias (FOPAE) en el estudio de " Zonificación de riesgo por inundación del Río Bogotá y acciones para su mitigación – Localidad de Bosa", encontró que Bosa presenta aproximadamente un 5% de su área en zona de amenaza alta por inundación y un 40% en amenaza media por inundación, debiéndose en su mayor parte por el desbordamiento del río Bogotá. En el Mapa 3 se presenta la zonificación de amenazas por inundación para la localidad de Bosa.

Mapa 3. Riesgo de Inundaciones Localidad de Bosa



Fuente: Fondo de Prevención y Atención de Emergencias FOPAE. Riesgo Inundación 2009.

El Río Bogotá presenta a cada lado jarillones construidos entre 1980-1981, que fueron diseñados para periodo de retorno de 10 años ya que el uso del suelo del sector era agrícola, con el transcurso del tiempo a medida que se ha ido urbanizando esta zona, han sido levantados sectorialmente y en algunas partes han sufrido deterioros por diferentes tipos de intervención del hombre, por lo que existen diferentes niveles de seguridad a lo largo del río. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Bogotá se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: Osorio XXIII, Cañaveralejo, El Recuerdo, San Bernardino XXV, entre otros.

El río Tunjuelo presenta las mismas características y para el control de inundaciones posee tres estructuras que regulan los caudales en la parte baja. Los sectores de los siguientes barrios aledaños al río Tunjuelo se encuentran en zona de amenaza alta por inundación: San Bernardino XXII, San Bernardino XXIII, La Independencia, San Pedro, La Paz Bosa, entre otros.

Otra amenaza son los encharcamientos producidos por deficiencias en el sistema de drenaje, en general de aparición más lenta y de mayor duración que los eventos de inundación originados por desbordamiento. Son frecuentes en las zonas más bajas y de menor pendiente, por lo cuál es fundamental la limpieza de los sistemas de drenaje y alcantarillado. Estos sitios se ubican en los sectores de Tibanica, Estación Bosa, Bosa – Jiménez de Quesada, Bosa, La Independencia, Vereda Bocatoma – Río Tunjuelo, El Matorral – Río Tunjuelo, San Bernardino – Río Tunjuelo, Getsemaní – Río Tunjuelo, Nuevo Chile – Colinagro – Río Tunjuelo. Podemos observar que las UPZ Bosa Tintal Sur, Porvenir y parte de Bosa Occidental se encuentran en riesgo medio por la afectación de orden físico, social, económico y ambiental que la inundación puede generar. Las UPZ Apogeo, Bosa, Central y Bosa Occidental se clasifican en riesgo bajo por esta amenaza.

2.1.7 ZONAS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL

A pesar de que la Localidad de Bosa cuenta con los humedales de Tibanica, La Isla - Chiguazuque como áreas de protección ambiental reglamentadas según la Ley 357 de 1997, y esto se ratifica en la Política de Humedales se evidencian ausencias claras frente a las acciones que promueve la política en Investigación participativa, educación, comunicación y participación, recuperación, protección y compensación, manejo y uso sostenible y gestión interinstitucional³.

El Humedal Tibanica cuenta con 28.8 hectáreas, definido como un ecosistema de gran valor natural y cultural, constituido por un cuerpo de agua permanente o estacional escasa profundidad, una franja a sus alrededor que puede cubrirse por inundaciones periódicas (ronda hidráulica) y una franja de terreno inundable, llamada zona de manejo y preservación ambiental.⁴ Y, el Humedal La Isla situado al occidente de la localidad con una ocupación de 8.1 hectáreas declarado biológicamente como humedal a través de la resolución 5735 de 2008 por la Secretaría Distrital de Ambiente. Sin embargo la comunidad se encuentra insatisfecha aduciendo que la extensión real es 84.5 hectáreas que contemplan la zona de Campo Verde y Chiguazuque (esta zona adquirió este nombre gracias a la acción popular impuesta en el año 2005 por Armando Chiguazuque miembro de la comunidad indígena del Cabildo Muisca de la localidad de Bosa) donde METROVIVIENDA proyecta construir 7189 viviendas.⁵

³ Alcaldía Mayor de Bogotá. Departamento Administrativo del Medio Ambiente, DAMA, Política de Humedales del Distrito Capital. 2006

⁴ EAAB-ESP y SDA y UNION TEMPORAL TIBANICA. Convenio N° 031/2007.

⁵ Mesa Ambiental Local, MAL. Boletín Ambiental Comunitario N°1. Junio de 2009. Pág. 3



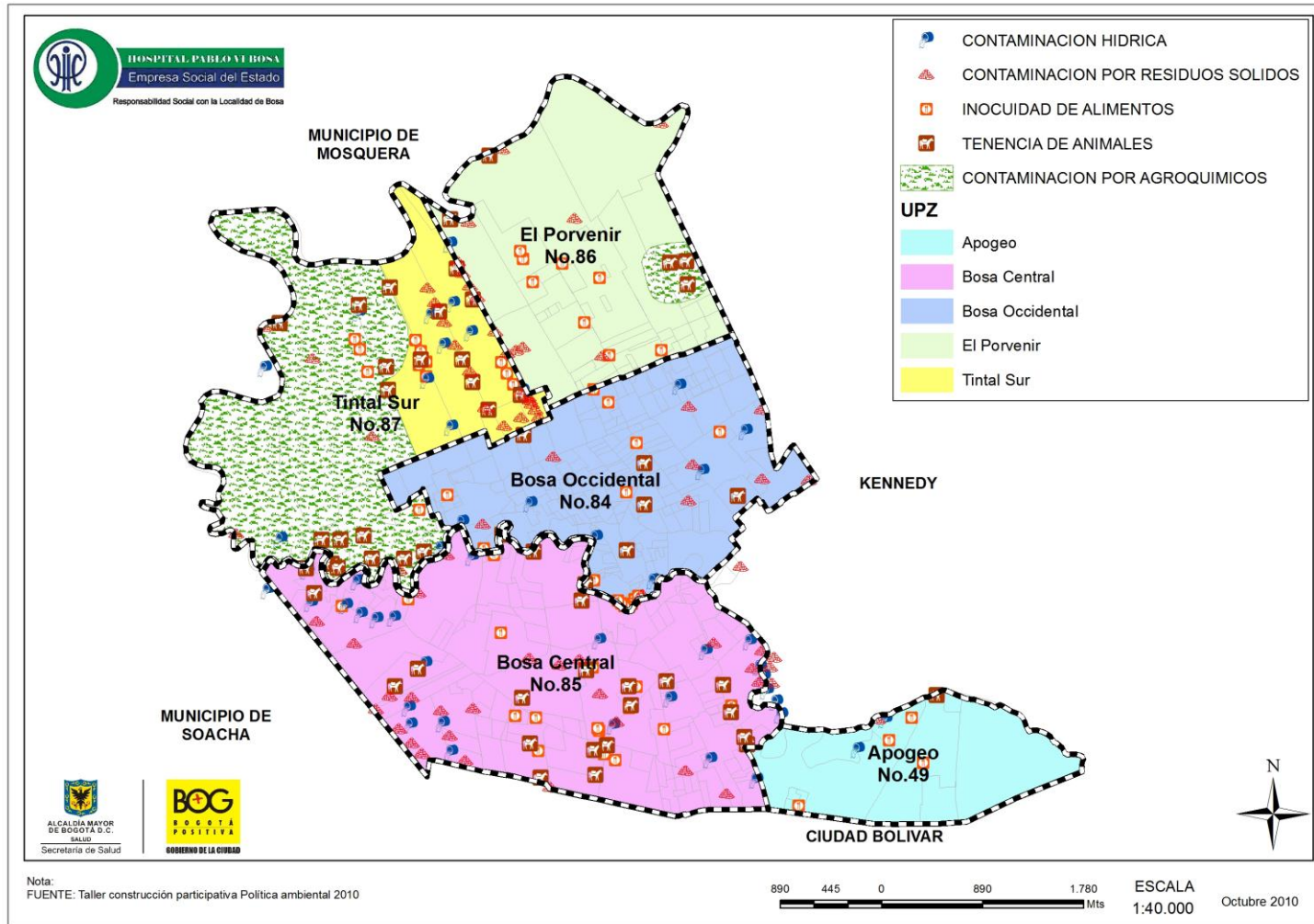
Foto 1. Humedal Tibanica. Archivo D.A.M.A. Tomada por Marcela Cortés

2.2 PROBLEMÁTICAS AMBIENTALES RELACIONADAS CON LA SALUD-PERFIL PROTECCIÓN DETERIORO

Las problemáticas ambientales en la localidad son amplias y diversas y tienen una alta incidencia en el proceso de la determinación de la salud. Sin embargo, son muchas las deficiencias de información que no permiten un análisis profundo de las afectaciones en salud derivadas de las condiciones ambientales locales y globales, lo que sí es posible afirmar es que deben ser observadas el mayor número de situaciones o condiciones del ambiente con una mirada centrada en la salud dentro de los factores social y económico.

El mapa 4. Muestra los conflictos ambientales locales identificados, estos son: Contaminación hídrica, contaminación atmosférica, tenencia inadecuada de animales, manejo inadecuado de residuos sólidos, contaminación de alimentos, vectores, movilidad y ruido.

Mapa 4. Conflictos Ambientales localidad de Bosa



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

2.2.1 CONTAMINACIÓN HÍDRICA

Bosa pertenece al ecosistema sabanero del altiplano Cundiboyacence, situado en el margen sur del río Bogotá, siendo fragmentada por el río Tunjuelo. En otras épocas su ubicación era altamente ventajosa, pero en la actualidad y como resultado del “Plan Maestro de Alcantarillado” desarrollado en la década de los setentas, la alta contaminación de estos ríos por vertimientos industriales (cementeros, relleno sanitario, frigoríficos, fabricas, entre otros) y domésticos generan detrimento de la calidad de vida urbana y de manera notoria a la comunidad aledaña al Río Tunjuelo que atraviesa un sin número de barrios desde su ingreso hasta su confluencia en el Río Bogotá.



Foto 2. Desembocadura del Río Tunjuelo en el Río Bogotá



Foto 3. Vallado UPZ 87 sector Campo Verde

En la localidad, el río Tunjuelo atraviesa cuatro (4) de las cinco (5) UPZ que componen este territorio siendo un foco de contaminación apto para la proliferación de roedores y vectores. A esta situación se le suman los aportes de aguas contaminadas producto del mantenimiento de vehículos que realiza la población en vías públicas, la disposición de aguas servidas en canales abiertos como el Santa Isabel, el vertimiento de agua residual del cementerio “El Apogeo”, las construcciones ilegales en la ronda de los ríos que indica que falta gestión por las entidades territoriales para cuidar estas fuentes de agua y el uso inadecuado de los recursos hídricos de la localidad que afecta la salud humana, como ejemplo el riego de hortalizas con estas aguas contaminadas que son comercializadas para consumo humano en toda la ciudad y municipios aledaños.

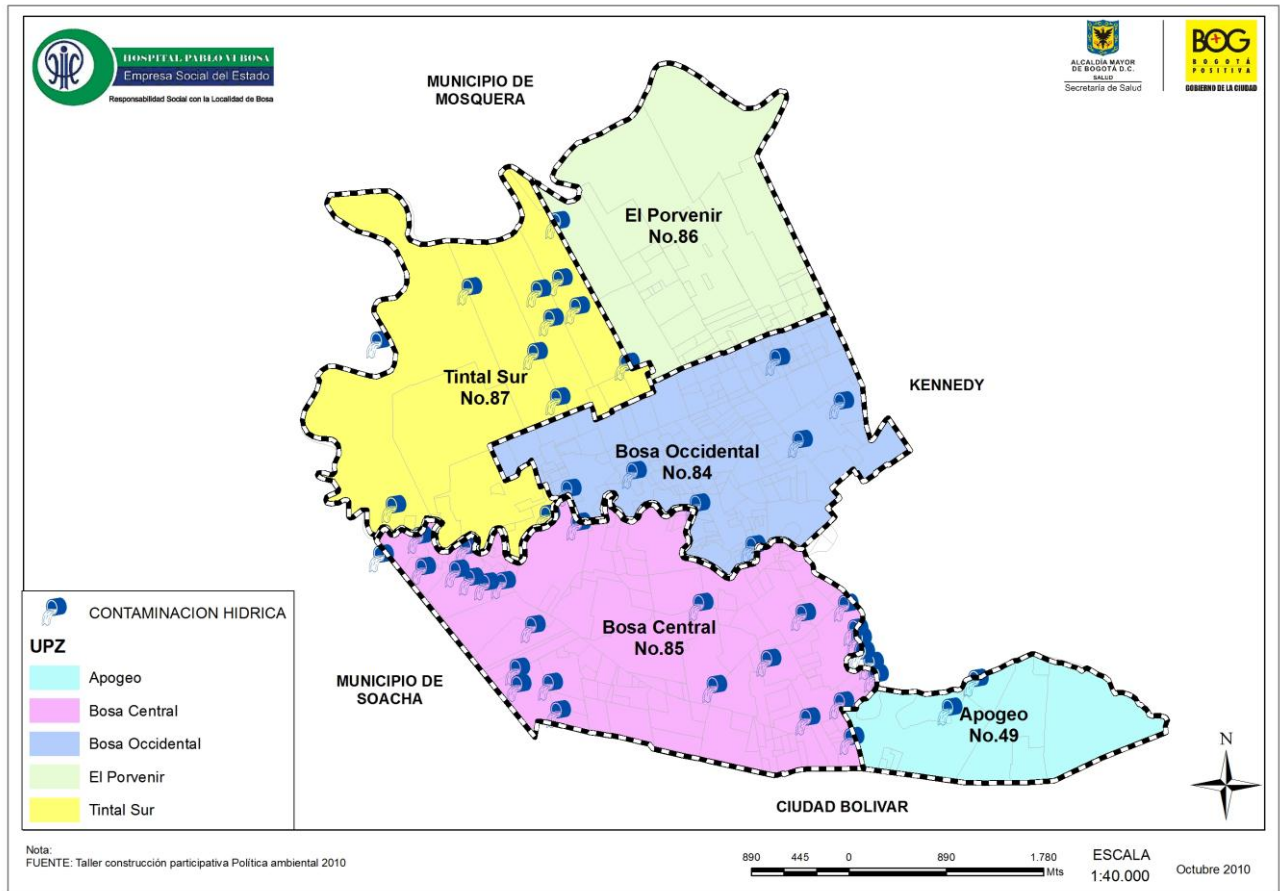
Por otra parte, la situación ambiental de los humedales en la localidad se describe de la siguiente manera: El humedal Tibanica, está en un estado acelerado de deterioro debido a que su proceso de restauración se ha visto interrumpido. Actualmente el agua que se vierte para recarga del humedal es contaminada como es el caso de la quebrada Tibanica que pasa por el occidente del humedal y la indiscriminada disposición de basuras en el ecosistema no permiten el avance significativo en la recuperación y conservación del mismo y, causa efectos negativos que se ven reflejados en la presencia de habitante de calle por falta de encerramiento completo, desaparición de la fauna como consecuencia de la caza por perros, desecación causada por la disminución del aporte de aguas lluvias y del cierre de algunas conexiones con los barrios periféricos y la invasión de la ronda en los barrios Manzanares y en el sector que colinda con el municipio de Soacha.

La comunidad responsabiliza de este hecho al estado que no garantiza el saneamiento de los ríos Bogotá y Tunjuelo, a las constructoras privadas que desarrollan proyectos de vivienda en zonas de ronda como el caso de San José o en terrenos inundables que han sido rellenos con escombros provenientes de demoliciones de toda la ciudad y que son dispuestos en la localidad como el barrio San Diego. También culpan a las personas que vive en la rivera de los ríos ya que al no tener condiciones mínimas de saneamiento disponen todos sus residuos en los

cuerpos de agua, a los agricultores de la localidad por hacer uso inadecuado del recurso hídrico regando hortalizas con agua contaminada, a otras localidades ya que reconocen que cuando el Río Tunjuelo llega a la localidad de Bosa ya trae una carga contaminante relacionada con vertimientos de las curtiembres de San Benito, del Relleno de Doña Juana, sedimentos del parque minero y del alcantarillado de todo el territorio de la cuenca del Tunjuelo y finalmente se culpan ellos mismos por la falta de conciencia ambiental.

Con base en lo anterior se debe destacar que en la ronda de estas fuentes de agua especialmente del río Tunjuelo el cual atraviesa la localidad existen asentamientos de alguna población expuesta (4.698 habitantes aproximadamente)⁶ a patologías relacionadas con saneamiento básico de las cuales ya se han visto afectadas 78 personas que padecieron Hepatitis A y 2041 varicela.⁷ Ver Mapa 5

Mapa 5. Contaminación Hídrica Localidad de Bosa



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

⁶ Hospital Pablo VI Bosa. Consolidados Salud a su casa SASC 2008.

⁷ Registro Individual de la Prestación del Servicio de Salud (RIPS). Hospital pablo VI Bosa. 2009.

2.2.2 CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

De acuerdo con el diagnóstico del estado de la malla vial en la localidad de Bosa del Instituto Distrital de Desarrollo Urbano de 2007, uno de los principales factores de contaminación atmosférica en la localidad se relaciona con el tránsito elementos contaminantes provenientes del resto de la ciudad, como consecuencia del comportamiento de los vientos en la localidad, en horas de la mañana estos elementos pasan por el norte de Bosa y en horas de la tarde, son transportados desde el sur y suroccidente pasando por todo el territorio con salida por el nororiente en los sectores de Santafé, Porvenir y Cabañas donde habitan aproximadamente 11.592 personas.⁸

El conflicto se agudiza por la generación de gases de pintura proveniente de las actividades desarrolladas en talleres de latonería, ubicados sobre la Avenida Dagoberto Mejía, las emisiones de las chimeneas de industrias distribuidas desordenadamente en el territorio local especialmente en la zona de expansión urbana (UPZ Tintal Sur). Allí, la comunidad señala que existen recicladoras de plástico, quema de madera para la generación de carbón y quema de llantas y, los olores fétidos que se derivan de estas actividades junto con los de las fuentes hídricas contaminadas y del alcantarillado que ocasionalmente se rebosa en los barrios Manzanares, Israelitas, San Diego, San José, San Bernardino y el Anheló.

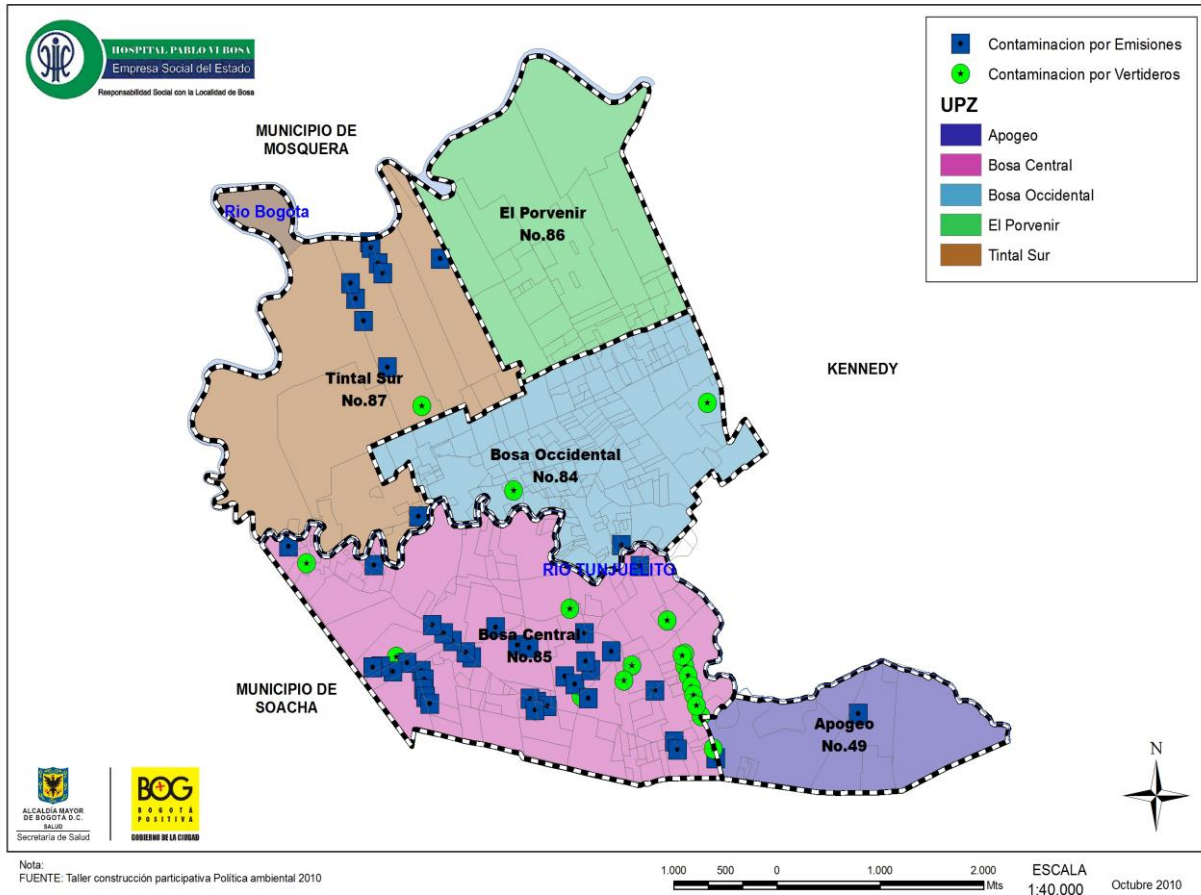
Por otra parte el humo y los olores generados por la cocción de alimentos (chorizos, “pelanga”, chicharrones, arepas, carne, pollo) en ventas ambulantes o establecimientos incomoda a la comunidad, expone a enfermedades respiratorias a la población que los prepara y contamina la atmósfera. En 2009 se reportaron al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA del Hospital Pablo VI 257 casos de enfermedades respiratorias agudas, siendo los más afectados los niños y niñas, especialmente en las UPZ 84 y 85, territorios donde no solamente se concentra la mayor cantidad de población sino donde la problemática de contaminación atmosférica es más crítica.

Otro determinante de la salud en el tema de contaminación atmosférica es la ausencia notable de especies arbóreas que provean de condiciones favorables del paisaje y así mismo reduzcan la incidencia y dispersión de los contaminantes; además, del mejoramiento de los espacios de recreación y esparcimiento que se traduzcan en mejoramiento de la salud y ambiente de la localidad.

De acuerdo al análisis de calidad del aire en la localidad se encuentra que en las UPZ's Porvenir y parte de Bosa Occidental se encuentra alta contaminación atmosférica definida por presencia de material particulado superior a 125 ug/m³. Las UPZ's Tintal Sur, Bosa Central, Apogeo y parte de Bosa Occidental se encuentran en un nivel inmediatamente inferior en cuanto a la cantidad de material particulado presente en el aire hallándose entre 105 y 124 ug/m³ siendo igualmente alta. Otro aspecto a destacar es la baja cantidad de árboles presentes en la extensión de la localidad en los que se observa condición de clorosis especialmente en los ubicados en la UPZ Tintal Sur.

⁸ Hospital Pablo VI Bosa. Consolidados Salud a su casa SASC 2008.

Mapa 6. Contaminación Atmosférica Localidad de Bosa.



2.2.3 TENENCIA INADECUADA DE ANIMALES

En Bosa se da la crianza de diferentes especies de animales como: Aves, porcinos, caprinos, bovinos y equinos con fines económicos especialmente en los barrios: San Bernardino, San José, Manzanares, Palestina, Naranjos, El Toche, Paraíso, Villa Colombia y La Paz que colindan con el municipio de Soacha y Mosquera donde aún existen potreros para la manutención de estas especies, otra característica del hábitat de estos animales es la cercanía con los cuerpos de agua presentes en la localidad que como ya se mencionó no son aptos para el consumo humano ni el de los animales. La comunidad manifiesta: *“las personas que tienen animales para la explotación económica*

duermen con ellos bien sea al lado de la casa o dentro de ella por temor a que se los roben y este es el medio que tienen para trabajar o es lo único que saben hacer para el sostenimiento de sus familias”. ⁹Sin embargo se ha identificado la tenencia de gallos de pelea utilizados en apuestas y perros de razas peligrosas para robar, pelear y/o arrastrar carretas de reciclaje.

Foto 4. Tenencia Inadecuada de animales barrios: El Toche y San Bernardino

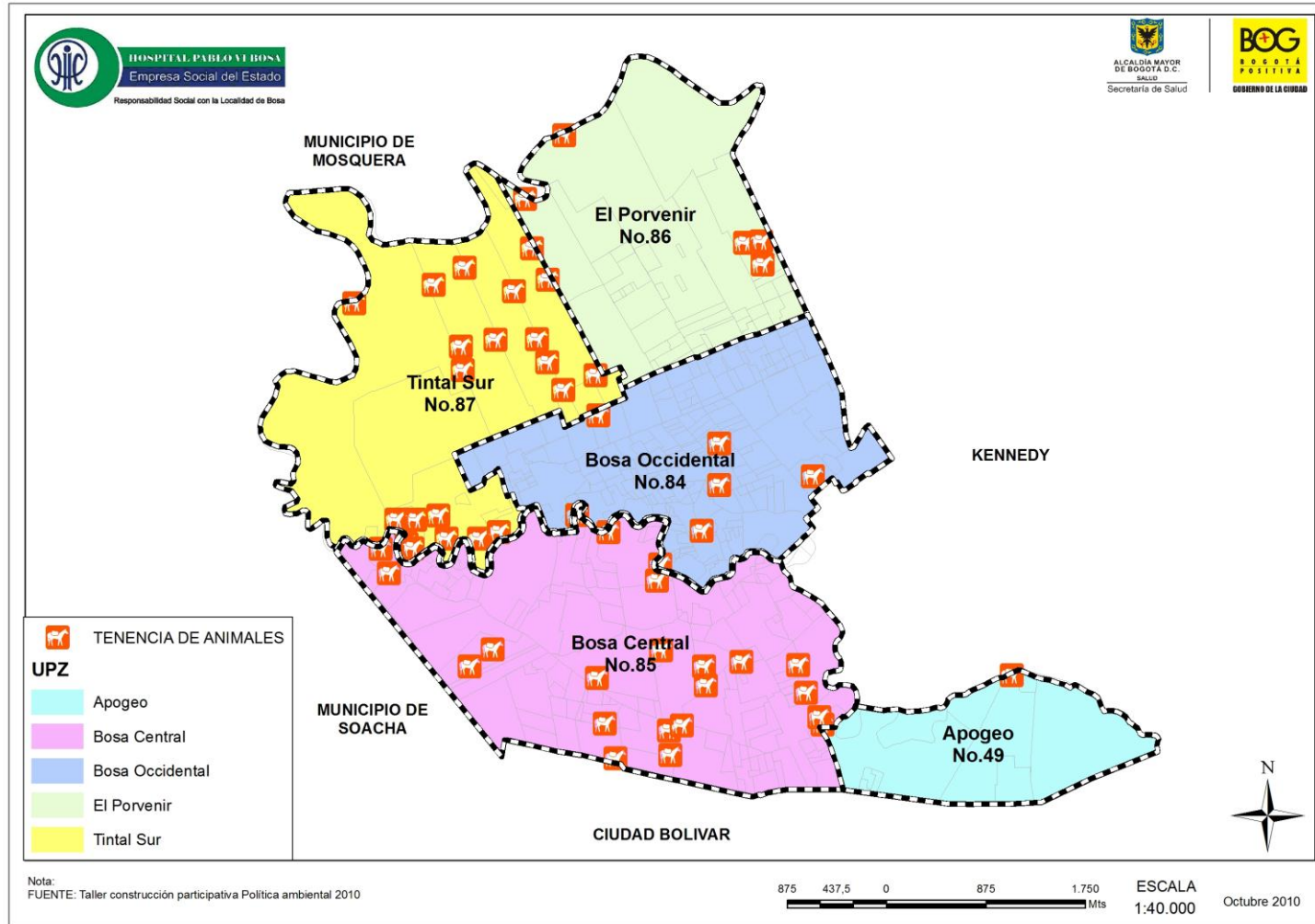


También, se ha identificado a lo largo y ancho de toda la localidad la proliferación de palomas y perros callejeros que son alimentados con restos de comida que la comunidad saca en bolsas a las esquinas. Se observa que en la mayoría de los barrios las personas amadrinan los animales, pero no se hacen totalmente a cargo de los mismos, o poseen propietario, pero estos animales permanecen todo el día en la calle y solo vuelven a su lugar de residencia en la noche cuando llegan sus propietarios, como consecuencia rompen las bolsas de residuos sólidos, no hay quien recoja sus excrementos, nunca visitan al veterinario y mucho menos son desparasitados ni vacunados con el esquema completo, creando una carga ambiental de enfermedad alta principalmente transmitidas por parásitos y bacterias que son compartidas entre hombres y animales. Existe un censo local de 42.500 perros de los cuales 14.798 fueron vacunados, 930 esterilizados (hembras) y 933 recogidos en las recolecciones caninas en el 2009 por la línea de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales. Además a 444 animales entre caninos y felinos se les realizó seguimiento por agresión a la comunidad, siendo las personas mayores de 60 años las menos afectadas aunque aquí se debe aclarar que no toda la población que sufre mordeduras acude para la asistencia hospitalaria.¹⁰ **Ver mapa 7**

⁹ Relatoría Taller 2. Construcción participativa Política de Salud Ambiental. Hospital pablo VI Bosa. 2010

¹⁰ Línea de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales. Vigilancia Ambiental. Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

Mapa 7. Problemática por tenencia inadecuada de animales Localidad de Bosa



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

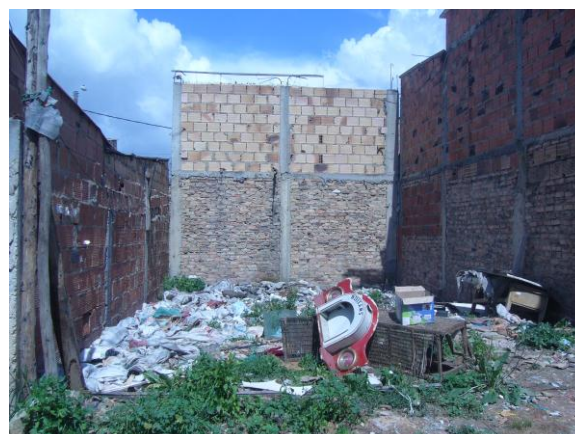
2.2.4 MANEJO INADECUADO DE RESIDUOS SÓLIDOS

Los residuos sólidos son aprovechados en los barrios San Bernardino, Potreritos y Villa Emma (UPZ 87), San Joaquín, la Paz y Brasil (UPZ 84), El Toche, San Eugenio y Manzanares (UPZ 85), por alguna parte de la población que se dedica a recuperarlos a partir de la separación y reciclaje de los mismos. En este proceso se desechan otros residuos que por sus características no pueden reincorporarse para el reciclaje como: etiquetas, tapas, plásticos de baja densidad, entre otros que son dispuestos a orillas del río Tunjuelo, en vallados o en lotes baldíos convirtiéndose en un conflicto socio ambiental por las problemáticas que se derivan de este (olores, vectores, aportes de residuos sólidos a las fuentes de agua e inseguridad). La comunidad que se ocupa en este oficio realiza labores para conseguir el ingreso diario para gastos principalmente de alimentación de sus familias, es decir que tampoco tienen un lugar apropiado para realizar esta labor sino que almacenan el reciclaje en sus viviendas que además son: construidas en materiales improvisados, sin pisos, habitaciones insuficientes para el número de miembros de la familia y algunas incluso sin servicios públicos; situación que empeora el conflicto por los riesgos de incendio y de proliferación de enfermedades.

Foto 5. Almacenamiento de residuos en vivienda de recuperador de oficio UPZ 85, barrio San José



Foto 6. Lote Baldío UPZ 84, barrio San Bernardino

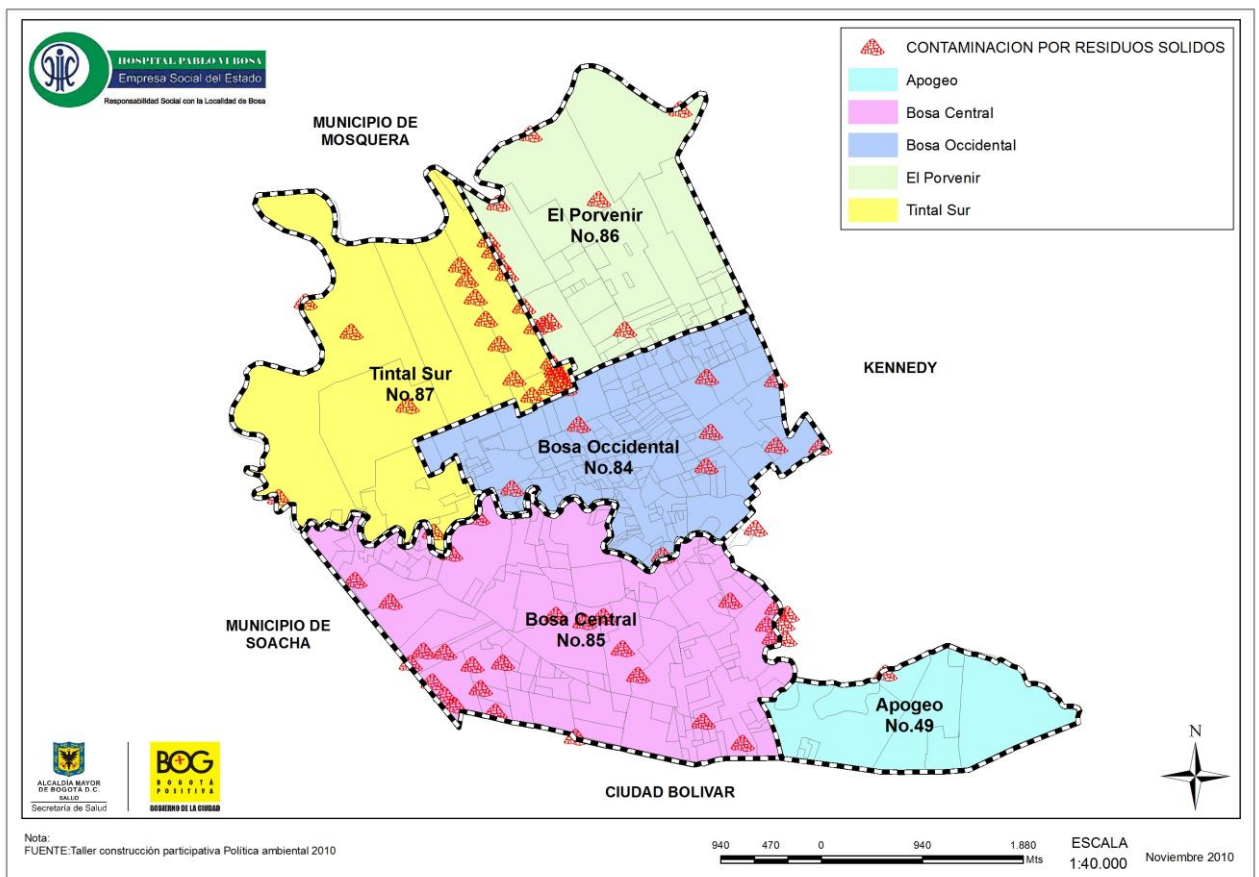


Por otra parte la condición de Zona de Expansión urbana de la UPZ Tintal Sur ha permitido que se dispongan cientos de toneladas de escombros provenientes de toda la ciudad de forma legal e ilegal relleno terrenos con riesgo por hundimiento y el jarillón del río Bogotá. Esta situación deriva otros efectos como: El deterioro de las vías y enfermedades de las mucosas por las partículas que se levantan a causa el tránsito de volquetas.

Respecto al general de la población es notoria la disposición de basuras sin separar en las viviendas y en el sector comercial e incluye las ventas ambulantes que no tiene lugar para colocar los residuos producto de su actividad. Los escombros producto de demoliciones de construcciones de la localidad en su mayoría son entregados a las personas que trabajan con vehículos de tracción animal “zorreros” quienes le dan disposición final en vías sin pavimentar o en lotes abandonados. Algunos puntos críticos se ubican en los barrios Carbonell, La Cabaña, Danubio Azul, Clarelandia, Alameda del Parque, José Antonio Galán, Santiago de las Atalayas, La Estación, San Diego , Brasil y El Porvenir, en donde el el consorcio de aseo Ciudad Limpia ha realizado acciones de recuperación.

A todo esto se le debe sumar la quema de basuras al aire libre por una minoría de la población y la quema de residuos de flores en los cementerios Apogeo y Bosa. **Ver Mapa 8.**

Mapa 8. Contaminación por residuos sólidos Localidad de Bosa



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

2.2.5 CONTAMINACIÓN DE ALIMENTOS

Existe a nivel general un desconocimiento de las Normas Sanitarias Vigentes por parte de los propietarios de los establecimientos que unido a la realidad sociocultural y económica de la localidad genera que no se den las condiciones óptimas de infraestructura como: baños para el servicio público, paredes, pisos y techos en material higiénico sanitario lavable, utensilios adecuados, entre otros para el funcionamiento adecuado de los establecimientos de expendio, preparación y consumo de alimentos. Esta situación, coincide con el incumplimiento parcial de las exigencias realizadas (principalmente en cuanto a adecuaciones locativas) que para el 2009 fue del 90% representado en los 6450 conceptos pendientes y desfavorables de las visitas de Inspección, Vigilancia y Control de la línea de Inocuidad de Alimentos en el año 2009.

Sobresale el decomiso y/o destrucción de alimentos de alto riesgo (carnes con sus derivados, lácteos con derivados, y alimentos listos para el consumo) de control especial (panela y sal) y bebidas alcohólicas, por incumplimiento de la normatividad sanitaria vigente lo cual se evidencia in situ o por resultados no conformes emitidos por Laboratorio de Salud Pública (LSP), ya sea por presencia de microorganismos (*Listeria*, Coliformes, *Bacillus c*, Mohos, Levaduras) o por evidencia de adulteración de los alimentos (presencia de Bisulfito en carnes, Blanqueadores en panela), en bebidas alcohólicas (presencia de partículas, contenido alcohólico) y, las Enfermedades transmitidas por Alimentos (ETAS) que para el 2009 fue de 90 especialmente en la etapa de ciclo vital juventud que habitan en la UPZ 85. Respecto a esta situación, la gente da su testimonio *“En las zonas de Bosa Centro, Carlos Albán, Carbonell, Naranjos, Nueva Granada, Piamonte y Ciudadela El Recreo (Carrera 73 sur) existe proliferación de ventas ambulantes (frutas, chorizos, rellenas y arepas) que aportan riesgo de intoxicación por falta de educación de los vendedores que permita la implementación de medidas preventivas por parte de los mismos”*.



Foto 7. Decomiso y destrucción de alimentos UPZ 84, barrio La Libertad

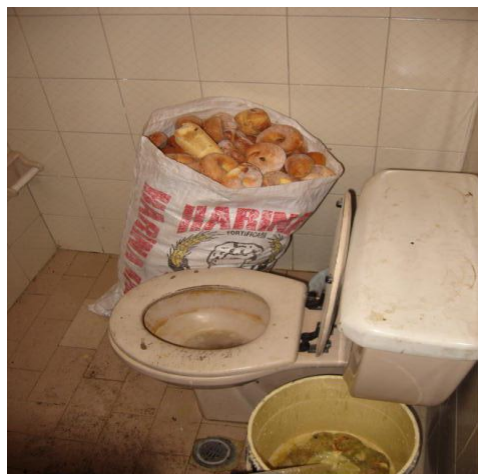


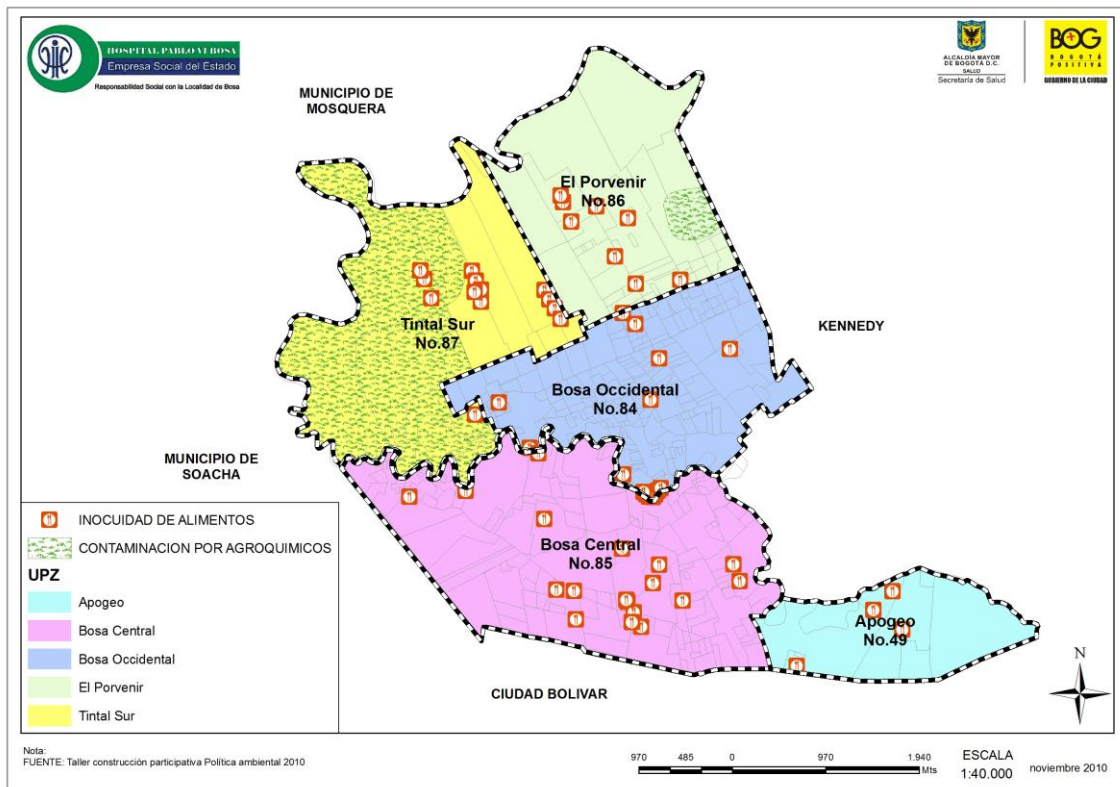
Foto 8. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control. Línea de Inocuidad de Alimentos

Aunado a este escenario se encuentran las deficientes condiciones higiénico sanitarias, de saneamiento básico y manejo de alimentos del general de los habitantes de la localidad en las viviendas, hábitos de

higiene personal (lavado frecuente y adecuado de manos), limpieza y desinfección de áreas superficies y equipos, condiciones de almacenamiento de agua potable, manejo inadecuado de residuos sólidos y bajo control de vectores propiciando de esta manera riesgos de intoxicación por contaminación cruzada, por perdida de cadena de frio de alimentos como carne, leche y sus derivados o por manipulación inadecuada de los alimentos.

De otra parte el riego de hortalizas con agua contaminada del río Tunjuelo, Bogotá y el vallado de San Bernardino ha dado como resultado la contaminación de alimentos por presencia de metales pesados como Cromo y Plomo en estos alimentos¹¹. Se debe aclarar aquí que un pequeño porcentaje de estos cultivos son consumidos en la localidad y el resto distribuido en las grandes plazas de abasto de la ciudad o en los municipios circunvecinos a la localidad. **Ver Mapa 9.**

Mapa 9. Contaminación de Alimentos Localidad de Bosa



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

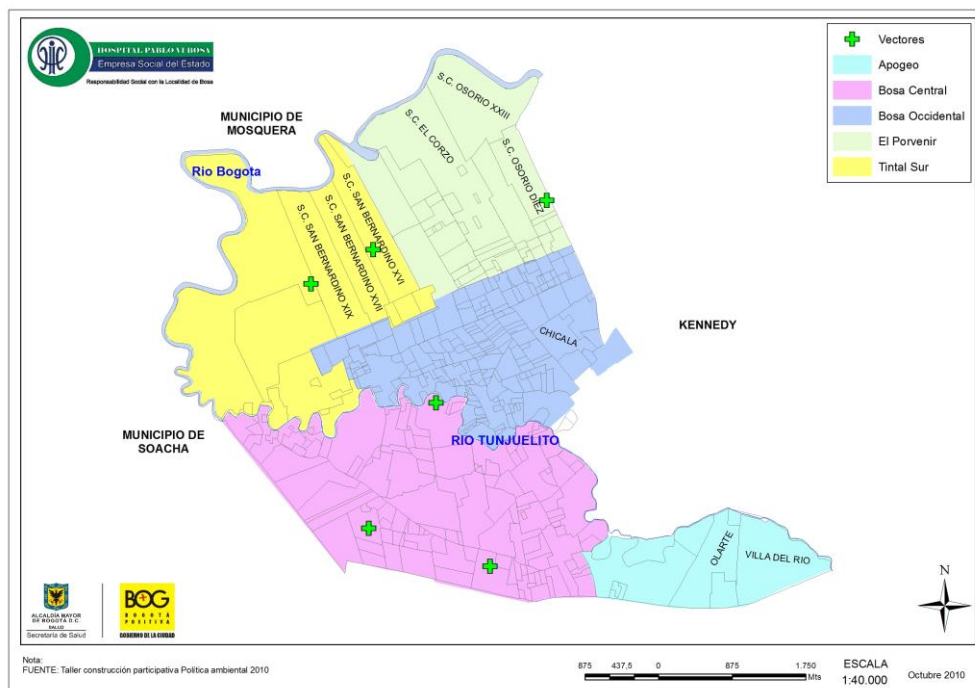
¹¹ Proyecto Especial de Metales Pesados en Hortalizas en la Localidad de Bosa. Hospital Pablo VI Bosa ESE. 2009.

2.2.6 VECTORES

Actualmente en la localidad se ha identificado la presencia de roedores y vectores como (zancudos, cucarachas, y moscas) que transmiten enfermedades infecciosas, esto tiene relación directa con el manejo inadecuado de basuras de la siguiente manera: La disposición de residuos sólidos y de escombros en los cuerpos de agua del río Tunjuelo y Bogotá como en las rondas de los mismos y en lotes baldíos, la disposición de restos de comida a caninos y palomas en la calle, la no recolección de excretas de las mascotas en parques, zonas verdes y vía pública y por último las diferentes obras de infraestructura urbana y sanitaria por parte de las diversas instituciones que dejan al descubierto alcantarillas donde habitan principalmente roedores.

También durante los últimos tres años se ha venido identificado la proliferación de hormigas en las viviendas y los establecimientos de preparación, expendio y consumo, de alimentos produciendo incomodidad a la comunidad en general. Esta última situación se debe además del mal manejo de residuos sólidos a factores asociados al cambio climático. Ver Mapa 10.

Mapa 10. Contaminación por Vectores identificada en la construcción de la Política de Salud Ambiental Localidad de Bosa 2010



Fuente: Cartografía Hospital Pablo VI Bosa ESE

2.2.7 MOVILIDAD

La malla vial de Bosa de acuerdo con la Línea de Base calidad de vida 2007 se encuentra mal estado en un 59%, ocupando el penúltimo lugar con respecto a las otras localidades del Distrito. Este dato tiene coherencia frente a las necesidades que los habitantes locales manifiestan. La comunidad siente vulnerado el derecho a la movilidad por las vías sin pavimentar, por la ausencia de vías de acceso a sectores de la UPZ occidental, la ausencia de señalización y la baja cobertura de las rutas alimentadoras del Sistema de Transporte Transmilenio en los barrios del occidente que van desde la Esperanza hasta Potreritos – San Bernardino. También, la comunidad afirma: *“en sectores donde hay vías principales hay un alto tráfico de vehículos, formando trancones de hasta 25 minutos en cortos trayectos y, hay que esperar porque estas vías son las de principal acceso local para llegar o salir a trabajar”*.



Foto 9. Bicitaxismo barrio Villa del Rio UPZ 49

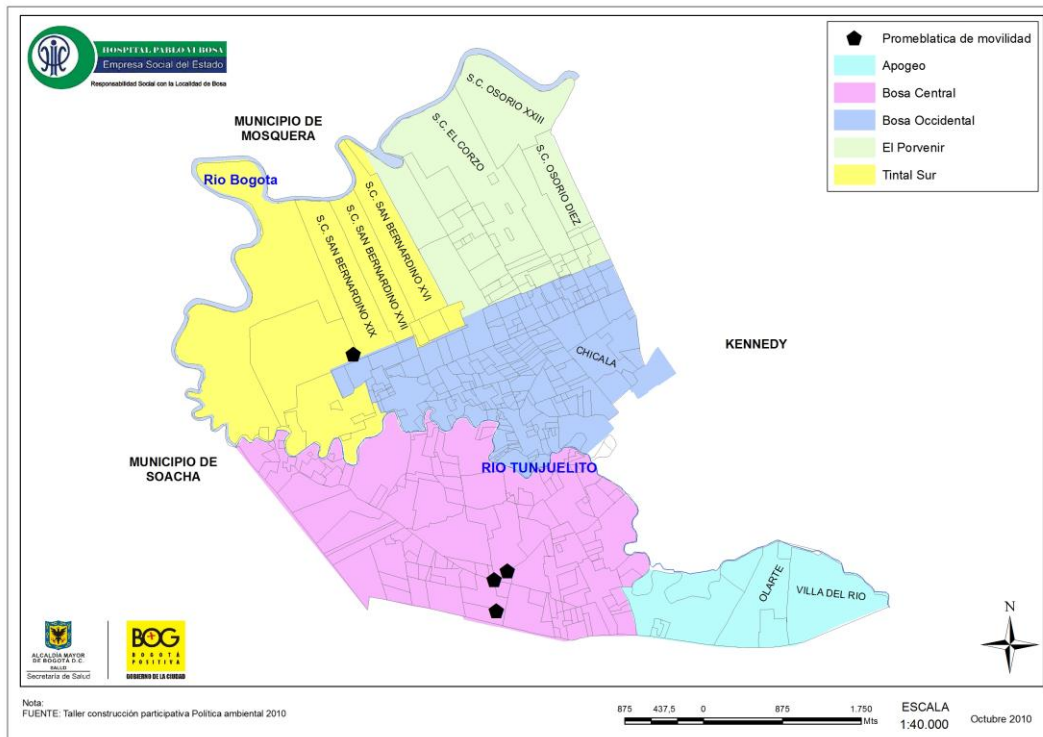


Foto 10. Vía Pública Barrio La Libertad UPZ 84

En cuanto a la ciclo ruta la comunidad tiene fuertes críticas ya que en los sectores donde existe (La Esperanza Tibanica, San Bernardino; Manzanares, El recreo, Porvenir) teniendo conexión con el municipio de Soacha y La Avenida ciudad de Cali se presenta alta inseguridad y por temor al robo de la bicicletas la comunidad no las utiliza.

Actualmente se observa el incremento del uso de “Bici Taxis” como servicio de transporte en el que trabaja informalmente alguna parte de la población local y que la comunidad utiliza por la facilidad en el acceso a sus lugares de destino. Ver Mapa 11.

Mapa 11. Problemática de Movilidad identificada en la construcción de la Política de Salud Ambiental Localidad de Bosa 2010



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

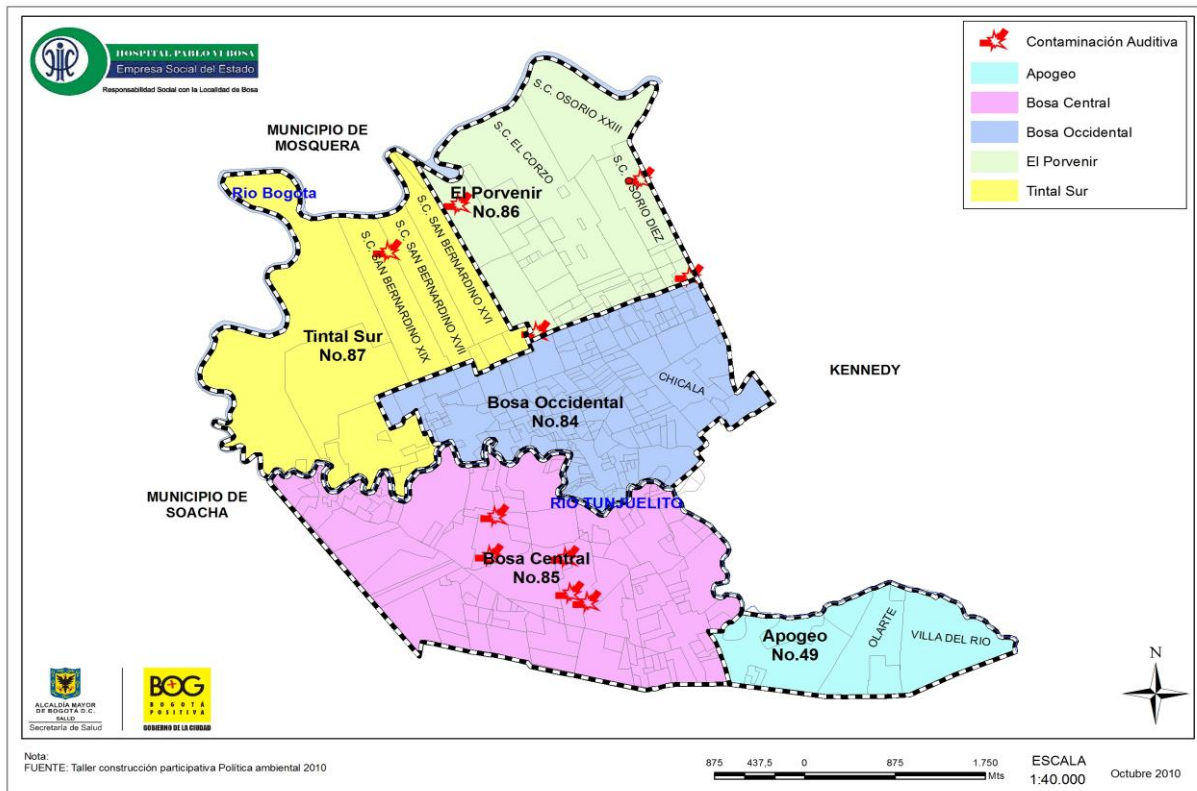
2.2.8 RUIDO

En la localidad no existe un diagnóstico que determine los altos niveles de ruido a los que la población se encuentra expuesta. Sin embargo la comunidad afirma sentirse afectada por contaminación auditiva a lo largo y ancho de todo el territorio local. El ruido, es producido principalmente por: el alto volumen. El ruido es producido principalmente por: El alto volumen de los equipos de sonido de los restaurantes, bares, tabernas y cantinas, almacenes de venta de calzado y ropa y la venta informal de productos y servicios puerta a puerta), Ver foto 11, así como el tráfico vehicular en vías principales y las actividades lúdicas y deportivas al interior de zonas residenciales por la ausencia de equipamiento de parques. Ver Mapa 12.



Foto 11. Muestra de contaminación Auditiva en las calles de la localidad de Bosa

Mapa 12. Ruido Localidad de Bosa identificado por la comunidad en la construcción de Política de Salud Ambiental 2010



Fuente: Cartografía Hospital pablo VI Bosa ESE

2.3 DINÁMICA TERRITORIAL

2.3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DEL TERRITORIO

Hasta mediados del siglo XX Bosa era un municipio compuesto por cinco barrios y habitado por no más de 20.000 personas dedicadas, en gran parte, a la agricultura de subsistencia; los productos agrícolas que se cultivaban eran principalmente, la cebada, el trigo, la papa, la arveja. En esta época cada familia tenía un terreno en donde construía una o varias viviendas hechas de bahareque y techo de la paja extraída del trigo y la cebada. A finales de la década de los cuarenta en el período de violencia que desató el asesinato del líder liberal Jorge Eliécer Gaitán, se provocó un movimiento de inmigración campesina de grandes proporciones a los centros urbanos en donde los territorios de municipios cercanos a las capitales, como es el caso de Bosa, fueron el nuevo lugar de habitación para esas familias desplazadas por la violencia que llegaban a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida, por su ubicación periférica como puerta a la capital.¹²

A partir de 1954, por medio del Decreto 3640 expedido durante el gobierno de general Gustavo Rojas Pinilla, Bosa es anexada al Distrito Especial de Bogotá. Se da el comienzo de la parcelación y venta de los pequeños minifundios con miras a satisfacer económicamente lo que ya la agricultura a pequeña escala no lograba. En medio de campos de hortalizas surgen construcciones de nuevos pobladores, enmarcando un “estilo” propio de la localidad. Así mismo, el Estado y particulares negociaron parte de estos predios con miras a intermediar el proceso de reubicación industrial, y con ello hacerse a unos recursos. Algunos de estos lotes no lograron ser ocupados, lo que los convertirá en el escenario de los movimientos “viviendistas” en las décadas de los setentas y ochentas, quienes a través de posesiones “ilegales” e “ilegítimas”, lograron la consolidación de parte de los actuales barrios.

La llegada acelerada de esa gran cantidad de población al territorio contribuyó, a partir de 1960, con la generación de organizaciones comunitarias, que inicialmente tuvieron en las comunidades religiosas y en los núcleos juveniles sus principales animadores. Entre 1970 y 1985 Bosa fue escenario de encuentros cívicos, indígenas, religiosos, juveniles, comunales y artísticos de orden local, distrital, departamental y nacional. Desde 1985 hasta la actualidad la iniciativa de organización y participación ciudadana se ha manifestado con mayor intensidad a través de procesos culturales artísticos y juveniles surgidos de las relaciones barriales, vecinales y estudiantiles.

El surgimiento del movimiento “viviendista” solo es posible comprenderlo en relación con la clase obrera y los migrantes de “La Violencia” en áreas rurales, quienes por sus perfiles ocupacionales, difícilmente se incorporan al régimen laboral urbano. Otra cara del fenómeno, consiste en la reubicación de población distrital y local marginal mediante el desarrollo de megaproyectos como METROVIVIENDA, los cuáles han iniciado a configurar otro tipo poblacional de la localidad, generando nuevos conflictos territoriales, así como el surgimiento de nuevas problemáticas, no solo en los reubicado sino en algunos de los “razales” de Bosa 7.

¹² Recorriendo Bosa: Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Hacienda, Departamento Administrativo de Planeación.2004

Esta somera reseña histórica de la localidad permite comprender la configuración de la misma en virtud a una serie de discursos que se expresan de manera estructural. En la actualidad la localidad ha perdido su carácter rural y la totalidad de su territorio está localizado en suelo urbano y suelo de expansión con diversos usos como industria, vivienda, producción y servicios.

2.3.2 LA NOCIÓN DEL TERRITORIO

El territorio local en el escenario de la Gestión Social Integral y Participación (GSlyP) y en los encuentros con la comunidad asume los territorios sociales desde la distribución político administrativa clásica (UPZ), pero cambiando la definición de los mismos con el fin de que fueran el punto de partida para un abordaje más complejo de la realidad de los habitantes de la localidad.

Producto de los encuentros entre los equipos intersectoriales para la GSlyP y de los encuentros con las comunidades en los diferentes territorios, se encontró que para la mayoría de las personas el territorio, se compone más que de la disposición geográfica del espacio y que este depende de las relaciones sociales que se tejen entre las personas y los grupos pero que pueden trascender al mismo, sin embargo que las distribuciones clásicas desde la organización político administrativa de la localidad siempre era un punto de partida o un referente para los análisis que tenían lugar cuando se hablaba del territorio.

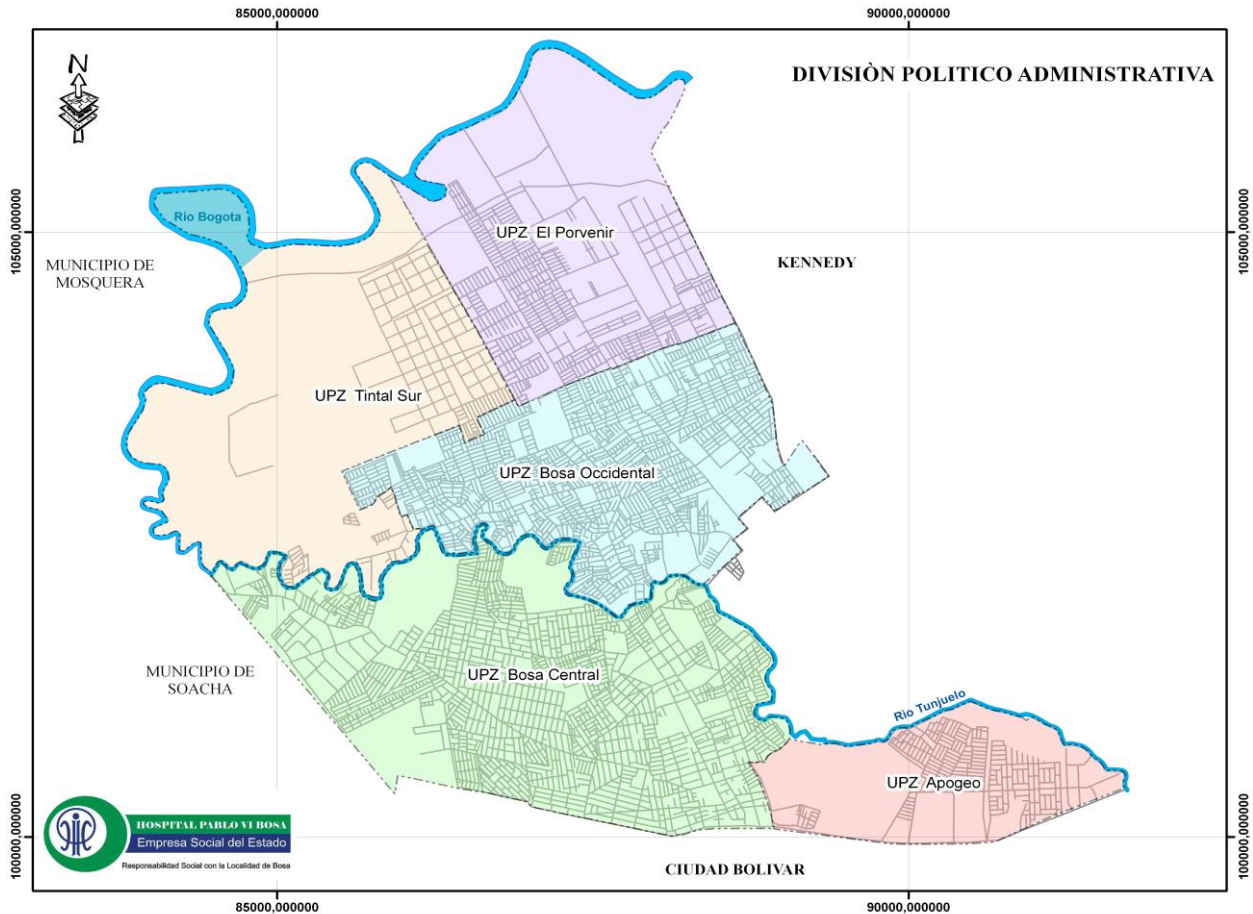
Se definió entonces como territorio “un espacio social que se considera como un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción y reproducción”. En este contexto los cambios del espacio obedecen a los ajustes que cada modo de producción debe realizar a la organización del espacio, con el objeto de garantizar su propia reproducción.

Como conclusión de este proceso se tomo referencia a las UPZ como territorios sociales de abordaje, de tal manera que cada una de ellas corresponde a un espacio social desde el cual se construirán las respuestas integrales desde la perspectiva de la complejidad. No obstante es importante mencionar que en el proceso se requiere desagregar dichos espacios de acuerdo a condiciones particulares presentes en el territorio y que definen un comportamiento singular en las tomas de decisiones y priorización en agendas sociales.

2.3.3 DIVISIÓN POLITICO ADMINISTRATIVA

En cuanto a la división político administrativa, la localidad se encuentra compuesta por 5 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) que a su vez se distribuyen en 381 barrios legalizados por secretaría de Planeación. La UPZ que tiene un mayor número de barrios es Bosa Occidental, seguida de Bosa Central y en menor número Porvenir, Tintal Sur y Apogeo. **Ver Mapa 13**

Mapa 13. División Político Administrativa Localidad Bosa



Fuente: Cartografía. HospFuente: Cartografía Hospital Pablo VI Bosa. Bases SDP- UPZ 2009

Acorde con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), adoptado en el Decreto 619 del 28 de Julio Bosa tiene un total de 2395,59 hectáreas distribuidas así: Bosa Central: 29.9%, Tintal Sur 23,7%, Bosa Occidental 20,7%, Porvenir 16,7% y Apogeo 8,7%. **Ver Tabla 1.** El área urbana se encuentra constituida por el territorio que por contar con infraestructura vial, redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado, hacen posible la urbanización o edificación. De las 1.929,2 ha, existen 230,2 ha protegidas, y 418,3 ha no urbanizadas, que solamente pueden ser utilizados mediante planes parciales, siendo el territorio urbanizado total 1.510,9 ha, que contienen 2.853 manzanas.

Tabla 1. Distribución de Hectáreas por UPZ y número de Barrios

UPZ	EXTENSIÓN Ha	%	Nº Barrios
Apogeo	210.43	8,7	12
Bosa Occidental	496.6	20,7	166
Bosa Central	717.46	29,9	140
El Porvenir	402.24	16,7	33
Tintal Sur	568.86	23,7	28
TOTAL	2395,59	100	381

Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial. Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 2002

Una de las grandes dificultades presentes en el POT, corresponde a que ninguna de las Unidades anteriores se encuentra tipificada como rural, pese a que en los sectores de El Porvenir y Tintal Sur existen predios para uso agropecuario, los cuales han sido declarados como terrenos de expansión y uso urbanizable. Esta diferencia entre lo normativo y lo cotidiano, ha sido constantemente manifestado por los pobladores, quienes consideran que se ha desconocido la vocación, usos y costumbres que por años han desarrollado los “raizales”, entre ellos, el Cabildo Indígena Muisca de Bosa. Por lo anterior, se sugiere la definición de zonas de transición, con el fin de prevenir conflictos sociales a corto, mediano y largo plazo.

UPZ 49 APOGEO: La Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) No. 49, Apogeo, se encuentra ubicada al oriente de la localidad de Bosa, según el Departamento de Planeación Distrital cuenta con una superficie de 210,4 hectáreas, equivalentes al 8,7% del total del suelo de Bosa, es la menos extensa. Su nombre se debe a que allí se encuentra el parque cementerio Jardines El Apogeo. Esta UPZ limita al norte y al oriente, con el río Tunjuelo; al sur, con la Avenida del Sur o Autopista Sur, y al occidente, con la Avenida Bosa, límite con el cementerio El Apogeo.

UPZ 84 BOSA OCCIDENTAL: La UPZ Bosa Occidental cuenta con una extensión de 496.6 hectáreas equivalentes al 20.7% del suelo de Bosa, limita al norte con la Avenida el Tintal, que separa las UPZ 86 y 87 (Porvenir y Tintal); al oriente con la Avenida Gibraltar y la UPZ Gran Britalia perteneciente a la localidad de Kennedy; al Sur limita con el río Tunjuelo; al Occidente limita con la Avenida San Bernardino.

UPZ 85 BOSA CENTRO: La UPZ 85 Central cuenta con 717.46 hectáreas correspondientes al 29.9% de la extensión de la localidad, limita al norte con las UPZ 84 y 87 a partir del río Tunjuelo, al sur occidente con la avenida circunvalar del sur, el humedal la Tibanica, en parte por la avenida conocida como “las Torres” (por encontrarse allí torres eléctricas de alta tensión) que la separan del municipio de Soacha y la carrera 13 del barrio la Despensa (Soacha) que la separa de ese mismo municipio; por el occidente el río Tunjuelo la separa de la UPZ 48 perteneciente a la localidad de Kennedy, la Avenida Bosa (calle 59 sur) de la UPZ 49 Apogeo y la autopista del Sur de la zona industrial de Cazucá perteneciente al municipio de Soacha .

UPZ 86 PORVENIR: La extensión de esta UPZ es de 402.24 hectáreas que corresponden al 16.7% de la totalidad del suelo de la localidad. La UPZ se encuentra ubicada en la parte occidental de la localidad; limita al norte con

el Río Bogotá y Municipio de Mosquera, al oriente con avenida Gibraltar y la Localidad de Kennedy; al sur con la avenida El Tintal y la UPZ 84 Occidental y al occidente avenida San Bernardino y la UPZ 87 Tintal.

UPZ 87: TINTAL SUR: La UPZ 87 mide 568.86 hectáreas siendo el 23.7% de la localidad, limita al Norte con el Río Bogotá, al Oriente con Futura Av. Bosa (Cll. 59 sur), al Sur Av. Tintal (Kra. 110), futura Av. San Bernardino, Río Tunjuelo y al occidente con el Río Tunjuelo. Esta UPZ Tintal Sur es plana y cuenta con 119,29 hectáreas de suelo protegido. (2004 Planeación Distrital), aún no ha sido reglamentada. En esta zona se ubican parte de los habitantes pertenecientes al Cabildo Indígena Muisca de Bosa, quienes han residido las veredas de San Bernardino y San José a través de los años, debido a su fuerte relación cultural con la cuenca hídrica.

2.3.4 MICROTERRITORIOS

De acuerdo con el programa de Salud a su Casa (SASC) de la Secretaría Distrital de Salud, cuyo objetivo es la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud los microterritorios son espacios que se construyen por interacción de una población heterogénea que habita ese espacio, con las modificaciones que le imprime a partir de las necesidades e impactos diferenciales de género, edad, condición social, cultura y orientación sexual. En los territorios sociales convergen en forma simultánea diferentes espacios de la vida cotidiana de las personas (familia, escuela, trabajo, comunidad, instituciones, etc.) que expresan características y relaciones particulares a cada uno, que lo determinan y que son comunes a todos los sujetos que lo habitan; estos espacios son los ámbitos de vida cotidiana, en donde se concretan las acciones de todos los actores y componentes del sistema de salud, constituyéndose así en los medios de abordaje a dicho territorio.¹³

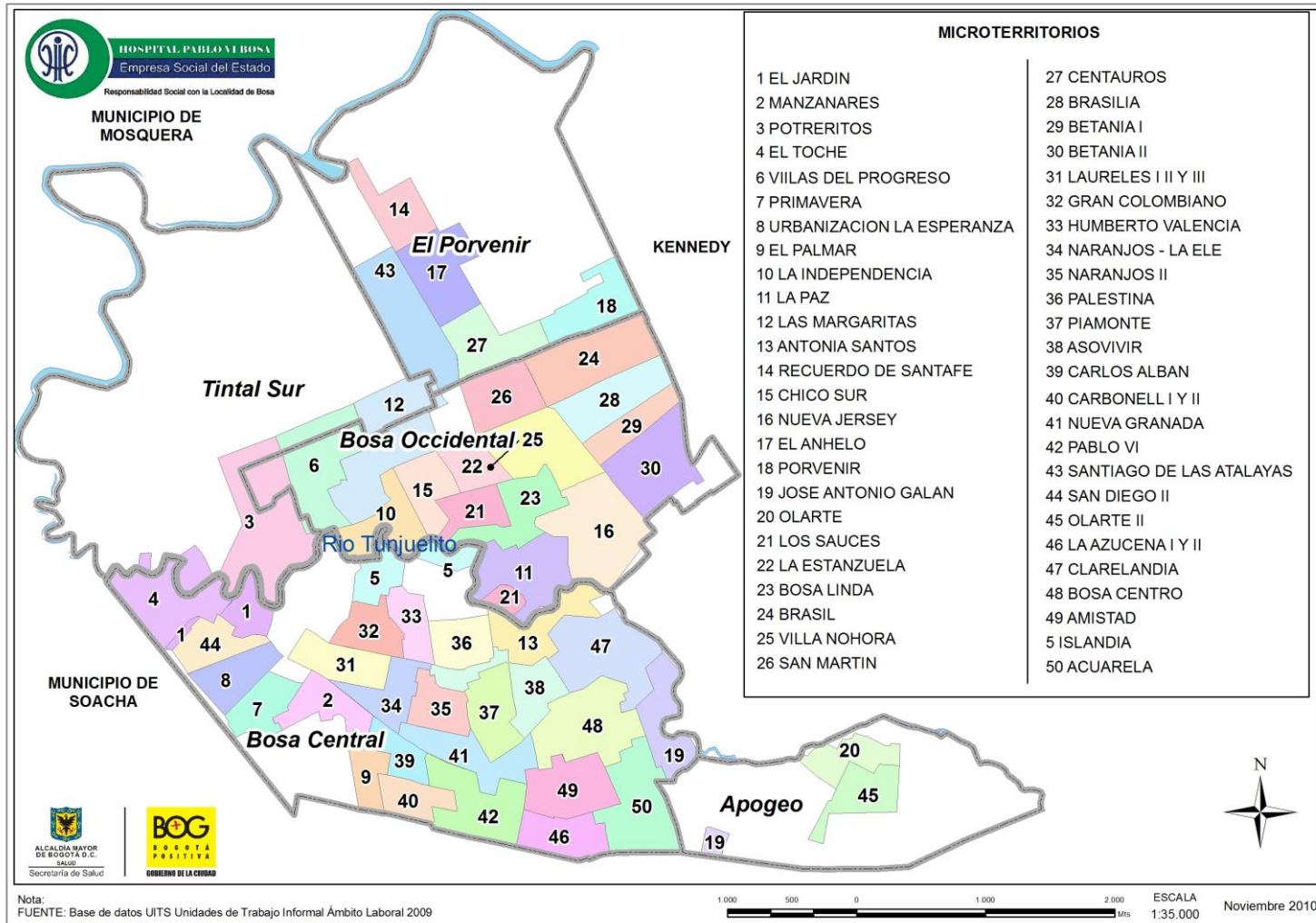
Para el año 2006, el hospital Pablo VI de Bosa contaba con una cobertura de 16.800 familias con el programa Salud a su Hogar que luego fue cambiado por el de Salud a su Casa en 14 Micro territorios. En el 2007 se contaba con 42 micro territorios con una cobertura de 50 400 familias. A finales del 2008 la localidad contó con 50 equipos básicos de salud familiar y comunitaria en 50 microterritorios, con una cobertura de 59.500 familias y 190.905 individuos, para 2009 se continuó¹⁴ con los 50 microterritorios aumentando la cobertura a 62286 familias y un total de 179.917 individuos. La UPZ donde se cuenta con un mayor número de microterritorios por su extensión y características demográficas corresponde a Bosa Central con 28 (56%), seguida de Bosa Occidental con 16 (32%), 3 microterritorios en Porvenir (6%), 2 microterritorios en Apogeo (4%) y 1 microterritorio en Tintal Sur (1%)¹⁵. En las UPZ Tintal Sur y Porvenir según Catastro, el territorio todavía corresponde a zona de expansión y no se ha generado la malla urbana oficial que permita avanzar en el proceso de caracterización de barrios para intervención de Salud a Su Casa con nuevos microterritorios. **Ver Mapa 14.**

¹³ Equipo Distrital Salud , Lineamientos Ámbito Familiar – SASC 2009, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, 2009

¹⁴ Reseña Histórica de Salud a su Casa. Hospital Pablo VI Bosa. 2008

¹⁵ Fuente base de datos APS localidad de Bosa

Mapa 14. Microterritorios Salud a Su Casa 2009



Fuente: Bases de datos Salud a su Casa . Hospital Pablo VI de Bosa.

Según la caracterización de los microterritorios en el 2009 el total de individuos caracterizados por el Programa de Salud a Su Casa correspondió a un total de 179.917 individuos de los cuales el 53% (95540) es femenino y el 47% (84777) es masculino. Por etapas de ciclo vital tenemos que la infancia aporta un 21.8%, (39199) la juventud 32.28% (58069), adultez 38.84% (69880) y persona mayor un 7%.(12765) A partir de los datos anteriores, se puede reafirmar que Bosa es una localidad joven y adulta, con poco más del setenta por ciento concentrado en estas etapas de ciclo vital, es decir, económicamente activa y en edad fértil en el caso de la población femenina que es la predominante. De acuerdo con SASC en los microterritorios de Bosa se caracterizaron 2051 gestantes.

2.3.5 USOS DEL SUELO

En lo local se pueden diferenciar diferentes tipos de usos del suelo **Ver Mapa 15**, siendo los más predominantes la zona residencial y residencial con actividad económica principalmente de tipo comercial.

En cuanto al **área de actividad central** esta se ubica en Bosa Centro o Casco Urbano. Es el territorio más antiguo, con vestigios históricos coloniales y presenta procesos de urbanización clandestinos hacia el occidente. Con su consolidación, el área ha aumentando su densidad poblacional y actividades comercial convirtiéndose además en **zona de comercio aglomerado**.

La zona de **suelo protegido** se ubica al borde del río Bogotá, considerando la ronda del cuerpo de agua como zona de protección.

La **zona de equipamientos colectivos** la componen: El Polideportivo La Palestina, Cementerio de Bosa y el Apogeo, parque central de Bosa y algunas zonas de encuentro masivo ubicadas en el Recreo.

Para la **zona de equipamientos recreativos y deportivos** la localidad únicamente cuenta con proyecciones a mediano plazo con el proyecto de saneamiento del río Bogotá y estas se encontrarían Ubicadas en la UPZ Porvenir.

La **zona de servicios urbanos** esta actualmente ubicada en la UPZ 49 de la cual hace parte La Terminal del Sur y el Portal del Sur de Transmilenio. También se tiene proyectada un área en la UPZ 87 Tintal Sur para la prestación de servicios urbanos por medio de los proyectos de nuevas avenidas como la ALO y el proyecto de Saneamiento del río Bogotá.

La **zona Industrial**. Se encuentra dispersa en la localidad, especialmente al extremo oriental, concentrada en la Autopista Sur. Actualmente en la localidad han sido identificadas 10 grandes industrias que han sido vigiladas y controladas desde la línea de industria y ambiente.

2.4 ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN LOCAL

► CONSEJO LOCAL DE POLITICA SOCIAL – CLOPS

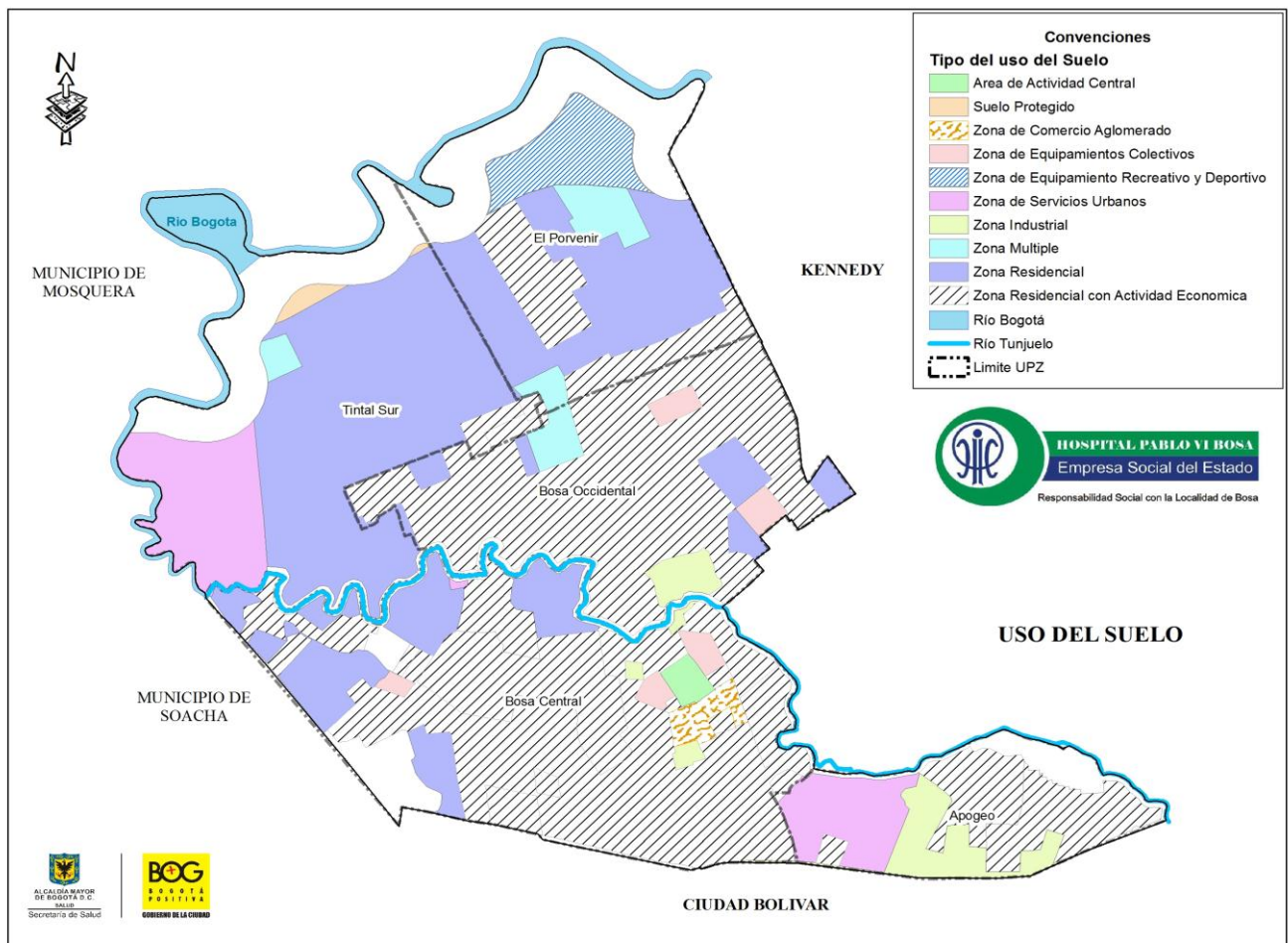
Es la instancia consultiva para la construcción conjunta de agendas estratégicas, de participación y control social, en el proceso de formulación y desarrollo de las políticas públicas que en materia social adopte la ciudad; su carácter es

mixto, contando con representación de organismos o entidades estatales, la participación de representantes del sector privado y organizaciones sociales y comunitarias. La Secretaría Técnica del Consejo Distrital de Política Social será ejercida por la Secretaría Distrital de Integración Social, a través de la Subdirección de Integración Social. A nivel local sesiona de forma trimestral.

► CONSEJO LOCAL DE GOBIERNO – CLG

Principal instancia de coordinación y articulación de las estrategias, planes y programas que se desarrollen en la localidad, para atender las necesidades de la comunidad y cumplir con las competencias propias de los asuntos del territorio local; su secretaría técnica la ejerce el Coordinador Administrativo y Financiero de la Localidad. Dentro de sus integrantes se encuentra: Alcalde Local y quien lo precede, el coordinador administrativo y Financiero de la Localidad de Bosa, el Coordinador del Grupo Normativo y Jurídico de la localidad de Bosa, el Comandante de Policía de la localidad de Bosa, un representante de los sectores Administrativos de coordinación, Gestión Pública, gobierno, Seguridad y Convivencia, Hacienda, Planeación Desarrollo Económico, Industria y Turismo, educación, Salud, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Ambiente, Movilidad, Hábitat; además de Gerentes o representantes de las siguientes entidades locales, como: Gerente del Hospital Pablo VI I Nivel, El Gerente del Hospital Bosa II Nivel, El Subdirector(a) Local de Integración Social de Bosa, El Gerente del DEL Bosa, El Representante del Centro Hábitat de la Localidad, La Representante de la Casa de Igualdad de Oportunidad de la Localidad. Se celebra mensualmente.

Mapa 15. Uso del suelo Localidad de Bosa



Fuente: Cartografía. Hospital Pablo VI Bosa 2009

► CONSEJO DE PARTICIPACIÓN LOCAL – CPL

El Alcalde Local, quien lo preside; el Coordinador Administrativo y Financiero de la Localidad, el Coordinador Jurídico de la Localidad de Bosa, un representante de las siguientes entidades y de la Alcaldía Mayor en cuanto a Secretarías Técnicas de los siguientes Comités Sectoriales regulados por el Decreto Distrital 063 de 2005: Secretaría General, (Comité Sectorial General), Secretaría de Gobierno, (Comité Sectorial de Gobierno y Participación, Secretaría de Hacienda, (Comité Sectorial de Hacienda), Departamento Administrativo de Planeación Distrital, (Comité Sectorial de Planeación y Desarrollo Económico), Departamento Administrativo de Bienestar Social, (Comité Sectorial de Inclusión Social), Secretaría de Salud, (Comité Sectorial de Salud), Secretaría de Educación (Comité Sectorial de Educación), Instituto Distrital de Cultura y Turismo, (Comité Sectorial de Cultura, Recreación y Deporte), Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente, (Comité Sectorial de Ambiente), Secretaría de Tránsito y Transporte, (Comité Sectorial de Movilidad y Espacio Público), Metrovivienda, (Comité Sectorial de Hábitat), Alcaldía Mayor de Bogotá, (Comité Sectorial de Servicios Públicos), el Gerente del Hospital Bosa II Nivel, el Gerente del Hospital Pablo VI I Nivel, el Gerente del Centro Operativo Local de Bosa, el Gerente del CADEL de Bosa, el Gestor Local del Cultura de Bosa, el Comandante de la Séptima Estación de Policía, un representante de la Caja de la Vivienda Popular, el Coordinador del Distrito Operativo de Tránsito, un delegado del Departamento Administrativo de Acción Comunal Distrital, un delegado del Departamento Administrativo del Medio Ambiente, un delegado del Departamento Administrativo de Planeación Distrital, un delegado de la Defensoría del Espacio Público, un delegado de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, un delegado de la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá, el Coordinador Local del Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte, un delegado del Instituto de Desarrollo Urbano .IDU, un delegado de Metrovivienda, un delegado de la Subsecretaría de Control de Vivienda, un delegado de la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos, un representante del Cabildo Indígena Muisca de Bosa, un representante de las Negritudes de la Localidad. El Coordinador Administrativo y Financiero de la Localidad actúa como Secretario Técnico.

► COMITÉ LOCAL DE EMERGENCIAS – CLE

Es un espacio local donde se analizan y se atienden las emergencias de la localidad y se establecen mecanismos y estrategias de prevención y mitigación para la atención de desastres, ya sean estos de tipo natural, tecnológico o social. Este grupo se reúne el último viernes de cada mes. Entre las entidades que hacen parte del comité se encuentra como cabeza la alcaldía local, la DPAE, Bomberos, SLIS, Acueducto, Administración del Humedal Tibanica, ciudad limpia, defensa civil, DILE y Hospital Pablo VI, con la representación de el referente de emergencias en salud pública, un miembro de la oficina de salud ocupacional y un epidemiólogo el cual informa mensualmente sobre el comportamiento del virus pandémico A(H1N1) y las acciones adelantadas.

► CONSEJO ZONAL DE SEGURIDAD – CZS

Son espacios zonales dentro de la localidad, liderados por la alcaldía local, los cuales se realizan en los diferentes barrios de la localidad a cargo de los representantes de la JAL. Es un espacio abierto en donde la comunidad expresa sus necesidades y deficiencias que afectan al sector, en donde cada representante de las diferentes entidades locales escucha y da respuesta a las intervenciones realizadas, y se comprometen a buscar soluciones a las problemáticas que aun no se han abordado y que sean de su competencia.

► CONSEJO LOCAL DE SEGURIDAD – CLS



► Este espacio analiza las condiciones de inseguridad que afectan la localidad, . Lo preside la Alcaldía Local y asisten representantes de las diferentes entidades distritales o locales que tienen incidencia en la localidad entre las cuales están: la Secretaria de Gobierno, la Personería, el IPES, la Policía Nacional, Secretaria Local de Integración Social, Hospital Pablo VI Bosa, entre otras. Dentro de las problemáticas priorizadas por este espacio se encuentran la ubicación de vendedores informales en espacios recuperados, las confrontaciones de barras futboleras, el diagnóstico policial local acerca de homicidios, hurtos y lecciones, y el manejo adecuado que se debe implementar para la atención de eventos y realización de operativos de control o situaciones que puedan generar algún tipo de riesgo para la comunidad.



COMISION AMBIENTAL LOCAL – CAL

Es un espacio de encuentro intersectorial y comunitario reglamentado por el Decreto 625 de 2007, donde se discuten las problemáticas ambientales locales y se realizan acuerdos que propendan por la mejoría y conservación del ambiente local. Es un espacio decisorio que funciona como autoridad ambiental local. Participan instituciones como la Secretaría de ambiente, ASOJUNTAS, la Mesa Distrital de Salud y Ambiente, el Hospital Pablo VI ESE en representación de la SDS, Alcaldía Local, Planeación distrital, Secretaría de Hábitat, Fundación Tibanica, Administración del humedal Tibanica y la mesa Ambiental Local. De acuerdo con el decreto deben asistir otros sectores que hacen presencia esporádica.



MESA AMBIENTAL LOCAL – MAL

Es un espacio abierto a la comunidad donde líderes ambientales, participan con el fin de discutir problemáticas ambientales que inciden en la calidad de vida de los habitantes de la localidad. El Hospital Pablo VI Bosa ESE apoya este espacio por medio de la participación activa y ocasionalmente asisten otras instituciones. Se desarrolla los miércoles cada 15 días en la tarde, en las instalaciones de la alcaldía local. Un delegado de este espacio participa en la CAL.



COMITÉ OPERATIVO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA / RED DEL BUEN TRATO – COIA /RBT

Es uno de los comités que integran el Consejo Local de Política Social, según reglamenta el Decreto 460 de 2008. El objetivo del COIA/RBT es posicionar las políticas públicas de infancia y familia, en los territorios de la localidad de Bosa, a través de la Gestión Social Integral, desarrollando acciones que promuevan la participación y el empoderamiento de la comunidad y las instituciones para favorecer la calidad de vida de niños, niñas adolescentes y familias. En este espacio participan diferentes instituciones como la SLIS, Centro amar, PRONIÑO, diferentes IED, DILE, Alcaldía Local, Jardines locales, Comisaría de Familia I y II, Asociación Cristiana de Jóvenes, Consejo tutelar, IDPAC, Fiscalía, IDIPRON, la defensoría, ICBF, el Hospital Pablo VI y organizaciones comunitarias como AVANZAR Y Semilleros del Buen Trato. Durante el 2009, se realizaron capacitaciones a todos los participantes en temas relacionados a la Política de Infancia y Adolescencia, socialización del marco situacional de salud mental y de violencias en la localidad, GSI, redes, trabajo en equipo y liderazgos compartidos; cada institución socializa su oferta de servicios en los temas de infancia y familia y prevención de las violencias. También se desarrollan otras actividades de promoción del buen trato como la Semana del buen trato (incluido el desarrollo del foro local para la prevención de las violencias, comparsa del buen trato y participación en el lanzamiento distrital), dentro del posicionamiento político dentro de la localidad, se realizó el Subcomité de Infancia y Familia comunitario y acciones por la conmemoración de los 20 años de la convención de los derechos de los Niños y niñas. La secretaria técnica la tiene el Hospital Pablo VI, desde la referencia de Infancia y RBT, apoyados por orientame para el fortalecimiento de organizaciones sociales comunitarias. Las reuniones se desarrollan el tercer miércoles de cada mes de 8am a 12pm en la Casa de la Justicia.



COMITÉ LOCAL DE JUVENTUD

Espacio local que hace parte CLOPS, encuentro de jóvenes organizados y no organizados, para la movilización y aplicación de la política públicas de juventud. Dentro las acciones realizadas en el 2009 se encuentra: construcción conjunta (ELAI, CLJ y organizaciones juveniles) del plan de acción local juvenil, desarrollando actividades y jornadas para la movilización y garantía de los derechos de los jóvenes. Los actores sociales que hacen parte de espacio son: SLIS, Alcaldía Local, Hospital Pablo VI, IDR, DLE, CIO e IDPAC. La secretaria técnica se encuentra en cabeza de SLIS (Subdirección de Juventud). Se realiza bimestralmente.



EQUIPO LOCAL DE APOYO INSTITUCIONAL - ELAI

Espacio para el trabajo intersectorial y el apoyo al CLJ y demás organizaciones juveniles; dentro de las acciones ejecutadas 2009: conjuntamente con el ELAI construcción del plan de acción local juvenil. Los actores que nutren este

espacio son: SLIS, Alcaldía Local, Hospital Pablo VI, IDRDR, DILE, CIO y la secretaría técnica es ejercida por la Alcaldía Local. Se celebran una o dos reuniones mensuales.

▶ CONSEJO LOCAL DE JUVENTUD (CLJ)

Espacio de participación, cuyos miembros son elegidos por voto popular, para un periodo de 3 años, siendo sus consejeros iguales en número a los de la JAL; en el 2009 se construye reglamento interno y plan de acción interno. Los actores de este consejo son: 4 jóvenes elegidos por organizaciones y 5 por independientes, un representante Afro y uno Indígena; la secretaría técnica se encuentra en cabeza del representante Afro. Se realizan dos reuniones mensuales.

▶ COMITÉ DE OPORTUNIDADES Y POTENCIALIZACION DE HABILIDADES PRODUCTIVAS

Es un espacio local, donde convergen diferentes actores económicos de la localidad, para el fortalecimiento de organizaciones productivas en la búsqueda de proyectos productivos a nivel local y distrital y procura en la formación de redes de abastecimiento. Se hizo resocialización del espacio local, convocatoria de la comunidad y de otras entidades locales, organización del primer encuentro de actores económicos de Bosa, socialización de proyectos locales del FDL dirigidos al tema de productividad. Actores: organizaciones productivas locales, Fundación Redes Sociales, cabildo indígena CIPRID Calarcá, asociación indígena muisca CUZA BAGUE, artesanos Muiscas, FUNDAARTE, representantes de las UTI, Hospital Pablo VI, Fundación social, Centro AMAR, SLIS, Secretaria de Desarrollo Económico, Banca Capital, CORPOCIMA. La secretaria técnica la tiene el Hospital Pablo VI, a través del referente de la Red Social de Salud de los Trabajadores. Se desarrollan las reuniones el primer y tercer martes del mes en las horas de la tarde, en las instalaciones de la SLIS.

▶ COMITÉ LOCAL DE PERSONA MAYOR

Instancia consultiva que emite recomendaciones para el ingreso de nuevos participantes en el proyecto 496 “atención Integral por la garantía de los derechos para una vida digna en el Distrito Capital Años Dorados”, de la Secretaria Distrital de Integración Social; el cual se celebra los primeros días de cada mes. Las acciones desarrolladas durante el año 2009 estuvieron dadas por la participación ordinaria y extraordinaria de seguimientos de casos para el ingreso, egreso y traslado de personas mayores al proyecto para ello se hace llegar los casos con un tiempo prudente para así poder hacer su respectivo análisis y toma de decisiones en el comité en pleno. Los participantes a este espacio local: Alcalde Local o delegado, la profesional del proyecto de Años Dorados quien es quien tiene la secretaria técnica, el personero o delegado de la localidad, representantes de las personas mayores beneficiadas y un representante de la secretaria de salud de la localidad.

▶ SUBCOMITÉ LOCAL DE PERSONA MAYOR

Espacio local, miembro del CLOPS, que coordina las acciones intersectoriales dirigidas a este grupo poblacional, en el que tienen asientos diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales, personas mayores y en general la comunidad residente o con participación activa en la localidad; se celebra los primeros días de cada mes. Las acciones desarrolladas en el 2009 están enfocadas en el ajuste de linamientos y directrices señaladas por el consejo Local de Política Social y lo previsto en el manual de procesos y procedimientos del proyecto de la secretaria Distrital de Integración Social, construcción y cumplimiento al plan de acción 2009, revisión decreto local del Subcomité Local de persona mayor (Alcaldía Local), avances en el análisis de la situación de las personas mayores de la localidad para la realización conjunta del diagnóstico Local de la etapa de Ciclo Vital, socialización documento preliminar Política Pública de Envejecimiento y Vejez. La secretaria técnica la lleva a cabo la Subdirección Local de integración Social. Este espacio está integrado por: el Alcalde Local o su delegado, la Subdirectora Local para la integración Social, o su delegado, el personero delegado de la localidad o su delegado, un representante del fondo de desarrollo Local, representantes de las personas mayores beneficiarias, un representante de la secretaria de salud de la localidad, representantes de las organizaciones y grupos de bases de personas mayores en la localidad, responsable delegado para el proyecto de la SDIS en la subdirección Local para la integración social de Bosa, un representante del IDRDR, un representante del ICBF,

un representante de la casa de Igualdad, un representante de la policía comunitaria y organizaciones no gubernamentales.

► COMITÉ DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN

Es una instancia participativa de gestión, asesoramiento, concertación y evaluación de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional adscrito al Consejo Local de Política Social de la Localidad de Bosa. El Comité de SAN se propone ser un actor de gestión local con recurso humano integrado por las instituciones y líderes comunitarios que trabajan en pro del Derecho Humano a la Alimentación, la Seguridad Alimentaria y Nutricional la gestión local para el posicionamiento de la Política Distrital de SAN, integrándola a la dinámica local.

En este espacio se debe contribuir al cumplimiento de las disposiciones técnicas, programáticas y estratégicas de la Comisión Intersectorial de SAN. Se cuenta con un Plan Local de SAN de Bosa 2008 – 2012 al cuál se le hace seguimiento de manera permanente con todos los asistentes a este espacio local: el Comité se posiciona como una instancia asesora y consultiva autónoma con el suficiente poder técnico y político que permita el acompañamiento y seguimiento de las dinámicas locales de lucha por el Derecho Humano a la Alimentación. Este espacio local también se propone asesorar, a las entidades públicas y privadas, del ámbito local, en la formulación de proyectos que contribuyan a la Seguridad Alimentaria y Nutricional, de manera articulada con ofertas de capacitación y oportunidades laborales; se propone hacer monitoreo a los programas de apoyo alimentario y coordinar esfuerzos en la localidad para la promoción de hábitos alimentarios adecuados en consideración de las diversas costumbres y culturas alimentarias de sus habitantes, promocionando la cultura de autocuidado en los individuos y las familias como la armonía en sus relaciones personales y con el medio ambiente.

Las instituciones que participaron durante el 2009 fueron organizaciones comunitarias: Multired Alimentaria, ASORED, Renacer, CORPOCIMA, FUNDARTECP, Unión Temporal Por vida Digna, el Cabildo Muisca de Bosa, Semillas de Vida, Cabildo Pijao, Comité de vendedores Informales. Comedores Comunitarios como: Nuevo Chile, Construyendo Fortalezas, Nueva Esperanza, CORPOCOM, FUNDANHELO, La Paz, Centauros, El Palmar, ASOINCO, Getsemaní, San Pancracio, ACRECEVIDA, Asociación Nueva Vida, FUNDAMIL, Rema, Bosa Nova, Villa Comuneros, Comunidad y Familia, Proyección Vida, COMUJEB, El Porvenir, El Pueblo. Beneficiarios de la canasta del Fondo de Desarrollo Local. Asociaciones de FAMI. Plazas de Mercado CORPOBOC Y CORVEM. Consejos Zonales. Representantes del Hospital Pablo VI de Bosa, de la Subdirección Local para la Integración Social, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría Distrital de Integración Social (Equipo IPPSAN y Fortalecimiento de Jardines), Dirección Local de Educación, Secretaría Distrital de Educación, Convenio Alimenta Bogotá, Alcaldía Local, IDIPRON, ICBF, Fundación Social, CAFAM, Convenio Fondo de Desarrollo Local - Secretaría de Desarrollo Económico - Universidad Nacional, FENALCO.

La Secretaria técnica la asumió el Hospital Pablo VI, a través de los referentes de Gestión Local para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Las reuniones se realizan por lo menos una (1) vez al mes conforme al plan de trabajo construido de manera participativa a partir de las cuatro dimensiones del Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional: Disponibilidad, Acceso, Consumo y Aprovechamiento Biológico

► CONSEJO LOCAL DE DISCAPACIDAD – CLD

Está Reglamentado por el acuerdo 137 de 2004, que determina el funcionamiento del sistema distrital de discapacidad, que se relaciona directamente con el consejo distrital de discapacidad. Este consejo no hace parte del CLOPS y se encarga de la construcción e implementación de la política social para la población en condición de discapacidad y la elección cada cuatro años de los delegados para el CLD. Las instituciones participantes son: el Hospital Pablo VI y Hospital de Bosa, la SLIS, Alcaldía local, Secretaria de cultura, IDRD, DILE; se invita al ICBF a las reuniones y se esperaría la participación del IDU. Se destaca la participación de seis representantes de la comunidad, uno por cada tipo de discapacidad según CIF (clasificación internacional de la funcionalidad: auditiva, visual, física, mental, cognitiva y múltiple). La secretaria técnica la tiene el Hospital Pablo VI y el consejo lo preside el alcalde local o

su delegado. Las reuniones ordinarias se desarrollan el tercer jueves de cada mes en la mañana en la Casa de la Justicia y las extraordinarias cada vez que sean convocadas.

► COMITÉ LOCAL DE ETNIAS O MESA INTERÉTNICA

Es uno de los comités adscritos al CLOPS, tiene como propósito articular las acciones organizadas de las etnias en la localidad, en función, de construcción participativa, de mejor calidad de vida y reconocimiento de sus derechos desde los enfoques de equidad y diferencial. Es liderado por las comunidades étnicas. Además del Hospital quien tiene la secretaria técnica, en cabeza del referente de etnias, participa el equipo transversalidad etnias, ocasionalmente participan en este espacio la SLIS, alcaldía local y la personería. Las reuniones se desarrollan los primeros martes de cada mes, de 9am a 12pm, en la Casa de la Justicia. Durante el 2009, se participo en el diseño de la política de salud para las etnias, se profundizó en los temas de GSI desde el enfoque diferencial, se posicionó el concepto de enfoque diferencial en algunos espacios (espacios institucionales), se diseño y concertó con la alcaldía la actividad relacionada con la feria de vivencias y saberes de las comunidades étnicas, se diseño el programa bandera del hospital llamado “reconociendo la diferencia y preservando la cultura”.

► COMITÉ LOCAL DE ATENCION A POBLACION DESPLAZADA – CLAP

Es un espacio participativo, en donde convergen líderes comunitarios en situación de desplazamiento que tienen organizaciones sociales y representantes de las entidades locales que trabajan con la población en situación de desplazamiento. El objetivo de este comité, es brindar herramientas y asesoría a las personas en situación de desplazamiento, dándole a conocer los programas que tiene el distrito y posicionando la temática en la localidad. Después de avanzar en la construcción y diseño de la política pública para la población en situación de desplazamiento, se está socializando los lineamientos de la misma, así como toda la normatividad con relación a este grupo poblacional como son los AUTOS emitidos por la corte constitucional. El Comité tiene un espacio en el CLOPS, cuya representación la asume la Secretaría de Gobierno a través de la UAO por llevar la Secretaria técnica del mismo.. En este espacio participa la Secretaria de Gobierno (UAO) , SLIS, ICBF, los líderes de la comunidad quienes fueron elegidos por votación por parte de los participantes al comité, Defensoría, Personería, Acción social, representante de la Alcaldía local y el Hospital Pablo VI. Las reuniones se llevan a cabo con una periodicidad mensual.

► COMITÉ LOCAL DE MUJER Y GÉNERO

Es el espacio donde convergen organizaciones sociales de mujeres y entidades locales para la implementación del plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género “PIOEG” y la construcción colectiva de acciones positivas para la defensa de los derechos de las mujeres. Es además donde se materializa los esfuerzos colectivos de las lideresas, de la localidad y el proceso organizativo de resistencia que han desarrollado las mujeres en lo local. En este espacio participa la SLIS, Mujeres y Hombres por la vida, CODEC, FUNDARTEC, REDATA, ANTRAX, Hospital Pablo VI, Secretaria de Desarrollo económico, Alcaldía Local, La Escuelita, ADICO, Casa de Igualdad de Oportunidades, IDPAC. La Secretaria Técnica la ejerce la Casa de Igualdad de Oportunidades. Las reuniones se desarrollan los últimos lunes de cada mes, de 8am a 12pm, en la CIO.

► MESA LOCAL DE SEXUALIDAD Y GÉNERO

Es el espacio donde se encuentran los actores locales que trabajan las temáticas de Salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género, articulando los diferentes servicios que ofrecen las entidades públicas entorno a la planificación familiar, embarazo en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, Cáncer de cuello Uterino, VIH, orientación sexual e identidades de género y violencias. En esta mesa participan los centros de educación distrital CED, Casa Claret, Secretaria de educación Distrital, DILE, CIO, Hospital de Bosa, Hospital Pablo VI y la SLIS. Secretaria técnica: Hospital Pablo VI. Las reuniones se llevan a cabo el ultimo martes de cada mes, de 8am a 12pm, en el DILE (antes CADEL).

► COMITÉ LOCAL DE DERECHOS HUMANOS

Precedido por defensores de derechos humanos, es un espacio donde tiene lugar la identificación de problemáticas sobre violación de los DDHH, que implican un problema de seguridad humana, buscando las posibles soluciones a través de la concertación con actores distritales y nacionales que ayuden a la prevención de violación de los DDHH y promoción de los derechos. Participan policía nacional, ejército nacional, alcaldía local, hospital de Bosa, ICBF, SLIS, DILE, Casa de Justicia, Personería, Defensoría y los y las líderes comunitarios. Las reuniones se realizan el tercer miércoles de cada mes, 9am a 12pm, en la personería local, quien ejerce la secretaría técnica de este espacio.

▶ COMITÉ LOCAL DE LGBT

Siendo el más nuevo de los escenarios de participación local, actualmente se encuentra conformado, por el grupo STOP, quienes trabajan para la visibilización y reconocimiento de los derechos de las personas que tienen orientaciones sexuales no normativas. Participan el Hospital Pablo VI, la CIO y el grupo STOP. La Secretaría técnica, la desarrolla el grupo STOP. No existe fecha establecida para realizar las reuniones y la convocatoria es esporádica.

▶ MESA LOCAL DE RECREACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Es una instancia de asesoría, acompañamiento, información y socialización, donde convergen las organizaciones comunitarias, sociales e institucionales, relacionadas con la promoción de la actividad física, el deporte, la recreación y el esparcimiento en la localidad de Bosa, buscando coordinar, orientar y direccionar los mecanismos y estrategias que contribuyan a los procesos de recreación, actividad física y deporte diseñados para mejorar la calidad de vida de la comunidad de la localidad de Bosa. Cuenta con la participación mensual de varios delegados de las diferentes entidades como son el IDR (Muévete Bogotá, Promotor deportivo, promotor de recreación), CADEL, Red del adulto mayor, ONG, Edufísicos, Hospital Pablo VI Bosa, SCR, Hospital Pablo VI. De las acciones realizadas en el 2009 se tiene: establecimiento de compromisos para garantizar la construcción de la organización interna de la instancia (misión, visión, funciones, principios, reglas de juego, etc.), favorecer acuerdos conceptuales y metodológicos, contribuir al reconocimiento de los determinantes sociales y del ambiente, operacionalizar, hacer seguimiento y evaluación al Plan Local de actividad física, recreación, deporte, parques y escenarios para Bosa 2009 – 2010 el cual fue construido en el año 2009. Se realiza una vez por mes.

2.5 DINÁMICA SOCIODEMOGRÁFICA

2.5.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

2.5.1.1 Esperanza de vida

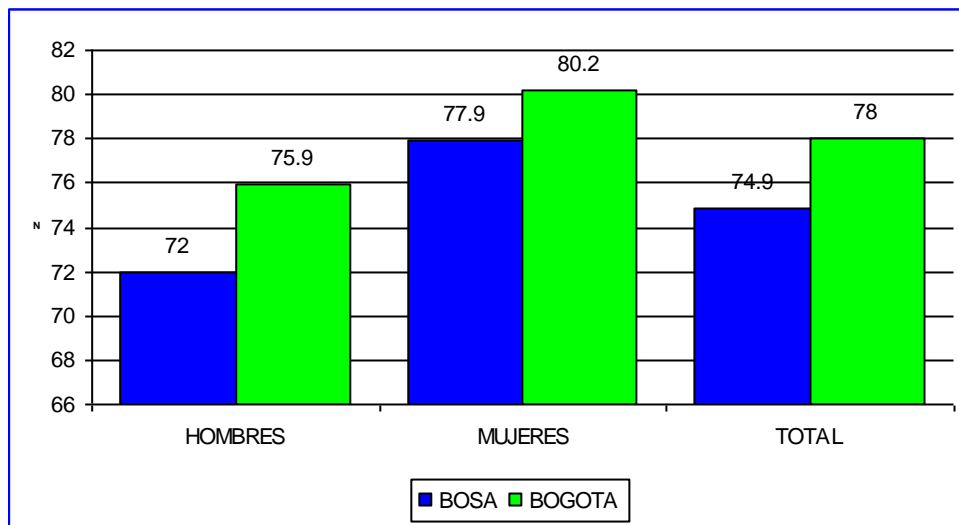
La esperanza de vida es una estimación del número promedio de años de vida adicionales que una persona podría esperar vivir si las tasas de mortalidad por edad específica permanecieran durante el resto de su vida.¹⁶ Para los

¹⁶ Haupt Arthur, Kane Thomas T.. Guía Rápida de Población. 4 Edición. Population Reference Bureau. 2004. Pág 28.

habitantes de la localidad de Bosa la esperanza de vida promedio en el periodo 2005-2010 se estima en 73,3 años. Para los hombres la esperanza de vida es de 70,3 años y para las mujeres de 76,5 años, ocupando el 9° lugar en el distrito; para los Bogotanos en este mismo periodo se presenta una esperanza de vida de 77,1 años, 74,6 años para los hombres y 79,7 años para las mujeres. El hecho de que la población de Bosa tenga una esperanza de vida menor se puede relacionar con el perfil de morbilidad y estilos de vida que favorecen la aparición de enfermedades crónicas e infecciosas, la mortalidad por violencia y la morbi-mortalidad infantil; sin embargo, la prolongación de la vida es un proceso demográfico que está ocurriendo en Bogotá y en todas las localidades sin embargo Bosa continua siendo de las poblaciones mas jóvenes de Bogotá. **Ver Gráfica 1.** Esperanza de Vida al Nacer por Sexo. 2005-2010

1.

Gráfica 1. Esperanza de Vida al Nacer por Sexo. 2005-2010



Fuente: DANE – SPD, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015. (Información tomada de: Boletín informativo: Bogotá ciudad de estadísticas – número 9, Julio 2009 – cuadro 12, Pág. 21)

TASA BRUTA DE MORTALIDAD	3.13	2.99	2.95	2.77	2.89	2.90	2.72	2.72	2.77	ND	ND
FUENTE POBLACION : Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 FUENTE NACIMIENTOS :Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales - los datos 2007-2009 preliminares FUENTE NACIMIENTOS 2009 : Base de datos DANE Y RUAUF-ND SDS											

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

2.5.1.2 Natalidad, Fecundidad y Mortalidad

La Tasa Bruta de Natalidad es una medida de cuantificación de la fecundidad, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año.¹⁷ Para el año 2009 la Tasa Bruta de Natalidad fue de 19.54 nacimientos por cada 1000 habitantes. Analizando la tendencia desde 1999 se observan fluctuaciones de aumento y disminución con una reducción de 5 nacimientos por 1000 personas en los últimos 10 años. El promedio nacional de la Tasa Bruta de Natalidad para el periodo de 2005 a 2010 fue de 19,86 nacimientos por cada 1000 habitantes, para el distrito fue de 16,9. La localidad de Bosa es una de las que presenta mayor número de nacimientos a nivel de Bogotá.¹⁸ **Ver Tabla 2.**

La Tasa General de Fecundidad (TGF) es la relación que existe entre el número de nacimientos vivos por cada grupo de 1000 mujeres entre las edades de 15 a 49 años durante un año determinado. Con respecto a la Tasa General de Fecundidad por cada 1000 mujeres en edad fértil para el año 2009 en la localidad fue de 54.3 niños, demostrando que en los últimos 10 años se disminuyó en 8 niños aproximadamente teniendo en cuenta que para 1999 la TGF fue de 62.83.

Tasa Global de Fecundidad es el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida fértil, las tasas específicas se calculan haciendo el cociente entre el total de hijos tenidos por las mujeres de un grupo quinquenal y el total de mujeres de ese grupo de edades. En la localidad de Bosa la Tasa Global de Fecundidad es de 2.23 para 1999 y de 2.3 para el 2009 es decir que las mujeres en edad fértil tienen 2 hijos en promedio, se mantuvo estable con una disminución entre los años 2000 y 2003 y partir del año 2004 se ha mantenido estable. En Colombia la Tasa Global de Fecundidad para el quinquenio de 2005 2010 se estimó en 2,45 y 1,93 en Bogotá ubicando a Bosa por encima del promedio Distrital.¹⁹

Tasa Bruta de Mortalidad es el número medio anual de muertes por cada 1000 habitantes durante un año. La información de Tasa bruta de Mortalidad no está disponible en los dos últimos años, sin embargo analizando la tendencia de 1999 a 2007 se ha mantenido en 3 personas por cada 1000 habitantes con una disminución muy leve a 2.77 para el año 2007. No se cuenta con datos distritales de los últimos años ni a nivel local puesto que la implementación y validación del RUAUF Registro Único de Afiliación al sistema General de Seguridad Social en salud, ha sido progresiva y se está actualizando la captura para los Certificados de Defunción a fin de desmontar de manera gradual los formularios en papel que actualmente se utilizan en el país. Según las proyecciones del DANE para el quinquenio de 2005 a 2010 es de 5,81 para Colombia y de 4,39 para Bogotá.

Tabla 2. Tasas de Natalidad, Fecundidad y Mortalidad Localidad Bosa 1999 2009

INDICADORES	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TASA BRUTA NATALIDAD	24,86	22,64	21,03	21	19,99	21,1	18,9	18,8	19	20,4	19,54
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	62,83	55,91	52,87	54,14	51,51	58,74	52,6	52,24	52,77	56,64	54,3

17 IBID.

18 Fuente: DANE Proyección Poblacional 2006 2020.

19 IBID.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	2,3	2,1	1,94	1,93	1,82	2,35	2,12	2,12	2,15	2,32	2,23
TASA BRUTA DE MORTALIDAD	3,13	2,99	2,95	2,77	2,89	2,9	2,72	2,72	2,77	ND	ND
POBLACIÓN TOTAL	373335	410099	427483	456051	473454	479654	495283	510346	525159	539794	554389

FUENTE: Proyecciones de población para Bogotá D.C., Localidades DANE 2000-2015. Fuente nacimientos: Bases de datos DANE. Sistema de Estadísticas Vitales 2007 2009 datos preliminares – Fuente de nacimientos 2009: Bases de datos DANE y RUAJ ND SDS.

Embarazo en adolescentes. Al analizar los nacimientos en adolescentes inscritos durante el periodo 1999 2009 se observa un aumento en el número total de menores donde se reportan 58 nacidos vivos para 1999 y un total de 77 para el 2009. El total de nacimientos que se registraron en la localidad de Bosa en el 2009 fue de 10834. Con respecto al número de nacimientos de madres adolescentes se observan dos picos de reducción importantes para los años 2002 y 2006, seguidos de cifras que superan los valores entre un 60 y 90% del 2006 al 2007. En los últimos tres años la tendencia ha incrementado y se aumenta el porcentaje que aportan las adolescentes al total de nacimientos para la localidad siendo este un 22.2% para el total de nacimientos. Con respecto al total de nacimientos que ocurren en Bogotá Bosa es una de las localidades donde nacen más niños y niñas y en el 2007 con un total de 115737 donde la localidad aportó el 8,6% del total, siendo una de las más altas después de Kennedy y Ciudad Bolívar. **Ver Tabla 3.**

Tabla 3. Nacidos vivos hijos de madres adolescentes residentes en Bosa 1999 – 2009

AÑO	10 A 14 AÑOS	15 A 19 AÑOS	NACIMIENTOS DE 10 A 19 AÑOS	%	TOTAL DE NACIMIENTOS EN BOSA
1999	58	1951	2009	21.6	9281
2000	49	1894	1943	20.9	9286
2001	42	1850	1892	21	8992
2002	35	1969	2004	20.9	9579
2003	54	1857	1911	20.2	9467
2004	49	1959	2008	19.8	10131
2005	48	1882	1930	20.6	9366
2006	37	2000	2037	21.2	9611
2007	62	2135	2197	22	9999
2008	65	2377	2442	22.1	11029
2009	77	2331	2408	22.2	10834

FUENTE: Certificado de Nacido Vivo. Bases datos DANE Sistema de Estadísticas Vitales SDS – 2009 preliminares

2.5.1.3 Crecimiento poblacional

Bosa es la quinta localidad con mayor volumen de población en el Distrito, del 2003 al 2007 ocupó el primer lugar en incremento de volumen poblacional. La Tasa de crecimiento poblacional es de 2,68 es decir 1 punto más que el distrito, indicando que el ritmo de crecimiento de la población en Bosa es el mayor de todas las localidades.²⁰

La Tasa de crecimiento Anual Promedio representa el incremento relativo que experimenta una población en su tamaño por efecto del comportamiento de las variables demográficas (nacimientos, defunciones y migración); al comparar el periodo de 2003 al 2007 Bosa ocupó el primer lugar a nivel del distrito con un valor de 2.7 y el valor promedio para el distrito fue de 1.5, marcando una brecha importante, puesto que solo siete localidades tuvieron un crecimiento poblacional mayor al distrital

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la localidad es receptora de una gran mayoría de población en situación de desplazamiento incidiendo en el incremento poblacional en algunas UPZ's que constituyen la localidad, en especial la UPZ 86 Porvenir; sin embargo no se cuenta con cifras que evidencien la movilidad entre localidades y municipios cercanos. La población que se tendrá en cuenta para este documento corresponde a los resultados de las proyecciones para el año 2009 donde se tomó como base el Censo del 2005.

2.5.1.4 Densidad poblacional

La densidad poblacional es el cociente entre el total de una población residente en un área geográfica y su tamaño físico (medido en hectáreas). Para el año 2009, en la localidad de Bosa se presenta una densidad de población equivalente a 232 personas por hectárea, superior a la del Distrito que se encuentra en 175 personas por hectárea. La densidad poblacional aumenta debido a que es una localidad limítrofe que por su fácil acceso, se adapta a las condiciones socioeconómicas de la población migrante ya sea de otros municipios como de otras localidades de Bogotá, además del bajo costo de la vivienda con respecto a otras localidades y los planes de vivienda de interés social. Ver Tabla 4. Tabla 4. Densidad Poblacional Distrito Bogotá y Localidad Bosa 2009

DETALLE	BOGOTA	BOSA
POBLACION LOCALIDAD 2009	7.259.597	554.389
EXTENSION (Hectáreas)	41.387	2.394
DENSIDAD (Hab. x Ha)	175.4	231,6

Fuente: DANE – SPD, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015. Decretos 176 de 2007 (zona urbana) y 304 de 2008 (Zona rural).

²⁰ Programa Bogotá Cómo Vamos. Localidades Cómo Vamos. Línea de Base Calidad de Vida Local 2007.

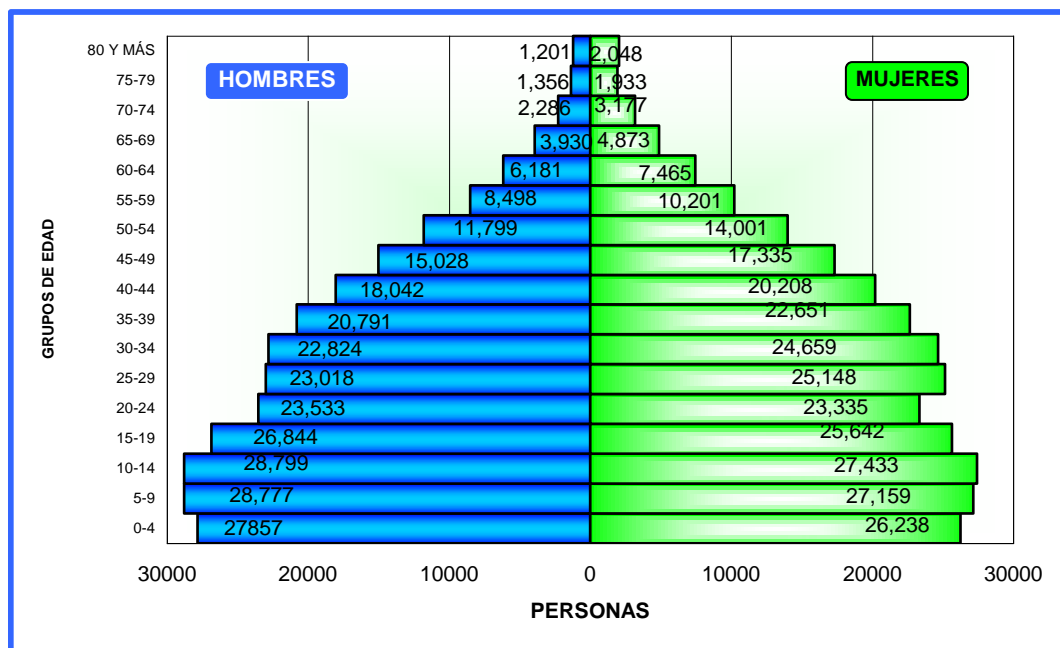
2.5.2 CONDICIONES POBLACIONALES

2.5.2.1 Composición de la población

La estructura poblacional de la localidad de Bosa según las proyecciones de SDP y DANE par el año 2009, cuenta con 554.389 habitantes²¹ siendo 271.250 hombres (48,9 %) y 283.139 Mujeres (51,1%). Al analizar la pirámide poblacional, se puede visualizar cómo la población de Bosa, muestra un comportamiento transicional, con una pirámide estacionaria en donde predomina una base dilatada correspondiente a los grupos de edad de infancia y juventud, y una cúspide estrecha es decir que la población mayor es menor en número. **Ver Gráfica 2.**

El comportamiento demográfico en el 2009 se vio afectado por el fenómeno de migración con una tasa neta de 12,1 para el periodo de 2005-2010 ocasionada por el número de personas en condición de desplazamiento que llegan a la localidad que incrementa la cifra de personas mayores, mujeres y niños y sumado a esto el número de personas que llegan por migración entre localidades.

Gráfica 2. Pirámide poblacional Bosa Proyecciones 2009



²¹ Proyecciones de Población para Bogotá D.C. 2009. , Localidades DANE, Censo 2005 y SDP 2000-2015 Junio 13 de 2008.

Fuente: DANE – SPD, Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015

Las etapas de ciclo vital se han sido definidas en los siguientes subgrupos:

Tabla 5. Distribución de subetapas del ciclo vital

ETAPA DE CICLO	CLASIFICACIÓN	RANGOS
INFANCIA	Primera infancia	Gestación
		Recién nacido
	Infancia	Menor de 1 año
		De 1 a 4 años
		De 5 a 9 años
JUVENTUD	Adolescencia inicial	De 10 a 14 años
	Adolescencia media	De 15 a 18 años
	Juventud	De 19 a 26 años
ADULTO	Adulto joven	De 27 a 44 años
	Adulto maduro	De 45 a 59 años
PERSONA MAYOR	Mayores jóvenes	60 años y mas
	Mayores adultos	
	Mayores muy viejos	
	Centenarios	100 años
	Supra - centenarios	Mayor de 100 años

Fuente: SDS. Dirección de Salud Pública. Documento marco conceptual equipo poblacional. 2009. Bogotá.

La **etapa de Infancia del ciclo vital**²², se refiere a una lectura integral de la Infancia que tiene en cuenta las características y necesidades de determinado período de desarrollo por la que puede estar cruzando un niño o una niña, bajo ciertas condiciones sociales, culturales, económicas, familiares, ambientales y políticas. La etapa de infancia igualmente es enriquecida por las múltiples relaciones e influencias que establece el niño, la niña y la gestante con el entorno desde diferentes espacios de socialización (familiar, escolar, comunitario, espacios de socialización comunitarios, como la iglesia, entre otros), que en coherencia con los procesos de socialización, primaria o secundaria, son determinantes en la construcción que niños y niñas hacen de su realidad.

²² Secretaría Distrital de Salud, Ficha Técnica del Plan de Intervenciones Colectivas, Etapa infancia del ciclo vital, Abril – Diciembre 2009

Partiendo de lo anterior, se pretende visibilizar al niño y a la niña en su integralidad y contexto, y en concordancia con Política por la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes del Distrito Capital, Política Pública Nacional de Primera Infancia :“Colombia por la primera Infancia” y El Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012, la Etapa Infancia del Ciclo Vital, se convierte en un eje ordenador y orientador que enmarca nuestras acciones en un posicionamiento de la Infancia coherente con las comprensiones de realidades para la implementación de políticas que garantizan los derechos en favor de la calidad de vida de la Infancia en la Ciudad.²³

Todo esto se justifica ya que desde una mirada integral de la infancia, la etapa comprende a la gestante, al niño y la niña: primero, como un ser que se encuentra en pleno desarrollo y fortalecimiento de sus facultades cognitivas, sociales, intelectuales y fisiológicas, entre otras. Segundo, que las niñas y los niños interactúan en redes familiares y sociales que posibilitan o no el desarrollo de la autonomía. Tercero, que instaurada la Política Pública de Infancia y adolescencia en el Distrito capital, que ante todo propende por la calidad de vida de las niñas y los niños, es nuestro compromiso ético que bajo el imperativo del Interés Superior del Niño y la Niña se cumpla la implementación de dichas políticas y se faculte el goce del derecho de los niños y niñas en la ciudad de Bogotá.

Es importante tener la referencia de las gestantes en la localidad de Bosa, pero no se cuenta con datos exactos, por esta razón se referencia para el análisis el número de nacidos vivos en la Localidad que durante el 2009 fue de 10834. La distribución de nacimientos por edad de la gestante fue la siguiente: de 10 a 14 años, 77 nacidos vivos es decir que el 0,7% del total de nacidos vivos corresponden a hijos de adolescentes y 3,1% del total de niños hijos de mujeres menores de 19 años; de 15 a 19 años, 2331, lo que significa que el 22.2% de los nacimientos, son de mujeres menores de edad. Durante el 2009, la Localidad de Bosa, continúa ocupando el tercer lugar a nivel Distrital en nacidos vivos de madres adolescentes²⁴.

Según las proyecciones del Censo 2005, en la localidad de Bosa para el 2009 hay 109.737 niños y niñas menores de 10 años, lo que representa el 19.8% del total de la población de Bosa. La distribución por sexo es así: 56.476 (51.4%) son hombres y 53.261 (48.5%) son mujeres²⁵.

La **etapa del ciclo vital juventud** se constituye fruto de las construcciones y sociales en contextos históricos y sociedades determinadas, es un proceso de permanentes cambios, de significación y resignificación. Como construcción social se hace necesario hablar de juventud en un amplio sentido de la heterogeneidad que se puede presentar entre uno y otros jóvenes. La etapa de ciclo vital juventud comprende la población con edades entre los 10 a 26 años. Dentro de este rango hallamos dos subetapas que a su vez están definidas como Adolescencia (10 – 14 años) y Juventud (15 a 26 años). A partir de esto, la Organización Mundial de la Salud define la Juventud como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica²⁶. Esta etapa es caracterizada por su heterogeneidad, lo que la hace producto del constructo de su experiencia: “El desarrollo del adolescente se caracteriza por los cambios que se relacionan con los procesos que conducen a la construcción de la conciencia de

²³ Ibíd.

²⁴ Certificado de Nacido Vivo, Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales, SDS, 2007-2009 preliminares.

²⁵ DANE Censo 2005 y SDP Proyecciones de población para Bogotá 2000-2015

²⁶ O.M.S. Marco epidemiológico conceptual de la Salud Integral del Adolescente. OPS. OMS. Representación en Venezuela. Noviembre 1997.

sí mismo a partir del desarrollo de la identidad del yo corporal, del yo psíquico y del yo social”²⁷. Tenemos entonces, un abordaje de la juventud desde su integralidad, como el momento en el que se define en el ser humano aspectos relevantes de la conducta que permitirá definir las decisiones del adulto. Desde la institucionalidad se propone el posicionamiento de las necesidades en materia de salud manifestadas por los y las jóvenes de la localidad a través de estrategias de movilización social que logren el cumplimiento de las metas distritales frente a los derechos en salud, priorizándolas así: “Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual), Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años, difundir entre 1.300.000 jóvenes información sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención en consumo de sustancia psicoactivas, vincular a programas de participación a 15.000 jóvenes en situación de vulnerabilidad, fortalecer la línea amiga de las niñas, niños y adolescentes 106 (atención 24 horas, canalizar y caracterizar 5.190 jóvenes escolarizados y 3.480 jóvenes desescolarizados para la generación de condiciones de trabajo protegido, reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes. (Meta del acuerdo por el cual se aprueba el plan de desarrollo. Esta meta se comparte con los demás grupos poblaciones).”²⁸

El tipo de actividades en las que ocupan su tiempo libre, que van desde las más informales maneras de organización, hasta las más formales y consolidadas, independientemente de la función y objetivo que cumplen son variantes y heterogéneas (deportivas, culturales, políticas, productivas, delincuenciales, etc.) estas agrupaciones (el parche) son de alguna manera la respuesta a la necesidad de reconocimiento y sentido de pertenencia dentro del contexto social y comunitario y fuente de proyección y encuentro entre sus pares. La gran mayoría de jóvenes que encuentran en la calle un espacio de interacción que valida y reconoce sus particularidades, provienen de ciertas pautas de crianza lo que se asocia no sólo con el desarrollo de estilos particulares de la primera educación (autoritarios, permisivos, sobreprotectores) sino que también tienen que ver con las implicaciones de que un sólo miembro del hogar deba ver por el sustento de todo el grupo. La calle como espacio de interacción puede ser un lugar de construcción y desarrollo personal; por ejemplo, a través de los múltiples espacios de movilización cultural de la localidad. Pero también puede ser el escenario de encuentro con realidades frecuentes en Bosa, como el consumo de sustancias psicoactivas, lesiones personales con arma blanca, el hurto, las barras futboleras, etc. Las necesidades insatisfechas, la débil estructura de valores, la presión de grupo y la constante rivalidad con la autoridad los vuelve seres vulnerables y retadores. La situación de conflicto que vive el país desde hace muchos años ha producido una generación fundada en una tradición de “capos” por parte del narcotráfico que ha trascendido como un problema social derivado de una alta demanda económica internacional, de “corruptos” encontrados a diario en la cotidianidad política del país, e incluso aprovecha sus ilusiones para obtener votaciones masivas insultando la democracia con lechonas de barrio. Derivado de esto, surgen los modelos de consumo que producen los medios de comunicación, alienando el comportamiento de la juventud encaminándolo hacia prácticas poco sanas como prototipos de moda que generan un reconocimiento social en los espacios compartidos con sus pares. Se desencadena, entonces, de forma directa e indirecta la presencia de conductas destructivas no sólo en los actores armados del conflicto, sino también en las personas que no se encuentran en él, pero que diariamente tocan su realidad. Tal es el caso de las y los jóvenes que se ven rodeados de acontecimientos que vulneran su integridad humana, evidenciando una constante violación a los derechos humanos.

²⁷ Risueño, Alicia; Motta, Iris. La adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy. Departamento de Biopsicología.

²⁸ Lineamientos ciclo vital. Secretaría distrital de salud 2010.

Estos elementos sumados al tránsito de la infancia a la adultez propias de la juventud suponen unas condiciones de interacción que favorecen o perjudican de forma particular a la población joven de Bosa. La juventud actual refleja el surgimiento de una realidad social fragmentada, heterogénea, a través de muchos centros posibles que exigen una manera inédita de asumir la vida, creando estilos de vida multiforme. Si los modelos socializadores no los encuentran en la educación o en la familia se arraigan en sus amigos, al espacio público, a los medios de comunicación, para poder sobrevivir. De ésta manera, han tenido que dividir al mínimo sus sensibilidades. Con respecto a la educación se puede decir que entre ella y los adolescentes es evidente un choque temporal, fundamentado a través de un atraso, que se ha convertido en el tiempo social de la escuela. En la medida en que la sociedad colombiana ha tenido cambios radicales de modernización, la escuela se ha quedado retrasada, reproduciendo un modelo arcaico expresado en las concepciones y organizaciones del conocimiento educacional, como consecuencia de este atraso ella ha perdido la capacidad de transmitir nociones fundamentales de la socialización. En esta etapa del ciclo vital aparecen nuevas prioridades como el consumo de alcohol y cigarrillo que es marcado casi en el 90% de la población a causa de la realidad que cada día absorbe mucho más, el grupo de pares, la necesidad de ser reconocidos en el cotidiano del contexto de la escuela, el barrio, “el parche”. En otros casos el dinero es empleado no para satisfacer sus necesidades básicas sino para acceder a sustancias psicoactivas, tendencia que en los jóvenes de la Localidad de todas las UPZ (Unidad de Planeación Zonal) es empleado como una manera de escape y refugio ante las dificultades. El panorama de las tipologías y problemáticas familiares se mantiene presentando núcleos multinumerosos con tres y cuatro generaciones, reconstituidas, algunas cruzadas con historiales de violencia y muertes de sus seres queridos, se presentan muchos casos en los que alguno de los padres abandona el hogar, justo para los jóvenes ocurre en una época donde empieza la exploración, y esta a su vez los conduce al inicio temprano de su sexualidad sumado al desconocimiento e inadecuado uso de métodos de planificación familiar puede conllevar al embarazo en las adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Los jóvenes comentan que es la necesidad y búsqueda de afecto la que conduce al establecimiento de relaciones de pareja, el embarazo se concibe desde la idea de salir de la casa y de los problemas de la familia inmediata; es muy marcada la tendencia al establecimiento de relaciones serviles y de explotación con hombres mayores.

Etapa del ciclo vital adultez: Ejercemos el análisis de la situación en salud de la población de esta etapa a través de las poblaciones que conforman las etapas de ciclo vital, tendremos que entender la integralidad de la salud como un asunto que abarca a plenitud los distintos determinantes sociales de un territorio; así pues, hacemos justicia a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que presenta al ciclo vital como “el concepto que explica el tránsito de la vida en un continuo, según el cual el crecimiento y el desarrollo humano son producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social”. De esta manera se ha definido una línea de la gestión local para los procesos de adultez que tenga como objetivo avanzar en la comprensión de la integralidad del ciclo vital planteando metodologías y espacios de encuentro que dejen ver la articulación de las acciones de la empresa social del estado (ESE) desarrolladas por medio de la estrategia de calidad de vida y salud aportando al desarrollo humano integral como respuesta a las necesidades de las y los adultos de la localidad; entendiendo la promoción y prevención de la salud a partir de la estrategia de calidad de vida y salud como aportes al desarrollo humano, debemos apuntar a las metas distritales para la adultez, las cuales indican la posibilidad de alcanzar la cobertura universal del tratamiento con antirretrovirales a los pacientes con VIH/SIDA. De igual manera se trabajará desde el sector salud por mantener y/o disminuir la prevalencia de VIH en población general, propender

por el cubrimiento de 10.000 empresas formales con procesos de inclusión de personas en condición de discapacidad, junto con el cubrimiento de 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa (SASC).

La edad adulta comprende un periodo del ciclo vital entre los 27 y 59 años; a su vez está dividida en dos fases, las cuales corresponden primero al adulto joven (27 a 44 años de edad) y consecutivamente, al adulto maduro (45 a 59 años de edad).²⁹ Esta población se entiende como adultez en la medida en que se produce un reconocimiento de roles tan importantes como el de socializador y proveedor frente a otras etapas del ciclo vital, por consiguiente, se encuentran en un contexto en el que las problemáticas afectan su desarrollo integral como agentes protagónicos de procesos de cambio, dadas sus condiciones socioeconómicas, de exclusión e inequidad, situaciones estructurales e históricas de desprotección social desde los derechos humanos y socio – económico - culturales. De lo que puede derivarse una situación de fragilidad en esta población. En términos generales, la población adulta de Bosa se caracteriza por unas necesidades, expectativas e intenciones, las cuales no es posible limitar en una lineal mirada de las causas que deterioran su salud, constituyéndose por medio de la relación de los determinantes o características especiales dentro de las cuales acontece la vida de los y las adultas.

En este punto es necesario establecer una cercanía entre el concepto de adultez y el concepto de familia, la cual podemos definir como la “organización social constituida en hogares desde la diversidad social, sexual, religiosa, étnica, y cultural, que establece vínculos afectivos, de dependencia, responsabilidad y solidaridad, inmersa en complejas realidades, socioeconómicas y políticas, que demanda la garantía de los derechos de cada uno de los integrantes en su ciclo vital, fomentando proyectos de vida digna, con capacidad de crear, transformarse y transformar el entorno del que hacen parte”³⁰. Al considerar esta relación podemos observar la relevancia de esta etapa, al determinarla como la base que sirve de soporte a las demás etapas y por qué esta población vive de manera sentida las necesidades de las demás etapas de ciclo; sin embargo, debido a esto se ha visto invisibilizada ante ellas, porque se asume que una vez se ha superado una “minoría de edad”³¹, se es totalmente autónomo ante las decisiones, pues provienen del entendimiento racional, no obstante, esta etapa presenta unas particularidades que definen ciertas problemáticas en salud, posibles de identificar al interior del territorio local. En cuanto al factor familia, existe el tipo de familia nuclear por tener padre, madre, e hijos; en donde la mujer adulta toma un papel importante en el trabajo siendo en algunas ocasiones la persona que queda al frente del rol productivo, no obstante sin abandonar los quehaceres de la casa; también se evidencian las familias “grupales”, donde en una misma casa habitan hasta tres núcleos familiares; por otro lado, la familia mono parental se define como la falta de alguno de los roles principales de la familia como la madre o el padre. Además se encuentran familias de población en situación de desplazamiento y familias en las que existe algún miembro en condición de discapacidad, lo que los hace contemplar algunas situaciones singulares que definen la manera en que se asume la adultez en la localidad.

Etapas del ciclo vital persona mayor: El envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a cambios que ocurren durante el ciclo vital desde el momento de la concepción hasta la muerte; en el cual se define como un proceso que se da como resultado de la interacción de las personas en el contexto social, determinado por una serie de condiciones a nivel biológico, psicológico, social, cultural, económico y político, redimensionando el

²⁹ Plan de salud Distrital de Salud Pública 2008 – 2012. Bogotá, 2008.

³⁰ Secretaría Distrital de Integración Social. Lineamientos estratégicos hacia la construcción de una política social de adultos en Bogotá, Marzo 22 de 2009.

³¹ Kant, Immanuel, ¿Qué es la ilustración?, 1783, trad. Álvaro Corral, 2003.

concepto de persona mayor, no solo como etapa de ciclo vital sino como parte integrante del desarrollo humano integral y social.

En este contexto se reconoce la persona mayor como la etapa que inicia a los 60 años, en Colombia en la actualidad se asume cinco grupos dentro de esta etapa: las personas mayores jóvenes, con edades entre 60 y 69 años; personas mayores adultas, entre 70 y 79 años; persona mayores muy mayores entre 80 y 99 años; los centenarios entre 100 y 105 años y lo supracentenarios con edades mayores a 105 años.

Se utiliza el término personas mayores por cuanto este dignifica como persona y permite la visualización de la etapa persona mayor, de igual manera redimensiona la perspectiva de género, diversidad sexual y se utiliza los términos de anciano o mayor cuando se hace alusión a grupos étnicos o indígenas, toda vez que permite conservar las raíces del lenguaje utilizado por estos grupos³².

Las personas mayores a lo largo de su vida han adquirido experiencia y por lo tanto su mente y su vida conserva un vasto caudal de conocimiento. Razón por la cual es importante que consideremos sus necesidades como una forma de preveer y mejorar nuestro entorno. Con esta narrativa, se hará una descripción de las problemáticas, que se agrupan en cada uno de los núcleos problemáticos priorizados por el Hospital Pablo VI Bosa, haciendo énfasis en las pocas oportunidades que existen para la participación de las personas mayores (a partir de los 60 años) en la toma de decisiones, políticas laborales y la participación en programas y proyectos productivos.

Teniendo en cuenta los anteriores datos podemos notar que en la Localidad de Bosa para la población total de personas mayores, existe un alto porcentaje que se encuentran casados. Las familias, como redes sociales, son afectadas por las crisis que les imponen cambios y transformaciones, tanto en su organización como en su dinámica y estructura relacional interna, y en sus funciones social, económica y política. Las familias reciben, asimilan, resisten y dan respuesta al impacto de las crisis propias de los contextos y momentos históricos en que se inscriben. Estos cambios y transformaciones dan lugar a una diversidad de formas familiares que no son fácilmente reconocidas por la cultura y las leyes. En general, el aumento de la longevidad, incrementó la durabilidad potencial de las familias y, por tanto, las relaciones conyugales y paterno-filiales. El constante descenso de la tasa de natalidad dio lugar a una familia media más reducida, más íntima y mutuamente protectora. Al tiempo, se han agudizado factores de discriminación y exclusión. En las familias más pobres la mujer asume predominantemente la crianza, la provisión económica y los oficios del hogar; se han vuelto a incorporar las personas mayores, reasumiendo los abuelos y las abuelas el papel en la crianza de los hijos e hijas, muchas veces en condición de discapacidad, las tareas y dinámica familiar. El envejecimiento de la población que se observa en los datos demográficos de Bogotá, impacta a las familias en lo relacionado con el cuidado y la supervivencia de las personas mayores y con la recomposición y revaloración de sus roles en el hogar.³³

La población proyectada para el 2009 por etapas de ciclo vital tiene una distribución en la localidad de Bosa de 19,8% para la etapa infancia, 28,1% en la etapa de juventud, el 45,8% adultos y el 6,3% corresponde a persona mayor. En la etapa infancia y juventud es mayor en 2%, cambiando el comportamiento a partir de los 27 años donde es mayor el porcentaje de mujeres en 1,5% aproximadamente. La distribución por etapa de ciclo vital ubica a 109.737 niños y niñas entre los 0 y 9 años en la localidad, (56.476 niños, 53.261 niñas); 155.680 adolescentes y jóvenes desde los 10 hasta los

³² Secretaria Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito capital 2008 – 2012.

³³ Alcaldía Mayor Bogotá Sin Indiferencia. Tomado de la Política Pública para las familias en Bogotá. 2006.

26 años (79.274 hombres, 76.406 mujeres); 253.798 adultos y adultas entre los 27 y 59 años (120.172 hombres, 133.626 mujeres); y 35.174 personas mayores de 60 años (15.328 hombres frente a 19.846 mujeres) Esto permite ver como la población de la localidad de Bosa está en transición y se proyecta hacia el envejecimiento en esta década del 2005 al 2015. Ver **Tabla 6**.

Tabla 6. Población Proyectada por Etapas de ciclo Vital 2009

CICLO VITAL	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
INFANCIA 0 A 9 AÑOS	56476	20,8	53261	18,8	109737	19,8
JUVENTUD 10 A 26 AÑOS	79274	29,2	76406	27	155680	28,1
ADULTO JOVEN 27 A 44 AÑOS	84389	31,1	91880	32,5	176269	31,8
ADULTO MADURO 45 A 59 AÑOS	35783	13,2	41746	14,7	77529	14
PERSONA MAYOR 60 AÑOS Y MAS	15328	5,6	19846	7	35174	6,3
TOTAL	271250	100	283139	100	554389	100

Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C Localidades DANE 2005 y SDP 2000 2015

La mediana de edad poblacional se ubica en el grupo de 20 a 24 años, es decir que el 47,9% son menores de 25 años. La primera infancia, niños en edad escolar y adolescentes en la localidad ocupan un lugar muy importante con aproximadamente el 30%. Existe un gran predominio de la población joven y adulta puesto que Bosa se ubica en las localidades con población mas joven del distrito. Con respecto a la niñez y la juventud predomina la población masculina, debido a que nacen más hombres que mujeres pero la mortalidad masculina es mayor. Para las etapas adultez y persona mayor sucede lo contrario, puesto que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y una menor migración del territorio de origen.

2.5.2.2 Familias de la localidad

En la localidad de BOSA para el año 2006 El hospital Pablo VI de Bosa contaba con una cobertura de 16800 familias en 14 Micro territorios, En el 2007 se contaba con 42 micro territorios con una cobertura de 50 400 familias. a finales del 2008 cuenta con 50 equipos básicos de salud familiar y comunitaria en 50 micro territorios, con una cobertura de 59500 familias y 160905 individuos. En el 2009 se continuó con los 50 micro territorios con una cobertura de 62286 familias 179917 individuos. A partir de las acciones adelantadas por el Hospital Pablo VI Bosa ESE, a través del ámbito familiar ha encontrado en sus intervenciones, diferentes niveles en estructura, proceso evolutivo, número de generaciones o de acuerdo a la presencia de los miembros de una generación la siguiente caracterización de las familias:

- **Familia Nuclear:** con presencia de hasta dos generaciones - padres e hijos -, matrimonio con o sin hijos y hermanos solos. Corresponde a un 73% de las familias caracterizadas por salud a su casa en la localidad distribuidas de la siguiente manera: Pareja sin hijos, familia integrada por uno de los dos padres y uno o más hijos (monoparental), en un 35%; también encontramos la familia integrada por los dos padres y uno o más hijos (nuclear completa), en un

20%; y la familia integrada por dos ó más hermanos, familia en la que uno o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior (reconstituida o recompuesta), en un 18%.

- **Familia extensa:** presencia de más de dos generaciones. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Corresponde a un 18% de las familias caracterizadas por salud a su casa en la localidad entre las que encontramos: Familia integrada por padres con hijos(s) casados(s) con o sin nietos(s) en un 9%; además encontramos la familia integrada por abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres en un 6% y por último la familia integrada por dos ó más hermanos en un 3%.

- **Familia mixta o ampliada:** cualquier tipo de familia que sobrepasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos en un 9% de las familias caracterizadas por salud a su casa en la localidad.

Es importante resaltar que la familia y sus integrantes están relacionados con múltiples factores que elevan o disminuyen el grado de salud, bienestar y el desarrollo propio como colectivo y de sus integrantes. Se ha evidenciado posterior al análisis de la caracterización que las familias de la localidad tienen aprendizajes dados al interior de la familia, que se traducen en rituales y rutinas, que ayudan a reducir el impacto negativo de los cambios y de los eventos inesperados de la vida, constituyéndose por lo tanto en fortalezas que favorecen la estabilidad familiar.

Se han evidenciado además características muy importantes como el sostenimiento de los integrantes no productivos, la división de las tareas domésticas, como una forma de aprendizaje de las responsabilidades personales, familiares y sociales y el cuidado de los recursos familiares. Se ha podido evidenciar además que el nivel de disfuncionalidad familiar recae en la pérdida de la capacidad familiar para mantener el equilibrio emocional de sus integrantes. Adicionalmente es importante anotar que cuando la familia no logra mantener el ambiente afectivo, armónico de su vida emocional, fracasa en su función de satisfacer las necesidades emocionales de sus integrantes y pone en riesgo la estabilidad de su conformación.

Todos estos avances nos han permitido ubicar las necesidades individuales en el contexto de un momento vital común al colectivo familiar, lo cual lleva a comprender de manera más amplia e integral el proceso vital humano, sobre la base de que la familia es factor determinante para el desarrollo integral de sus miembros y por ende de la sociedad.

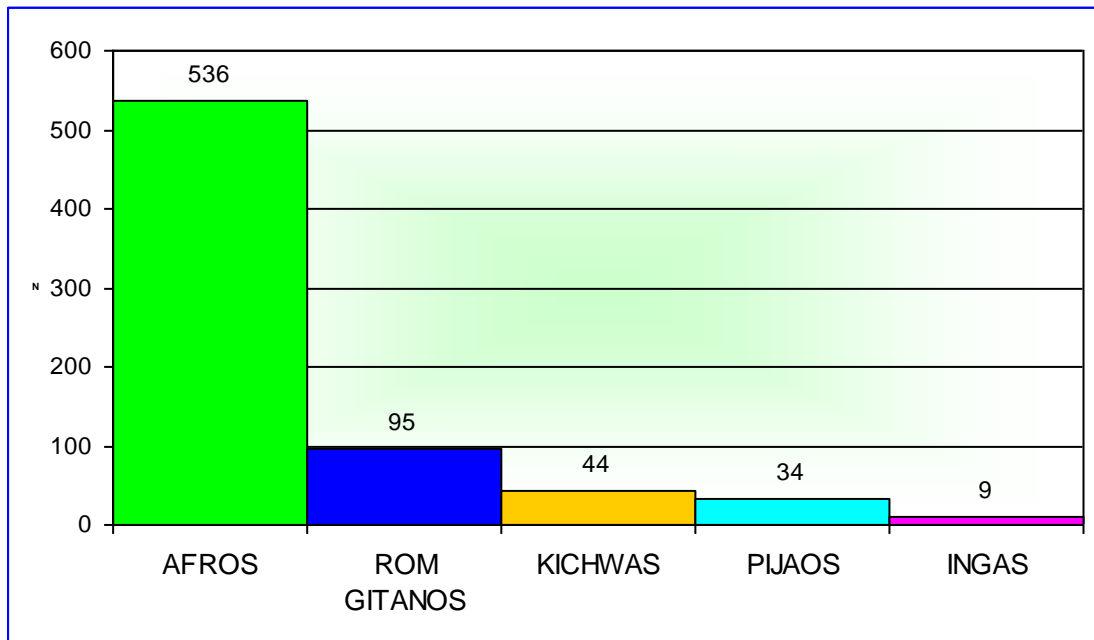
2.5.3 Población diferencial

2.5.3.1 Población étnica

El Hospital Pablo VI Bosa, desde la transversalidad de etnias ha avanzado en la recolección de datos estadísticos desagregados por poblaciones étnicas, lo cual nos permite evaluar y planear acciones positivas para estas poblaciones. A continuación haremos una aproximación de línea de base de la población étnica, tomando datos del censo étnico y de las bases de datos de las poblaciones. Para este ejercicio se tomaron datos de las tres etnias (Afros 74,7% (538 familias), Rom-gitanos 13,2% (95 familias) e indígenas como los Pijaos 4,7% (34 familias); Kichwas 6,1% (44 familias); Ingas 1,3% (9 familias)), sin embargo es de aclarar que la ESE, en relación a los indígenas se está trabajando con otras comunidades, pero estas están recogidas en otros procesos como proyectos especiales. Haciendo un ejercicio meramente estadístico de la población étnica, se ha establecido algunos rangos de edad para definir las etapas de ciclo vital, lo cual nos da que la etapa de Infancia es una de las más altas con un 38% y la sigue la etapa de juventud con un 32%, de acuerdo a lo anterior las etapas de infancia y juventud son las más representativas de las comunidades

étnicas. Mientras la etapa de adulto representa el 22% y de persona mayor solamente el 8%. Las condiciones de vida y salud de las comunidades étnicas en la localidad de Bosa, mantienen unas condiciones generales de necesidades, como de empleo, educación, seguridad alimentaria, salud y otras. De otro lado la mayor parte de las comunidades étnicas han sufrido el desplazamiento y la migración de sus tierras de origen. **Ver Gráfica 3.**

Gráfica 3. Distribución de las familias pertenecientes a grupos étnicos en la Localidad de Bosa 2008.



A pesar de estos avances en materia de atención a la enfermedad y aseguramiento, aún son grandes los factores que afectan la calidad de vida y salud de la comunidad. Entre ellos los más importantes son:

La pérdida de la cultura raizal de Bosa, la contaminación ambiental (ríos Tunjuelito y Bogotá, suelos, aire), crecimiento descontrolado de la ciudad (inseguridad y marginamiento), desconocimiento de la diferencia de la comunidad con la sociedad mayoritaria, etc. Uno de los puntos señalados insistentemente por el equipo de la transversalidad es la ausencia de un enfoque diferencial en las actividades desarrolladas desde las instituciones (Martínez M, Casallas et al. 2007), foco central de las actividades desarrolladas entre 2007 y 2008.

La comunidad muisca de Bosa tiene reconocimiento como cabildo, con autoridades debidamente reconocidas por la administración distrital, esto los lleva a tener mayores avances que otras comunidades en relación con la ofertas de salud, entre otras la interlocución del hospital es directamente con las autoridades del cabildo lo que conlleva a poder diseñar planes, programas y ejecutar presupuestos directamente.

Otro elemento necesario resaltar y no tan positivo, sigue siendo la poca inclusión del enfoque diferencial, que articule la sabiduría ancestral de los muisca a los saberes de salud facultativa, proceso que sigue en espera y debe vencer barreras ideológicas para lograrse.

El pueblo muisca de Bosa está afiliado en su mayoría al sistema de salud subsidiada y algunos que desarrollan trabajos formales se encuentran en el régimen contributivo.

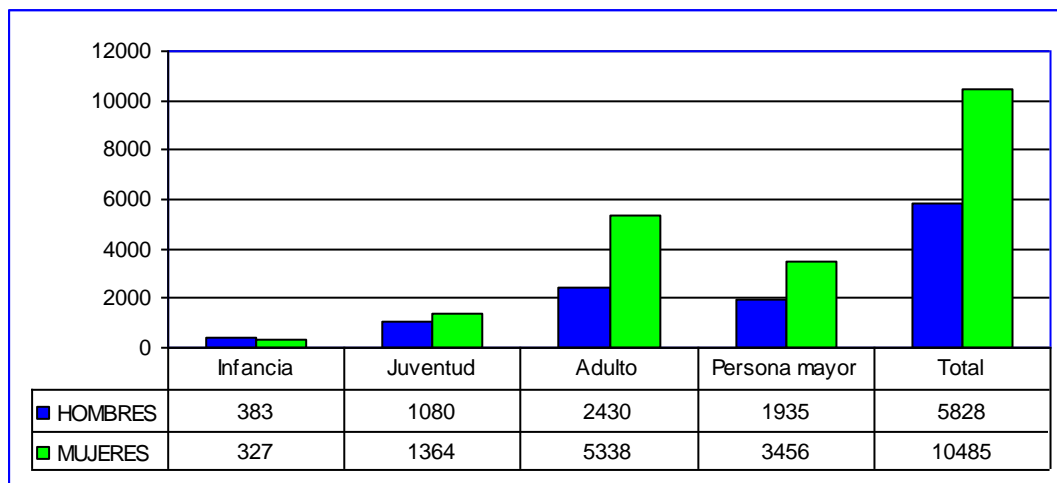
2.5.3.2 Población en condición de discapacidad

En la localidad de Bosa a través del proceso de registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad, se identificaron 16313 personas en donde el 100% se encontraron ubicadas en la zona urbana, de las cuales el 35.7% corresponde a población masculina (n= 5.828), y el 64.3% a población femenina (n=10.485), lo que indica que el sexo femenino es más vulnerable a la condición de discapacidad. **Ver Gráfica 4.**

Las personas en condición de discapacidad en la Localidad de Bosa caracterizadas entre el 2005 y el 2007 se encuentran mayoritariamente en la etapa de adultez (47,6%) y personas mayores (33,1%), la proporción de jóvenes y niños en esta situación es menor. Vale la pena resaltar que el análisis por género el 35,7% son hombres y 64,3% son mujeres. De la población en condición de discapacidad que habita en la localidad de Bosa se concentran en los estratos 2 con 14.979 personas (91,8%) estratos 1 con 1049 personas (6,4%), y estrato 3 con 274 personas (1,7%).

Por etapa de ciclo vital, se evidenció que la mayor proporción corresponde a adultez con el 47.6%, seguido de la etapa de ciclo persona mayor con el 33.1%, juventud con el 14.9% e infancia con el 4.4%. La etapa de ciclo adultez cuenta con 7768 personas en condición de discapacidad, de los cuales 3327 son adultos jóvenes y 4441 adultos maduros, de estos 2430 son hombres y 5338 son mujeres. En la etapa de ciclo persona mayor se identificó 5.391 personas de las cuales 1.935 son hombres y 3.456 son mujeres. Dentro de la etapa del ciclo vital juventud se identificaron 2444 jóvenes con discapacidad, encontrándose mayor porcentaje en mujeres con 1364 (55.81%) y 44.18% correspondiente a 1080 hombres jóvenes. La etapa de ciclo que menor representación de personas con discapacidad tiene es infancia con 710 niños y niñas de los cuales 383 son niños, lo que corresponde al 6.57% y 327 son niñas correspondiente al 3.12%, contrario a las demás etapas de ciclo donde la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.

Gráfica 4. Distribución de la población caracterizada en condición de discapacidad por género y etapa de ciclo vital Bosa 2005 - 2007



Fuente. Base de datos Subsistema Discapacidad VSP Hospital Pablo VI Bosa 2005 2007

Es posible establecer una relación directa entre la prevalencia de la discapacidad y la edad, de tal forma que ésta va aumentando conforme aumenta el número de años vividos. Las UPZs que presentan mayor concentración de población en condición de discapacidad son la UPZ Central con el 43.5%, seguido de la UPZ Occidental con el 37.7%, es decir, en estas dos UPZ se concentra el 81.2% de esta población, mientras que las UPZs Apogeo, Porvenir y Tintal sur concentran el 18.9% y este comportamiento es similar en todas las etapas de ciclo. Este comportamiento es similar a la población general que habita en la localidad y se debe a que las instituciones públicas y privadas que prestan servicios en la localidad se encuentran en mayor porcentaje en estas dos UPZs, a pesar de que las condiciones de vías, calles y andenes no son los más adecuados.

La principal estructura o función corporal afectada en la población con discapacidad es el sistema cardiorespiratorio e inmune en un 20%, seguido del componente visual en un 18% y en tercer lugar funciones de movimiento de extremidades (brazos, manos y piernas) en un 17%. Tanto en las etapas de infancia, juventud, adulto joven, adulto maduro y persona mayor la principal estructura o función corporal afectada es el sistema cardiorespiratorio e inmune, y en segundo lugar lo relativo a funciones de movimiento de extremidades. En infancia, juventud y adulto joven en tercer lugar se identifica discapacidad relacionada con el sistema nervioso, mientras que en el adulto maduro y persona mayor está relacionada con los problemas de digestión y el metabolismo de hormonas.

Para el grupo de edad de 45 a 59 años de edad, de la población atendida en el servicio de hospitalización del Hospital Pablo VI Bosa en el año 2006, se identificó que el 12.3% presentó enfermedades respiratorias de las cuales el 9.2% son crónicas y el 3.3% restante agudas. En segundo lugar se identificó “otros dolores abdominales y los no especificados” con un 9.8%. Comportamiento similar al encontrado en el proceso de registro de población con discapacidad, en donde se ubica como principal afección el sistema cardiorespiratorio y defensas con un 35%, seguido del movimiento de cuerpo, de manos, brazos y piernas con un 28%, y en un tercer lugar los problemas relacionados con la digestión y el metabolismo de hormonas en un 15%, este último como afecciones propias de este grupo poblacional.

Las personas con discapacidad que requieren ayuda permanente de otra persona son las que presentan alteraciones en el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas con un 30%, seguido del sistema nervioso con un 24% y en tercer lugar el sistema cardiorespiratorio y las defensas con un 22% según los datos de registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad realizada en la localidad. Con respecto a la información otorgada por la Secretaría Distrital de salud, las tres primeras alteraciones que padece la población en situación de discapacidad en Bosa son Voz y habla en un 11,2% siendo esta la principal, seguido de otras alteraciones en un 10.1% y el sistema nervioso central con el 8.7% en tercer lugar en el año 2008. A nivel distrital la alteración con mayor población es la del sistema nervioso central. **Ver Tabla 6.**

Tabla 7. Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones

ALTERACIONES	BOSA		BOGOTÁ
Voz y habla	2.329	11,22	20.764
Otra alteración	830	10,13	8.193
Sistema nervioso central	6.062	8,76	69.176
Auditivas	2.033	7,47	27.225

Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	6.715	7,10	94.621
Demás órganos de los sentidos	354	6,78	5.225
Sistema genital y reproductivo	1.165	6,26	18.621
Visuales	4.33	6,19	69.936
Piel	530	5,97	8.881
Digestión, metabolismo y hormonas	2.209	4,87	45.397
Sistema cardiorespiratorio y defensas	3.424	4,22	81.064

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

En la localidad de Bosa se referencia otras limitaciones o dificultades permanentes en un 16.8%, 12.2% de la población con discapacidad que presenta la dificultad de alimentarse, asearse y vestirse por sí mismos y un 11% con limitaciones de hablar y comunicarse. **Ver Tabla 8.** Distribución de personas con discapacidad según limitaciones o dificultades Localidad Bosa 2005 2007

7.	LIMITACIONES	BOSA		BOGOTA	una con un
		Personas	Porcentaje	Personas	
	Caminar, correr, saltar	6.847	6,74	101.58	
	Pensar	5.168	7,92	65.281	
Bosa es	Ver	2.990	5,04	59.273	
localidad	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	2.571	7,70	33.379	
sector	Hablar y comunicarse	2.468	10,97	22.497	
	Desplazarse en trechos cortos	2.468	3,15	78.304	
	Cambiar y mantener posiciones del cuerpo	2.090	6,83	30.613	
	Relacionarse con las demás personas y el entorno	1.668	7,11	23.446	
	Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	1.654	12,22	13.539	
	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	1.556	7,38	21.096	
	Oír	1.462	6,50	22.481	
	Masticar, tragar, asimilar o transformar los alimentos	1.295	3,37	38.375	
	Presenta otra dificultad	1.004	16,84	5.961	
	Mantener piel, uñas y cabellos sanos	563	5,84	9.644	
	Distinguir sabores u olores	280	6,38	4.389	

altamente industrial con alto tránsito vehicular por lo que las condiciones de calidad del aire están asociados a la ubicación del sector industrial, especialmente en las UPZ Apogeo y Central; industrias transformadoras de plástico, en la UPZ Occidental; tráfico vehicular y material particulado en las vías sin pavimentar; estos bien podrían ser determinantes de alteraciones en los sistemas cardiorespiratorio, visual y el inmunológico.

Respecto al tipo de afiliación de las personas con discapacidad se encontró que el 52% del total (13918) corresponde al régimen subsidiado y en segundo lugar se ubica el régimen contributivo. Cabe aclarar que un porcentaje de la población manifestó no saber o no estar afiliado, condición que disminuye la posibilidad de acceder a procesos de rehabilitación de forma continúa. En el grupo de jóvenes y adultos jóvenes, el 37% de hombres y mujeres no se encuentra afiliado al SGSSS seguido del grupo correspondiente a persona mayor.

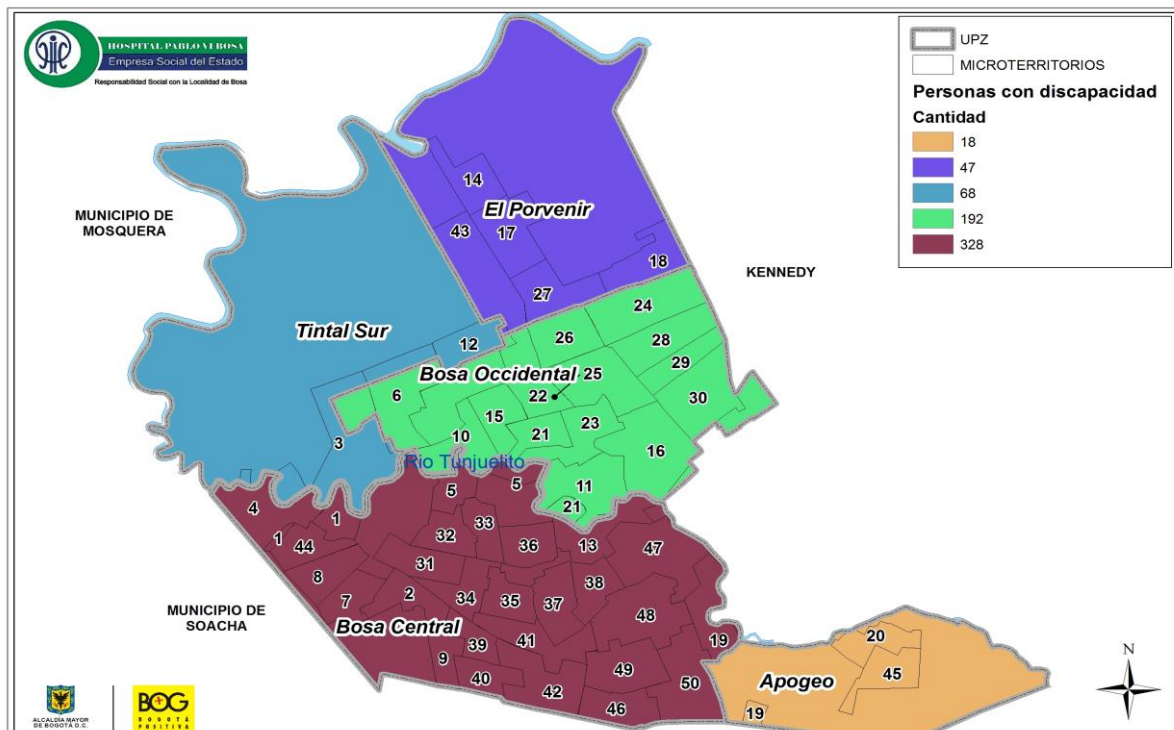
Con relación al estrato en que reside la población con discapacidad afiliada al SGSSS, el 93% habita en vivienda de estrato dos y el 6.9% de la población reside en estrato uno, información que va de acorde con los estratos que se ubican en la localidad.

Tabla 8. Distribución de personas con discapacidad según limitaciones o dificultades Localidad Bosa 2005 2007

LIMITACIONES	BOSA		BOGOTÁ
	Personas	Porcentaje	Personas
<i>Caminar, correr, saltar</i>	6.847	6,74	101.58
<i>Pensar</i>	5.168	7,92	65.281
<i>Ver</i>	2.990	5,04	59.273
<i>Llevar, mover, utilizar objetos con las manos</i>	2.571	7,70	33.379
<i>Hablar y comunicarse</i>	2.468	10,97	22.497
<i>Desplazarse en trechos cortos</i>	2.468	3,15	78.304
<i>Cambiar y mantener posiciones del cuerpo</i>	2.090	6,83	30.613
<i>Relacionarse con las demás personas y el entorno</i>	1.668	7,11	23.446
<i>Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo</i>	1.654	12,22	13.539
<i>Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos</i>	1.556	7,38	21.096
<i>Oír</i>	1.462	6,50	22.481
<i>Masticar, tragar, asimilar o transformar los alimentos</i>	1.295	3,37	38.375
<i>Presenta otra dificultad</i>	1.004	16,84	5.961
<i>Mantener piel, uñas y cabellos sanos</i>	563	5,84	9.644
<i>Distinguir sabores u olores</i>	280	6,38	4.389

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

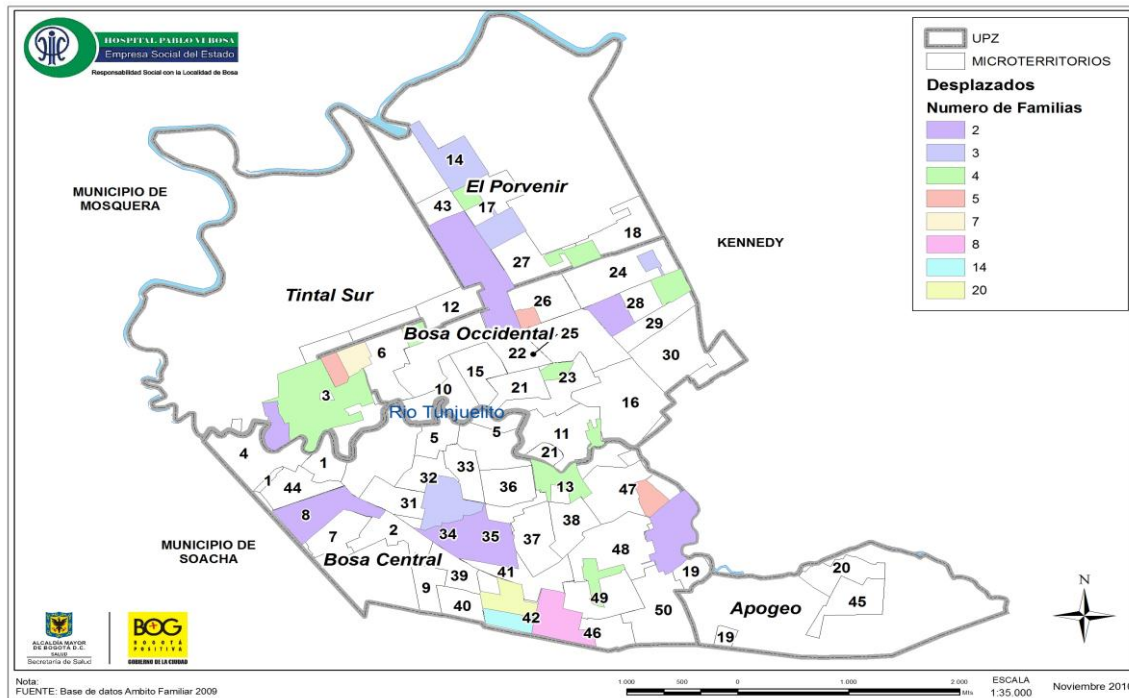
Mapa 16. Personas con discapacidad por microterritorios Salud a Su Casa 2009 Localidad bosa



2.5.3.3 Población en situación de desplazamiento

Bogotá se ha convertido en el primer municipio receptor de población en situación de desplazamiento con 216.000 personas, representadas en alrededor de 56.764 núcleos familiares. De estos el 48% (105.651) corresponde a Hombres y el 52% restante a mujeres (110.392). Del total de la población el 41,5% son niños, niñas y adolescentes y el 4% son personas mayores.³⁴ Las principales localidades de residencia de esta población continúan siendo Ciudad Bolívar, Bosa, Usme, Rafael Uribe y Suba. La localidad séptima de Bosa ha sido tradicionalmente receptora no sólo del desplazamiento por causa del conflicto armado sino del desplazamiento intraurbano, convirtiéndose así actualmente en la segunda localidad receptora de Bogotá, desde 1995 hasta 2006, un total de 31.257 familias se han registrado como población desplazada estas han sido expulsadas especialmente de los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Meta, Caquetá y Huila. Se estima que de cada cinco personas que se desplazan en Colombia, una llega a Bogotá, y de la misma forma a La Localidad, en la actualidad Bosa cuenta, Según cifras de Acción Social con 38.869 hogares, es decir, 150.012 personas desde el año 1995 al 3 de febrero de 2007, de los cuales la localidad ha recibido, 28.000 personas, es decir, 4000 núcleos familiares según La Unidad Distrital de Atención a Población Desplazada UAO. El 58% (341.104) de los desplazados son mujeres; (42% hombres) el 71% (282.000) menores de 25 años; y el 4.6% (16.967) son personas mayores. Una clara consecuencia que se ha percibido es en el incremento de los cinturones de miseria, Ver Mapa 16.

Mapa 17. Ubicación de familias desplazadas caracterizadas en microterritorios 2008



³⁴ SIPUD corte 3U de JUNIO 2008. Respuesta Uticio No. U2U2-ZU08CB dirigido a la H.C. Martha E. Urdonez.

Fuente: Cartografía. Hospital Pablo VI Bosa

Dentro de la Localidad de Bosa se identifica familias desplazadas en todas las UPZ y una mayor concentración dentro de los 50 micro territorios caracterizados por SASC Salud a Su Casa, la tipología y características propias de las familias son uniparentales, donde las mujeres son madres cabeza de familia y/o con hogares reconstituidos, con bastante dificultad para acceder a la seguridad alimentaria y nutricional.

El perfil ocupacional de la población prioritariamente es el de trabajo informal de bajo perfil, reciclaje y ventas ambulantes con vehículos de tracción animal, trabajo doméstico; predominan las industrias caseras de calzado y manufactura que tienen con la ayuda del proyecto productivo que acción social les da, la población desplazada que habita la Localidad presenta una alta dependencia económica, siendo la pérdida del empleo, un condicionante del deterioro de las posibilidades de consumo, calidad de vida y salud lo cual hace que se reduzca la capacidad de enfrentar los distintos choques económicos. La carencia de terrenos para servicios sociales, ha dado lugar a una baja respuesta “física” de las instituciones y sectores, lo que explica aún más el débil funcionamiento de las redes sociales.

Las personas en situación de desplazamiento son vistos como mano de obra barata no calificada por ello se ocupan en la economía informal relacionados con el perfil de producción local, repercutiendo directamente esta dependencia económica en que jóvenes y niños empiecen su vida laboral a temprana edad. No tienen un solvento económico con el cual poder satisfacer sus necesidades básicas, por tal motivo se alojan en lugares a los cuales puedan acceder tales como puentes, en la calle o en albergues en donde solamente pueden estar de 3 a 4 días en límites con la Localidad. Hay familias las cuales pueden llegar a lugares con mejores condiciones como cuartos de inquilinatos en donde viven otros grupos familiares, compartiendo lugares como la cocina y baño; viven en un solo sitio varias familias conformadas por 6 o más personas, presentándose hacinamiento, dificultades higiénico sanitarias en las viviendas, algunas de ellas no cuentan con servicios públicos básicos como lo son agua o luz; viven en sectores en donde hay contaminación, mal manejo de las basuras, tenencia inadecuada de animales proliferación de vectores, lo que hace que se presenten enfermedades respiratorias, enfermedades cutáneas debido a las malas condiciones ambientales y de aseo que hay en las viviendas.

2.5.3.4 Población con Orientación Sexual e Identidad de Género

Las personas de los sectores LGBTI, se han denominado de este modo a razón de identificarse con alguna de estas siglas a saber: lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o intersexuales. Así y para darle sentido a esto, tenemos que dentro del concepto de distintas maneras de ser y de relacionarse encontramos las siguientes categorías:

Sexo biológico: Hace referencia a la forma que tienen los órganos genitales externos en el momento de nacer, y de acuerdo con esto, se hace una clasificación dentro de los documentos de identidad personal. Entre los sexos biológicos que conocemos se encuentran las mujeres y los hombres

* Mujer: Es aquella persona que en el momento de nacer tiene vagina, ovarios, útero etc.

* Hombre: Es aquella persona que en el momento de nacer tiene pene y testículos.

* Intersexual: Es aquella persona que en el momento de nacer tiene órganos genitales tanto de hombres como de mujeres. En este momento se conocen aproximadamente 35 tipos de intersexualidad distintos de acuerdo con esto, se puede decir que la aparición de estos órganos genitales se puede dar de forma parcial o total de acuerdo con cada caso.

Identidad de Género: La identidad de género hace referencia a la manera en la que las personas se denominan a sí mismas o a sí mismos, sin importar su sexo biológico. Las identidades de género varían en la medida de que las personas se sientan total o parcialmente identificadas con el género asignado a su sexo biológico. Es de anotar que estas identidades de género son móviles por lo cual no se puede decir que una personas que se sienta de una o de otra forma pueda necesariamente clasificarse con alguna de estas identidades o que necesariamente se definan de la forma que aparece a continuación por lo cual esta es la definición más común que se hace de las mismas, pero no es necesariamente la única. Encontramos las siguientes:

* Femenino: Es la identidad de género que históricamente se le ha asignado a las mujeres, y se relaciona con actitudes de delicadeza y fragilidad que adicionalmente tiene condiciones de poder y sumisión especiales, lo cual lo ha relegado al espacio de lo privado siendo además un género que ha suscitado muchos tipos de violencias y vulneraciones.

* Masculino: Es la identidad de género que históricamente se le ha asignado a los hombres, y se relaciona con actitudes de agresividad y fuerza que adicionalmente tienen un ejercicio del poder socialmente aceptado frente al género femenino. A esta identidad de género se les asigna ejercicios de fuerza y de dominio frente a las otras identidades de género.

Identidades transgénero: Son todas aquellas personas que se identifican con un rol distinto al que se les ha asignado por su sexo biológico, y se encuentran en un tránsito medio o total frente a la manera en la que se sienten en el mundo y frente a sus propios cuerpos. Para las identidades transgénero se han creado tres categorías: 1. Transexuales: Son aquellas personas que no se sienten identificadas con el género que se les ha asignado de acuerdo a su sexo biológico, y si se sienten identificadas completamente con un género diferente. De acuerdo con esto estas personas desean que su cuerpo tenga otra forma biológica por lo cual inician procesos de reasignación sexual, para darle a su cuerpo la forma del sexo biológico distinto al cual con el que nacieron. Este tránsito entre los géneros se hace de forma total, y de acuerdo con esto, se hacen procesos de hormonación, cirugías de pecho (para quitarlo o ponerlo) y cirugías de reasignación sexual como la vaginoplastia o la faloplastia. 2. Travestis: Son aquellas personas que no se sienten identificadas con la identidad de género que se les ha asignado de acuerdo a su cuerpo biológico, pero no se sienten inconformes del todo con su cuerpo, por lo cual desean hacer un tránsito medio es decir, sienten deseo de transformar algunas partes de su cuerpo pero no desean hacer la reasignación total, también son aquellas personas cuyo tránsito se hace durante la mayoría del tiempo. 3. Transformistas: Son personas que a pesar de transitar entre los géneros, desean hacer intervenciones sobre sus cuerpos ya que están conforme con ellos, y lo que hacen es cambiar su indumentaria ocasionalmente, vistiéndose de formas distintas a las de su género, pero sin ningún cambio permanente en sus cuerpos. 4. Intersexuales: Son aquellas personas que al haber nacido con órganos genitales tanto femeninos como masculinos, al momento de “elegir” su género, se sienten identificados con las formas de sus cuerpos de tal manera que su intersexualidad no se representa únicamente en su sexo biológico, sino adicionalmente en su identidad de género. 5. Queer: Las personas queer son personas andróginas, cuya posición política las impulsa a no querer definir su identidad de género.

Orientación Sexual: La orientación sexual es la manera en la que las personas se relacionan erótica-afectivamente con las otras personas, hace referencia al deseo con respecto a los otros sexos y el propio de tal forma que de acuerdo a este deseo las personas son catalogadas; esta categoría no es estática, de tal manera que también puede

variar de acuerdo a cada individuo lo que hace que estas definiciones no sean universales. Entre las orientaciones sexuales que conocemos existen las siguientes:

* Heterosexuales: Son aquellas personas que sienten atracción por las personas del género contrario al que ellas tienen.

* Homosexuales: Son aquellas personas que sienten atracción por las personas de su mismo género, se divide en dos: Mujeres lesbianas que son aquellas mujeres que sienten atracción únicamente por otras mujeres, y hombres gays que son aquellos hombres que sienten atracción únicamente por otros hombres.

* Bisexuales: Son aquellas personas que sienten atracción erótica-afectiva tanto por personas del género femenino, como por personas del género masculino.

* Pansexuales: Son aquellas personas que sienten atracción erótica-afectiva tanto por personas del género femenino, como por personas del género masculino, o por personas de cualquier género (personas transgénero, intersexuales etc.)

En la localidad de Bosa, no se han identificado personas de los sectores LGBT en todos los territorios, pues en muchos de los casos son personas que permanecen en la clandestinidad. La mayoría de las personas que se identifican como del sector LGBT y que habitan la localidad de Bosa, son personas que viven con familiares. Algunas de estas personas arriendan espacios como piezas o apartamentos dentro de la localidad, y en la mayoría de los casos estos espacios los comparten con personas también del sector LGBT.³⁵

La mayoría de las personas de los sectores LGBT con las cuales ha hecho acompañamiento el Hospital Pablo VI Bosa, no se encuentran vinculadas al sector productivo, tienen un bajo nivel económico afectando la autonomía así como la calidad de vida y de salud. Algunas de las personas que están vinculadas al sector productivo lo están en el espacio de la peluquería, en el cual encontramos especialmente mujeres trans y hombres gays quienes se hacen visibles en la localidad de manera los y más visibilizan su orientación sexual por lo cuál es la población que presenta una mayor movilización social y exigibilidad de derechos, exponiéndose al señalamiento y la discriminación. También se han referenciado algunas mujeres trans y hombres gays que están en ejercicio de la prostitución, algunos y algunas dentro de la localidad de Bosa, y otras y otros en lugares el centro y chapinero.

En cuanto al nivel educativo, cabe anotar que la discriminación es más alta en personas con identidades de género no normativas (personas trans) que en personas con orientaciones sexuales no normativas. Por este motivo encontramos en la localidad de Bosa a más personas lesbianas, gays y bisexuales que han hecho su bachillerato completo e incluso encontramos algunas y algunos de ellos que han accedido a formación técnica o tecnológica en distintos institutos y en el SENA.

En cuanto a las personas trans de la localidad de Bosa, en su mayoría no han realizado estudios superiores a la primaria. Durante 2010 CANAPRO hizo un convenio local que permitió que muchas de estas personas terminaran sus estudios o les dieran continuidad a los mismos, pudiendo de este modo por ejemplo terminar la primaria y pasar al bachillerato. No obstante, en la localidad de Bosa hay personas de los sectores LGBT que han realizado estudios superiores, técnicos y tecnológicos. También encontramos algunos jóvenes que están cruzando el

³⁵ Hospital Pablo VI Bosa. Informe Trimestral Transversalidad LGBTI. Julio – Septiembre, 2009

bachillerato en los colegios de la localidad. El problema del acceso al sector educativo dentro de las personas de estos sectores es bastante grave en la medida de que el alto grado de discriminación hace que se desescolaricen a muy tempranas edades, quitándoles además posibilidades de acceso al sector productivo en su edad adulta.

Es de anotar que la discriminación a las personas de los sectores LGBT no es solamente hacia ellas sino adicionalmente también hacia familias y amigos, por lo tanto el esfuerzo por deconstruir estos imaginarios negativos, tiene que estar encaminado también al acompañamiento a las familias, quienes viven estas mismas violencias. Por otro lado al interior de las mismas familias también se ve un alto grado de discriminación hacia las personas de estos sectores, por lo cual muchas de las violencias provienen precisamente de las familias, de acuerdo con esto se hace necesario también un acompañamiento a las personas, en la medida de que muchos de los abusos provienen de las mismas familias, lo cual en muchas ocasiones los obligan a irse de sus casas y exponerse a estilos de vida y trabajos indignos. Es también el caso de las personas Trans, el de más alto grado de abandono del hogar a tempranas edades por la discriminación.

2.5.4 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Para el desarrollo del análisis de este componente es necesario en primera instancia recordar algunos datos de la localidad séptima de Bogotá, que permiten un ejercicio de aproximación y contextualización con respecto a las singularidades que posee esta localidad referente al aspecto laboral, educación y recreación.

2.5.4.1 Estratificación socioeconómica

La estratificación socioeconómica es una herramienta de focalización del gasto que se utiliza para clasificar los inmuebles residenciales de acuerdo con las metodologías diseñadas por el Departamento Nacional de Estadística DANE.³⁶ Bosa cuenta con 554.389 habitantes proyectados para 2009 que representan el 7,7% del total de habitantes de Bogotá. La distribución de los estratos en Bogotá es del 1 al 6 según ingreso Per cápita. **Ver Tabla 8.**

Tabla 9. Distribución de los estratos en Bosa

<i>Estratos de Bogotá*</i>	<i>Ingreso per cápita</i>	<i>Porcentaje</i>
1 (Bajo - bajo)	Menos de un SML**	9,3
2 (Bajo)	Entre 1 y 3 SML	42,7
3 (Medio - bajo)	Entre 3 y 5 SML	30,2
4 (Medio)	Entre 5 y 8 SML	9,1
5 (Medio - alto)	Entre 8 y 16 SML	3,7

³⁶ Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos - SIEE Dirección de Información, Cartografía y Estadística- DICE-SDP-Dirección de Estratificación. Decreto 304 de septiembre de 2008. La ley 142 de 1994 establece seis estratos socioeconómicos, el estrato más bajo es 1 y el más alto es 6. La estratificación vigente para Bogotá D.C. se adoptó mediante los decretos 176 de 2007 (zona urbana) y 304 de 2008 (fincas y viviendas dispersas rurales).

6 (Alto)	Mas de 16 SML	1,7
**Salario Mínimos Legales Mensuales		

Fuente: Dirección Nacional de Planeación. 1994

Según los datos de la estratificación en las localidades del distrito, los estratos que predominan en Bosa son el 1 y 2 en menor proporción el 3. Al analizar el estrato para la población se encuentra que el 86,7% de su población se clasifica en estrato bajo, el 10,4% estrato bajo-bajo, un 2,3% medio-bajo y un 0,6% sin clasificación de estrato. Bosa cuenta con un total de 3.310 manzanas de las cuáles 395 (11,9%) se clasifican sin estrato por tener un uso distinto al residencial, 346 manzanas en estrato 1 (10,4%), 2.495 manzanas en estrato 2 (75,4%), siendo la localidad del distrito con más manzanas en este estrato y 74 (2,2%) manzanas en estrato 3. **(Ver Tabla 9).**

Tabla 10. Clasificación de estrato socioeconómico según Población, manzanas, viviendas y Hogares Localidad de Bosa 2009

<i>Estrato</i>	<i>Población Bosa</i>	<i>%</i>	<i>Manzanas Bosa</i>	<i>%</i>	<i>Viviendas Bosa</i>	<i>%</i>	<i>Hogares Bosa</i>	<i>%</i>
Sin estrato	2.952	0,6%	395	11,9%	728	0.6%	804	0.6%
Bajo - bajo	57.836	10,4%	346 (1)	10,4%	10.909	8,9%	15.558	10,2%
Bajo	480.907	86,7%	2.495 (2)	75,4%	107.560	87.6%	131.883	86,7
Medio - Bajo	12.694	2,3%	74	2,2%	3588	2,9%	3.746	2.5%
TOTAL	554.389	100%	3310	100%	122.785	100%	151.991	100%

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

El número de viviendas para Bogotá al 2009 corresponde a 1.974.882 y en la localidad de Bosa hay un total de 122.785 predios clasificados así por estrato socioeconómico al 2009: 728 viviendas sin estrato, 10.909 viviendas en estrato bajo-bajo, 107.560 en estrato bajo y 3588 estrato medio bajo. Bosa es la tercera localidad del distrito con mas población y viviendas en estrato bajo-bajo y la segunda que cuenta con mas población en estrato bajo. Bosa cuenta con un total de El número de hogares en la localidad Séptima es de 151.991: 804 sin estrato, 15.558 hogares en estrato bajo-bajo, 131.883 en estrato bajo, 3.746 en estrato medio bajo. Es conocida la relación entre el nivel socioeconómico y los determinantes en Salud pues la productividad, la estabilidad laboral, el patrimonio se relaciona directamente con el acceso a bienes y servicios.

2.5.5 Condiciones de vida

2.5.5.1 Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

La metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Dado que cada uno de los indicadores se refiere a necesidades básicas de diferente tipo, a partir de ellos se constituye uno compuesto, que clasifica como pobre o con NBI aquellos hogares que estén, al menos, en una de las situaciones de carencia expresada por los indicadores simples y en

situación de miseria los hogares que tengan dos o más de los indicadores simples de necesidades básicas insatisfechas.³⁷

Según el indicador NBI en el Distrito según la Encuesta de Calidad de Vida, posiciona a Bosa en el cuarto lugar con 10.424 hogares es decir el 7.6% del total para la localidad catalogándolos como “pobres” y a 418 hogares (0,3%) con dos o mas NBI en miseria, superada por Localidades como Ciudad Bolívar (13,9%), Santafe (9,2%) y Usme (9,1%). Esto implica que la medición de pobreza por esta metodología muestra una grave situación en las condiciones de calidad de vida para los hogares en Bosa, reflejándose en viviendas impropias para el alojamiento humano (4.902), hacinamiento crítico es decir más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje) (33.582), viviendas con servicios inadecuados o que no cuentan con acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas (2.291), hogares con alta dependencia económica en los cuales haya más de tres personas por miembro ocupado y el jefe tenga como máximo dos años de educación primaria aprobados (13.392); adicionalmente viviendas con niños en edad escolar (mayor de 6 años y menor de 12 años) que no asisten a un centro de educación formal (3.750). El indicador de NBI por número de personas para Bosa en el 2007 la posiciona en el quinto lugar con 9,9%, es decir que 53.861 habitantes de la localidad son pobres según esta metodología y 2759 (0,5%) personas tienen dos o más NBI es decir que se encuentran en miseria; a pesar de que este indicador ha perdido su capacidad para discriminar situaciones de carencia, es la base de asignación y transferencia de recursos.³⁸ **Ver Tabla 10.**

Tabla 11. Clasificación de hogares y personas por NBI Localidad de Bosa y Distrito 2007

LOCALIDAD	Modalidad de Medición Pobreza			
	N Hogares	%NBI-Hogares	N Personas	%NBI-Personas
TOTAL DISTRITO	97.985	5.0	492.360	7.0
Bosa	10.424	7.6	53.861	9.9

Fuente: DANE, SDP - Encuestas de Calidad de Vida 2007

2.5.5.2 Línea de Pobreza

En la cuantificación de las condiciones de vida para medir la pobreza por ingresos se tiene en cuenta el ingreso per cápita del hogar y el valor de la canasta básica alimentaria. Al medir la línea de pobreza en hogares para el 2007 por Línea de Pobreza (LP) el panorama cambia bastante pues según este indicador para el 2007 una cuarta parte de la población de distrito es pobre según ingresos 25,3% (1.781.770), para Bosa es del 31,4% hogares esto se traduce en que 43.160 hogares percibían un ingreso inferior al valor de la canasta básica ubicándose en el quinto lugar después de Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Usme y San Cristóbal. La línea de Pobreza según personas para Bosa fue de 33.9% (185.614). Este indicador de LP es un indicador indirecto de pobreza y se relaciona con la inseguridad alimentaria y la desnutrición, indicando así que aproximadamente una tercera de la parte de habitantes de la localidad tiene un ingreso que no es suficiente para cubrir la canasta básica de bienes y servicios. Según el Método

³⁷ DANE. Censo. Condiciones de vida. Necesidades Básicas Insatisfechas. 1993.

³⁸ Programa Bogotá Cómo Vamos. Localidades Cómo Vamos. Línea de Base de Vida Local 2007.

Integrado de Pobreza (LP y NBI) este indicador es de 36.5% para Bosa, la Pobreza Crónica es del 4,9% que está relacionada con situaciones estructurales y la pobreza reciente según LP es del 29% que puede estar relacionada con situaciones coyunturales como es la llegada de personas en situación de desplazamiento.³⁹

2.5.5.3 Índice de Condiciones de Vida ICV

Otro método utilizado para analizar las condiciones de vida de la población asentada en un área de interés, es el Índice de Condiciones de vida (ICV) desarrollado por la Misión Social del DNP el cual se compone de doce características agregadas en cuatro factores, que se acercan a la situación del hogar y sus integrantes, para las siguientes condiciones de vida de los hogares⁴⁰: **Educación y capital humano**: (máximo 39,4%) educación del jefe del hogar; educación del resto de personas mayores de 12 años; asistencia de las personas entre 12 y 18 años a la educación secundaria y universitaria; asistencia de los niños entre 5 y 11 años a la educación primaria; **Calidad de la vivienda**: (máximo 12,9%) material de construcción de las paredes y pisos de la vivienda; **Acceso y calidad de los servicios**: (máximo 27,4%) tipo de servicio sanitario disponible en la vivienda; tipo de abastecimiento de agua para el hogar; tipo de energía que emplea el hogar para la cocina; sistema de disposición o recolección de basuras que emplean; **Tamaño y composición del hogar**: (máximo 20,2%) número de niños de 6 o menos años de edad en el hogar; y número promedio de personas en el hogar por cada habitación de la vivienda. El ICV se mide entre 1 y 100, correspondiendo los mayores valores a mejores condiciones de vida. Este indicador ha perdido la capacidad también de diferenciar condiciones de bienestar de la población; sin embargo, se puede encontrar de nuevo a Bosa como la tercera localidad con menor índice para el 2007 con 86,4% pues la brecha con Bogotá 90,1% y con la Localidad de Teusaquillo 96,5% es alta, indicando que subyacen peores condiciones en la localidad Séptima. Al analizar cada factor del ICV de manera independiente se puede observar que existen mayores diferencias en la localidad con respecto al puntaje máximo establecido: en educación y capital humano con 30,9% con una brecha equivalente casi a 9 puntos con el puntaje máximo. En los otros tres factores no se encontraron diferencias importantes entre las localidades ni de los valores referencia: acceso y calidad de los servicios 27,2%, calidad de la vivienda 12% y composición del hogar 16,3%.

Al evaluar el poder adquisitivo de manera subjetiva los jefes de hogar consideraron en el 2007 (ECV) que solo para el 7,7% era suficiente el ingreso para cubrir los gastos básicos, en ningún momento para llevar una vida adecuada y el 92,3% creyeron que era insuficiente el ingreso para cubrir los gastos básicos. Esto muestra que las condiciones de inequidad y desigualdad según la localidad de residencia son evidentes.

Retomando los datos arrojados por la Encuesta de Calidad de Vida 2007, en la localidad de Bosa en el 2003 existía el 10,6% (52.111) eran catalogados como pobres y 1,8% (8.611) estaban en condiciones de miseria, Estos datos evidencian la marcada situación de pobreza por la que atraviesa la localidad y ponen al descubierto la situación de fragilidad en trabajadores, trabajadoras, productores y productoras locales en relación con condiciones particulares de exposición a factores de riesgo que generan enfermedad y afectan de manera significativa la calidad de vida de la población.

³⁹ Programa Bogotá Cómo Vamos. Localidades Cómo Vamos. Línea de Base de Vida Local 2007.

⁴⁰ IBID.

2.5.5.4 Índice de Desarrollo Humano IDH

El Índice de Desarrollo Humano mide el proceso de la ampliación de las opciones humanas que permite vivir a la gente una vida prolongada y sana, tener educación y acceder a los bienes y servicios necesarios para tener una vida digna⁴¹. La valoración se realiza en una escala de 0 a 1, siendo 1 el mayor desarrollo humano posible. El IDH está relacionado con la esperanza de vida, analfabetismo, escolaridad e ingresos. Según el Informe de Desarrollo Humano para Bogotá 2008, Bosa ocupa el lugar diecisiete con un índice de 0,863 después de Ciudad Bolívar y Usme Para Bogotá fue de 0,8797. Para el Índice de Ingreso disponible obtuvo un 0.752, Índice de educación 0.851 y el Índice de Supervivencia de los niños 0.986. Este valor sitúa a Bosa en desventaja evidenciándose en menores posibilidades para acceder a trabajo en condiciones dignas, educación con calidad y bienes y servicios que mejoren la calidad de vida de los habitantes.

Tabla 12. Índice de Desarrollo Humano Urbano 2007

LOCALIDAD	INDICE DE INGRESO DISPONIBLE (IYDAC)	INDICE DE EDUCACIÓN (IED)	INDICE DE SOBREVIVENCIA DE LOS NIÑOS (ISN)	INDICE URBANO (IU)	IDHU
Bosa	0,752	0,851	0,986	0,33	0,714
Bogotá	0,891	0,863	0,985	0,5	0,81

FUENTE: Cálculos de IDHB. Informe de Desarrollo Humano de Bogotá. 2008 es un nuevo indicador propuesto por el informe.

2.5.5.5 Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales SISBÉN

El SISBÉN es un sistema técnico de información diseñado por el Gobierno Nacional, que a partir de una encuesta permite identificar y clasificar a las personas y familias según las condiciones socioeconómicas en las cuales viven. El objetivo del SISBÉN es convertirse en una herramienta para la priorización del gasto social que realizan distintas entidades del Estado.

Al valorar la población Bogotana de acuerdo con la segunda metodología del SISBEN, se encuentra que 4.472.422 personas están registradas en este sistema y en Bosa un total de 445.211 es decir el 80,3% de los habitantes están registrados en el sistema de beneficiarios, en el nivel 1 un total de 90.282 (20,3%), al nivel 2 corresponden 301.964 (67.8%), en el nivel 3 52.699 (11,8%) personas y en el nivel 4 tan solo 270 (0.06%).⁴² el acceso a programas sociales en la localidad de esta manera se dificulta puesto que las personas que se clasifican en niveles 1 y 2 corresponden a un porcentaje importante del total de habitantes haciendo que los cupos asignados no sean suficientes para las necesidades sociales identificadas.

⁴¹ María Eugenia Avendaño, Los indicadores sociales mejoran pero la pobreza no cede. En Foro económico, regional y urbano, Contraloría de Bogotá, D.C., mayo 2001

⁴² Fuente: Dirección de SISBEN – SDP. Base acumulada de SISBEN con corte a 30 de Mayo de 2009

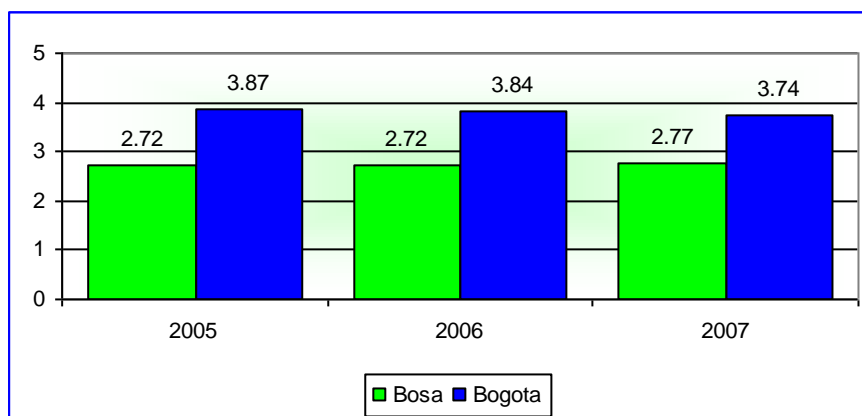
2.6 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

2.6.1 MORTALIDAD

2.6.1.1 Mortalidad General

En el periodo de 2005 a 2007 presentó una dinámica de 2,72 a 2,77 muertes por mil habitantes/año en Bosa y en Bogotá la dinámica fue 3,87 a 3,74 muertes por mil habitantes/ año. La localidad de Bosa ocupa el segundo lugar en las localidades con menor Tasa de Mortalidad con un total de 1455 muertes para el año 2007. **Ver Gráfico 5.**

Gráfica 5. Mortalidad General Localidad Bosa – Bogotá 2005- 2007



Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales. Las tasas son calculadas con proyecciones de población Censo 2005 del DANE y SDP

2.6.1.2 Primeras causas de mortalidad en Bosa por edad específica

En el 2007, las causas de mortalidad de la localidad tuvieron una mayor incidencia en el grupo de edad de 60 y más años; en un primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio con 26.6% afectando más a los hombres, dentro de esta causa las que tienen mayor incidencia son las enfermedades isquémica y las cerebrovasculares, en el segundo lugar con un 24.1% todas las demás enfermedades como las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores afectando más a las mujeres, en el tercer lugar con un 22.1% las Neoplasias como los tumores malignos de estómago con mayor incidencia en hombres, en el cuarto lugar con un 12% se encuentran las causas externas como las agresiones (homicidios) con un 43.6% mayor incidencia en los hombres y en el quinto lugar con un 7% las enfermedades transmisibles en donde las infecciones respiratorias agudas afectando más a las mujeres. **Ver Tabla 13.**

Tabla 13. Primera Causa de Mortalidad según edad Bosa 2007

Grupo Edad	Primera Causa de Muerte	TOTAL	%	Tasa
Menor 1 año	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	31	54,4	19,2
1 a 4 años	Neumonía	3	50	0,5
5 a 14 años	Leucemia	4	50	0,4
15 a 44 años	Agresiones (homicidios) y secuelas	56	62,2	1,9
45 a 59 años	Enfermedades cerebrovasculares	24	38,1	4,3
60 y mas años	Enfermedades isquémicas del corazón	132	44,9	62

Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales. 2007.

Según grupos de edad las tasas de mortalidad específicas por edad en el 2009 son altas en las personas de 60 años y mayores con una tasa de 62 muertes por cada 1000 habitantes en donde la primera causa fue relacionada con enfermedades isquémicas del corazón para un total de 132 eventos. En el grupo de menores de 1 año la tasa de mortalidad fue de 19,2 y la primera causa de mortalidad fueron los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, el total de eventos fue de 31 para este grupo de edad. En el grupo de 45 a 59 años se presenta una tasa de mortalidad por edad de 4,3 y la primera causa fueron las enfermedades cerebrovasculares. En el grupo de 15 a 44 la primera causa es dada por agresiones (homicidios y secuelas) con una tasa de 1,9 y un total de 56 eventos. Para los grupos de edad de 1 a 4 años la primera causa de muerte se relacionó con neumonía y para los niños y jóvenes de 5 a 14 años fue la leucemia la que ocasionó el mayor número de muertes. La tasa de mortalidad para estos dos últimos grupos es baja con 0,5 y 0,4 respectivamente.

2.6.1.3 Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es el número de niños menores de un año que fallecen por cada 1000 nacidos vivos durante un año determinado. ⁴³La mortalidad infantil en Bosa y Bogotá durante el periodo de 1999 a 2009, presentó una reducción constante este cambio con respecto a las cifras registradas en 1999 de 21,1 por 1000 nacidos vivos y en el año 2009 una tasa de 9,4, alcanzando la meta distrital que era de 11,7. Como causas relacionadas con las muertes ocurridas se encuentran las malformaciones congénitas y afecciones del periodo neonatal temprano y tardío.⁴⁴ **Ver Gráfico 6.**

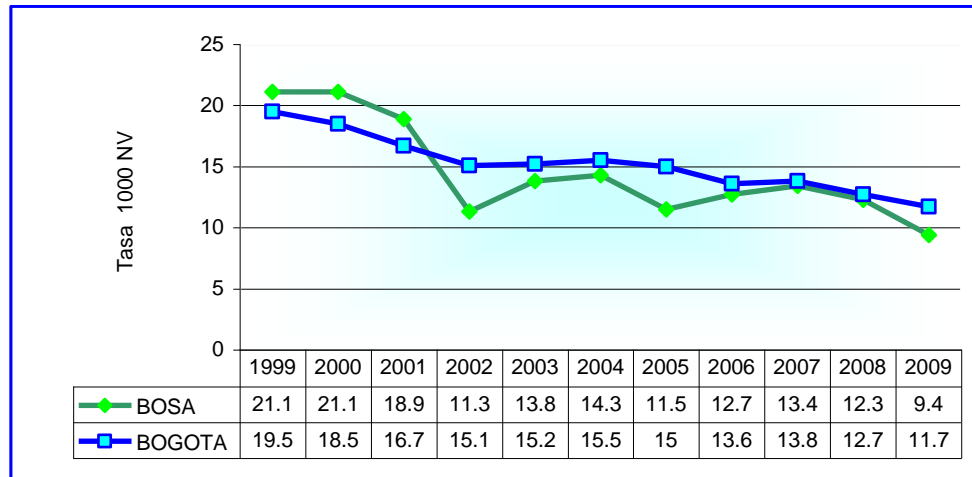
A nivel institucional a partir del 2004 se ha logrado disminuir el número de muertes infantiles de menores que son atendidos en los centros del Hospital Pablo VI Bosa y de igual manera alcanzar la meta distrital de 11.7 muertes por cada 1000 nacidos vivos es un reto muy importante.

Este indicador es un reflejo que las condiciones de vida y salud de la población de nuestra ciudad y de la localidad de Bosa han mejorado durante los últimos 10 años y este tiene una gran repercusión sobre la esperanza de vida, el desarrollo de la población y la estructura poblacional.

⁴³ IBID. Pág 27.

⁴⁴ Hospital Pablo VI Bosa. Bases de datos SIVIGILA 1999 – 2009.

Gráfica 6. Tasa de Mortalidad Infantil Localidad Bosa 1999 – 2009



Fuente Certificados de defunción - Certificado de Nacido Vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales –SDS., preliminares, 2009.
 Datos Locales SIVIGILA y certificados defunción HPVI BOSA

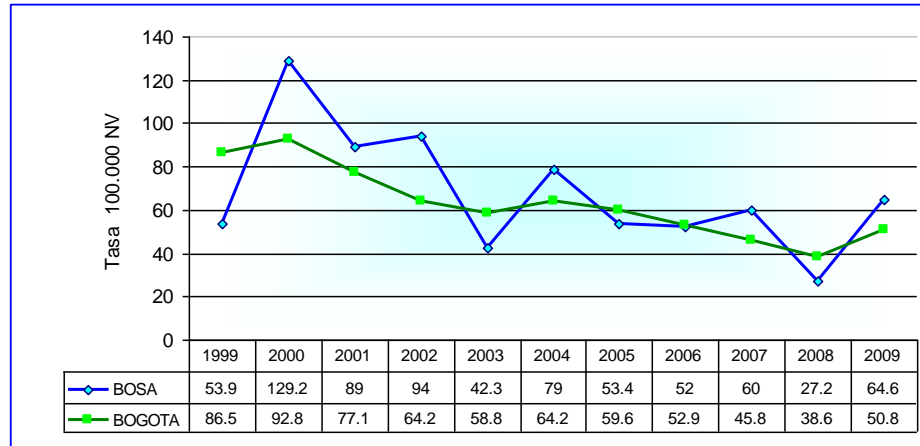
2.6.1.4 Mortalidad Materna

La razón de mortalidad materna es el número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, por cada 100.000 nacidos vivos ese mismo año.⁴⁵ Este indicador muestra un descenso progresivo en Bosa en los últimos diez años pasando de una tasa de 129,2 en el 2000 a 64,6 muertes por cien mil nacidos vivos en el 2009 y en Bogotá una tasa de 92,8 en el 2000 a 50,8 muertes por cien mil nacidos vivos Bogotá para el 2009 y así el Distrito Bogotá se ubica en una de las ciudades latinoamericanas con cifras que se acercan cada año más a las metas mundiales, sin embargo la no garantía de los derechos sexuales y reproductivos y en salud no ha permitido avances significativos principalmente en la población mas frágil. **Gráfico 15.**

La meta distrital en el indicador de razón de mortalidad materna estableció un total de 49,7 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos para el año 2009 y 40 por 100.000 nacidos vivos para el año 2012. En la localidad de Bosa se presenta una tendencia a la reducción de la razón de mortalidad materna que está en correspondencia con la línea distrital. Sin embargo en este periodo se observan picos de disminución en el 2003 y 2008 y agudización de la problemática como en el año 2009 donde la razón aumentó de 27,2 para el 2008 a 64,6 para el 2009. Esto demuestra que a pesar de las acciones realizadas desde Red Materno Perinatal Sur Occidente, Vigilancia en Salud Pública, Calidad, Red Social Materno Infantil, Salud a su Casa, aún existen barreras que no permiten el acceso a los servicios de salud y a otros programas que reduzcan el riesgo de muerte materna. Estas se analizan en los comités de mortalidad materna con el objetivo de identificar las demoras y puntos críticos que llevaron a este evento infortunado y a través de los Planes de Mejoramiento a nivel institucional se puedan establecer acciones concretas para reducción de barreras y demoras.

⁴⁵ IBID. Pág 28.

Gráfica 7. Razón de Mortalidad materna Localidad de Bosa y Bogotá 2000 – 2009



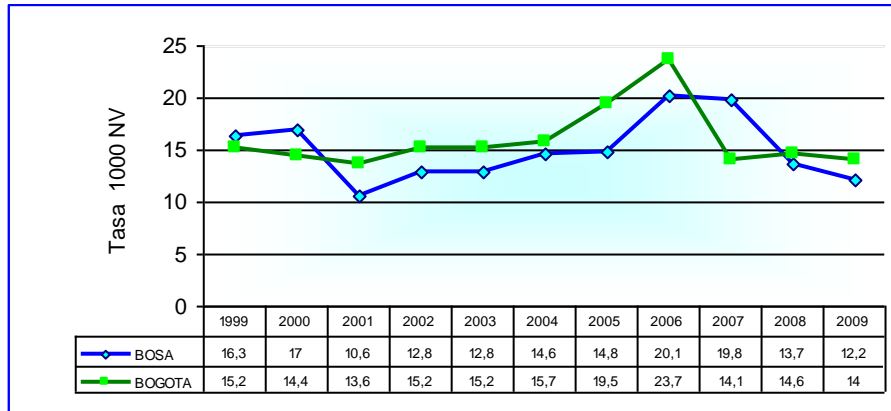
Fuente: Certificados de defunción - Certificado de Nacido Vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales –SDS preliminares 2009.

2.6.1.5 Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal mide el riesgo de muerte durante el periodo más próximo al parto, durante el parto y en los primeros días o inmediatamente después del nacimiento. Se calcula a partir del número de muertes fetales después de 28 semanas de embarazo (muertes fetales tardías) más el número de muertes de niños menores de 7 días por cada 1.000 nacidos vivos. La meta que el distrito propuso para el año 2009 fue de 18,9 muertes perinatales por cada 1000 nacidos vivos y reducir a 16 muertes para el 2012. La información del 2000 al 2009, denota un comportamiento similar en la institución, la localidad y el Distrito para este indicador, con una tendencia al ascenso hasta el año 2006 que fue contrarrestada con acciones de promoción y prevención, atención inmediata y mejoramiento de la calidad de prestación de servicios en salud, y esto se evidencia en el número de muertes perinatales que disminuyó en los últimos tres años de 19,8 a 12,2 muertes por cada mil nacidos vivos.⁴⁶ **Ver Gráfico 8.**

⁴⁶ Hospital Pablo VI Bosa. Bases de datos SIVIGILA 1999 – 2009.

Gráfica 8. Tasa de Mortalidad perinatal Hospital Pablo VI, Bosa y Bogotá 2000 2009



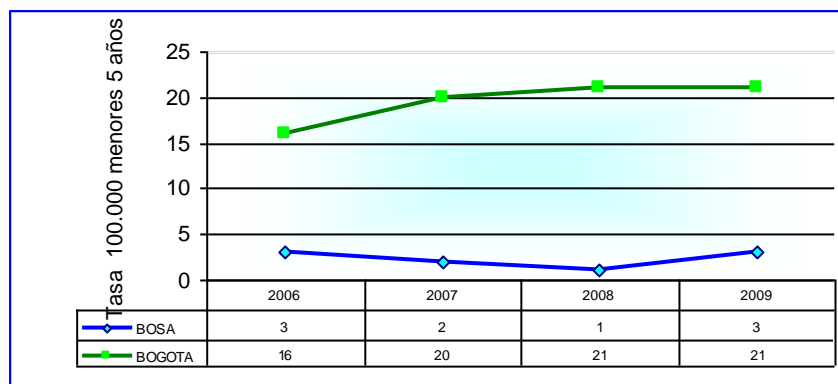
FUENTE: Certificado de defunción. Base de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales. Las tasas son calculadas con proyecciones de población Censo 2005 del DANE y SDP

2.6.1.6 Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años

Con respecto a la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en el periodo de 2005- 2009 a nivel de Bosa y Bogotá se observa una reducción de muertes en la población de 19,5 a 5,6 muertes por cien mil menores de 5 años en Bosa y de 5 a 3,5 muertes por cien mil niños menores de 5 años, contando con una problemática estructural como la pobreza, el desempleo, inseguridad alimentaria y nutricional y servicios de salud ineficientes en la atención de menores. Un gran problema relacionado con este indicador es la confiabilidad pues según estudios se ha determinado que mas del 30% de las muertes prevenibles en menores de 5 años están relacionadas con algún grado de malnutrición y que no aparecen relacionadas en las estadísticas vitales dentro de las causas primarias de muerte.⁴⁷

Gráfico 9.

Gráfica 9. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años



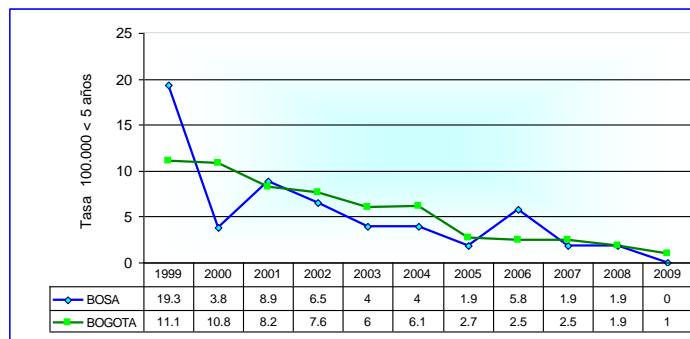
FUENTE: Certificado de Defunción, Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS, preliminares 2009. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP.

⁴⁷ IBID.

2.6.1.7 Mortalidad por EDA en menores de 5 años

La Tasa de Mortalidad Infantil por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es un Indicador que señala el número total de niños entre 0 y 5 años –por cada 100.000- que murieron a causa de la enfermedad durante un periodo de tiempo de un año. Se relaciona íntimamente con la persistencia de condiciones de pobreza y refleja la existencia de deficiencias en la población en materia de calidad de la vivienda, acceso a servicios sanitarios y de agua potable, higiene personal y, al interior de las familias, la inexistencia de conocimientos básicos sobre la transmisión de enfermedades intestinales de origen fecal, la prevención de episodios de la enfermedad y el manejo adecuado de los alimentos suministrados a los niños. La mortalidad por EDA en menores de 5 años en el periodo de 2000-2009 refleja una disminución con picos dentro de este periodo en Bosa y Bogotá, pero con una marcada tendencia al decrecimiento relacionado con el acceso a servicios públicos de agua potable, alcantarillado, programas de vivienda saludable, manipulación de alimentos y lavado de manos. Sin embargo es de gravedad que la EDA siga siendo una de las principales causas de consulta en la localidad afectando a los niños y niñas que se ubican en sectores de mayor inequidad. ⁴⁸Ver **Gráfico 10**.

Gráfica 10. Mortalidad por EDA en menores de 5 años



FUENTE: Certificado de defunción. Base de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales. Las tasas calculadas con proyecciones de población Censo 2005 del DANE y SDP

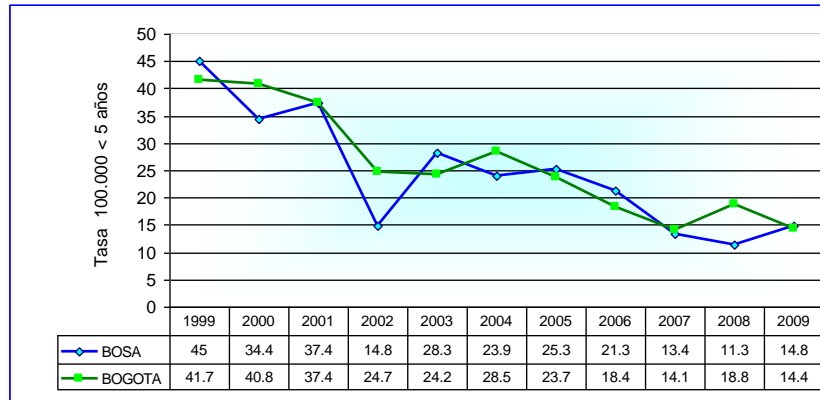
2.6.1.8 Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 Años

El comportamiento en la mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en el periodo 2000-2009 de la localidad de Bosa es similar al distrital en la reducción de muertes de 37,4 en el 2000 a 14,8 en 2009 para la Localidad de Bosa. En los últimos tres años se comienza a suavizar la tendencia decreciente y se tiende a estancar el indicador. A nivel institucional se presentaron 2 casos de mortalidad por neumonía en el 2009. Las causas probables de estas muertes se deben a la persistente contaminación ambiental de la localidad, el no contar con el 100% de las vías pavimentadas, la no disposición adecuada de residuos, y las condiciones de hacinamiento, el bajo peso al nacer que contribuyen a alteraciones del sistema respiratorio y la negligencia de los padres y una alimentación deficiente en macro y

⁴⁸ IBID. Hospital Pablo VI bosa. Bases de datos SIVIGILA 1999 - 2009

micronutrientes, no obstante el trabajo realizado en AIEPI desde las instituciones educativas de bienestar y salud. ⁴⁹ Ver **Gráfico 11**.

Gráfica 11. Tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años Bosa Bogotá 1999 2009



FUENTE: Certificado de defunción. Base de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales. Las tasas calculadas con proyecciones de población Censo 2005 del DANE y SDP

2.6.1.9 Conducta Suicida

Se considera intento de suicidio un acto que el individuo realiza de forma voluntaria, para hacerse daño y con el cual busca la muerte, independientemente de la gravedad de la lesión, se ve frustrado, pues no consigue llegar a ese estado. En el periodo 2006-2008 en Bosa se observó un aumento de personas que intentaron suicidarse con tasas de 13,71 por cien mil habitantes en el 2006 a 39,27 para el 2008. El mismo comportamiento se observó en Bogotá con una tasa de 10,1 en el 2006 y un aumento a 26,4 personas por cien mil habitantes para el 2008.

Con respecto al suicidio consumado se puede concluir que las tasas en la localidad de Bosa y en el Distrito han sido variables con una tendencia a la disminución de casos. En el 2005 se presentaron 19 casos en Bosa con una tasa de 3.84 por cien mil habitantes con una disminución en el 2006, un aumento importante en el 2007 y finalmente en el 2008 y 2009 declina la tasa de suicidio consumado a 1,80 casos por 100 mil habitantes con 10 casos. En Bogotá el número de personas no ha cambiado de manera importante del 2005 al 2009 pero si se ha presentado una reducción en la tasa de suicidio consumado logrando mantenerse por debajo de la meta distrital de 3 casos por cien mil habitantes.

⁴⁹ Fuente Certificados de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales –SDS, preliminares 2009. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. Datos Locales SIVIGILA y certificados defunción HPVI BOSA

Tabla 14. Intento de suicidio 2006 2008 y suicidio consumado 2005 2009 Bosa Bogotá.

DETALLE		BOSA		BOGOTA	
		Número de personas	Tasa por 100,000 Habitantes	Número de personas	Tasa por 100,000 Habitantes
INTENTO DE SUICIDIO	2006	73	13,71	735	10,15
	2007	170	31,15	994	13,47
	2008	212	39,27	1.095	26,43
SUICIDIO CONSUMADO	2005	19	3,84	238	3,48
	2006	8	1,57	245	3,53
	2007	18	3,43	228	3,23
	2008	12	2,22	261	3,54
	2009	10	1,80	216	2,97

FUENTE: Base de datos Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU).

En la localidad de Bosa durante el 2009 se reportaron 10 casos de suicidio consumado, 1 caso en la UPZ 49 Apogeo, e casos en la UPZ 84 Bosa Occidental, 2 casos en Bosa Central y 4 Casos en la UPZ 86 Porvenir. En la UPZ 87 Tintal Sur no se notificaron casos. Por género se presentaron 2 muertes en mujeres y 8 en hombres.

2.6.2 MORBILIDAD LOCAL

A continuación se presentan los reportes de morbilidad general como resultado del registro Individual de Prestación de Servicios RIPS generados en los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias durante el 2009. Se presenta información general puesto que la desagregación por grupos de edades es amplia y se encuentra en el Documento de Perfil Epidemiológico Institucional 2009

2.6.2.1 Morbilidad por Hospitalización

El Hospital Pablo VI Bosa ESE de primer nivel de complejidad tiene 7 UPAS, 4 UBAS, y un 1 CAMI en los cuales se atendió durante el año 2009 a 362.633 usuarios por consulta externa en los servicios de medicina general y odontología; 51063 usuarios en los servicios de urgencias y 3596 usuarios en hospitalización. A continuación se presentará un análisis de la información obtenida mediante los RIPS de los procedimientos realizados en la institución en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, listando las 10 primeras causas por frecuencia de diagnóstico.⁵⁰

La información analizada corresponde a los diagnósticos reportados por los RIPS lo cual no indica que sea un diagnóstico por individuo atendido en la institución, ya que un mismo usuario puede consultar varias veces al año por diferente causalidad.

⁵⁰ Hospital Pablo VI Bosa. Perfil Epidemiológico Localidad de Bosa 2009.

Tabla 15. Frecuencia y Porcentaje por género de atenciones en el Servicio de Hospitalización por RIPS. Hospital Pablo VI Bosa ESE I Nivel, 2009.

<i>N</i>	<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>MASCULINO</i>	<i>%</i>	<i>FEMENINO</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
1	NEUMONÍA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	363	33	340	14	703
2	PARTO ÚNICO ÚNICO PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	0	-	627	25	627
3	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	0	-	441	18	441
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	65	6	189	8	254
5	BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	104	10	101	4	205
6	NEUMONÍA NO ESPECÍFICA	63	6	78	3	141
7	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	58	5	31	1	89
8	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	23	2	34	1	57
9	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO OTRAS PRESENTACIONES	0	-	49	2	49
10	BRONCONEUMONÍA NO ESPECIFICADA	24	2	24	1	48
	OTRAS CAUSAS	393	36	589	24	982
TOTAL		1093	100	2503	100	3596

Fuente: Base de datos de Hospitalización. Hospital Pablo VI Bosa 2009.

Durante el año 2009 analizando las diez primeras causas de hospitalización se evidenció que el 31% (1117) de los diagnósticos se relacionaron con la atención del parto (cefálico y espontáneo), en segundo lugar se encuentran las infecciones respiratorias con 30.5% (1097) como neumonía bacteriana no especificada, bronquiolitis aguda, neumonía no específica y broncneumonía, en tercer lugar con 27% (982) fueron diagnósticos correspondientes a otras causas; el cuarto lugar se encuentran las infecciones de vías urinarias 7% (254), diarrea y gastroenteritis 2.5% (89) y por último insuficiencia cardiaca congestiva 1.6% (57). En el Hospital Pablo VI el 69.6% de las Hospitalizaciones fueron en mujeres y alrededor del 44,6% de estas fueron atenciones relacionadas con el parto. En los hombres la principal causas de hospitalización correspondió con enfermedades de vías respiratorias 50.6% (1093). Es importante evaluar y reorientar los programas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, jóvenes y adultos con programas de planificación familiar y anticoncepción efectivos pues se concluye que el tipo de servicios al que más acuden en la ESE las mujeres está relacionado con la maternidad. También es importante generar planes de preventivos y de contingencia para atención de enfermedades infecciosas y transmisibles como las respiratorias y gastrointestinales. **Ver Tabla 15.**

2.6.2.2 Morbilidad por Consulta Externa

El 69% (250345) de usuarios consultantes en medicina general y odontología para todos los grupos de edad en consulta externa fueron mujeres y un 31% (112288) hombres. Para consulta externa el primer motivo correspondió a la hipertensión arterial la cual hace parte de las patologías crónicas con el 8% (29708 registros) presentándose en mayor proporción en la población femenina, en segundo lugar se encontró una de las enfermedades orales (caries dental) con el 4% (16124 registros) y la rinofaringitis aguda con el 4% (14835 registros). En otras causas 74% (269849 registros) **Ver Tabla 16**

Tabla 16. Frecuencia y Porcentaje de atenciones por género en el Servicio de Consulta Externa por RIPS. Hospital Pablo VI Bosa ESE Nivel I, 2009

<i>N</i>	<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>MASCULINO</i>	<i>%</i>	<i>FEMENINO</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
1	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	6778	6	22930	9	29708
2	CARIES DE LA DENTINA	5315	5	10809	4	16124
3	RONOFARINGITIS (RESFRIADO COMÚN)	6579	6	8256	3	14835
4	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	2806	2	3220	1	6026
5	CEFALEA	1306	1	4564	2	5870
6	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	634	1	4890	2	5524
7	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2134	2	2470	1	4604
8	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1222	1	2308	1	3530
9	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	859	1	2548	1	3407
10	ESPECIFICADOS	854	1	2302	1	3156
	OTRAS CAUSAS	83801	75	186048	74	269849
	TOTAL	112288	100	250345	100	362633

Fuente: Base de datos de Consulta Externa. Hospital Pablo VI Bosa 2009.

2.6.2.3 Morbilidad por Urgencias

De la población que consultó al servicio de urgencias del Hospital Pablo VI Bosa durante el año 2009 el 63% (31946) correspondió a mujeres y el 37% (19117 hombres). El primer motivo de consulta en este servicio correspondió a las infecciones respiratorias con el 18% (9031 registros), representado por diagnósticos de rinofaringitis aguda, neumonía bacteriana, entre otras. La segunda causa corresponde a diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso con el 6% (2826 registros) y en tercer lugar se ubicaron las infecciones de vías urinarias, sitio no especificado con el 4% (2013 registros) esta patología es característica de la población femenina, en igual porcentaje se presentó el diagnóstico de fiebre no especificada con el 4% (1832 registros), consultando en mayor proporción la población femenina. Se observa con relación al año anterior que el primer lugar continuó siendo de las patologías del tracto respiratorio (faringitis, rinofaringitis y bronquiolitis) y las infecciones del tracto digestivo (diarrea y gastroenteritis) consultando en mayor proporción la población femenina. En otras causas se encuentra el 61% (31213 registros).⁵¹

⁵¹ IBID.

Tabla 17. Frecuencia y Porcentaje de atenciones en el Servicio de Urgencias por RIPS. En menores de 1 año. Hospital Pablo VI Bosa. ESE Nivel I. 2009.

<i>N</i>	<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>MASCULINO</i>	<i>%</i>	<i>FEMENINO</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
1	RONOFARINGITIS (RESFRIADO COMÚN)	1359	7	1687	5	3046
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1292	7	1534	5	2826
3	NEUMONÍA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	1151	6	1239	4	2390
4	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	996	5	1124	4	2120
5	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	227	1	1786	6	2013
6	FIEBRE NO ESPECIFICADA	824	4	1008	3	1832
7	BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	803	4	779	2	1582
8	DOLOR PÉLVICO Y PERINEAL	7		1535	5	1542
9	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	389	2	1081	3	1470
10	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	297	2	732	2	1029
	OTRAS CAUSAS	11772	62	19441	61	31213
	TOTAL	19117	100	31946	100	51063

Fuente: Base de datos Urgencias. Hospital Pablo VI Bosa 2009.

2.6.3 OTROS INDICADORES EN SALUD

2.6.3.1 Violencia Intrafamiliar

Durante el año 2009 el Hospital Pablo VI Bosa recibió alrededor de 2573 notificaciones de violencias a través del Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar notándose el aumento en la notificación en 645 casos en comparación con el 2008 (14.3%).

Al observar la **Gráfica 11** se evidencia que la mayoría de las víctimas de los casos reportados durante el año 2009 fueron de género femenino con el 65,3% (n=1681), mientras que el 34,7% (n=892) pertenecen al grupo masculino del total de 2573 víctimas.

Con respecto a la edad de los niños y niñas vulnerados se observa que los menores de 5 años son los más maltratados con un 44,2% (n=1137), en segundo lugar se observan los preadolescentes y adolescentes entre los 10 y 15 años representando el 22,3% (n=573). Estos datos pueden explicarse dado que estos grupos etarios son física y emocionalmente más frágiles, produciendo que el adulto opte por mecanismos de violencia coercitivos para implementar las pautas de crianza, esto sumado a la escasa escolaridad de la mayoría de los habitantes de Bosa ocasiona en gran medida los altos índices de desempleo o trabajo informal que al final del día produce estrés y frustración que repercute negativamente en la dinámica familiar. Por otra parte estas cifras reflejan la importancia de empoderar las mujeres, niños, niñas, adolescentes en la notificación y denuncia de las situaciones de violencias.

Con respecto a la frecuencia según tipo de violencia se observa que se presentaron más reportes de maltrato por negligencia con un 25,5% (n=1066), seguido de la violencia emocional con 25% (n=970); en tercer lugar se ubica la violencia física con un 23% (n=893); adicionalmente el abuso sexual se presentó en el 13,8% (n=536), finalmente el maltrato económico y por abandono se presentó en menor frecuencia con un 5,4% (n=209) y 5,3% (n=205) respectivamente. Es importante aclarar que estos datos corresponden al tipo de violencia y no al número de personas; dado que un individuo puede ser víctima de varios tipos de violencia a la vez; por lo que la sumatoria de violencias es mayor a número de reportes por persona anual. **Ver Tabla 26.**

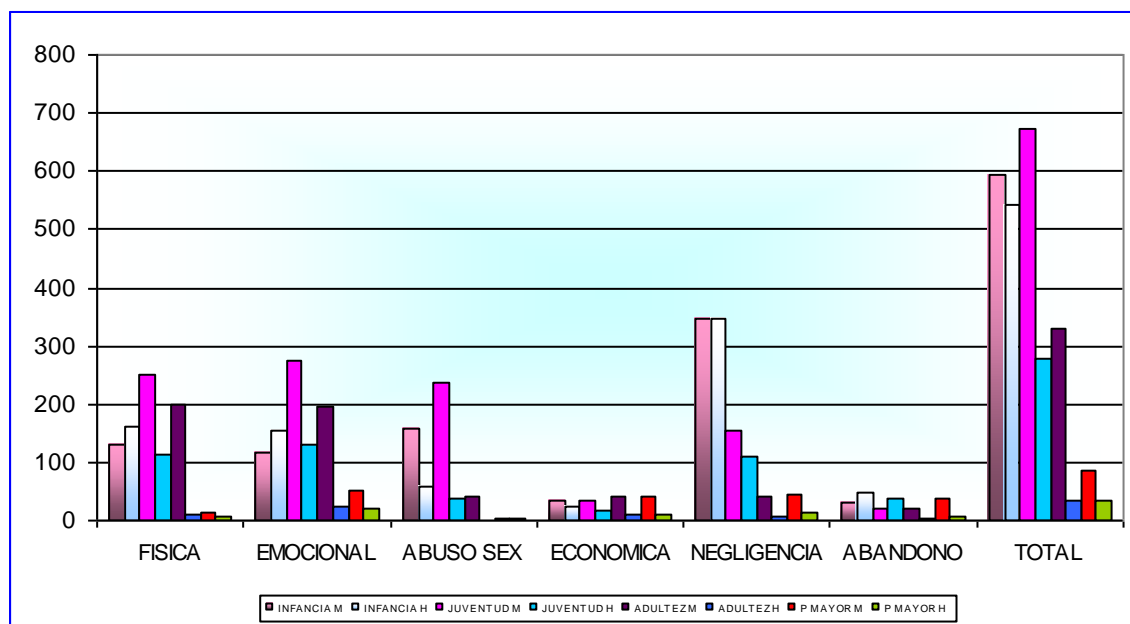
Tabal 18. Comportamiento de violencia intrafamiliar 2009

VIOLENCIA	INFANCIA				JUVENTUD				ADULTEZ				PERSONA MAYOR				TOTAL VIOLENCIAS	
	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	TOTAL	%
FISICA	131	21.9	160	54.4	252	42.1	114	38.8	200	33.4	12	4.1	15	2.5	8	2.7	892	34.7
EMOCIONAL	118	18.4	153	46.6	273	42.6	131	39.9	197	30.7	25	7.6	53	8.3	19	5.8	969	37.7
ABUSO SEX	157	35.9	59	59.6	237	54.2	37	37.4	41	9.4	1	1.0	2	0.5	2	2.0	536	20.8
ECONOMICA	33	22.1	23	38.3	33	22.1	18	30.0	42	28.2	9	15.0	41	27.5	10	16.7	209	8.1
NEGLIGENCIA	346	58.9	348	72.7	155	26.4	111	23.2	42	7.2	6	1.3	44	7.5	14	2.9	1066	41.4
ABANDONO	31	28.7	48	49.5	21	19.4	37	38.1	19	17.6	4	4.1	37	34.3	8	8.2	205	8.0
TOTAL	593	35.3	544	61.0	674	40.1	277	31.1	328	19.5	36	4.0	86	5.1	35	3.9	2573	100.0

FUENTE: Hospital Pablo VI Bosa. Bases de Datos SIVIM Enero a Diciembre del 2009. Hospital Pablo VI Bosa

Entre los antecedentes de la historia de las violencias en Bosa, se observa como la aglomeración de diferentes etnias, culturas y normas sociales surgidas del desplazamiento forzado, la falta de satisfacción de las necesidades primarias, el hacinamiento, la reorganización familiar, la pérdida de autoridad de los protectores, la falta de compromiso en asumir los roles moderadores de la conducta de los niños y niñas, entre otros factores han ido construyendo en nuestra localidad hogares permisivos y descuidados generando un incremento en la violencia pasiva como la negligencia y posteriormente al crecer los hijos se utilizan mecanismos mas agresivos ocasionando el maltrato físico para tratar de contener el comportamiento generado tras años de permisividad en la mayoría de los casos.

Gráfico 11. Comportamiento de los casos de violencia intrafamiliar por tipo de violencia y Etapa de Ciclo vital Bosa 2009

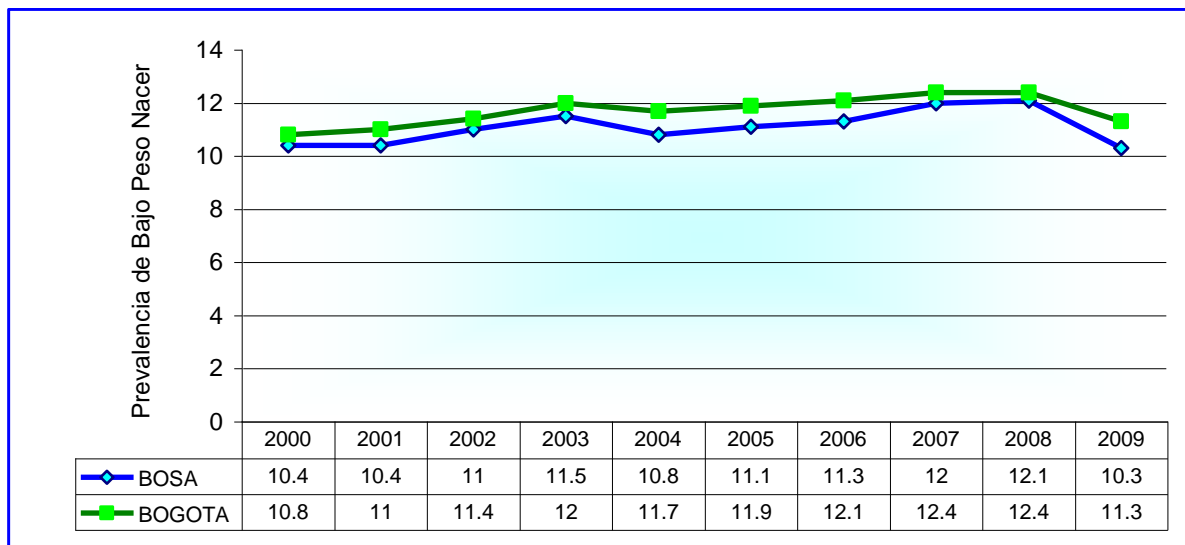


FUENTE: Hospital Pablo VI Bosa. Bases de Datos SIVIM Enero a Diciembre del 2009. Hospital Pablo VI Bosa

2.6.3.2 Bajo peso al nacer

El peso al nacer es un importante indicador de la salud fetal y neonatal a nivel individual y poblacional, el bajo peso al nacer se muestra estable en lo local durante el periodo de 2000 a 2009, con un aumento importante en los años 2007 y 2008; a nivel distrital ha mantenido el mismo comportamiento pero con porcentajes por encima de los de la Localidad de Bosa; para el 2008 el bajo peso al nacer en la localidad de Bosa fue de 12,1% y en el 2009 disminuyó a 10,5%. El mismo comportamiento se observa para Bogotá 12,4% en 2008 y 11,9% en 2009. La ganancia de peso y el estado nutricional materno es sensible a las privaciones alimentarias y enfermedades recientes como un determinante de la morbilidad, mortalidad perinatal y en el crecimiento y desarrollo de los niños; incidiendo así en su bienestar y su funcionamiento integral. Las respuestas transectoriales en seguridad alimentaria y nutricional para las gestantes y sus familias deben tener un impacto directo en la prevención del bajo peso al nacer. **Ver Gráfico 12.**

Gráfica 12. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer, Localidad de Bosa Bogotá 2000 – 2009



Fuente: SDS, Área de Vigilancia en Salud Pública. HPVI Bosa, Área de Vigilancia Epidemiológica. Certificados de de Nacido Vivo, Preliminar DANE 2008. RAUF año 2009. Base de Nacido Vivo PAI-SDS. Datos preliminares.

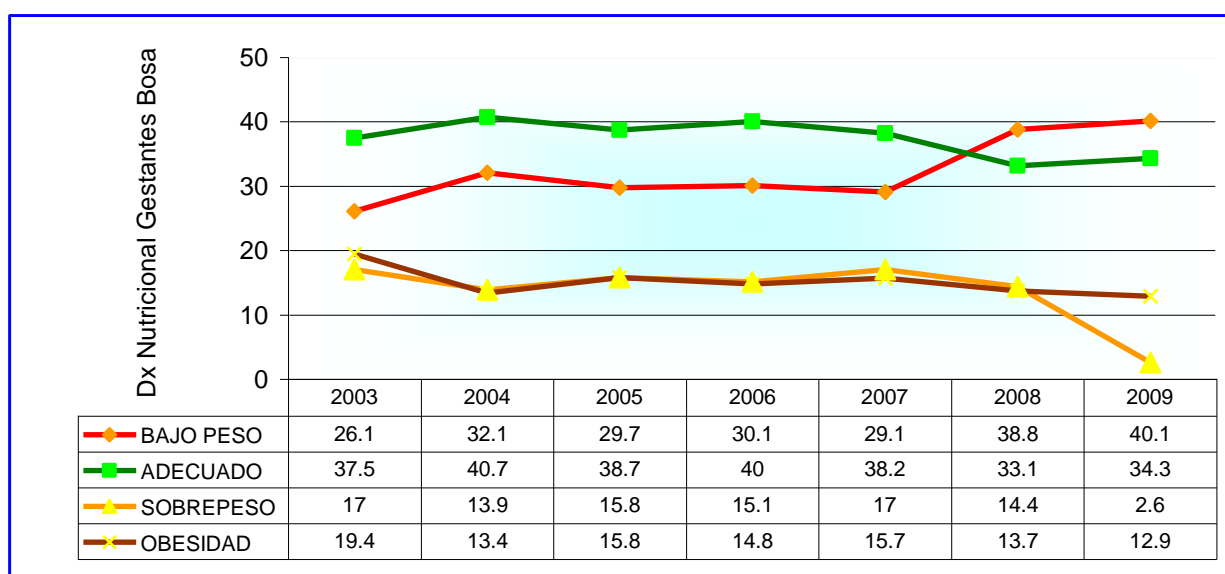
Dentro de los determinantes del bajo peso al nacer se encuentran ausencia de controles prenatales, riesgos psicosociales como madres solteras, embarazos no planeados, bajos ingresos económicos, deficiencias en los controles prenatales, presencia de enfermedades como infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas, pre-eclampsia y eclampsia, amenaza de parto prematuro, inadecuada ganancia de peso, uso de sustancias psicoactivas y antecedentes de enfermedades crónicas de la madre.

2.6.3.3 Estado Nutricional en las Gestantes

El comportamiento del estado nutricional de las gestantes en el periodo de 2003 a 2009 es preocupante para la localidad puesto que el bajo peso para la edad gestacional en este periodo de tiempo ha venido en aumento en los últimos dos años después de tener un comportamiento relativamente estable de 26,6% a 32% y ascendió a 38,8% a 40,1%. Por el contrario el peso normal y el sobrepeso y obesidad ha disminuido en la localidad en las mujeres que fueron reportadas al SISVAN en este periodo.

Se observó que para el año 2004, el 32% de las gestantes de la localidad sufría de Bajo Peso, el 40,7% estaban en un peso normal y el 27.1% se encontraban con sobrepeso y obesidad. Para el 2008 el Estado Nutricional de las Gestantes en Bosa mostró que un 38,5% sufría de bajo peso, un 33,2% fueron evaluadas como normales y un 28,3% presentaron sobrepeso y obesidad. De 2004 a 2008, el Bajo Peso de las gestantes aumentó en un 6,5%, el peso normal disminuyó en un 7,5% y los casos de sobrepeso y obesidad mantuvieron cierta regularidad en su comportamiento. Estos comportamientos nutricionales alteran e influyen en su funcionamiento integral, rendimiento físico, capacidad intelectual, resistencia a enfermedades, estado mental y por ende en su desempeño social tanto de la gestante como a su hijo transformando esto en una condición de desventaja e inequidad ante la sociedad. **Ver Gráfica 13.**

Gráfica 13. Comportamiento del estado nutricional de gestantes 2003 - 2009



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Bases SISVAN Localidad Bosa 2009.

2.6.3.4 Desnutrición en menores de 10 años

Para evaluar el estado nutricional de los niños y niñas se tienen en cuenta la edad, el sexo, peso y talla y así se utilizan tres indicadores: Peso/Talla que nos indica el estado nutricional actual y se afecta fácilmente por restricciones alimentaria o situaciones de enfermedad aguda. La relación entre el Peso y la Edad nos habla de la ganancia de peso para la edad es un indicador que permite hacer comparaciones entre poblaciones y está relacionado también con la ganancia de estatura y el indicador Tall/Edad nos da un reporte de cómo ha sido el crecimiento del niño desde la gestación y se afecta por bajo consumo de alimentos fuente de proteínas, déficit de calorías, falta de ejercicio, inseguridad alimentaria y privaciones afectivas y socioeconómicas.

Tabla 19. Comportamiento de la desnutrición en menores de diez años para el distrito Bogotá 1999 – 2007

AÑO	BOGOTA				No. REGISTROS
	Déficit Peso Talla	Déficit Peso Edad	Déficit Talla Edad		
1999	5,2	10,6	15,1		53.566
2000	5,2	10,7	16,1		102.703
2001	5,7	10,7	14,7		111.886
2002	6,3	11,5	15,4		128.363
2003	5,9	10,5	13,4		162.675
2004	5,6	10,1	13,4		172.285
2005	5,3	9,9	13,2		170.208
2006	5,3	9,6	12,8		180.233
2007	5,0	9,3	12,9		101.629

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Estadísticas Vitales. Año 2008: Dase de Datos Nacido Vivo - preliminar DANE 2008 + RUAUF. Año 2009: base de Nacido Vivo Aplicativo PAI-SDS, datos preliminares

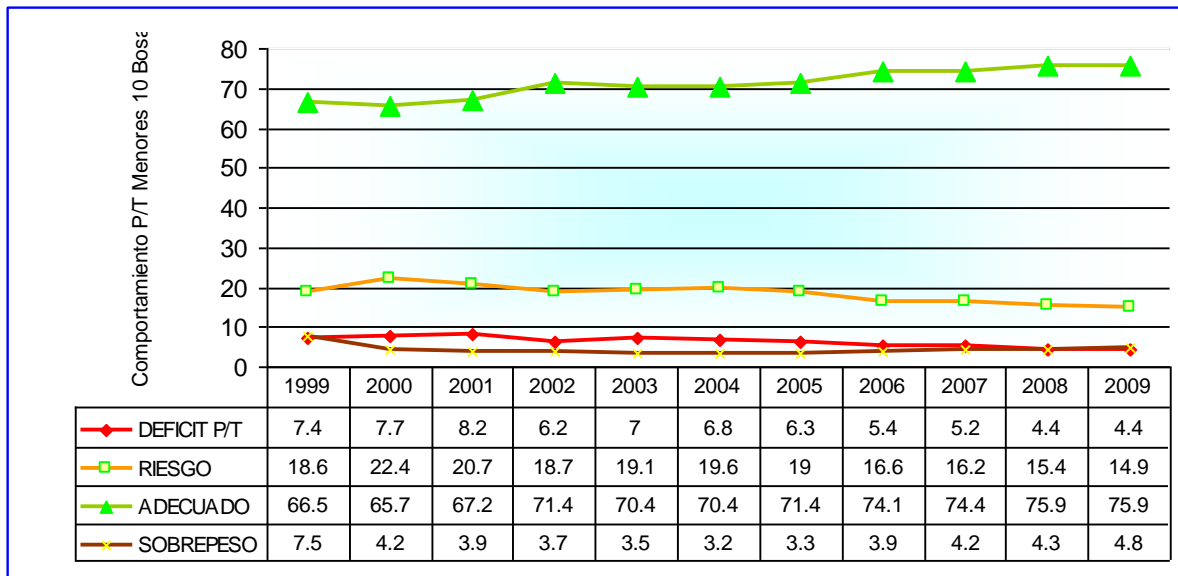
El estado nutricional de los niños y niñas del Distrito ha mejorado en los últimos diez años y esto tiene un impacto directo en el nivel de desarrollo de la ciudad, pues se mejora el perfil nutricional, el crecimiento, el desarrollo y las potencialidades en el capital humano. Se puede concluir también que el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional está captando cada año un número mayor de niños mejorando la fiabilidad de estos indicadores a nivel distrital.

Tabla 20. Comportamiento desnutrición aguda, global y crónica 1999 - 2009 Localidad de Bosa.

AÑO	AGUDA				GLOBAL				CRONICA			
	DEFICIT	RIESGO	ADECUADO	SOBREPESO	DEFICIT	RIESGO	ADECUADO	SOBREPESO	DEFICIT	RIESGO	ADECUADO	
1999	7.4	18.6	66.5	7.5	12.2	26.2	58.2	3.4	18.1	25.7	56.2	
2000	7.7	22.4	65.7	4.2	8.1	25	64.3	2.6	11.3	18.2	70.5	
2001	8.2	20.7	67.2	3.9	8.8	24.3	64.7	2.2	9.5	20.8	69.7	
2002	6.2	18.7	71.4	3.7	9.7	25.5	62.6	2.2	14.2	23.5	62.3	
2003	7	19.1	70.4	3.5	10.6	26.1	60.8	2.5	14	23.4	62.6	
2004	6.8	19.6	70.4	3.2	10.5	27	60.2	2.3	13.7	24.3	62	
2005	6.3	19	71.4	3.3	10.6	27.2	59.7	2.5	13.1	24.5	62.4	
2006	5.4	16.6	74.1	3.9	10	26.6	61	2.4	13.9	26.1	60	
2007	5.2	16.2	74.4	4.2	8.5	26.9	62.4	2.2	14.2	25.9	59.9	
2008	4.4	15.4	75.9	4.3	7.5	25.3	65	2.2	12.4	25.7	61.9	
2009	4.4	14.9	75.9	4.8	7.8	24.1	65	3	12.9	24.8	62.3	

Al comparar el estado nutricional de los niños menores de 10 años de la Localidad de Bosa y de Bogotá en los últimos diez años, podemos destacar que se observa un descenso importante de las cifras de desnutrición en el periodo de 1999 a 2009 y que las cifras de la localidad se encuentran por debajo del promedio distrital a pesar de la precariedad y de las situaciones de inseguridad alimentaria por la cuales atraviesan las familias de manera constante. Ver **Tabla 28 y 29.**

Gráfica 14. Comportamiento del indicador Peso/Talla Localidad Bosa 1999 - 2009

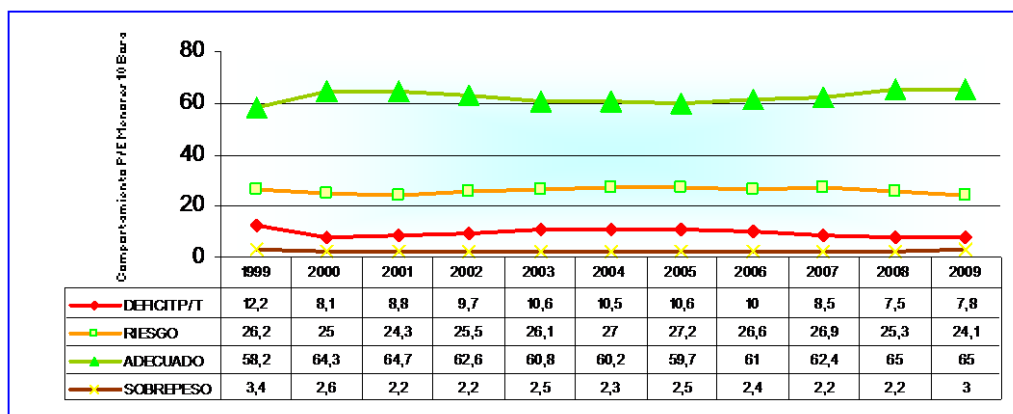


Fuente: Bases de datos subsistema SISVAN Localidad de Bosa 1999 – 2009

Para el déficit de Peso/Talla o desnutrición aguda en lo local se disminuyó el porcentaje de 7.4% a 4.4% en 10 años; es importante resaltar el porcentaje tan alto de niños y niñas menores de 10 años que se encuentran en riesgo de desnutrición y que por no encontrarse en desnutrición no son vinculados programas de recuperación nutricional y que con un tiempo corto pueden deteriorar su estado nutricional y de salud. Así mismo los niños en sobrepeso no son intervenidos en ningún programa de seguridad alimentario y nutricional. **Ver Gráfico 14.**

El indicador Peso/Edad disminuyó en 5% en el periodo de 1999 2009 de 12.2% a 7.8% y sus cifras hnn permanecido por debajo del promedio distrital. Esta mejora en el indicador está fuertemente relacionado con la ganancia en la estatura a través de los años. Sin embargo es preocupante las cifras de niños y niñas en riesgo de desnutrición. **Ver Gráfica 15.**

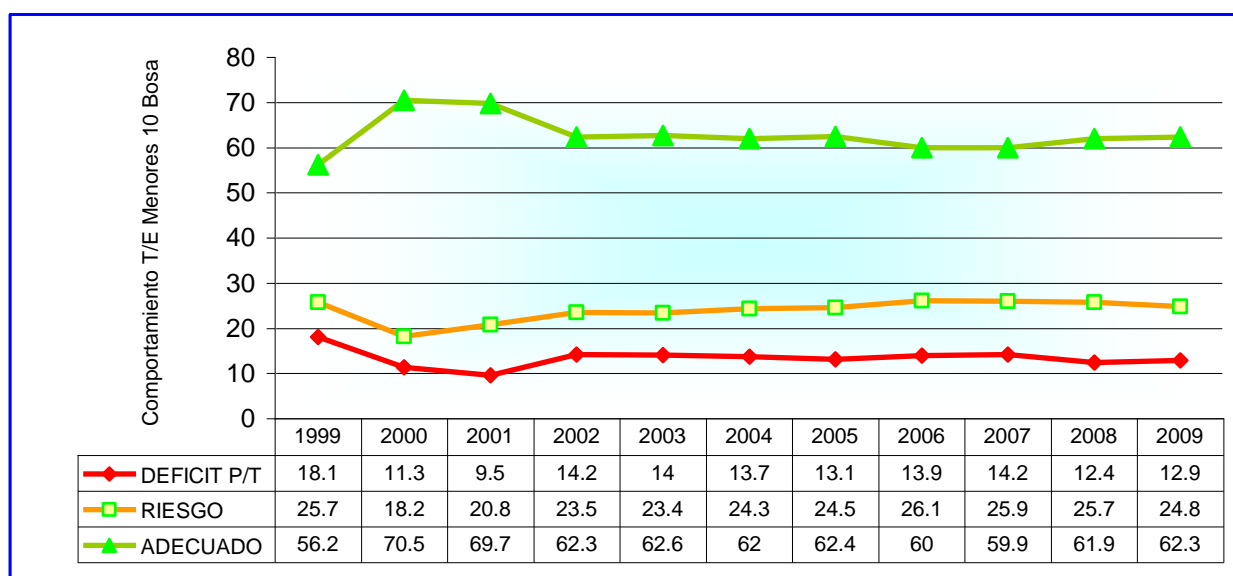
Gráfica 15. Comportamiento del indicador Peso/Edad Localidad Bosa 1999 - 2009



Fuente: Bases de datos subsistema SISVAN Localidad de Bosa 1999 – 2009

Con respecto a la desnutrición crónica o déficit de Talla/Edad tuvo una reducción importante de 18.1% a 12.9% similar al promedio distrital y mostrando que las condiciones de salud de los niños y niñas han mejorado en los últimos diez años. Si embargo es preocupante que las cifras de malnutrición por déficit y por exceso se han mantenido muy estáticas a pesar de las acciones que se desarrollan desde el sector salud, educación y bienestar y se esperarían cambios importantes en las curvas de tendencia. **Ver Gráfica 16.**

Gráfica 16. Comportamiento del indicador Talla/Edad Localidad Bosa 1999 - 2009



Fuente: Bases de datos subsistema SISVAN Localidad de Bosa 1999 - 2009

2.6.3.5 Prevalencia de lactancia materna exclusiva

La prevalencia de lactancia materna en niños menores de 6 meses para la localidad de Bosa muestra que solo el 60,5% de los niños y niñas cuentan con el factor protector de la lactancia materna exclusiva; esta situación enfatiza la necesidad de fortalecer las acciones para promover esta práctica a nivel local con el fin de mejorar el estado nutricional de este grupo etario y de esta manera aportar a la disminución de la morbi-mortalidad asociada con desnutrición. La leche materna es el alimento idóneo para el crecimiento y el desarrollo sano del bebé; además, la lactancia materna forma parte del proceso reproductivo, y tiene importantes repercusiones para la salud y calidad de vida de las madres, las familias y el desarrollo de las comunidades en general. A pesar de que la meta es superar el 40% de lactancia materna y según las cifras del subsistema este porcentaje fue mayor a la meta, se desconoce la información de niños y niñas que no son reportados al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional y algunos profesionales que atienden consulta no diligencian esta variable que es fundamental para conocer la situación nutricional de los lactantes. Se requiere evaluar las estrategias de promoción de lactancia materna, control en el suministro de leches de fórmula (Código de Sucedáneos de la Leche Materna) y tomar decisiones frente a determinantes que influyen en baja prevalencia de este indicador como la rápida vinculación al sector laboral de las madres lactantes puesto que alrededor del 30% de los niños no reciben este alimento primordial. Ver Tabla 29.

Tabla 21. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses notificados al SISVAN 2009

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Niños	%
SI	1527	60.5
NO	781	30.9
SIN INFORMACIÓN	218	8.6
TOTAL	2526	100

Fuente: Bases subsistema SISVAN Hospital Pablo VI 2009

2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN – CONSUMO – TERRITORIO – POBLACIÓN – AMBIENTE

En este capítulo se relacionan los determinantes sociales encontrados frente al acceso a bienes y servicios tanto públicos como privados y las condiciones de productividad y empleo de los habitantes de la localidad relacionando de forma particular las transversalidades de etnias, género, discapacidad y desplazados, por las particularidades y singularidades que presenta cada uno de estos grupos; de cara a la productividad en el caso de las etnias o la exclusión a la que son sometidas las personas en condición de discapacidad entre muchas otras.

2.1 ACCESO A BIENES Y SERVICIOS

El sistema de equipamientos es el conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos servicios sociales de carácter formativo, cultural, educativo, de salud, de culto, de bienestar social, deportivo y recreativo, así como a prestar apoyo funcional a la administración pública y a los servicios urbanos básicos de la ciudad. La relación de equipamientos por habitantes es de 13 por cada 10.000 habitantes siendo la tercera localidad más baja en equipamientos del distrito después de Kennedy y Suba. Analizando el número de equipamientos por sector se puede ver que en la localidad hay un mayor número de instituciones de bienestar social, seguida de instituciones de salud y educación.

Tabla 22. Número de equipamientos por sector Localidad de Bosa. 2009

SECTOR	EQUIPAMIENTOS	%	UPZ 49	UPZ 84	UPZ 85	UPZ 86	UPZ 87
Bienestar Social	430	56,9	34	157	130	71	38
Salud	27	3,6	4	5	15	3	0
Educación	178	23,5	7	50	97	9	2
Cultura	45	5,9	1	19	23	2	0
Seguridad, Defensa y Justicia	12	1,6	20	10	24	0	1
Abastecimiento de alimentos	10	1,3	0	0	2	0	0
Administración	6	0,8	0	0	2	0	0
Culto	41	5,4	1	1	4	0	0
Cementerios y servicios funerales	5	0,7	1	2	8	0	0
Recreación y Deporte	2	0,3	1	0	4	0	0

TOTAL	756	100	69	244	309	85	41
EQUIPAMIENTOS POR 10000 HAB	13	-	18	14	14	12	10

Fuente: SDP, Planes Maestros de Equipamientos, Bogotá D. C., 2006 – 2008⁵²

Bosa tiene el séptimo presupuesto de inversión local de las 20 localidades de Bogotá (6,3%). La mayor parte de los recursos de la localidad se destinaron al área social (46,6%), principalmente para programas nutricionales y promoción y prevención de la salud.

En la **Tabla 30** se puede observar la relación que hay entre la población y los equipamientos existentes, así como el tipo de equipamientos con los que cuenta cada UPZ. Tintal Sur presenta la menor cantidad de equipamientos con respecto a su población, ya que figura con 10 equipamientos por cada 10.000 residentes. La UPZ Apogeo figura con 18 equipamientos con respecto a su población. La mayor cantidad de equipamientos corresponde al sector de bienestar social, que representa el 57,5% sobre el total, le sigue el sector de educación que alcanza una participación de 23,8%. De hecho se observa en todas las UPZ una restricción en el acceso a servicios especialmente de salud, educación, bienestar, disponibilidad de alimentos y presencia de las instituciones locales en los territorios. Se puede observar la concentración de servicios especialmente en Bosa Central, Occidental y Apogeo debido a la consolidación de estas UPZ en el tiempo y se relaciona con el déficit en el diseño de los sectores de consolidación recientes.

2.1.1 SALUD

El Plan de Equipamiento en Salud se propone desde un marco normativo POT; Ley 100 de 1993, Ley 388 de 1997, Política de Salud y Plan de Desarrollo, continuar un trabajo sectorial que evalúe la equidad espacial, el porcentaje de la población de la Localidad de Bosa que utiliza los servicios en la misma localidad, los servicios que se brindan frente al perfil epidemiológico anual y el análisis de vulnerabilidad social. Es importante evaluar la accesibilidad, la estratificación, la población, la densidad poblacional por IPS y la ubicación de los servicios de urgencias. Desde la perspectiva ambiental se deberá evaluar la ubicación de los servicios de salud en relación a los riesgos de inundación y la Red ante Emergencias y Desastres.

Según el análisis de concentración de IPS por UPZ se encontró que las IPS habilitadas se concentran en la UPZ Bosa Central con el 70,4%, Occidental y en menor proporción en Apogeo Porvenir y en Tintal Sur existe un gran déficit de IPS.

⁵² Fuente: SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Planes Maestros de Equipamientos, Bogotá D. C., 2006 – 2008. Inventarios previos de los equipamientos de culto, administración y educación superior, Bogotá D. C., 2009.

Tabla 23. Número de equipamientos de salud por tipo según UPZ Localidad Bosa

UPZ	CAA	CAMI	Hospital	Nv 1	Nv 2	UBA	UPA	Total Púlicas	IPS Privada
APOGEO						1	3	4	18
BOSA OCCIDENTAL		1				3	1	5	49
BOSA CENTRAL	1	1	1	1	1	2	8	15	140
PORVENIR						1	2	3	0
TINTAL SUR									0
LOCALIDAD BOSA	1	2	1	1	1	7	14	27	207

Fuente: SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud, Decreto 318 del 2006, Bogotá D. C.

Como se registra en el cuadro siguiente, en la localidad de Bosa se localizan 27 equipamientos de salud, que corresponden a un Centro de Atención Ambulatoria –CAA-, un Centro de Atención Médica Inmediata –CAMI-, un Hospital, una institución de salud de nivel I, una institución de Salud de nivel II, siete Unidades Básicas de Atención –UBA- y catorce Unidades Primarias de Atención –UPA-. Ver **Tabla 36**.

En esta localidad también se localizan 207 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos y centros de salud, entre otros. La UPZ Bosa Central registra la mayor cantidad de IPS con 140, le sigue Bosa Occidental con 49.

Al evaluar la ubicación de la IPS primaria de los afiliados al régimen contributivo según datos de la encuesta de caracterización de Salud a su hogar en el año 2006, se encontró que la mayoría (86% aproximadamente) de la población afiliada al régimen a este régimen, es atendida en IPS fuera de la localidad. Para el 2008⁵³ Bosa es la tercera localidad donde residen los ciudadanos(as) a los que se les identificaron barreras de acceso a los servicios de salud en los Puntos de CADE y SUPERCADe con un total de 1402 quejas y a nivel Distrital las que representan mayor número de barreras son las EPS subsidiadas, las Empresas Sociales del Estado y las EPS Contributivas.

El Índice de accesibilidad al servicio de medicina general ambulatoria y urgencias básicas según UPZ es bajo para las UPZ El Apogeo de 0.06% y para urgencias es de 0 que no cuenta con ninguna IPS habilitada que preste este servicio.

La cobertura del Sistema de Salud para la Ciudad de Bogotá en el 2007 se ubicó en un total de 86.8% de afiliados al Sistema General de Seguridad Social y un déficit de afiliación del 13.2%. Bosa ocupa el noveno lugar con un 85.8% de afiliados y 14.2% no afiliados. Según el tipo de Régimen en Salud Bosa es la cuarta localidad que cuenta con menos porcentaje de población afiliada al régimen contributivo con un 60,6% ya que este disminuyó notablemente de 2003 que correspondió a 66.9%. El porcentaje de población en régimen subsidiado para la Localidad aumentó del año 2003 33,1% a 37.4% en el 2007, Un 2% de la población no se encuentra registrada en ningún régimen de seguridad social siendo un determinante negativo que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad en la población local y está altamente relacionado con la situación laboral.

⁵³ SDS. Informe Sobre Motivos de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud identificados a través del Proceso de Orientación a la Ciudadanía. Servicios Al Ciudadano. Bogotá. 2008

2.1.2 EQUIPAMIENTOS EN BIENESTAR SOCIAL

Los equipamientos colectivos de bienestar social son las edificaciones y dotaciones destinadas al desarrollo y a la promoción del bienestar social, a través de actividades de información, orientación y prestaciones de servicios a grupos sociales específicos definidos como: familia, infancia, orfandad, tercera edad, discapacitados y grupos marginales. Agrupa, entre otros, a los hogares para la tercera edad, hogares de paso para habitantes de la calle, casas vecinales, jardines infantiles, centros de atención integral al menor en alto riesgo y centros de desarrollo comunitario.⁵⁴

Tabla 24. Número de equipamientos de bienestar por UPZ Localidad Bosa

UPZ	Administración, Información y Recepción	Asistencia Básica	Asistencia Discapacidad	Control Riesgos Específicos	Total
APOGEO	0	34	0	0	34
BOSA OCCIDENTAL	1	155	0	1	157
BOSA CENTRAL	2	125	1	2	130
PORVENIR	0	71	0	0	71
TINTAL SUR	0	38	0	0	38
LOCALIDAD BOSA	3	423	1	3	430

Fuente: SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Bienestar Social, Decreto 316 del 2006, Bogotá D. C.

Como figura en el cuadro anterior, en Bosa se localizan 430 equipamientos de bienestar social, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica que representan el 98,4%, en este grupo se encuentran los jardines sociales e infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores, con edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2. Como se observa en el cuadro, la UPZ Bosa Occidental concentra el mayor número de este tipo de equipamientos con 155, le sigue la UPZ Bosa Central con 125. Ver **Tabla 32**.

2.1.3 VIVIENDA

En Bosa la dinámica de poblamiento y urbanización de la localidad ha configurado la actual situación habitacional de los diferentes barrios existentes, presentándose diferentes modalidades y procesos. Uno de ellos es el correspondiente al loteo de haciendas, parcelación y venta de los pequeños minifundios, las primeras viviendas se edificaron en materiales no convencionales o recuperados, por procesos de autoconstrucción comunitaria; actualmente, no cuentan con normas constructivas antisísmicas pero en su mayoría se encuentran legalizados y con todos los servicios públicos.

⁵⁴ SDP, POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo III, Capítulo 9, página 197 y 198, Bogotá, D. C., este sector centra su intervención en la prevención y asistencia a los grupos de población más vulnerables, pues su acción se orienta hacia grupos que viven en condiciones de pobreza y miseria.

La segunda modalidad son los proyectos multifamiliares de interés social más recientemente de los que hace parte Metrovivienda y como última modalidad se encuentran los asentamientos no legalizados que ocupan la ronda del río Tunjuelo y Bogotá donde la totalidad de las viviendas se encuentran construidas en materiales no resistentes y de forma insegura. Actualmente las casas son en tabla, tejas y plástico y en su gran mayoría son habitadas por personas en situación de desplazamiento desarrollando actividades de reciclaje o cría de animales como pollos, vacas y cerdos.

En cuanto el acceso a la vivienda propia se destaca la falta de oportunidades de empleo para la población y procesos eficientes de focalización de subsidios, lo que conlleva a que la comunidad resida en arriendo en viviendas adecuadas como inquilinatos, viviendas fabricadas en materiales no convencionales o se asiente en la ronda de los ríos Bogotá y Tunjuelo. Las antiguas viviendas de la localidad adquiridas a través del proceso de loteo y autoconstrucción se caracterizan por ser de gran tamaño, lo que permitió la construcción de inquilinatos y son viviendas húmedas en sus primeros pisos por la condición del terreno inundable, por el contrario las más recientes son más pequeñas pero presentan dificultades de habitabilidad por ser pequeñas construcciones verticales en contraste con familias numerosas, igualmente existen limitaciones de acceso para las personas en condición de discapacidad por no contar con los requerimientos necesarios para posibilitar el desplazamiento y habitabilidad dentro de la vivienda.

2.1.4 VÍAS Y TRANSPORTE

En lo que respecta a la movilidad, en la localidad existen vías de comunicación que conectan a Bosa con el resto de la ciudad, con municipios aledaños como Soacha y con el resto del país. La localidad cuenta con un terminal de transporte de servicio intermunicipal, y es el paso de rutas de buses y colectivos que se dirigen hacia el sur y occidente del país por la autopista sur, cuenta con el portal del sur de la empresa de Transmilenio, los paraderos de los buses urbanos se ubican en algunos barrios de la localidad y aunque representaron un problema por invasión del espacio público, debe mencionarse que poco a poco se ubicaron en lotes propios o alquilados por las empresas, con lo que se ha superado tal situación. De acuerdo con los registros de cámara y comercio existen 65 distintas rutas en la localidad que la comunican con el resto de la ciudad y adicionalmente se tiene identificadas 2 rutas que la comunican con el municipio de Soacha.

Entre los sistemas de movilidad utilizados para el transporte en la localidad se evidencian los buses, busetas y colectivos de transporte público, las rutas de alimentadores de transmilenio, taxis, colectivos de rutas escolares, vehículos particulares, motos, ciclas, triciclos, bicitaxis y vehículos de tracción animal.

Existen diferentes problemáticas asociadas a la movilidad, la contaminación del aire que obedece al alto flujo vehicular donde la mayoría de los modelos de automotores están entre los años 1940 y 2007. También, se considera aportante a la contaminación del aire, la existencia de vías sin pavimentar, presentándose en la localidad un gran porcentaje de vías destapadas que carecen de accesos peatonales o que se encuentran con recebo, lo que trae como consecuencia que en los periodos secos haya un incremento de partículas suspendidas (material particulado) por la gran cantidad de vehículos que transitan en esta zona.

Dentro de los sitios de mayor accidentalidad se destaca el CAI de Piamonte en el cual se presenta una intersección de 7 puntos donde 5 de ellos son doble vía, además de carecer de una intersección semafórica. De acuerdo a la Policía Nacional los principales accidentes se presentan por las siguientes hipótesis: En su gran mayoría impericia en el manejo y distracción, seguido de no mantener distancia de seguridad, desobedecer señales, exceso de

velocidad, no respetar prelación y en un menor grado embriaguez o droga, girar bruscamente y transitar entre vehículos.

- La infraestructura vial de Bosa representa el 7% de la malla vial de la ciudad, que equivalen a 1.016 kilómetros carril de vía, por lo que ocupa el quinto puesto entre las localidades de Bogotá. El 80% de las vías se encuentra en deterioro, de las cuales el 71% estaba en mal estado y el 9% en estado regular. Es la tercer localidad en grado de deterioro de las vías según el Diagnóstico de Malla vial del IDU.

2.1.5 EDUCACIÓN

Bogotá es el centro de población más grande del país, en donde el 235 hace parte de la población en edad escolar (PEE) entre 5 y 17 años, a diferencia de la tendencia del total de la población de Bogotá, en donde el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres en la PEE es mayor la participación de los hombres con 72.069 que de las mujeres con 68.702, encontrándose Bosa dentro de las cinco localidades como Kennedy, Suba, Engativá y Ciudad Bolívar que agrupan el 56,7% del total de la PEE.

El sector oficial cuenta con una planta de 28.531 docentes en Bogotá 7,2% y en Bosa se cuenta con 2.371 de docentes; la mayoría en los niveles de secundaria y media 7,2% (1.132), y primaria con 9,1% (980) en la localidad. En el sector privado se cuenta con una planta de 33.704 docentes a nivel de Bogotá y de Bosa con 1.730 docentes, la mayoría en los niveles de secundaria y media 716, y primaria 595. En comparación el sector privado y el oficial, es mayor el porcentaje de docentes en el sector oficial en la localidad de Bosa⁵⁵.

Los equipamientos colectivos de educación son los que están destinados a formación intelectual, la capacitación y la preparación de los individuos para su integración en la sociedad. Agrupa, entre otros, a las instituciones educativas de preescolar, primaria, secundaria básica y media, centros de educación para adultos, centros de educación especial, centros de investigación, centros de capacitación ocupacional, centros de formación artística, centros de capacitación técnica, instituciones de educación superior.⁵⁶

7 SDP, POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo II, Capítulo 9, Bogotá, D. C. . De acuerdo con la información suministrada por el plan maestro de equipamientos de educación, en Bosa se localizan 43 colegios oficiales; en lo que refiere a UPZ, Bosa Central concentra el mayor número de establecimientos educativos oficiales, con 24, le siguen la UPZ Bosa Occidental con 12. Las UPZ Apogeo y El Porvenir tienen 3 colegios oficiales, cada una, y la UPZ Tintal Sur sólo presenta un colegio oficial. En la localidad se ubican, además, 135 colegios no oficiales. **Ver Tabla 33.**

⁵⁵ Subdirección de análisis sectorial, SED. Según Censo Educativo C-600 año 2007. Dirección de Estudios e Investigaciones de la CCB.

⁵⁶ 7 SDP, POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo II, Capítulo 9, Bogotá, D. C.

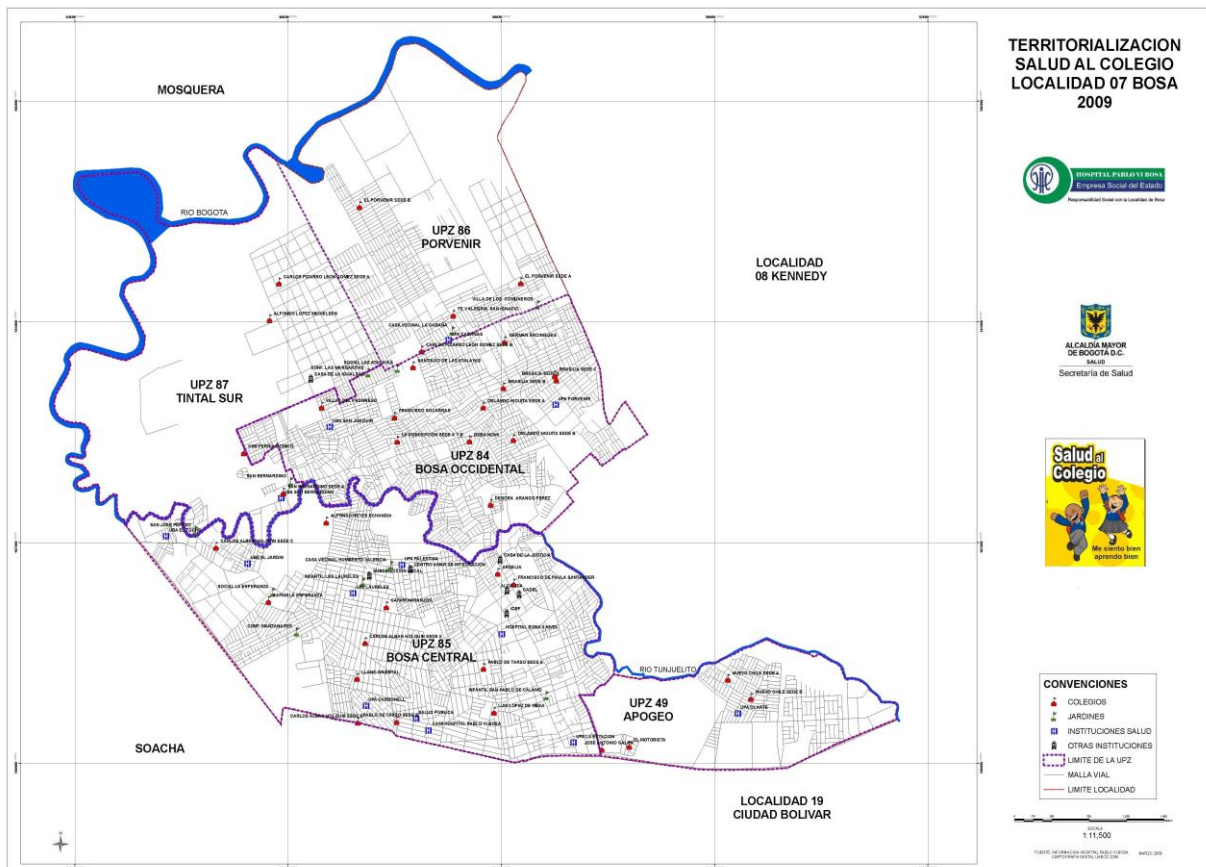
Tabla 25. Número de Establecimientos Educativos por UPZ Localidad Bosa 2009

UPZ	Colegio Oficial	Colegio No Oficial	Total
APOGEO	3	17	20
BOSA OCCIDENTAL	12	38	50
BOSA CENTRAL	24	73	97
PORVENIR	3	6	9
TINTAL SUR	1	1	2
LOCALIDAD BOSA	43	135	178

Fuente: SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Planes Maestros de Equipamientos Educativos, Decreto 449 del 2006

Uno de los efectos de la organización del sistema educativo actual en el que la mayoría de las instituciones educativas ocupan media jornada dejando otro medio tiempo libre es que las y los estudiantes se encuentran más expuestos a otros escenarios de interacción que pueden traer consecuencias negativas para su salud y desarrollo como los juegos electrónicos así como al bombardeo de información de los medios de comunicación, en los que se legitima un discurso y un actuar desde la violencia y en donde los modelos de ciudadanos están fuertemente ligados en la mayoría de los casos a ciertos actos delictivos como el narcotráfico, el robo, la prostitución, etc. Estos elementos hacen parte de una red de relaciones que determina un actuar particular de nuestra sociedad y de sus habitantes.

Mapa 18. Territorialización



En cuanto a los indicadores educativos encontramos que el porcentaje de analfabetismo en Bosa (1,8%) es inferior al de Bogotá (2,2%). La Tasa Global de Cobertura Bruta es la relación que se establece entre el número de personas en edad escolar que se encuentran matriculados en la localidad sobre el número de personas en edad escolar y en la localidad de Bosa este indicador es del 98% mostrando que hay una buena relación entre la oferta y la demanda educativa y que se encuentra muy cerca del promedio distrital. Por otra parte el indicador de Tasa de Deserción Anual en el sector oficial es del 2,9% y en el no oficial es del 1,8% siendo la sexta localidad con cifras más bajas. La Tasa de reprobación para el sector oficial en la localidad de Bosa es de 4% y en el sector no oficial es de 1,2% ocupando de nuevo el sexto lugar en este indicador. La Tasa de repetición es de 3,6% siendo la quinta localidad con tasas mas altas; esto demuestra que existen fuertes situaciones sociales y del contexto que influyen en la pérdida de años de los escolares inscritos en el sector educativo.⁵⁷

Según las proyecciones de población entregadas por el DANE y la Secretaria de Planeación del Distrito, la población de Bogotá para el año 2009 es de 7.259.597 habitantes; para la localidad de Bosa la población es de 554.389 habitantes que corresponde al 7.6% del total de Bogotá. El 26.05% de la población proyectada para el año 2009 para la Localidad de Bosa, es decir, 144.443 niños, niñas y jóvenes, se encuentran clasificados como Población en Edad Escolar⁵⁸ y representa el 8.87% del total de PEE de la Ciudad.

De Acuerdo al Gráfico anterior la localidad de Bosa ocupa el quinto lugar del distrito en el número de población en edad escolar, esto es coherente con el número de habitantes que se ubican en este grupo poblacional. Sin embargo es muy importante que el número de jóvenes que están vinculados a la educación básica.

La demanda del servicio educativo en el Sector Oficial corresponde a la población que solicita un cupo en el sistema educativo oficial. **Ver Tabla 34.**

Tabla 26. Demanda Efectiva por tipo de Colegio. Año 2009

<i>Tipo de Colegio</i>	<i>Demanda</i>	<i>Participación</i>
Oficial Distrital	92729	72,06%
Concesión	10702	8,32%
Convenio	25260	19,63%
Total Localidad	128691	100%

Fuente: Sistema de Matrícula - Elaboración: Oficina Asesora de Planeación

Al analizar la demanda efectiva por tipo de colegio durante el 2009, es importante resaltar que el 72% de las instituciones son de carácter público distrital, el 19.6 % son privados en convenio y el 8.4% son en concesión.

⁵⁷ Cámara de Comercio de Bogotá. CCB. El Tiempo y Fundación Corona. Programa Bogotá Cómo Vamos. Localidades Cómo Vamos. Línea de Base Calidad de Vida Local 2007.

⁵⁸ Población en Edad Escolar, que corresponde a la población entre los 5 y 17 años de edad.

2.1.6 SEGURIDAD ALIMENTARIA

Si partimos del supuesto que la promoción de la calidad de vida se constituye en un conjunto de esfuerzos colectivos dirigidos a la búsqueda de la generación y adecuación de las condiciones para la preservación y el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos sus derechos económicos, sociales y culturales⁵⁹, y que las situaciones que indican la pérdida o el detrimento de la autonomía, así como la vulneración sistemática de los derechos fundamentales son la pobreza, las enfermedades, la falta de alimentos, la falta de agua y servicios de saneamiento, desescolarización, desempleo, entre otras⁶⁰, se debe tener en cuenta que, como parte fundamental en la construcción y en la configuración de la Calidad de Vida de las comunidades, los grupos poblacionales y las personas en general de la Localidad de Bosa está la Seguridad Alimentaria y Nutricional y las variables que la determinan.

En este sentido, al igual que el Derecho Humano a la Alimentación⁶¹, la Seguridad Alimentaria y Nutricional establece cuatro dimensiones que constituyen una suerte de categorías analíticas que permiten radiografiar la situación alimentaria y nutricional de la localidad de Bosa y sus habitantes: Disponibilidad, Acceso, Consumo y aprovechamiento Biológico de los Alimentos.

2.1.6.1 Disponibilidad de alimentos en Bosa

La disponibilidad alimentaria de un territorio alude a las actividades agrícolas, agropecuarias, de producción y transformación de alimentos, de gran y pequeña escala, así como las importaciones y exportaciones de alimentos, en cantidad y calidad suficientes. La disponibilidad alimentaria opera, entonces, en los ámbitos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional. Es decir, hace referencia a la producción y oferta real de alimentos en los mercados locales, regionales, nacionales e internacionales, en cantidad y calidad requeridas para el acceso, el consumo y el bienestar individual y colectivo. Estas condiciones componen algunos elementos constitutivos del mercado interno y externo de alimentos, y esta disponibilidad está determinada por “los volúmenes de la producción de las importaciones y exportaciones, por el sistema de abastecimientos, por la autosuficiencia nacional en los alimentos básicos, que permite medir el grado de vulnerabilidad del sistema alimentario a factores externos. Garantizando sustentabilidad, en cuando al uso a largo plazo de los recursos naturales enmarcado en el criterio de desarrollo sostenible”⁶².

⁵⁹ Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008.

⁶⁰ Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008.

⁶¹ El derecho a la alimentación es el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna”. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Nº 12. El Derecho a una Alimentación Adecuada. Ordinal 7

⁶² Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008.

En este sentido, bajo la dinámica de producción neoliberal de sustitución de productos agropecuarios y agrícolas locales, las políticas de desarrollo rural que priorizan la acumulación de recursos en pocas manos, la producción de agrocombustibles con la correspondiente utilización de suelos productivos, los altos costos de combustibles, la intermediación y los cultivos ilícitos han afectado de manera considerable los mercados locales. Aunque esta dinámica ha ido incrementando progresivamente los precios y la disponibilidad de alimentos y ha empobrecido el sector rural, Bogotá, con sus centrales de abastos (Corabastos, Plataformas Logísticas, etc.) y su ubicación geográfica en el territorio nacional, continúa siendo una ciudad privilegiada al contar con una oferta y una producción e importación de alimentos suficientes para toda su población.

En términos generales, la disponibilidad alimentaria en la ciudad y en la localidad no constituye en sí un problema central si se tiene en cuenta: que las condiciones físicas y geográficas de la ciudad y sus alrededores, así como el sistema vial, facilitan el acceso físico a unos productos alimentarios frescos y variados; que la participación de productos importados aún es baja; que las formas y los medios de producción favorecen la oferta y la demanda en la constitución del mercado alimentario en la relación campo - ciudad.

No obstante, en esta dinámica de producción y de relación de abastecimiento de Bogotá con algunos de los municipios aledaños se presenta una de las problemáticas ambientales y de inocuidad de alimentos más sentidas en la ciudad, y que afecta principalmente a la Localidad de Bosa, es la presencia elevada de metales pesados y de sustancias químicas (cadmio, arsénico, plomo, cromo y cianuro) en las hortalizas que se producen en la Sabana de Bogotá y que en altas cantidades afectan la salud de las personas que las consumen. El problema ambiental radica en que en municipios como Soacha y Mosquera los cultivos de hortalizas son irrigados con aguas del Río Bogotá, y aunque en apariencia los productos cuentan con una calidad aceptable, “los monitoreos han permitido detectar presencia de metales pesados en las hortalizas que se comercializan en la localidad de Bosa, con valores que exceden la normatividad establecida”⁶³ que a largo plazo pueden llegar a producir enfermedades del sistema nervioso, problemas respiratorios, arterioesclerosis, hipertensión arterial, y cáncer de piel, de próstata, testicular y síndrome de fanconi⁶⁴.

Ahora bien, de otra parte, la estructura interna de abastecimiento de la localidad de Bosa se caracteriza por la desigual disponibilidad alimentaria determinada, en parte, por los canales de distribución y consumo en sus diferentes territorios, así como por la producción a pequeña escala de alimentos por parte de grupos étnicos y pequeños agricultores urbanos. La localidad cuenta con diferentes medios de abastecimiento, almacenamiento, producción y comercialización de alimentos. Desde ventas ambulantes de alimentos hasta Hipermercados, pasando por las tiendas de barrio, los fruver, las plazas de mercado y los minimercados. Cada una de estas formas de comercialización y de almacenamiento de alimentos es distinta y asume características específicas en cada una de las Zonas de Calidad de Vida.

En la Zona Consolidada se encuentran vías de acceso adecuadas y estratégicas para la comunicación e intercambio económico con el resto de la ciudad y el país, así como la presencia de hipermercados, supermercados plazas de mercado, además de una importante concentración de tiendas de barrio. En la Zona de Urbanización no Planificada se encuentran también vías adecuadas y presencia de supermercados, Fruver, zonas comerciales y tiendas de

⁶³ Magda Páez Torres. Exceso de tóxicos en hortalizas de la Sabana. UN Periódico. Septiembre 22, 2009 15:48:35

⁶⁴ Magda Páez Torres. Exceso de tóxicos en hortalizas de la Sabana. UN Periódico. Septiembre 22, 2009 15:48:35

barrio de menor capital y posibilidad de mantener una oferta estable de alimentos frescos. En la Zona Crítica de Concentración de Problemáticas, las características sociodemográficas de la población determinan el tipo de comercio y oferta de alimentos. La disponibilidad se limita a tiendas minoristas de poco capital y mayores limitaciones económicas para mantener una oferta estable de alimentos de buena calidad y variedad. En la Zona de Expansión Planificada para Vivienda de Interés Social hay un hipermercado Carrefour, algunos supermercados y tiendas de barrio con escaso capital.

La ubicación espacial de los equipamientos urbanos destinados para el manejo, la distribución y la comercialización de alimentos en los diferentes territorios, “como son los hipermercados, los supermercados y las plazas, constituye la principal fuente de riesgos para la función de abastecimiento”⁶⁵. Se observa que en el caso de hipermercados como Carrefour y Almacenes Éxito, éstos responden a una lógica de ubicación territorial determinada por la presencia de un mercado en el que participan clases medias con capacidad adquisitiva y de endeudamiento suficiente para el consumo de alimentos y de bienes a veces suntuarios. De igual manera, estas grandes superficies tienen una mayor participación en la distribución de alimentos en la localidad, y en las UPZ Apogeo (Carrefour), UPZ Tintal (Carrefour) y UPZ Central (Éxito).

La oferta y la participación en la distribución de alimentos por parte de las plazas de mercado de la localidad están concentradas en la UPZ Central (Corpocom y Corvem). Por su parte, las tiendas de barrio tienen un peso significativo en la distribución de alimentos a nivel local y en especial en territorios como la Zona Crítica de Concentración de Problemáticas en las que priman los estratos bajos, y donde perviven prácticas de consumo como el fiado, aunque esto, unido al consumo diario, afectan la economía doméstica al comprar los alimentos diariamente.

De otra parte, Bosa cuenta con cuatro redes solidarias de abastecimiento conformadas: existen dos redes de comedores legalmente constituidas como lo son Asored Alimentaria y Corpocom. También están presentes la Red de Jardines Infantiles Privados, así como la Multired Alimentaria de Bosa que se encuentra en proceso de ser constituida y reconocida ante las instituciones pertinentes. Cada una maneja comités de compra a excepción de ASORED alimentaria. Las redes operan en todo el territorio de la localidad, llegando incluso donde los programas institucionales no lo hacen, junto con ellas y las organizaciones de base y pequeños operadores de comedores particulares e independientes mantienen estrechas relaciones con otros actores del abastecimiento, desde los proveedores directos, transportadores, comerciantes formales e informales locales, con lo cual se hace fuerte el trabajo comunitario.⁶⁶ Las redes han tenido vinculación al plan maestro de alimentos a través del fortalecimiento organizacional, conservación y manipulación de alimentos, gestión financiera, acompañamiento al modelo de operación.

En Bosa, “La mayoría de las empresas se localizó geográficamente en la parte sur de la localidad, cerca de sus avenidas principales. Se destacaron por su concentración empresarial los barrios tradicionales de Villa del Río, Jiménez de Quesada, San Pablo, El Retazo, Olarte, Gualoche y Bosa. El 76,4% de las empresas de Bosa se

⁶⁵ Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008.

⁶⁶ Programa Alimenta Bogotá. Secretaría de desarrollo económico-Compensar. Sistematización taller de cartografía social y mapa de actores – localidad Bosa. 2009

encuentran localizadas en las UPZ Bosa Central y Bosa Occidental. En la UPZ Bosa Central se encuentra el mayor número de empresas, le siguen en su orden: Bosa Occidental, Apogeo, El Porvenir y Tintal Sur.⁶⁷

Según datos del Registro Mercantil, de la Cámara de Comercio de Bogotá, 2008, de las 6.602 empresas registradas en la localidad, 28 son microempresas, 2 pequeñas y 1 mediana empresas dedicadas a la producción agrícola y 622 dedicadas a la hotelería y a restaurantes⁶⁸. La población étnica de Bosa también participa en este renglón de la economía local con la producción y venta de alimentos. La población afrodescendiente (procedente de Nariño, Chocó, Valle del Cauca), vinculada en su mayoría a la informalidad productiva y laboral, en cierta medida por la falta de oportunidades educativas y laborales, así como por efecto del desplazamiento forzado, se ocupan en la venta ambulante de frutas, cocadas, etc., o en menor cantidad con la apertura y administración de microempresas o restaurantes tradicionales que mantienen los usos y costumbres alimentarias de esta población.

Algunos miembros de la comunidad Pijao también se han vinculado al sector productivo a través de la fabricación y comercialización de tamales. De otra parte, es importante resaltar que en los territorios tradicionales de la comunidad Muisca de Bosa se perdieron los procesos tradicionales de producción campesina agrícola y agropecuaria, por efectos de las dinámicas de sincretismo cultural que han ido en detrimento de los usos y las costumbres de esta población, de transformación del territorio y de los usos del suelo, por la contaminación ambiental del río Tunjuelo, entre otras. En estos territorios se configuró una agricultura de tipo extensiva y una fuerte presencia ganadera, a tal punto que hubo asociaciones de lecheros muiscas.

El hecho de que exista una oferta y una disponibilidad alimentaria suficiente y variada de alimentos, tanto en la ciudad, como en la localidad, no se constituye en una garantía para el acceso equitativo y justo a una alimentación adecuada, suficiente y sostenible para los individuos, las colectividades o las familias que habitan la localidad de Bosa, los altos costos de los alimentos por la intermediación existente entre el productor y el consumidor, así como los bajos ingresos o la ubicación de equipamientos de abastecimiento en la localidad determinan el acceso físico y económico a la alimentación y a la seguridad alimentaria y nutricional.

2.1.6.2 El Acceso a los Alimentos en la Localidad de Bosa

El acceso a los alimentos, en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, asume dos dimensiones: el acceso físico a los alimentos y el acceso económico de manera sostenida y adecuada. En esta medida el acceso está determinado por el empleo y la vinculación al sector productivo, por ingresos suficientes, por la estabilidad en el precio de los alimentos, así como por la infraestructura de mercadeo y las preferencias culturales.⁶⁹

Frente al acceso físico a los alimentos, en términos generales, la localidad cuenta con suficientes vías de comunicación para el arribo de productos alimentarios de diferentes regiones del país o para la salida de los mismos desde la localidad. No obstante, en la Zona Crítica de Concentración de Problemáticas no cuenta con una

⁶⁷ Fuente: Registro Mercantil, Cámara de Comercio de Bogotá, 2008. Cálculos: Dirección de Estudios e Investigaciones, Cámara de Comercio de Bogotá. 2008.

⁶⁸ Fuente: Registro Mercantil, Cámara de Comercio de Bogotá, 2008. Cálculos: Dirección de Estudios e Investigaciones, Cámara de Comercio de Bogotá. 2008

⁶⁹ Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008

oferta variada de productos, razón por la cual los habitantes de estos territorios no pueden acceder a todo tipo de alimentos.

Otra problemática asociada al acceso físico a los alimentos se asocia a la población en condición de discapacidad y a las personas mayores que se encuentran solas y sus condiciones físicas no les permiten movilizarse hacia los puntos de abasto.

De otra parte, la posibilidad de contar con acceso económico sostenido y autónomo de los alimentos se configura como la problemática más sentida, tomando matices y características específicas en poblaciones y territorios específicos de la localidad. La posición social de las familias y los hogares determina las posibilidades, oportunidades y restricciones para decidir de manera autónoma qué, cómo y cuándo consumir uno u otro tipo de alimentos. En este sentido, el tipo de vinculación al sector productivo, la capacidad adquisitiva y los ingresos de los individuos y las colectividades resulta en factor fundamental y determinante para acceder a una alimentación adecuada en cantidad y calidad suficientes, de manera sostenida y autónoma.

La falta de oportunidades de acceso al sector productivo y los bajos ingresos no permiten acceder a la canasta básica familiar y la prioridad del gasto siempre sacrifica la alimentación ante el arriendo de vivienda y los servicios públicos, hacen que las familias compren sin autonomía, reproduciendo la condición de vulnerabilidad, de hambre y de enfermedades en las comunidades. En Bosa la Tasa de Desempleo es cercana al 14%, (Cámara de Comercio de Bogotá, 2007). El 70.7%⁷⁰ de la población de la localidad se encuentra por debajo de la Línea de Pobreza, es decir, que por hogar se cuenta con menos de 5.000 pesos al día para sus necesidades básicas; por otro lado el 23.3%⁷¹ de la población de la localidad se encuentra por debajo de la Línea de Indigencia, es decir que por hogar cuentan con menos de 2.500 pesos al día (en total las dos líneas representan el 94% de la totalidad de la población).

- La tasa de desempleo de Bosa (14%) es superior a la de ciudad (13,1%). Es la quinta localidad en participación en el desempleo de la ciudad: el 8,5% de los desempleados residía en la localidad, lo cual equivale a 37.000 personas.

Lo anteriormente expuesto se evidencia a través de la intervención de Salud a su Casa en los microterritorios de la localidad se registra un total de 19.766 familias en las cuales, en 7.322 se redujo la cantidad de comida en menores de 5 años, en 6.081 en el último mes por falta de dinero algún miembro de la familia dejó de recibir alguna comida y en 6.363 faltó dinero en el último mes para compra de alimentos⁷².

Frente a la reducción de la cantidad de comida en menores de 5 años en los microterritorios de SASC en las UPZ de la localidad se muestra que en Apogeo 239 familias se vieron obligadas a ello, en Occidental 2275, Tintal Sur 1243, en Central 2726 y en Porvenir 746. En 93 familias en condición de desplazamiento forzado se presentó esta situación.

Con respecto a que en el último mes por falta de dinero algún miembro de la familia dejó de recibir alguna comida, en la UPZ Apogeo 217 familias se vieron afectadas, en Occidental 1958, en Tintal Sur 971, en Central 2107 y en Porvenir 716. Asimismo, 112 familias en condición de desplazamiento forzado se vieron afectadas también.

⁷⁰ ECV 2007.

⁷¹ ECV 2007.

⁷² Fuente: SASC Hospital Pablo VI Bosa. 2008.

En la UPZ Apogeo, en 277 familias faltó dinero en el último mes para compra de alimentos, en Occidental 2684, en Tintal Sur 374, en Central 2067 y en Porvenir 821. De igual manera, 140 familias en condición de desplazamiento forzado redujeron la ingesta de alimentos por esta causa.⁷³

La vulneración del derecho a la alimentación afecta en mayor medida a los hogares y familias de estratos más bajos, a las familias con un mayor número de personas –extensas o compuestas-, las familias o los hogares encabezados por mujeres y más aun cuando se hallan embarazadas, debido a una mayor inestabilidad en el empleo y, por tanto, en el ingreso. En estas condiciones, se sacrifican tanto la cantidad como la calidad de la dieta.⁷⁴

Esta situación de vulnerabilidad en el acceso a los alimentos se presenta con algunos atenuantes en población desplazada, en condición de discapacidad, en mujeres y en personas mayores. La seguridad alimentaria de las personas y las familias en condición de discapacidad, se ve más afectada en tanto el acceso al sector productivo y la oferta laboral es más limitada. De igual manera la población desplazada por su situación de vulnerabilidad no cuenta con posibilidades reales de acceder de manera autónoma y sostenida a una alimentación adecuada y suficiente.

Aunque las situaciones de inseguridad alimentaria se presentan en toda la localidad, lo cual se evidencia en la presencia de programas de apoyo alimentario, ésta se presenta con mayor rigor en la Zona Crítica de Concentración de Problemáticas en la que confluyen los mayores niveles de pobreza y capta a la población desplazada por el conflicto armado, y donde se evidencia con mayor frecuencia el hacinamiento, el desempleo y la inseguridad.

2.1.6.3 El Consumo de los Alimentos en la Localidad de Bosa

Esta dimensión de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y del Derecho Humano a la Alimentación hace referencia a la posibilidad, por un lado, de consumir los alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales de cada etapa de ciclo vital y, por el otro, de satisfacer las expectativas culturales y de autonomía frente a qué consumir y cómo y cuándo consumirlo. El consumo está determinado por diferentes factores: la capacidad de compra de los individuos y de las familias, por los hábitos alimentarios y patrones de consumo, así como los usos y costumbres alimentarias de grupos sociales determinados, lo cual incluye otros aspectos relacionados como hábitos de selección y compra, organización de minutas al interior de los hogares y su administración cotidiana por medio del número de veces que se come al día, lo que se come, la cantidad que se consume y la distribución por género y por etapa de ciclo vital. En este último aspecto es relevante mencionar las prácticas y los hábitos de lactancia materna.⁷⁵

Para el caso de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses se incrementó pasando de un 69.5% en 2007 a un 73.7% en 2008, aumentando en un 4,2%⁷⁶, lo cual mejora las condiciones de vida de la infancia a corto, mediano y

⁷³ Fuente: SASC Hospital Pablo VI Bosa. 2008.

⁷⁴ Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008.

⁷⁵ Vargas Gómez, Luz Mery, et al. *Documento de trabajo para orientar la operación de acciones de Salud Pública para la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2008.

⁷⁶ Informe SISVAN 2007 y 2008, Vigilancia Epidemiológica. Hospital Pablo VI Bosa. E.S.E

largo plazo, propiciando su desarrollo cerebral, la configuración de vínculos afectivos y psicosociales son la madre, y disminuyendo el riesgo de las enfermedades Prevalentes de los infantes.

De otra parte, grupos poblacionales como las personas en condición de discapacidad y pacientes crónicos, por lo general, no cuentan con la posibilidad de acceder a una alimentación adecuada que satisfaga sus necesidades nutricionales.

Las situaciones que permiten evidenciar más la inseguridad alimentaria se reflejan en las familias que no pueden satisfacer los deseos de alimentarse según sus costumbres y tradiciones alimentarias. La diversidad cultural y étnica de la población acogida por la localidad genera una mezcla de culturas alimentarias y de hábitos alimentarios no siempre adecuados que afectan el consumo de los alimentos y la estabilidad socio afectiva de las familias con el agravante de los medios de comunicación que fomentan la cultura de comidas rápidas y procesadas opuestas a una sana tradición. La diversidad en las costumbres alimentarias base de los hábitos alimentarios de los habitantes, permiten identificar en la comunidad y en especial los programas de apoyo alimentario un bajo consumo de frutas y verduras, como la preferencia de los usuarios por los alimentos industrializados como bebidas gaseosas y alimentos de paquetes.

2.1.7 Recreación – Actividad Física

La “calidad de vida se orienta en nueve necesidades fundamentales universales como: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad y libertad”⁷⁷. Ya que la recreación es una necesidad que forma parte de la educación y constituyen un gasto público, se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y el aprovechamiento del tiempo libre⁷⁸. En Bosa se cuenta con 244 parques distribuidos así: seis zonales, cuatro de los cuales están ubicados en la UPZ Central así: Polideportivo Clarendia, El Río, Palestina y Naranjos; uno en la UPZ Occidental - El Recreo – Ciudadela Metrovivienda y uno más en la UPZ Apogeo – PAVCO – Autopista Sur. Esta última UPZ cuenta también con una extensión del Parque Metropolitano Lago Timiza de la Localidad de Kennedy en el barrio Villa del Río. La localidad de Bosa es la segunda con menos proporción de metro cuadrado de parques en relación a los habitantes equivalente a 1,9.⁷⁹ **Ver Tabla 35.**

Cuenta con 24 parques de “bolsillo” y 215 vecinales, los cuales se distribuyen por las 5 UPZ locales proporcionando alternativas a niños durante el día, pero también son espacios considerados de riesgo en algunos de los barrios, dice la comunidad, puesto que durante el día gozan del uso de los niños, las familias o las escuelas y en las noches se convierten en los espacios predilectos para la comercialización y el consumo de sustancias psicoactivas, territorios de pandillas, robos y atracos callejeros. Es por eso que el Instituto Distrital para la Recreación y el

Deporte, actualmente está trabajando sobre algunas estrategias de control social de parques vecinales para favorecer su sostenibilidad, cuidado y autonomía.

⁷⁷ Manfred Max Neef 1997

⁷⁸ Artículo 52 de la Constitución Política de Colombia se contempla en su Título II de los Derechos, garantías y Deberes los siguientes artículos que enmarcan y legislan lo concerniente a recreación y deporte.

⁷⁹ Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDR, 2008.

En cuanto a parques vecinales la UPZ Occidental 84 hay un número importante de parques representado en 46, se cuenta con zonas de recreación (obras con saldo pedagógico) en Betania, Bosa Linda, Bosa Nova, Brasilia I, II, III y San Joaquín. En contraste, la comunidad manifiesta que el uso del tiempo libre en la población infantil se asocia a la televisión, los videos juegos en las tiendas y al juego de pares en la vía pública. Algunos jóvenes practican microfútbol.

En la UPZ 86 Porvenir existen 11 parques y/o zonas verdes, últimamente se han logrado inversiones de obras con saldo pedagógico en uno de ellos y se observan 2 con infraestructura deportiva y recreativa como parte del proyecto Metrovivienda.

En la UPZ Tintal sólo se identifican 5 parques en el listado del IDRD los cuales no cuentan con infraestructura deportiva y no son reconocidos por la comunidad quien refiere que los niños deben jugar en un terreno aledaño al Centro de Salud, el cual es privado y los propietarios no permiten estas actividades. Las personas se recrean caminando, mirando televisión o jugando tejo.

Una de las UPZ con mayor presencia de parques es la Central 85 en donde se cuenta con 164 los cuales tienen diferentes usos (recreación pasiva, activa y contemplativa). En el parque del barrio Los Laureles hay una concha acústica, al igual que en el parque central de la localidad, que ocasionalmente se utiliza para algunos eventos locales o institucionales. Es decir, que de acuerdo a los cálculos entre la población existente en la localidad para el año 2003 y el área total de parques, por persona hay 1,8 metros cuadrados para su esparcimiento y recreación.

Finalmente, en la UPZ Apogeo 49 se cuenta con 19 espacios recreativos y anecdóticamente, la comunidad expresa que los adultos y adultos mayores históricamente se recrean en sus recuerdos hablando del desalojo de Nuevo Chile y con risa comentan que luego de ser subidos todos los habitantes en camiones de la Policía se los llevaron y buscaron en donde dejarlos pero como no encontraron sitio los tuvieron que devolver a la zona, desde esa época no los han vuelto a sacar y hoy son un barrio legalmente constituido. Cabe notar que por la cercanía del Parque Metropolitano Lago Timiza hay desplazamiento importante de población hacia el mismo por parte de los habitantes de esta UPZ.

Es importante destacar que dentro de la localidad existen 3 piscinas al servicio de la comunidad, en el Colegio Claretiano y en la Fundación PAVCO sobre la autopista sur (Barrio Surbaná – UPZ Apogeo 49).

Tabla 27. Número y extensión de parques clasificados por tipo según UPZ. 2008.

UPZ	Parque de Bolsillo		Parques Vecinales		Parque Zonal		Parque Zonal Propuesto		Parque Metropolitano		Total General	
	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²
49 Apogeo	1	557	13	70.315	1	14.171			1	65.474	16	150.517
84 Occidental	38	19.948	27	96.598							65	116.546
85 Central	49	21.851	83	329.498	5	122.871	1	12.905			138	487.124
86 Porvenir	7	4.577	8	73.388							15	
87 Tintal Sur	1	277	8	13.880					1	183.120	10	197.276

Fuente: Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Información, Cartografía y Estadística. Fuente: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, 2008

2.1.8 Seguridad

Las situaciones de violencia en Bogotá y en la localidad de Bosa han aumentado durante los últimos años y esto se ve reflejado en que Bosa ocupa el octavo lugar de hogares que han sido víctimas de hechos violentos con un 19,9%. La Tasa de Homicidio Común por cada 10 mil habitantes para el 2009 en Bosa fue de 1,8 con un total de 98 casos ocupando el 13° lugar. La Tasa de Mortalidad Violenta al 2007 fue de 130 casos con una tasa de 22,8 por 10 mil habitantes ocupando el cuarto lugar a nivel distrital. En el 2009 ocurrieron 21 accidentes de tránsito en la localidad con una tasa de 0,4 por cada 10 mil habitantes ocupando el 18° lugar, Con respecto a los delitos de mayor impacto se denunciaron 745 casos para el 2009 con una tasa de 13,4 por 10 mil habitantes ocupando el 14° lugar. Con respecto a hurtos a establecimientos en Bosa se tiene un registro de 165 casos con una tasa de 31,4 por 1000 establecimientos ubicándose en el sexto lugar del distrito. En el 2009 se denunciaron 231 hurtos a residencias con una tasa de 2,4 por 10 mil habitantes.⁸⁰

La Estación Séptima de Policía ubicada en Bosa Central, cuenta con 7 CAI 5 de los cuales son blindados y 2 sin adecuación. Se están construyendo dos CAI, uno en La Estación para remplazar el que existe actualmente sin adecuación, u otro nuevo, en la Paz. La Estación Séptima cuenta con un pie de fuerza de 272 hombres y mujeres, de los cuales 11 son oficiales, 6 suboficiales, 143 patrulleros nivel ejecutivo, 58 agentes y 45 auxiliares regulares. Todos cuentan con vehículos, motos, equipos de comunicación, están bajo la dirección de un oficial, tienen sus respectivas patrullas y una jurisdicción distinta a las de las UPZ. La policía comunitaria cuenta con un pie de fuerza de 70 hombres y mujeres. Bosa igualmente cuenta con la Zona Segura 10 o Bosa la cual tiene jurisdicción entre la Cl. 60 Sur a Cl. 69B Sur y Cra. 78 a la Cra. 87, esta bajo el mando de un Teniente y cuenta con un trailer, una camioneta y motos a su disposición en equipamiento.⁸¹

2.1.9 CULTURA

La localidad de Bosa cuenta con 18 bienes de interés cultural, 17 se localizan en la UPZ Bosa Central, en razón a que allí se ubica el núcleo fundacional de Bosa que es un sector con valores históricos, urbanísticos y arquitectónicos; en esta UPZ se localiza la iglesia de Bosa que fue declarada en la categoría de conservación monumental; también se localizan la parte antigua de la escuela Francisco de Paula Santander, la parte antigua del colegio El Libertador, bienes que fueron declarados en la categoría de conservación tipológica y en la categoría de conservación integral se ubican en esta UPZ, el colegio claretiano Bosa y el monasterio de La Visitación de Santa María. En la UPZ Tintal Sur se ubica la casa hacienda Bosa que fue declarada en categoría de conservación integral.⁸²

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, de memoria y avance cultural y de encuentro para la cohesión social.

⁸⁰ Cámara de Comercio de Bogotá. Observatorio de Seguridad de Bogotá. Balance del Año 2009. Delitos de Mayor impacto por Localidades 2009No. 38. Marzo de 2010 ISSN: 1909-1796. Disponible en: <http://www.ccb.org.co/contenido/contenido.aspx?catID=86&conID=947>

⁸¹ Diagnóstico de seguridad. Localidad de Bosa 2007.

⁸² Conociendo la localidad de Bosa: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009

La localidad de Bosa posee un total de 45 equipamientos culturales, dentro los cuales 43 pertenecen al grupo que corresponde a encuentro y cohesión social, uno corresponde a espacios de expresión y uno es de la categoría de memoria y avance cultural. Las UPZ de Bosa Central y Bosa Occidental figuran con el mayor número de equipamientos culturales con 23 y 19, respectivamente. La UPZ El Porvenir presenta dos equipamientos y Apogeo solo uno. En apogeo se ubica 1 centro de encuentro y cohesión social, 19 centros en Bosa Occidental, 21 en Bosa Central, y 2 en Porvenir. En Bosa Central se ubica 1 centro de Espacios de Expresión y 1 lugar de Memorias y Avance Cultural.

2.2 CONDICIONES LABORALES EN LA LOCALIDAD DE BOSA

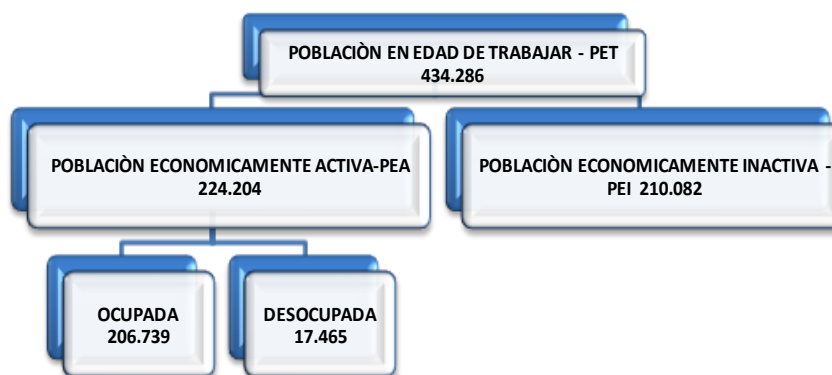
Dentro del marco del análisis particular del territorio, la información que se refiere a trabajo, productividad y temas afines a estas categorías, evidencia y posiciona las características socioeconómicas de la localidad y las coyunturas determinantes como lo son la constante afluencia de personas en condición de desplazamiento y la falta de oportunidades para el acceso al sector productivo, entre otras.

Bogotá es el principal centro poblacional del país, con cerca de 8.5 millones de personas en la ciudad y en los municipios del área metropolitana, es decir, el 20% de la población nacional. A pesar de la crisis internacional y la desaceleración de la economía nacional, Bogotá continúa posicionándose como una de las ciudades más atractivas para los negocios y para establecer actividades productivas. Sin embargo la realidad del trabajador es compleja, la informalidad es elevada y más de la mitad de la población ocupada (54,4%) trabaja en estas condiciones. Además esta dicente estadística presenta significativas problemáticas, que se evidencian en preocupantes tasas de niños, niñas y jóvenes laborando, mujeres cabezas de familia con sobrecarga laboral, desempleo, personas en condición de desplazamiento que llegan a diario a la ciudad, personas en situación de discapacidad que presentan múltiples barreras de acceso para vincularse al sector productivo, y otros tipo de situaciones que ubican la relación salud trabajo en la capital del país en una coyuntura compleja en su realidad.

Según la Encuesta de Calidad de vida 2007 para evaluar el indicador de fuerza laboral se define se cuantifica la Población en Edad de Trabajar – PET, es decir la población de 12 años y más en la zona urbana, y esta a su vez se subdivide en población ocupada, población desocupada y población inactiva. La localidad séptima de Bosa cuenta con una población total de 554.389 habitantes, de los cuales 434.286 corresponden a la PET, 224.204 habitantes (40.4%) son Económicamente Activos, la población ocupada es 206.739 habitantes correspondiente al 47.2% del total de la población en edad de trabajar y el índice local de desempleo es del 7.79 % es decir que 17.465. **Ver Gráfica 17.** En promedio con la tasa de Bogotá y con respecto a otras localidades, Bosa es la décima localidad que tiene el desempleo más alto de la ciudad, esta cifra es alarmante teniendo en cuenta el total de la población y las necesidades evidenciadas en las comunidades, visualizando la estrecha relación de estas problemáticas con la realidad local de orden público, seguridad, violencia, y salud. Esta situación se refleja en dos aspectos: el primero, tiene que ver con los altos índices de inseguridad, delincuencia común y violencia; el segundo se evidencia en la

fuerte dinámica de economía informal con sus múltiples modalidades que se hace presente en los territorios la localidad⁸³.

Gráfica 17. Indicador de fuerza laboral para la Localidad de Bosa



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

2.2.1 Organización social y productiva del trabajo

Las actividades en las que se ocupan las personas residentes en Bosa son comercio, hoteles y restaurantes (27.2%), industria manufacturera (24.8%), servicios sociales, comunales y personales (15.6%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (10.0%)⁸⁴. De acuerdo al tipo de trabajo el 81.2% de la población ocupada cuenta con un empleo permanente, 16.4% con empleo ocasional y un 2.2% empleo estacional. Respecto a la posición ocupacional de los empleados que viven en la localidad Bosa, el 69.4% son empleados de empresa particular, el 19.3% trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos 5.7%, entre las posiciones más relevantes. Del total de ocupados, el 52.1% cuenta con contrato de trabajo, de los cuales el 69.8% corresponden a un contrato a termino indefinido entre 7 y 12 meses.

El sitio de trabajo donde con mayor frecuencia se desarrollan actividades es el local de la empresa o del patrono contratante con un 55.3% o un local propio o arrendado que corresponde a un 8%⁸⁵. En la localidad de Bosa solo el 48.8% de la población ocupada se encuentra afiliado a ARP y el 46.2% se encuentra afiliado a un fondo de pensiones. Por otra parte, la localidad de Bosa presenta uno de los mayores porcentajes de población de 10 a 17 años que trabaja con el 4,1%, de acuerdo a los resultados de la encuesta de calidad de vida Bogotá 2007.⁸⁶

⁸³ Cámara de Comercio de Bogotá. Ayala Ramírez, Ricardo. Perfil económico y empresarial de las localidades: Ciudad Bolívar y Bosa. 11 de Junio de 2009

⁸⁴ Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa. 2007.

⁸⁵ Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa. 2007.

⁸⁶ Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Bosa: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009.

En la localidad hay una alta presencia de microempresarios. Del total de empresas, 5.573 son microempresas que representaron el 98,4% de la localidad y el 2,8% de Bogotá⁸⁷.

La estructura empresarial de la localidad se concentra en el sector servicios (76%), la industria (18%) y la construcción (5%). En la localidad de Bosa se identificaron 3.061 empresas que pueden articularse a las cadenas productivas de productos alimenticios, construcción e ingeniería civil, y textil y confección. El 1,4% de las empresas de Bosa realizan operaciones de comercio exterior. El 92% de las empresas de la localidad son personas naturales, y el 8% personas jurídicas⁸⁸.

Los sectores económicos en los que se encuentra el mayor número de empresas de la localidad son: comercio y reparación de vehículos (45%), industria (18%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (10%), y restaurantes y hoteles (9%), y servicios inmobiliarios y de alquiler (4%)⁸⁹.

En el 2006 se liquidaron 37 empresas, 1% del total de liquidadas en Bogotá. La mayor concentración se presentó en el sector de las microempresas (95%) y pequeñas empresas (5%) y el mayor valor liquidado se registró en las microempresas (88%)⁹⁰.

Las actividades en las que se ocupan las personas residentes en Bosa son comercio, hoteles y restaurantes (30,7%), industria manufacturera (22,7%), servicios sociales, comunales, personales y transporte (20,5%), almacenamiento y comunicaciones (10,6%), **Ver Tabla 36**. Respecto a la posición ocupacional de los empleados que viven en la localidad Bosa, el 49,7% son empleados de empresa particular y el 35,7% trabajadores por cuenta propia.⁹¹ Según Cámara de Comercio en la localidad de Bosa se registraron 6.599 empresas, donde el 98% corresponde a microempresas y el 2% restante pequeñas, medianas y grandes empresas.⁹² En primer lugar se encuentra empresas dedicadas al comercio y reparación de vehículos, seguido de industria manufacturera, hoteles y restaurantes⁹³. La localización de las empresas y el análisis de las características del entorno, así como la relación con la capacidad de gestión y organización interna de las empresas, determinan el conjunto de recursos y capacidades que dan origen a las diferencias empresariales y a posiciones competitivas desiguales dentro de la localidad.

⁸⁷ Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa. 2007.

⁸⁸ Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Bosa: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009.

⁸⁹ Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Bosa: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009.

⁹⁰ Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa. 2007.

⁹¹ Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa. 2007.

⁹² Alianza interinstitucional Bogotá Cómo Vamos. Localidades Cómo Vamos. Línea de Base de Vida Local 2007.

⁹³ Cámara de Comercio de Bogotá. Ayala Ramírez, Ricardo. Perfil económico y empresarial de las localidades: Ciudad Bolívar y Bosa. 11 de Junio de 2009

Tabla 28. Actividad ocupacional de la población Localidad de Bosa 2007

ACTIVIDAD	MICROEMPRESA	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	TOTAL
Agricultura	27	1			28
Pesca	2				2
Explotación de Minas y Canteras	10	3	1		14
Industrias manufactureras	948	25	14	5	992
Suministro de electricidad, gas y agua	7	1		1	9
Construcción	436	3	1	2	442
Comercio y reparación de vehículos automotores	2402	29	3		2434
Hoteles y restaurantes	547				547
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	484	5	1	1	491
Intermediación financiera	19		4	5	28
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	296	3	1	1	301
Administración pública y defensa	1				1
Educación	65	7	1		73
Servicios sociales y de salud	53	2	1		56
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales	376	3	1		380
Hogares con servicio doméstico					0
Organizaciones y órganos extraterritoriales					0
TOTAL	5673	82	28	15	5798

Fuente: Registro Mercantil, Cámara de Comercio de Bogotá, 2008. Cálculos: Dirección de Estudios e Investigaciones, Cámara de Comercio de Bogotá.

El 92% de las empresas de la localidad son personas naturales, y el 8% personas jurídicas. El 1,4% de las empresas de Bosa realizan operaciones de comercio exterior.⁹⁴ Estas cifras evidencian una debilidad en la conformación y desarrollo de procesos organizativos que permitan generar alternativas asociativas para la generación de ingresos y elevar el nivel de competitividad a nivel local y Distrital.

Sin embargo las actividades económicas y la dinámica de trabajo de la localidad escapa a la información que pueden recoger las instituciones gubernamentales, en la dinámica de Bosa se concentran grandes poblaciones vulnerables que para compensar las necesidades familiares realizan actividades de la economía informal sin importar las condiciones de riesgo y demás factores asociados que en un momento dado podrían afectar la salud. Teniendo en cuenta esta coyuntura, desde el año 2006 y hasta el año 2009 por parte del programa Salud al Trabajo en el Hospital Pablo VI Bosa se han desarrollado procesos de transformación de entornos a 541 Unidades de Trabajo informal (UTI) distribuidas de la siguiente manera, 45% corresponde a establecimientos que manipulan productos alimenticios y carpinterías, seguido de las Salas de Belleza con una representación del 25%, otros el 13% corresponde a actividades relacionadas con la transformación del plástico y/o reciclaje, talleres de mecánica

⁹⁴ Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial de la localidad de Bosa. 2007.

12% y chatarrerías 5% que se caracterizan por un acceso relativamente fácil en términos de competencias y se utiliza en gran parte en los materiales nacionales y son de propiedad familiar.

Las Unidades de Trabajo Informal (UTI) que operan en pequeña escala en mercados competitivos, poseen una tecnología adaptada y de gran densidad de la mano de obra, parte considerable de los trabajadores y trabajadoras han obtenido los conocimientos para el desarrollo de las labores de manera empírica. Estas microempresas pertenecen a trabajadores independientes, son administradas por ellos, ya sea individualmente o en asociación con miembros de su propio hogar o de otros hogares que puedan emplear ayudantes de manera ocasional, pero no emplear trabajadores asalariados de manera continua.

En estas unidades se evidencian unas lógicas que apuntan al no reconocimiento de los derechos del trabajador en una cotidianidad laboral con múltiples factores de riesgo, estas dinámicas no se presentan necesariamente por el desconocimiento del empleador de sus deberes hacia sus empleados, sino porque la rentabilidad de la actividad económica no genera el ingreso suficiente para asegurarlos, según las disposiciones legales en términos de seguridad social y salud ocupacional.

Es importante resaltar que la lógica del sector informal escapa a los sistemas de información oficiales existentes, por lo tanto los datos arrojados por éstos distan de la realidad que la localidad posee en este aspecto. Estos fenómenos desarrollados dentro de la economía de la subsistencia enmarcan la discusión salud - trabajo en un proceso más complejo que refleja limitantes de carácter estructural en el acceso a condiciones dignas y decentes de trabajo, evidenciado en la baja remuneración, trabajo a destajo, jornadas laborales extensas, y la ausencia de afiliaciones al SGSS.

Teniendo en cuenta que Bosa es una localidad en emergencia social, que por su ubicación recepciona constantemente colombianos desplazados por la violencia, quienes deben desarrollar cualquier actividad económica para garantizar la subsistencia propia y la del núcleo familiar con el que se encuentran, enfrentándolos a una realidad que les es ajena y excluyente. En este proceso migratorio las tradiciones culturales chocan con una ciudad como Bogotá, obligándolos a realizar trabajos ajenos a su histórico cultural, en donde la lógica que más sobresale es la necesidad, esta situación en muchos casos determina el fortalecimiento del tejido social en donde por medio de procesos organizativos como los cabildos indígenas y asociaciones de afro descendientes entre otras, labran el camino hacia la exigibilidad del derecho y hacia el rescate de sus tradiciones ancestrales y la cultura autóctona.

Es allí donde el trabajo adquiere otra dimensión y se convierte en un medio fortalecedor de la autonomía, en donde prevalecen actividades económicas como la artesanía, la comercialización de alimentos propios de sus territorios, la cultura y el arte. Sin embargo el desarrollo de estos procesos es lento y no cuenta en muchas oportunidades con el apoyo del Estado, paralelo a ello la dinámica de muchos miembros de estas comunidades es incorporarse en una situación de carácter asistencialista que perpetúa las condiciones de fragilidad en las que se encuentran.

Siguiendo la dinámica de la localidad se encuentra a niños, niñas y jóvenes vinculados tempranamente al mundo laboral debido a la difícil condición económica que atraviesa el núcleo familiar, la falta de un empleo bien remunerado capaz de suplir las necesidades básicas como alimentación, vivienda, educación y recreación entre otros. El tema de trabajo infantil ha cobrado fuerza en la medida en que las políticas gubernamentales lo consideran intolerable, donde no es posible concebir que más niños y niñas abandonen el sistema educativo.

Adicional a ello las consecuencias que deja este tema en términos de bienestar es funesto, hoy en día hay más niños y niñas maltratados, explotados y sometidos a problemáticas asociadas al medio en el que se mueven y en el cual realizan las actividades de tipo laboral, la alta deserción escolar favorece la escasa preparación al mundo laboral, por ello se encuentra a jóvenes vinculados a actividades mal remuneradas y con mediana satisfacción de sus necesidades.

En Bosa los niños y niñas realizan trabajos catalogados como peligrosos, exponiéndose a factores de riesgo que ponen en peligro su vida e integridad. Las labores que priman en la localidad por parte de esta población son el reciclaje y la venta ambulante que se realizan sin la supervisión o acompañamiento del padre o de la madre, sin

embargo en algunas ocasiones estas actividades incluyen al grupo familiar y mantienen cadenas productivas en condiciones de vulnerabilidad que en oportunidades incluyen a toda una comunidad circundante.

Es importante resaltar que la lógica del trabajador no profesional y no cualificado, no presenta una estabilidad laboral, debido a las formas de contratación y la deficiente remuneración donde impera el trabajo a destajo, debido a que estas actividades económicas suelen realizarse con más de un empleador, la posibilidad de acercarse a unas condiciones laborales dignas, seguras y decentes son remotas, un gran número de actividades que se desarrollan bajo esta condición son realizadas en un alto grado de riesgo y exposición para la vida y la integridad de quienes las desempeñan.

2.3 EL TRABAJO EN BOSA Y SU IMPACTO EN SALUD

Según la información aportada por el ámbito laboral en el diagnóstico de salud al Trabajo de la Localidad de Bosa del año 2009 donde se intervinieron 363 Unidades de trabajo informal (UTIS), con un total de 756 trabajadores. Dentro de estas vistas se encontró que el 53% de las personas que laboran en las UTI son mujeres y el 47% son hombres⁹⁵.

El 94.4% de los trabajadores no cuenta con un tipo de contratación definida, esta situación se repite cuando se analiza que en los trabajadores en situación de desplazamiento el 97.3% y entre los que pertenecen a alguna etnia el 100%, se encuentran en la misma situación. La ausencia de contratación formal puede incidir directamente en la situación que se detecta, en donde ningún trabajador menciona estar afiliado en seguridad social a un fondo de pensiones o una administradora de riesgos profesionales, solo el 86.1% del total de los trabajadores reconoce estar afiliado en salud, entre los trabajadores en situación de desplazamiento el 90% cuenta con seguridad social en salud y por parte de los trabajadores de ascendencia étnica solo el 50% se encuentran asegurados al sistema general, probablemente por dar prelación a la medicina tradicional; de todas maneras el estado de no aseguramiento se constituiría en barrera de acceso al servicio de salud en caso de presentarse algún evento de enfermedad o accidente, además de la violación de su derecho. Los datos permiten percibir que del total de los trabajadores de las UTI's el 63.3% pertenecen al régimen subsidiado, especial o son atendidos como participantes vinculados, entre los trabajadores pertenecientes a una de las etnias el 47.3% son subsidiados por el Estado y el 85.3% de los trabajadores desplazados pese a que cuentan con un ingreso no están dentro del régimen contributivo, esta circunstancias se pueden interpretar como una clara evasión de las responsabilidades que tienen tanto empleadores como empleados ya que al tener una relación donde se generan ingresos se deberían realizar la afiliación al régimen contributivo⁹⁶.

Al continuar con la descripción del panorama local se observa que de los trabajadores el 73.9% no completo su educación media, esta variable se puede relacionar con el hecho encontrado de que el 70.1% percibe como ingreso un salario mínimo o menos, confirmando para este caso en particular que a mayor nivel educativo se presenta la posibilidad de recibir una mejor remuneración. Por otra parte al realizar el análisis para el caso de los trabajadores en condición de desplazamiento se tiene que el 80% no cuenta con estudios de bachillerato completo, además se observa que uno de estos trabajadores alcanzo a realizar estudios universitarios, se resalta que entre estas personas hay dos que tienen estudios técnicos o tecnológicos completos. Los datos obtenidos en cuanto al nivel

⁹⁵ Hospital Pablo VI Bosa, Salud al Trabajo, Base de datos Unidades de Trabajo Informal, 2009.

⁹⁶ Hospital Pablo VI Bosa, Salud al Trabajo, Base de datos Unidades de Trabajo Informal, 2009.

educativo de los trabajadores pertenecientes a alguna etnia, se encuentra que el 76.3% no concluyo sus estudios de educación media, sin embargo de los trabajadores de las Unidades de Trabajo Informal con pertenencia étnica, se encuentran 7 personas que cuentan con título de bachiller y una que se graduó como técnico.

El 44.5% de las personas que laboran en las UTI's tiene una jornada laboral mayor a 8 horas, situación que se facilita dada la informalidad que se presenta en la contratación, por otro lado el 5.8% trabaja 4 días o menos a la semana, esto permite inferir que la dinámica laboral de estos empleos fluctúa muy probablemente según la temporada comercial en que se encuentre.

En cuanto a las unidades de trabajo informal se evidencia en los sitios de trabajo, la presencia de riesgos por carga física relacionados con manejo de cargas y movimientos repetitivos en el 1.1% de las UTI's; riesgos mecánicos en el 1.1% relacionados con elementos cortantes, manejo de maquinas y mecanismos en movimiento; riesgos biológicos por infección en el 0,5%; riesgo físico en el 89.2% relacionado con temperaturas extremas, ruido, mala iluminación, humedad, vibración y radiaciones; riesgos químicos relacionados con material particulado, polvos, líquidos y nieblas en un 6.9%⁹⁷.

Dentro de las actividades laborales y económicas de las UTI's con asesoría desde el programa Salud al Trabajo con presencia en la localidad se destaca principalmente las cafeterías y similares con una participación del 32.7%, seguido de los restaurantes con el 15.4% , la fabricación de artículos de madera con el 10.7% y la confección de prendas de vestir con el 7.9% (Ver Tabla 42)

Tabla 29. Actividad ocupacional de las Unidades de Trabajo Informal intervenidas por Salud al Trabajo en la Localidad de Bosa año 2009

ACTIVIDAD	TOTAL
Actividades de entretenimiento.	1
Actividades de la práctica médica	1
Actividades de organizaciones profesionales	1
Actividades teatrales y musicales y otras actividades artísticas	1
Alquiler de efectos personales y enseres domésticos	6
Comercio al por mayor de prendas de vestir y accesorios de prendas de vestir	4
Comercio al por menor con surtido de alimentos (víveres en general), bebidas y tabaco	1
Comercio al por menor de productos diversos	6
Comercio al por menor en puestos móviles	13
Confección de artículos con materiales textiles	1
Construcción de edificaciones para uso residencial y no residencial	1
Elaboración de otros productos alimenticios	18

⁹⁷ Hospital Pablo VI Bosa, Salud al Trabajo, Base de datos Unidades de Trabajo Informal, 2009.

Expendio a la mesa de comidas preparadas en cafeterías, refrescos y helados, salones de té	119
Expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurantes	56
Fabricación de calzado de cuero, piel, materiales textiles, caucho y plástico	10
Fabricación de colchones y somieres	1
Fabricación de formas básicas y artículos de caucho y plástico	1
Fabricación de otros productos de madera; artículos de corcho, cestería y espartería	39
Fabricación de otros productos químicos	1
Fabricación de prendas de vestir	29
Fabricación de productos metálicos para uso estructural	12
Lavado y limpieza de prendas de tela y de piel	5
Mantenimiento y reparación de maquinaria y equipo	2
Mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas	2
Otras actividades de informática	1
Otras industrias manufactureras	4
Otros tipos de expendio.	1
Peluquería y otros tratamientos de belleza	11
Producción, transformación y conservación de carne y de derivados carnicos	1
Reciclaje de desperdicios y de desechos metálicos y no metálicos	14
TOTAL	363

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa, Salud al Trabajo, Base de datos Unidades de Trabajo Informal, 2009

2.3.1 Afiliación a Seguridad Social

En infancia los intervenidos pertenecen en igual proporción (20%) al régimen; subsidiado, contributivo y vinculado, en actividades de lavanderías, restaurantes y panaderías. El mayor porcentaje de afiliación al régimen de seguridad social en los adolescentes se observa con un 47% en el régimen subsidiado, un 26% régimen contributivo, un 16% de vinculados y un 11% de particulares. En cuanto a la afiliación a la seguridad social, al régimen contributivo pertenecen el 14% de las jóvenes y el 10% de los jóvenes, al régimen subsidiado pertenecen el 18% del género femenino y el 14% del masculino, al vinculado un 13% de las jóvenes y un 10% de los jóvenes, en el régimen especial solo existe el 1% del total de la población de juventud. En cuanto a medicina particular buscan este servicio el 20% del total de los jóvenes. Del 28% de afiliación al régimen contributivo el 15% son mujeres y el 13% son hombres. Del 39% de afiliados al régimen subsidiado 22% son mujeres y el 39% hombres. Para el 22% de los adultos que son vinculados el 9% son mujeres y el 12% hombres. Del total de los adultos solo el 2% son de régimen especial mientras que el 9% buscan medicina particular. Como en los anteriores puntos se puede observar que el mayor índice de afiliados se encuentran en el régimen subsidiado con un 45%, en segundo lugar con un 26% de afiliados al régimen contributivo, con un 21% los que son vinculados, un 2% de régimen especial y un 6% de medicina particular. De los 4 trabajadores que pertenecen al ciclo de infancia solo el 50% son beneficiarios del régimen contributivo por medio de la afiliación de sus padres. De los 5 adolescentes trabajadores 3 son beneficiarios (2 del género femenino, 1 del género masculino) y 2 son cotizantes (1 del género femenino, 1 del género masculino). De este ciclo vital 54% del total son trabajadores beneficiarios (36% mujeres, 17% hombres) y 46% son trabajadores cotizantes en donde el 22% son mujeres y el 25% son hombres. El 21% de las mujeres adultas son cotizantes del régimen de salud mientras que el 32% restante son beneficiarios. Del género masculino solo el 30% son cotizantes mientras el 16% restante son beneficiarios. Dentro del total de la población trabajadora de persona mayor el 50%

son cotizantes mientras el otro 50% son beneficiarios, en donde las mujeres cotizantes son el 25% y las beneficiarias el 33%, mientras que los hombres cotizantes son el 8% y los beneficiarios el 17%. En este ciclo vital el 80% del total de la población pertenece a un grupo étnico (en actividades económicas de lavanderías 20%, panaderías 20% y restaurantes 40%), mientras el 20% restante pertenecen organización de población desplazada del género femenino en restaurantes.

2.3.1.1 Afiliación a Salud

En el ciclo vital infancia se observa que el mayor porcentaje de ocupación está representado por las niñas en actividades de restaurante y lavandería. Cabe anotar que este ciclo vital es el de menor representatividad a nivel laboral en la localidad debido a las acciones que se han llevado a cabo a nivel del Distrito con relación a la erradicación del trabajo infantil. También se resalta que la afiliación en salud de estos niños y niñas corresponde a su vinculación derivada de sus padres por no contar con la edad mínima requerida para desempeñarse como trabajadores. **Ver Tabla 43.**

Se observa que del total de jóvenes que refirieron estar afiliados al sistema de salud, corresponde el 56,57% a mujeres y el 43,42% a hombres. Al igual que en los ciclos anteriormente mencionados en algunos casos su afiliación en salud es derivada de la vinculación con sus padres. El mayor índice de ocupación de este ciclo vital está dado por las mujeres en actividades relacionadas con panaderías y restaurante dedicándose especialmente en la atención al cliente y en la preparación de los alimentos. Durante las visitas realizadas a estos establecimientos se logra identificar que las jóvenes se ocupan en la mayoría de las actividades a la atención al público mientras que los jóvenes efectúan labores de producción y manufactura. Igualmente se logra establecer en esta gráfica que los jóvenes se ocupan en panaderías, talleres de mecánica automotriz, restaurantes y carpinterías. Los trabajadores de esta etapa de ciclo vital manifiestan durante el proceso adelantado en las unidades de trabajo informal su necesidad de emplearse para la adquisición de recurso económico a fin de contribuir en el sustento de sus familias y algunos de ellos porque su proyecto de vida obedece a emplearse y no tienen interés por el estudio.

En el ciclo vital adulto también predomina el género femenino en la afiliación en salud con una vinculación laboral de 54% de las mujeres y un 43,4% de los hombres. Las personas abordadas reportan la ventaja de mantener su afiliación al régimen subsidiado o vinculado teniendo en cuenta que no hay estabilidad laboral en las funciones que desempeñan y al mismo tiempo temen perder las prebendas que les ofrece el sistema subsidiado de salud para sus hijos y familia. En el ciclo vital persona mayor el porcentaje de afiliación en salud más alto lo ocupa el género masculino con 65,9% y el más bajo lo ocupan las mujeres con el 34,09%. Según la información suministrada por los y las trabajadoras, ellos no cuentan con las condiciones económicas para acceder al régimen contributivo por no tener estabilidad laboral.

Tabla 30. Afiliación de la población a Salud por actividad económica, ciclo vital y género.

ACTIVIDAD	INFANCIA		ADOLESCENCIA		JUVENTUD		ADULTO		PERSONA MAYOR		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
CALZADO				1	2	1	9	19		1	33
CARPINTERIAS					2	11	11	34		2	60
CHATARRERIA					7	3	19	22	1	7	59
CONFECIONES					1	1	19	5	3		29
LAVANDERIAS	1				1		11	8		1	22
PANADERIAS		1	4	4	66	42	158	178	3	7	463

RESTAURANTES	2	1	3	2	37	17	189	62	7	6	326
SALA BELLEZA			1		6		21	10	1		39
TALLERES				2	7	24	29	82		5	149
TOTAL GENERAL	3	2	2	9	129	99	466	420	15	29	1180

Fuente: Bases de datos Ámbito Laboral 2010

2.3.1.2 Afiliación a pensiones

De los 756 trabajadores y trabajadoras intervenidos ninguno tiene afiliación al sistema de pensiones y teniendo en cuenta que como trabajadores informales la mayoría no tienen la estabilidad laboral requerida ni una contratación formal con la empresa para la cual desarrollan sus actividades. Además hay un alto porcentaje de trabajadores vinculados al régimen subsidiado de salud lo cual les impide la afiliación al sistema de pensiones.

2.3.1.3 Etnias

En el desarrollo del trabajo de caracterización de las Unidades de Trabajo Informal donde laboran trabajadores pertenecientes a grupos étnicos en el territorio de la localidad de Bosa las acciones de la E.S.E se concentraron principalmente en las UPZ 84 - BOSA OCCIDENTAL, 85 - BOSA CENTRAL, 86 - EL PORVENIR, 87 - TINTAL SUR, con una población beneficiada de 38 trabajadores, de los cuales 19 pertenecen al género femenino y 19 al género masculino, en general estos trabajadores(as), se encuentran agrupados en 38 unidades de trabajo cuyas actividades principales son el expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurante con un total de 15 personas de las cuales 8 son de género femenino y 7 de género masculino, las actividades relacionadas con la enseñanza se representan en 8 trabajadoras, en las actividades de expendios minoristas se encuentra una población 5 personas, 3 pertenecientes al género masculino y 2 pertenecientes al género femenino, en salas de belleza y peluquería se encuentran 2 trabajadores, de igual forma en ventas ambulantes, en el sector de la carpintería se encuentran dos personas 1 de género femenino y 1 del género masculino, en actividades económicas relacionadas con las artesanías se encuentra 1 trabajador, al igual en el sector del reciclaje se observan 2 trabajadoras y por último una trabajadora en el sector de talleres; esta población total es del 50% de mujeres trabajadoras y 50% hombres trabajadores.

2.3.1.4 Desplazados

Dentro del grupo de trabajadores intervenidos por el programa de SAT el ciclo vital de infancia y adolescencia no presentan desplazados por la violencia, a diferencia de los ciclos de juventud, adultez y persona mayor si presentan algunos trabajadores en condición de desplazamiento. En este ciclo vital se encontraron 6 jóvenes en situación de desplazamiento, en donde el 67% son mujeres y el 33% son hombres. De las actividades económicas en las que trabajan estas personas son carpinterías (F 17%, M 17%), restaurantes (F 50%), y chatarrerías (M 17%). De los trabajadores intervenidos 19 pertenecen al ciclo vital de adulto, de los cuales 53% son mujeres y 47% son hombres. Se encontraron en actividades económicas de; panaderías (F 5%, M 16%), restaurantes (F 42%, M 5%), talleres (F 5%, M 11%), carpinterías (M 11%), confecciones (M 5%). Dentro del ciclo vital de persona mayor se encontró 1 persona quien desempeña sus labores en una chatarrería. De los 6 jóvenes desplazados, 2 no se encuentran registrados en el sistema y 4 si se encuentran registrados. El 50% de las mujeres de este grupo trabajan en

restaurante, el 17 % de mujeres trabaja en carpinterías. De los hombres un 17% trabajan en carpinterías y otro 17% en chatarrerías.

De los 26 adultos en situación de desplazamiento, 8 no se encuentra registrados en el sistema, de los 18 que se encuentran registrados. De estos registrados están ubicados en panaderías, restaurantes, talleres, carpinterías y confecciones. Se encontraron 10 trabajadores pertenecientes a un grupo étnico en el ciclo de juventud y adultez. En el ciclo de infancia, adolescencia y persona mayor no se encontraron grupos étnicos. Se encontraron 2 jóvenes pertenecientes a un grupo étnico, del género femenino 1 en restaurante y 1 del género masculino en el sector de la cacharrería. Se observan 8 adultos pertenecientes a un grupo étnico, de las cuales el 50% son mujeres y el 50% son hombres, en el sector de confecciones (F 13%, M 13%), en restaurantes (F38%) y en panaderías (M 18%). Al no existir grupos étnicos en infancia, adolescencia y persona mayor no hay registros relacionados a la pertenencia de un grupo étnico. De los jóvenes pertenecientes a un grupo étnico se encontraron 1 de género femenino en el sector de restaurantes y 1 del género masculino del sector de chatarrería. Se encontraron que 6 adultos pertenecen a afro descendientes y 2 pertenecientes a grupos indígenas, en las siguientes actividades económicas; confecciones (F13%, M 13%), restaurantes (F38%), panaderías (M 38%).

2.3.1.5 Tipo de contratación

En el ciclo vital infancia del género femenino se encontró que una niña trabaja por prestación de servicio en un restaurante, y dos niñas se encuentran trabajando sin contrato en una lavandería y un restaurante. En el ciclo vital infancia del género masculino se encontró que dos niños trabajan sin contrato en una panadería y un restaurante. Ante la evidencia de estos trabajadores se efectuó la canalización respectiva al equipo de trabajo infantil y se realizó la sensibilización pertinente a fin de erradicar el trabajo infantil. Son en total 19 adolescentes trabajadores entre hombres y mujeres, de los cuales 17 de ellos están laborando sin contrato, los dos restantes realizan actividades bajo la condición de labor hora contratada y de contrato a término definido. Lo que permite inferir esta información es que las condiciones de los trabajadores adolescentes en la localidad de Bosa es completamente inestable, sin ninguna garantía laboral que les cubra ante situaciones de enfermedad profesional o accidentes de trabajo. Del total de jóvenes trabajadores caracterizados en este año, el 98,48% no tienen contrato en los sitios donde prestan sus servicios, el 1,4% de ellos laboran bajo la condición de prestación de servicios, el 2,46% trabaja por obra o labor contratada, el 3,16% tienen contrato a término indefinido, el 1.05% está a término definido y el 0,35% tiene figura como cooperado.

En cuanto a género el 94,23% de las jóvenes se encuentran sin contrato, el 1,92% de ellas está por prestación de servicios, el 1,92% trabaja por obra o labor contratada y el 1,92% está a término indefinido. En los jóvenes se presenta que el 88,28% de ellos están sin contrato, el 0,78% trabaja bajo la condición de prestación de servicios, el 3,12% está por obra o labor contratada, el 4,68% trabaja a término indefinido, el 2,34% trabaja a término definido y el 0,78% es cooperado. También en este ciclo vital sigue manifestándose la situación de inestabilidad laboral la cual pone en riesgo a los y a las jóvenes trabajadores ante los eventos laborales que puedan presentarse. De los y las adultos trabajadores caracterizados, el 92, 84% no tienen contrato de trabajo, el 1,94% de ellos laboran bajo la condición de prestación de servicios, el 2,04% trabaja por obra o labor contratada, el 2,04% tienen contrato a término indefinido, el 0,30% está a término definido y el 0,81% tiene figura como cooperado. El 95,23% de las mujeres se encuentran sin contrato, el 2,18% de ellas está por prestación de servicios, el 1,19% trabaja por obra o labor contratada, el 0,79% está a término indefinido, el 0,19% trabaja a término definido y el 0,39% son cooperadas. En el ciclo vital adulto el 90,31% de los trabajadores está sin contrato, el 1,68% trabaja bajo la condición de prestación de servicios, el 2,94% está por obra o labor contratada, el 3,36% trabaja a término indefinido, el 0,42% trabaja a término definido y el 1,26% es cooperado. También en este ciclo vital sigue manifestándose la situación de inestabilidad laboral la cual pone en riesgo a los y a las adultos trabajadores ante los

eventos laborales que puedan presentarse. En cuanto al ciclo vital adulto mayor, de los y las trabajadores caracterizados el 93,61% no tienen contrato de trabajo y el 6,38% de ellos laboran bajo la condición de prestación de servicios. El 100% de las mujeres adultas se encuentran sin contrato. De igual manera el 90,32% de los hombres está sin contrato y el 6,38% trabaja bajo la condición de prestación de servicios. También en este ciclo vital se pone de manifiesto las condiciones de precariedad laboral con las que los y las trabajadoras adultos mayores, están vinculados en sus actividades laborales

2.3.1.6 Forma de Pago

Del total de los niños y niñas trabajadoras equivalentes a cinco personas, en el 40% de ellos y ellas su forma de pago es al destajo y el 20% tienen una remuneración fija. De las niñas trabajadoras el 33,33% reciben su pago al destajo, el 33,33% recibe remuneración fija y el 33,33% no tienen remuneración económica por la labor realizada. De los niños trabajadores el 50% recibe su sueldo al destajo y el otro 50% no es remunerado. Los empleadores de los niños y las niñas que no reciben remuneración en dinero, refieren ser sus padres y que los ocupan en sus establecimientos para que les colaboren a fin de poder enseñarles el esfuerzo que se requiere para conseguir las cosas.

El 36,84% de los y las trabajadoras adolescentes reciben su sueldo al destajo, el 57,89% tienen una remuneración fija y el 5,26% no reciben remuneración en dinero sino en especie por la prestación de sus servicios. De las adolescentes trabajadoras el 33,33% reciben su pago al destajo y el 66,66% reciben remuneración fija. En cuanto a los adolescentes trabajadores el 40% reciben su pago al destajo, el 50% en remuneración fija y el 10% en especie.

En el ciclo vital juventud el 40,84% de los y las jóvenes trabajadores su sueldo es al destajo, el 54,22% tienen remuneración fija, el 1,76% tienen remuneración en especie y el 3,16% no recibe ningún tipo de remuneración debido a que son familiares de los propietarios de las unidades de trabajo informal. Efectuando el análisis por género, el 43,58% de las jóvenes reciben su sueldo al destajo, 51,28% tienen remuneración fija, 1,92% reciben su pago en especie y el 3,20% no reciben remuneración. En cuanto a los jóvenes el 37,5% de ellos reciben su sueldo al destajo, 57,81% tienen remuneración fija, 1,56% reciben su pago en especie y el 3,12% no reciben remuneración.

El 58% de los y las trabajadores adultos reciben su sueldo al destajo, 37,47% tienen remuneración fija, el 1,54% tienen remuneración en especie y el 3,47% no recibe ningún tipo de remuneración debido a que son los dueños de los establecimientos o conyugues de los propietarios o propietarias de las unidades de trabajo informal y sacan diariamente el dinero que necesitan para los gastos de la familia. El 56,74% de las mujeres reciben su sueldo al destajo, el 37,5% tienen remuneración fija, 2,18% reciben su pago en especie y el 3,57% no reciben remuneración. En cuanto a los hombres el 58,73% reciben su sueldo al destajo, el 37,05% tienen remuneración fija, 0,84% reciben su pago en especie y el 3,36% no reciben remuneración.

El 59,57% de los y las trabajadores adultos mayores reciben su sueldo al destajo, 34,04% tienen remuneración fija, el 2,12% tienen remuneración en especie y el 4,25% no reciben ningún tipo de remuneración teniendo en cuenta que son los propietarios de los establecimientos o los familiares de los propietarios de las unidades de trabajo informal prestando su colaboración a fin de conservar el patrimonio familiar y/o utilizar su tiempo libre. El 62,5% de las mujeres adultas mayores reciben su sueldo al destajo, el 37,5% tienen remuneración fija. En cuanto a los hombres el 58,06% reciben su sueldo al destajo, el 32,25% tienen remuneración fija, 3,22% reciben su pago en especie y el 6,45% no reciben remuneración.

2.3.1.7 CONDICIONES DE TRABAJO

Se entiende por condiciones de trabajo aquellas circunstancias relacionadas con : El horario de trabajo, jornada laboral, días laborados y factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los trabajadores, a continuación se relacionan cada uno de estos aspectos de acuerdo al ciclo vital, genero y actividad económica.

2.4 FACTOR DE RIESGO PRIORIZADO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA REALIZADA

De acuerdo a la caracterización de unidades de trabajo (UTI) en el año 2009, la actividad predominante fue panaderías (210 UTIS), que tiene un total de 533 trabajadores, de los cuales la mayor parte se encuentran ubicados en el ciclo vital de adulto (373 trabajadores) con principal participación del género masculino (72%). El factor de riesgo priorizado para ésta actividad fue el físico (148 UTIS) relacionado con la exposición a temperaturas extremas, esto se puede asociar al calor generado por hornos que sumado a la inadecuada ventilación natural de algunos establecimientos aumentan la probabilidad de generar algún daño para la salud o bienestar de los y las trabajadoras, el segundo riesgo fue el biológico (30 UTIS) por la generación y manipulación de desechos, en tercer lugar el riesgo químico (22 UTIS), por la generación de polvos y su consecuente inhalación por la baja adherencia al uso de tapabocas. También estuvieron presentes otros riesgos como el de carga física (6 UTIS), por el manejo de la carga y adopción de posturas prolongadas inadecuadas, psicosocial (3 UTIS), por las extensas jornadas de trabajo y Locativo (1 UTI), por el desorden en el puesto de trabajo.

A las panaderías le siguen los restaurantes (147 UTIS), quienes cuentan con 370 trabajadores, el 71% (280 trabajadores), pertenecen al ciclo vital de adulto y el género femenino es el de mayor participación en esta actividad. Fue el riesgo físico el principal factor identificado (124 UTIS) por el uso de estufas, fogones u hornos para la cocción de alimentos. En esta misma actividad se priorizó el riesgo biológico (11 UTIS), debido a que los trabajadores de esta actividad se ven expuestos a la manipulación de residuos y desechos. El riesgo químico (10 UTIS) también fue priorizado en esta actividad y se asocio al uso de agentes químico para la limpieza y desinfección de los espacios y utensilios de trabajo, frente a los cuales se determino que los y las trabajadores por el uso frecuente de estos agentes no acostumbran al uso de elementos de protección personal.

En la clasificación de talleres (72 UTIS) se incluyeron: talleres de mecánica, de ornamentación y de reparación de electrodomésticos, que reúne un total de 165 trabajadores, de los cuales el 77% son de género masculino y se ubican principalmente en el ciclo vital adulto. Ellos de acuerdo a su labor se exponen al riesgo físico (34 UTIS), asociado a las radiaciones no ionizantes por el uso de soldaduras, que a su vez generan gases (riesgo químico 26 UTIS), que pueden llegar a afectar la salud de los trabajadores que en esta actividad son de predominio masculino.

En las chatarrerías (26 UTIS), tiene un total de 65 trabajadores quienes se ubican en el ciclo vital de adulto y en cuanto a género su distribución es equitativa. Estas personas se encuentran principalmente expuestas al riesgo químico y riesgo biológico debido a la manipulación, clasificación y transporte de desechos y material de reciclaje, que generalmente presentan residuos químicos. Estos dos riesgos tienen el agravante de que la población presenta baja adherencia de elementos de protección personal (guantes y ropa de material anti fluido), lo que los expone a infecciones o lesiones.

Se caracterizaron un total de 25 carpinterías, en donde laboran 67 trabajadores, de los cuales 50 pertenecen al ciclo vital adulto y en donde además predomina la participación del género masculino (65%). Estos trabajadores se encuentran principalmente expuestos al riesgo físico por el ruido y las vibraciones generadas por lo maquinas y herramientas de trabajo, el segundo factor de riesgo es el químico asociado a los agentes usados en la pintura y limpieza de las piezas trabajadas.

En las 18 salas de belleza se caracterizaron 43 trabajadores y trabajadoras de los cuales el 58% representan el género femenino. Se evidencio en esta actividad que el riesgo químico fue el factor predominante, asociado al uso de tinturas y químicos utilizados no solo en los procedimientos que realizan a los clientes sino también al uso de estos agentes en la limpieza y desinfección de los materiales de trabajados.

En la actividad económica de calzado participaron 16 UTIS, con un total de 34 trabajadores de los cuales el 64% pertenecen al género masculino. Para esta actividad se priorizó el factor de riesgo químico (13 UTIS), seguido del biológico (2 UTIS) y riesgo locativo (1 UTI), el factor de riesgo químico se asocia al uso de agentes como tinturas, disolventes, pegamentos que por la manera en son manipulados (ausencia de EPP) facilitan su absorción por vía dérmica e inhalada, generando efectos en la salud de los trabajadores y trabajadoras.

En la actividad de confecciones (13 UTIS) se caracterizaron 34 trabajadoras y trabajadores, de los cuales el 73% pertenecen al género femenino, para ellos se identifico como riesgo prioritario el riesgo químico (5 UTIS), por los polvos generados por los textiles utilizados, el riesgo físico (5 UTIS) por el ruido y vibraciones de las maquinas de trabajo y el riesgo por carga física (3), por el transporte y manejo de cargas y también por la adopción de posturas prolongadas.

En las lavanderías (11 UTIS), se identificaron 23 trabajadores los cuales tienen una distribución equitativa por género. El principal riesgo identificado fue el físico (7 UTIS), esto se presenta por el calor generado por los maquinas utilizadas en el desarrollo del proceso productivo, a este riesgo le sigue el riesgo de carga física (2 UTIS) porque la labor implica el transporte y manejo de cargas que puede tener unos afecta el sistema osteomuscular de los trabajadores y por último el riesgo químico (2 UTIS), por el uso de agente químicos en el proceso productivo.

Tabla 31. Factores de riesgo ocupacionales por actividad económica

ACTIVIDAD	Carga física	Biológico	Físico	Locativo	Psicosocial	Químico	Total General
CALZADO		2		1		13	16
CARPINTERIAS		4	12			9	25
CHATARRERIA	2	7	5			12	26
CONFECCIONES	3		5			5	13
LAVANDERIAS	2		7			2	11
PANADERIAS	6	30	148	1	3	22	210
RESTAURANTES	2	11	124			10	147
SALA BELLEZA			3			15	18
TALLERES	6	5	34		1	26	72
TOTAL GENERAL	21	59	338	2	4	114	538

Fuente: Bases de datos Ámbito Laboral 2009

2.5 SINTOMATOLOGÍA REFERIDA POR LOS TRABAJADORES

Órganos de los sentidos:

El ciclo vital donde se encuentra el menor número de trabajadores que refieren presentar sintomatología positiva en órganos de los sentidos es en el ciclo de infancia, ya que este es el número más bajo de trabajadores que se encontró en estas actividades económicas. Se identificó que la mayor cantidad de trabajadores que manifiestan tener síntomas relacionados con los órganos de los sentidos se encuentran en el ciclo vital adulto (979) que equivale al 74% de la población total que labora en las utis tomadas para esta intervención, donde el número de personas del sexo femenino sobrepasa al masculino, seguido de los trabajadores que se encuentran el ciclo vital de juventud con un 20% también donde las mujeres son mayor cantidad que los hombres. Esto puede deberse a que la mayor cantidad de trabajadores son del sexo femenino y se encuentran en las actividades económicas de panaderías y restaurantes. Muchas de estas personas realmente no identifican si los síntomas se presentan con regularidad, ya que en muchos de los casos refieren que si por haberlos presentado al menos dos veces (Días) en el mes. El ciclo vital donde se encuentra el menor número de trabajadores que refieren presentar sintomatología positiva en órganos de los sentidos es en el ciclo de infancia, ya que este es el número más bajo de trabajadores que se encontró en estas actividades económicas.

Sistema Osteomuscular

En lo relacionado con síntomas osteomusculares se aprecia que el porcentaje más alto de trabajadores que refieren sintomatología positiva se encuentran en el ciclo vital adulto(76%), encontrándose ubicadas en las actividades económicas de panadería y restaurantes, siendo mayor la cantidad de mujeres que hombres. Estos síntomas se presentan debido a las largas jornadas de los trabajadores en posición de bipedestación prolongada y manejo de cargas. En el ciclo vital de infancia no existe ningún trabajador que refiera sintomatología osteomuscular, por eso no se incluyo dentro de la tabla. En cuanto a lo que se refiere a género son más las mujeres (68%) que refieren sintomatología osteomuscular que los hombres (32%).

Síntomas fisiológicos

En la grafica de fisiológicos se muestra que la población más numerosa que presenta sintomatología positiva es la de las mujeres (60%), encontrándose ubicadas en el ciclo vital adulto (42%) y en las actividades económicas como son panaderías y restaurantes. En las actividades económicas donde no se encuentra información de sintomatología fisiológica positiva son las salas de belleza y lavanderías en el género de los hombres. Muchas de las trabajadoras confunden estos síntomas con los del embarazo, problemas hormonales o cefaleas (migrañas) no diagnosticadas.

Síntomas cognitivos

En los síntomas cognitivos se observa que el mayor número de trabajadores que refieren sintomatología positiva se encuentran en el ciclo vital adulto(75%), género femenino(42%), con actividad económica principal panaderías y restaurantes. Muchos de estos trabajadores refieren que no descansan en el momento de descanso ya que durante este tiempo sufren de periodos de insomnio pensando en las dificultades económicas en las que se encuentran en ese momento. Por esta misma razón refieren ser muy irritables y ser de mal genio

En esta grafica se puede apreciar que a la pregunta que si el trabajo afecta su salud la mayoría de trabajadores que contestaron que si fueron las que corresponden a los ciclos vitales adulto(78%), y juventud(19%), en adolescencia no encontramos ninguno. Las actividades económicas donde encontramos incluidos a estos trabajadores son en su orden panaderías (34%), restaurantes (21%), talleres (8%), en el ciclo de persona mayor encontramos un porcentaje muy bajo de población (3%). El género con mayor porcentaje de trabajadores es el femenino, sobre todo en el ciclo vital adulto. En la grafica anterior se observa que a la pregunta si es positivo que se presente enfermedad profesional, y que sistema ha sido afectado en el ciclo vital juventud respondieron lo siguiente: El sistema osteomuscular (43%), otros (14%), y cardiovascular (14%), respiratorio (14%), gástrico (14%), el género en el cual se presenta la mayor cantidad de respuestas afirmativas es el femenino (71%), y el masculino con el (29%). Las actividades económicas dentro de las que están incluidos la mayoría de los trabajadores son panaderías (72%), restaurantes (14%), talleres (14%).

2.6 TRABAJO INFANTIL

Para el año de 2009 fueron caracterizados 240 niños y niñas y 43 adolescentes, por medio de esta caracterización se hace la identificación de niños trabajadores que se encuentran dentro del ejercicio de alguna actividad laboral. La distinción de género denota la transcendencia cultural en un nuevo plan de oportunidad laboral que vincula a la mujer y al hombre en igualdad de condiciones y de vinculación a nivel laboral esto dejo como resultado la identificación de 115 niñas y 125 niños que fueron atendidos.

Según la Estrategia una de las razones por las cuales trabajan los NNA es porque que deben ayudar con los gastos de la casa un 34,6%, debe ayudar en la actividad económica de la familia con un 26,1%, quiere obtener su propio dinero un 25%. La relación entre educación y trabajo en lo urbano se plantea que el 52% de los NNA que trabajan por fuera de su familia no estudia y el 48% si estudia. En el caso de los NNA que trabajan con sus familiares el 79% si estudia y el 21% no está dentro del sistema educativo. En el sector rural es más preocupante la situación en la medida que los NNA que realizan actividades laborales con sus familiares el 69% se encuentra desescolarizado. Si los padres de familia tienen un negocio o establecimiento de comercio propio aumenta la posibilidad de que los NNA sean empleados en esa actividad. En relación a los ingresos que perciben los NNA a Nivel Nacional se evidencia que el 50% de los NNA NO reciben remuneración alguna por su trabajo. Del 50% restante el 42% perciben menos de un SMLMV y solo el 2% recibe al menos un SMLMV.

En el año 2009 fueron caracterizados 184 niñas y niños trabajadores con edades entre los 5 a 14 años de edad, el proceso se realizó en su mayoría por medio de búsqueda activa, en segundo lugar por la articulación con la mesa local de trabajo infantil y en tercer lugar por medio de la información recibida por parte de la comunidad.

Tabla 32. Relación género, edad y actividad económica (5 a 11 años)

ACTIVIDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Ayudante de telecomunicaciones	1	3	4
Servicio doméstico	1		1
Mesero	1	1	2
Reciclaje	4	15	19
Venta ambulante callejera	6	15	21
Comercio al por menor en establecimiento comercial y/o local	12	11	23
Ayudante de construcción		1	1
Empacador		2	2
Otro			24
Total	21	51	97

Fuente: Bases de datos niños trabajadores Ámbito Laboral 2009

Con base en la información anteriormente presentada se puede afirmar que el 22% de niñas de edades comprendidas entre los 5 y los 11 años, identificadas y caracterizadas por la intervención de trabajo infantil se desempeñan en la actividad económica de comercio al por menor en establecimiento o local comercial. Este porcentaje corresponde a la mayor parte del total abordado. También es notorio que entre las niñas abordadas por la intervención existe un 12% que están ejerciendo la venta ambulante callejera y un 1% en trabajo domestico que se catalogan como peores forma de trabajo infantil.

La actividad de venta ambulante tiene su origen en el acompañamiento que realizan los niños y niñas a sus padres y que poco a poco se va transformando en un moldeamiento del trabajo en calle, el cual se realiza cada vez con mayor frecuencia por parte de los niños y niñas, motivo por el cual son caracterizados en el sentido que son quienes realizan las actividades de “pregonero”, de atención al público, organización de la mercancía, recepción del dinero e incluso empiezan a concebir la posibilidad de un puesto de trabajo propio.

En el caso de los niños de estas mismas edades, las actividades económicas de reciclaje y venta ambulante callejera resultaron cada una con el 15% del total de niños abordados, es decir, que un 30% de estos niños se ubica en estas peores formas de trabajo infantil, además hay un 1% de niños que realiza actividades como ayudante de construcción.

Las actividades de venta en establecimiento comercial y/o local ocupan un tercer lugar con un 10% diferente de las con este mismo rango de edad, donde esta actividad tiene el mayor porcentaje. Dentro de las actividades que se mencionan como otros con un 3% se encuentra la actividad de lustrar zapatos y elaboración de manillas.

Para los niños con edades entre los 12 y 14 años las identificaciones y caracterizaciones realizadas dieron los siguientes resultados:

Tabla 33. Relación género, edad y actividad económica niños de 12 a 14 años

ACTIVIDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Cuidadores de terceros	1		1
Ayudante de telecomunicaciones	2	3	5
Servicio doméstico	1		1
Mesero	2	7	9
Reciclaje	6	4	10
Venta ambulante callejera	8	7	15
Comercio al por menor en establecimiento comercial y/o local	12	17	29
Ayudante de construcción		1	1
Empacador			
Elaboración de productos alimenticios		1	1
Ayudante de bus o camión		1	1
Otro	9	3	12
Total	43	44	87

Fuente: Bases de datos niños trabajadores Ámbito Laboral 2009

En la grafica y tabla anterior se observa como para las niñas de 12 a 14 años la actividad económica predominante es el comercio al por menor en establecimiento comercial y/o local teniendo en cuenta que el porcentaje correspondiente a esta actividad es de 14%. Por otro lado, la venta ambulante callejera con un 9% y el reciclaje con un 7% son peores formas de trabajo en las cuales estas niñas se están desempeñando.

El porcentaje de otro tiene un 10% y dentro de este se encuentran actividades como operarias en empresas de transformación de plástico y el doblar camisetas en una microempresa textil.

En el caso de los niños incluidos en este rango de edad, se observa que un 20% está realizando actividades económicas de comercio al por menor en establecimiento comercial y/o local, mientras que un 8%, un 5% y un 1% están en las peores formas de trabajo infantil venta ambulante, reciclaje y ayudante de construcción respectivamente.

El porcentaje de otro equivalente a un 3% hace referencia a actividades Venta de dulces en el Colegio como medio para llevar ingresos a su hogar y elaboración de manillas.

En resumen no se evidencia una distinción entre el tipo de funciones que realizan las niñas y los niños de 5 a 14 años en relación al género en una actividad como el reciclaje, pero si en relación a las acciones que realizan los niños y niñas cuando tienen edades entre los 12 a 14 años. En el sentido que los NN de 5 a 11 años por lo general realizan actividades de clasificación dentro del hogar o del espacio que dispongan para el material y en el caso de los NN de 12 a 14 las actividades ya implican otro tipo de responsabilidades como el acompañamiento y recolección de elementos en la noche o madrugada, la venta de los elementos. Esto no quiere decir que estas actividades no las realicen los niños de 5 a 11, solo que en mayor medida las realizan los de 12 a 14, solo que tiene a existir una división de funciones.

Es importante examinar el aumento en la participación de los niños y niñas en actividades laborales dentro de establecimientos comerciales, trabajos que son percibidos por la comunidad como menos lesivos, pero en donde se sigue con un pensamiento de “hacerle un favor” al niño o niña al que se le brinda el trabajo.

2.7 TRABAJO PROTEGIDO – LAS Y LOS JÓVENES TRABAJADORES CON EDADES ENTRE LOS 15 A 17 AÑOS

Los casos de las y los jóvenes se concentraron en las UPZ Central (61%) y Occidental (26%), donde en total están ubicados 126 casos que representan el 87% del total de jóvenes trabajadores incluidos en la intervención. Los casos que corresponden a las UPZ Tintal Sur (4%), Apogeo (3%) y Porvenir (6%) suman 19 y corresponden al 13% del total de casos abordados.

Las variables a considerar son el porcentaje de las y los jóvenes trabajadores caracterizados con edades entre los 15 a 17 años, teniendo en cuenta las variables de edad y género.

Teniendo en cuenta la totalidad de los jóvenes abordados en la intervención de trabajo infantil para el año 2010 (145 jóvenes) se contó con un porcentaje de 57% de género femenino y 43% de género masculino. Dentro de las condiciones que se han identificado para el fenómeno de trabajo infantil está la división del trabajo por género. Mediante la intervención se encontró la evidencia que apoya tal división para algunas actividades económicas.

Tabla 34. Relación género, edad y actividad económica niños de 15 a 17 años

ACTIVIDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Cuidadores de terceros	6	1	7
Ayudante de telecomunicaciones	12	6	18
Servicio doméstico	2		2
Mesero	19	6	25
Reciclaje	2	3	5
Venta ambulante callejera	9	4	13
Comercio al por menor en establecimiento comercial y/o local	24	15	39
Ayudante de construcción		3	3
Empacador			
Elaboración de productos alimenticios	1	6	7
Ayudante de bus o camión			
Otro	6	13	19
Ayudante en plaza de mercado (alistamiento de verduras y alimentos)	2		2

Estibador, cargador, coterero, acarreos	1	1
Repartidor de domicilios	1	1
Ayudante en carpintería	1	1
Ayudante mecánica automotriz	2	2
Total	83	145

Fuente: Bases de datos niños trabajadores Ámbito Laboral 2009

Al describir la actividad económica en relación con el género femenino. Para el caso de las jóvenes de 15 a 17 años de edad abordadas mediante la intervención, se puede afirmar que en el comercio al por menor en establecimientos comerciales y/o locales es la actividad realizada con mayor frecuencia por ellas, teniendo en cuenta que el 29% de las estas jóvenes reportó que la estaba ejerciendo. Luego, le sigue como actividad económica realizada en mayor porcentaje la de mesera con un 23% de jóvenes vinculadas y luego, la de ayudante de telecomunicaciones con un 14%. Sin embargo, la venta ambulante callejera ocupa el 4° lugar, como lo refleja la grafica con un 11% de jóvenes vinculadas a esta actividad económica categorizada como peor forma de trabajo infantil.

En cuanto a las y los jóvenes de género masculino se encontró que la mayor vinculación al trabajo corresponde a la actividad económica de comercio al por menor en establecimiento comercial o local con un 24% de los l abordados. La segunda actividad económica realizada más importante, según su porcentaje, es la de “otros” con un 21% y después de estas están mesero, ayudante de telecomunicaciones y la elaboración de productos alimenticios cada una con un 10% de jóvenes vinculados a ellas. Sin embargo, también se observa vinculación a peores formas de trabajo infantil como venta ambulante callejera con un 6%, reciclaje con el 5% y ayudante de construcción con el 5% entre otras.

En lo relacionado con el servicio doméstico, sólo se encontraron jóvenes pertenecientes al género femenino: 1 joven en la UPZ Central, 2 en la UPZ Occidental y ninguna fue encontrada en las UPZ Tintal Sur, Apogeo y Porvenir. También, se identificaron 19 jóvenes de género femenino que reportaron o fueron observadas desempeñándose en la actividad económica de mesera, cifra mayor que la de 6 jóvenes de género masculino que se desempeñan en la misma actividad.

En contraste con estas actividades ejercidas predominantemente por jóvenes del género femenino, se encontró que para la actividad económica de ayudante de mecánica automotriz hubo 2 jóvenes de género masculino en la UPZ Central y 1 en la Occidental; los jóvenes de género masculino también ejercen las actividades de ayudante de construcción y ayudante de carpintería. Para la primera actividad económica se encontraron 2 jóvenes de género masculino en las UPZ central y Occidental, mientras que para la segunda se encontraron 1 joven en la UPZ Occidental y 1 en la UPZ Porvenir del mismo género. En cuanto a lo relacionado con la actividad de estibador, cargador, acarreo, cotereros se encontró un joven en la UPZ Occidental Central.

3 ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL POBLACIÓN TERRITORIO

3.1 CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La humanidad a través de la historia ha enfrentado constantemente tensiones entre el proceso salud-enfermedad, lo que ha hecho posible un abordaje conceptual y metodológico para avizorar propuestas de intervención que vayan encaminadas hacia la efectividad de las acciones en salud pública, reconociendo que las condiciones sociales, económicas y culturales inciden sobre el modo de vivir en las comunidades, favoreciendo o agudizando la salud de la población en los distintos territorios en los que se ha instalado la civilización. Así pues, la estrategia promocional de calidad de vida y salud propone el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, y por medio de esto se propicia la formulación de políticas públicas universales, integrales y equitativas⁹⁸.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, las personas se constituyen en el centro de acción de las políticas; las cuales se orientan a la satisfacción de sus necesidades, en las etapas del ciclo vital, favoreciendo el desarrollo de oportunidades y capacidades individuales y colectivas en los distintos territorios que conforman el distrito capital.

Este propósito implica el reconocimiento de las libertades fundamentales del ser humano, el ofrecimiento de oportunidades para que las personas desarrollen sus habilidades y potencialicen sus capacidades, la participación activa en las decisiones que afecten su desarrollo y contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las colectividades y los individuos que la integran.

Dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, el eje del ciclo vital permite ordenar y estructurar la formulación y desarrollo de políticas y acciones en la población, observando las causalidades y determinantes que afectan ámbitos fundamentales para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio de los derechos sociales en cada una de las etapas de la vida y a lo largo de ellas, planteándose para su lectura el enfoque de necesidades desde el desarrollo humano (necesidades de afecto, identidad, libertad, supervivencia, protección, participación, conocimiento, disfrute del tiempo libre y entornos saludables) y para el diseño de respuestas, se propone la articulación e integración funcional de los proyectos de desarrollo de autonomía, Transversalidades y Ámbitos, alrededor de cada etapa del ciclo vital.

⁹⁸ Secretaría Distrital de Salud. La ruta para la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Bogotá. 2004.

Una de las apuestas estructurales dentro de las políticas públicas es La población, entendida como el grupo de personas que habitan en un territorio caracterizado por aspectos que hacen referencia a género, etnia, grupo etario, capacidades y situación socioeconómica, para dar cuenta del ciclo vital. Estas personas deben ser el objetivo principal dentro de la implementación de las políticas tanto a nivel distrital, como local, por ser sujetos de derechos, y quienes construyen el tejido social dentro del territorio.

Las personas deben ser entendidas desde el desarrollo humano, el cual se define como:

- Un proceso de expansión de libertades económicas y políticas, a favor del individuo, cuya responsabilidad recae en el gobierno, las organizaciones sociales y políticas, comunidad, organizaciones no gubernamentales y las instituciones.
- El desarrollo se debe concretar en la satisfacción de necesidades fundamentales, en la generación de autonomía y la relación con el medio ambiente.

Por su parte el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) define el desarrollo humano como el “proceso de expansión de las capacidades de las personas que amplían sus opciones y oportunidades”⁹⁹

El ciclo vital explica el tránsito de la vida como un continuo y propone que el crecimiento y el desarrollo humano es producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social, relacionadas con la satisfacción de necesidades y despliegue de capacidades y potencialidades.

Así, la vida se contempla como una sucesión de etapas caracterizadas específicamente desde la gestación hasta la muerte, pasando por la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez, que interactúan condicionando las posibilidades de la siguientes etapas; así las necesidades y problemas de una etapa pueden ser previstas y superadas o agravadas desde las anteriores.

El enfoque de ciclo vital también habla de las determinaciones sociales tales como; prohibiciones, estímulos, conductas y expectativas, modos de ser y pensar, entre otros, que viven los individuos y las colectividades, al ser inscritos en una de las etapas de la vida, en un contexto social y cultural. Reconoce que existen exposiciones y fragilidades diferenciales en cada etapa en la que se encuentre el individuo y el contexto donde se desarrolla. Las personas en las diferentes etapas, viven y construyen relaciones sociales en los territorios sociales, donde se deben construir respuestas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas. Contempla conceptos de crecimiento, maduración y aprendizaje, desde un enfoque biopsicosocial, que incluye; la posición biológica de la persona, el entorno físico, los procesos cognoscitivos, los contextos históricos, sociales y culturales. Contemplando

⁹⁹ PNUD, Desarrollo humano. Informe 1992, Bogotá, 1992

al individuo como un ser cambiante en un mundo que evoluciona. No es sinónimo de grupos etarios; por lo tanto, las edades no funcionan como marcadores definitivos, sino como referentes generales, el ciclo vital es entonces un conjunto de momentos en la historia de una persona dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona¹⁰⁰.

Ante las poblaciones podemos afirmar que son ellas siempre complejas de acuerdo a la realidad del territorio donde acontece el desarrollo humano de los individuos. Lo respectivo al enfoque diferencial tiene un hilo conductor entre los derechos humanos de las personas según sus especificidades étnicas, culturales, sociales, de género o generación, de las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan para ejercer estos derechos frente al resto de la sociedad y de las capacidades de resistencia y respuesta social de sus propias comunidades.

Según Donny Meertens, el enfoque diferencial es un “método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos. Parte de los principios básicos del libre ejercicio de los derechos, de la equidad y del reconocimiento de las diferencias entre los grupos poblacionales. Emplea un análisis de la realidad que pretende hacer visibles las diferentes formas de discriminación contra aquellas poblaciones consideradas diferentes”¹⁰¹.

El enfoque puede trabajarse desde los siguientes principios:

1. Igualdad: que quiere decir que las personas deben ser tratadas de la misma manera sin desconocer que aquellas que han pasado por determinadas situaciones deben tratarse de forma proporcional a dicha situación.
2. Diversidad: Respeto a la diferencia aún en la diferencia y garantía de al conjunto de derechos colectivos e individuales de los diferentes grupos por medio de acciones afirmativas que los apoyen.
3. Participación: garantiza el derecho a la consulta y a la concertación de las diferentes poblaciones en la construcción de políticas públicas por medio de acciones coordinadas a nivel local, distrital y nacional.
4. Integralidad: Implica complementariedad en los derechos y respuestas a los diferentes mecanismos de protección.
5. Adaptabilidad: Capacidad de transformar un proceso adecuadamente a nuevos contextos.
 - Entonces la diferencia nos permite evidenciar las condiciones y /o situaciones de desigualdad.
 - Mirada particular de relacionarse.
 - Una forma particular de construcción de territorio y cultura.

Al analizar la categoría de género implica reconocer que en el orden cultural y social en el que estamos inmersas e inmersos han existido y aún existen diferentes formas de exclusión mediadas por las diferencias y las características con las que cuentan las personas.

¹⁰⁰ Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública. Política de Salud del distrito capital, Bogotá, 2008 – 2012.

¹⁰¹ Documentos CODHES número 9. Desplazamiento forzado y enfoques diferenciales.

El género surge como lo menciona Rosa Cobo Bedía de “la idea que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos sino de construcciones culturales”¹⁰². Esta aclaración se da por separar el orden biológico excluyente en el que se ha enmarcado el cuerpo de la mujer, únicamente como dadora o creadora de vida, lo que la responsabiliza por completo de la construcción en todos los aspectos de las vidas de las demás personas y por ende a desenvolverse en determinados ámbitos. El sexo, utilizado indistintamente desde su connotación biológica para designar el género de mujeres y hombres se construye socialmente y explica “el sistema de dominación y subordinación masculina”¹⁰³, como un ejercicio pleno de poder que además se articula o entrelaza estrechamente con otras desigualdades sociales en las que las mujeres también están presentes como son las relativas a la edad, la etnia, el estrato socioeconómico o la clase social, las orientaciones sexuales entre otras; construidas desde un sistema patriarcal (blanco-católico-heterosexual) que determina el orden social.

Desde la socialización se ha caracterizado a hombres y mujeres de forma estereotipada que aún en la sociedad moderna se sigue reproduciendo de forma masiva. Como lo señala Florence Thomas¹⁰⁴; la mujer se ha desenvuelto en el espacio privado: la casa-hogar y lo más importante para ella es lo que funciona allí, como su apariencia física para los que lo habitan y la familia. Lo que la determina o caracteriza como creativa, sensible, cariñosa amable, intuitiva, propicia para entregarse al servicio doméstico y cuidado de los otros además de las acciones sociales y caritativas; mientras que a los hombres se les ha asignado el mundo hacia fuera, organiza, decide, crea produce lo que no les da tiempo para la afectividad y crianza de los hijos, y así sucesivamente se les designa a niñas y niños un comportamiento social.

Se busca promover una cultura en la que los modelos de socialización y de educación se den desde el reconocimiento del amplio potencial humano y desde las inclinaciones y preferencias particulares y no intente ajustar muchas veces a los seres humanos a un deber ser rígido o a un solo esquema hombre-mujer que inhibe el desarrollo pleno de las personas

La perspectiva de género reconoce las diferencias que constituyen a hombres y mujeres, tanto en el aspecto físico-biológico como en la construcción de las identidades de género; además analiza las estructuras sociales y la forma como se han relacionado las personas de acuerdo a la división por sexos-géneros. Por medio de la asignación de valor ético a las diferencias se busca llegar a un trato igualitario, equitativo e incluyente en todas las esferas sociales, por medio del acceso y el ejercicio pleno de los derechos, igualdad de oportunidades y reconocimiento que ante las diferencias las mujeres tienen las mismas capacidades. Este ejercicio de derechos tiene que ver con el quehacer de un rol u otro en el espacio doméstico, en el trabajo en la política, en la comunidad y la resignificación de estos roles en cada uno de estos espacios.

¹⁰² COBO, Bedía Rosa. “Género” En: 10 palabras clave sobre Mujer. Editorial Verbo Divino. Navarra. 1995 pp. 55

¹⁰³ DE BARBIERI, Teresita. Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. Artículo presentado en el taller sobre derechos reproductivos organizado por PRODIR. Sao Paulo. Diciembre de 1990

¹⁰⁴ THOMAS, Florence. El macho y la hembra reconstruidos. Aportes en relación con los conceptos de feminidad y masculinidad en algunos mas media colombianos. 1985

Asignar valor ético a las diferencias constitutivas de lo humano es uno de los es una alternativa para lograr que las diferencias no sigan siendo consideradas como legitimadoras de la discriminación, de la exclusión y de la subordinación. En tal sentido reconocer el sentido ético de las diferencias es un camino para avanzar en el reconocimiento de todas las otras y todos los otros diferentes a mí, como interlocutoras e interlocutores válidos.¹⁰⁵ Por ello cabe acá precisar además que diferencia y desigualdad no son sinónimas como tampoco lo son homogeneidad e igualdad.

Considerar el género como categoría para el análisis de la realidad humana y social y la perspectiva de género como un enfoque orientador para la comprensión de las relaciones sociales y de los procesos de producción, permite reivindicar derechos históricamente vulnerados, promover el acceso igualitario a servicios, crear condiciones que estimulen la igualdad de oportunidades, y así mismo contribuye a generar una conciencia del valor de las diferencias no solo físicas sino ideológicas, políticas y sociales, por medio de aplicación de acciones afirmativas.

Desde la perspectiva de género, la equidad se debe generar por y para todas las personas, pero aún hay grupos que se encuentran excluidos de los procesos de desarrollo y se encuentran en desventaja social como las etnias indígenas, negras y grupos de mujeres y jóvenes.

Las desventajas y exclusiones sociales generan pobreza material y económica pero esta no es la única pobreza existente: hay pobrezas relativas al bienestar material como las pobrezas de capacidades, de oportunidades, de participación social y política, políticas de libertades. Exclusión y pobreza son expresiones de las inequidades existentes en la sociedad y sus expresiones son diferentes para las mujeres que para los hombres¹⁰⁶.

La inclusión de la perspectiva de género permite percibir que los procesos de desarrollo afectan de manera diferencial a distintos grupos de población y a las mujeres y a las mujeres y hombres en particular; y que el pleno aprovechamiento de los recursos del desarrollo están sujetos a las posibilidades de los diversos grupos en el acceso a la información, participación, educación y poder.

Respecto al enfoque territorial encontramos que a partir del año 2008, la consolidación de la Dirección Territorial en la estructura de la Secretaría Distrital de Integración Social, busca coordinar y promover el desarrollo del trabajo de la entidad y transectorial por medio de procesos de desconcentración y descentralización como mecanismo para contribuir en la gestión de la política social en relación a las diversas realidades de la ciudad. En este sentido, el territorio es eje fundamental de la estrategia de Gestión Social Integral de la administración actual, en el marco del plan de desarrollo “Bogotá Positiva 2008 - 2012”

La definición de territorio se aleja de los abordajes solamente de lo espacial o geográfico e incorpora una perspectiva de naturaleza social de reconocimiento de identidad y pertenencia de los grupos humanos. “El territorio es una Construcción social, trasciende el espacio físico; lo humano, lo colectivo y lo cultural hace parte

¹⁰⁵ Cabe precisar aquí el hecho que diferencia y desigualdad no son sinónimos como tampoco lo son homogeneidad e igualdad, para comprender que el antónimo de igualdad no es diferencia sino desigualdad y el antónimo de diferencia es homogeneidad; por ello al pretender la homogeneidad de los seres humanos se cierra el camino al reconocimiento del valor de las diferencias y se reproduce la desigualdad.

¹⁰⁶ Proequidad- GTZ-DINEM. Desarrollo Territorial con Equidad. Propuesta de institucionalización de la Perspectiva de Género. Bogotá. 1999

de él; allí se realizan los sueños, proyectos y las proyecciones políticas”. Al referirse a territorio se habla principalmente de relaciones sociales, de diferentes poderes que ejercen control sobre un espacio concreto y lo delimitan, legitiman y caracterizan. Los territorios son dinámicos, cambiantes, abiertos y pueden superponerse unos con otros, las relaciones dentro y fuera de cada territorio tienden a ser complejas, de carácter distintivo y único en cada momento histórico. “En sentido estricto, no hay sociedades sin territorios ni territorios sin sociedades. El análisis del territorio implica reconocer su totalidad y complejidad. Está constituido como una matriz de relaciones dinámicas y complejas entre factores físicos, sociales, económicos, políticos y culturales, los cuales establecen vínculos e interacciones de influencia, dependencia e interdependencia. Visto de esta manera, el territorio es la fuente directa e indirecta de sustento para las poblaciones del mundo.

Un territorio surge a partir de unas relaciones de poder que promueven un cierto grado de cohesión en su interior y establecen relaciones con territorios vecinos o externos, ya sea mediante vínculos tensos o consensuados. A través de este juego hacia adentro y hacia afuera se construyen y moldean muchas relaciones de carácter intersubjetivo en las cuales se construye la identidad territorial individual y colectiva. El sentido político de esas relaciones se expresa en el despliegue de interacciones de unos sujetos sociales hegemónicos y los demás actores sociales que las aceptan, soportan o sufren. El sustento formal de legitimidad de las relaciones de poder en el territorio y sobre él se afirma y descansa a menudo en la antigua idea griega de establecer vínculos sociales necesarios para la búsqueda del bien común.

La significación de pertenencia de un territorio a un determinado sujeto social o de éste, en sentido subjetivo, a un cierto territorio, puede ser muy variada. En todo caso esa relación incluye, además de vínculos de dominio o subordinación, otros lazos subjetivos e intersubjetivos de afectividad, identidad, cotidianidad, comunicabilidad, propiedad, juridicidad, politicidad y gobernabilidad. Estos distintos matices de la relación de pertenencia territorial son expresiones de eslabones diferenciados en la estructura de poder, pero al mismo tiempo evidencian lazos distintos, incluidos los emocionales, psíquicos, sociales, económicos, normativos y políticos, surgidos o tejidos entre individuos o grupos sociales que comparten un territorio. Esos eslabones están con frecuencia imbuidos de mediaciones institucionales y organizativas, pues los sujetos sociales las construyen como mecanismos de regulación de sus propias relaciones. Esa regulación, a la vez que puede promover la igualdad formal de los individuos y colectividades, también puede legitimar relaciones jerárquicas entre los sujetos sociales del territorio.

La comprensión de las territorialidades de los actores locales es clave en el entendimiento y manejo del conflicto y del consenso local. Las manifestaciones o expresiones de territorialidad son diversas, desde elementos simbólicos y mensajes sutiles hasta elementos de imposición y uso de la fuerza, ya sea con carácter disuasivo o represivo.

La adopción de una mirada territorial para la gestión social integral busca visibilizar la transformación y resignificación del contexto territorial como medio de promoción del desarrollo humano: el territorio se constituye como conjunto o plataforma de oportunidades para la integración y el desarrollo sociales. Esta mirada examina el territorio como una matriz multifactorial de relaciones dinámicas y complejas que constituyen las condiciones básicas de la existencia de los humanos en un espacio determinado.

Dicha mirada concibe el territorio como una construcción social y supone la existencia de unos sujetos sociales como actores fundamentales de ese mismo territorio. Constata que dentro de la relativa unidad de la funcionalidad y gobernabilidad de la ciudad se expresa una diversidad territorial. Enfatiza la importancia del reconocimiento de las particularidades territoriales para la formulación de las políticas públicas. Promueve la perspectiva de una

política pública matricial, que exige la intervención integral y la búsqueda de impactos interfactoriales. Considera que un asunto crucial para cada territorio específico es la forma como éste se inserta en el territorio-mundo de la actual globalización.” (Adaptado de G. Montañés)

El territorio se organiza a partir del reconocimiento de sujetos, con características específicas que definen su naturaleza biológica, económica, social y política; relaciones, que establecen entre dichos sujetos; y procesos que organizan la vida social, en un espacio que se construye histórica y socialmente. El territorio social es dinámico, se construye, reconstruye y transforma.

3.2 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS TERRITORIOS GSI

Antes de abordar la localidad séptima de Bosa desde los distintos territorios definidos dentro de la estrategia de gestión social integral (para el caso se trata de las unidades de planeación zonal), es necesario presentar los indicadores socioeconómicos de cada uno de estos territorios con el propósito de reconocer desde aquí la inequidad que presenta la localidad en cuanto a las condiciones de calidad de vida de la población allí reconocida.

La clasificación por estrato socioeconómico según UPZ para la Localidad de Bosa muestra que la población sin estrato se concentra en la UPZ Central en Bosa Occidental y Apogeo, la población de la UPZ Central acoge un gran porcentaje de población de estrato bajo bajo al igual que en Bosa Occidental. La población en estrato bajo se concentra principalmente en la UPZ Bosa Central. Occidental y Tintal. Solamente en la UPZ Apogeo se encuentra el 100% de la población de estrato medio-bajo.

Tabla 35. Clasificación de la población por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009

UPZ	Sin Estrato	%	Bajo-Bajo	%	Medio-Bajo	%	Total	%
Apogeo	666	22,5	24.765	5,1	12.694	2,3	38.125	6,9
Bosa Occidental	709	24,1	172.717	35,9	-	-	178.960	32,3
Bosa Central	1134	38,4	219.600	45,8	-	-	221.236	39,9
El Porvenir	363	12,3	26.358	5,4	-	-	73.629	13,3
Tintal Sur	80	2,7	37.467	7,8	-	-	42.439	7,6
TOTAL	2.952	0.5%	480.907	86.7%	12.694	2,3	554.389	100%

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

Las viviendas en estrato Bajo- Bajo se ubican principalmente en las UPZ Porvenir, Tintal Sur y Occidental. En cuanto a los hogares los que se ubican en estrato bajo-bajo se concentran en la UPZ Porvenir y Tintal Sur; para el estrato bajo se ubican las viviendas principalmente en UPZ Central, Occidental y Tintal Sur. Ver Tabla 35. En Bosa para el año 2009 se proyecta un total de 122785 viviendas el 40,5% (49.759) se ubican en Bosa Central que es el territorio más consolidado, el 25,6% en Bosa Occidental (31.419), el 13,6% en Tintal Sur (16.679), el 12,4% se ubican en El Porvenir (15.176), y por último en la UPZ Apogeo donde vive están el 7,9% (9752) de las viviendas de la Localidad.

Tabla 36. Clasificación de las viviendas por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009

UPZ	Sin Estrato	%	Bajo-Bajo	%	Bajo	%	Medio-Bajo	%	Total	%
Apogeo	210	28,8	-	-	5954	5,5	3.588	100	9752	7,9
Bosa Occidental	151	20,7	964	8,8	30.304	28,2	-	-	31.419	25,6
Bosa Central	221	30,4	145	1,3	49.393	45,9	-	-	49.759	40,5
El Porvenir	95	13,1	8.560	78,5	6.521	6,1	-	-	15.176	12,4
Tintal Sur	51	7	1.240	11,4	15.388	14,3	-	-	16.679	13,6
TOTAL	728	0,6%	10.909	8,9	107.560	87,6	3.588	2,9	122.785	100

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

En la localidad de Bosa para el 2009 se proyectaron 151991 hogares de los cuáles el 39,7% se ubican en la UPZ Bosa Central, el 28,2% en la UPZ Bosa Occidental, el 12,8% en El Porvenir, 11,4% en Tintal Sur y el 7,9% en la UPZ Apogeo.

Tabla 37. Clasificación de hogares por estrato socioeconómico según UPZ Localidad de Bosa 2009

UPZ	Sin Estrato	%	Bajo-Bajo	%	Bajo	%	Medio-Bajo	Total	%
Apogeo	206	25,6	-	-	8053	6,1	3.746	12.005	7,9
Bosa Occidental	152	19	1258	8,1	41.420	31,5	-	42.830	28,2
Bosa Central	289	35,9	152	1,0	59.916	45,4	-	60.357	39,7
El Porvenir	100	12,4	12.425	79,9	6.938	5,3	-	19.463	12,8
Tintal Sur	57	7,1	1.723	11	15.556	11,7	-	17.336	11,4
TOTAL	804	0,5	15.558	10,2	131.883	86,7	3.746	151.991	100

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

3.2.1 Proyección Poblacional de los territorios GSI 2009

Las UPZ o territorios GSI de la Localidad de Bosa presentan un comportamiento variable en su población teniendo en cuenta que el territorio inicialmente se caracterizaba por un alto desarrollo industrial y en las últimas décadas la Localidad de Bosa el crecimiento urbano de carácter residencial, ha modificado el uso del suelo y las dinámicas de poblamiento, con UPZ consolidadas y con mayor número de habitantes como Bosa Central y Occidental, UPZ de desarrollo reciente como son Tintal Sur y Porvenir en donde la población encuentra predios a bajo costo por la estratificación de la tierra amenazada por inundaciones y con una distancia importante del centro económico del Distrito. La UPZ Apogeo de carácter industrial como Apogeo.

Tabla 38. Proyecciones poblacionales por UPZ Localidad Bosa 2009.

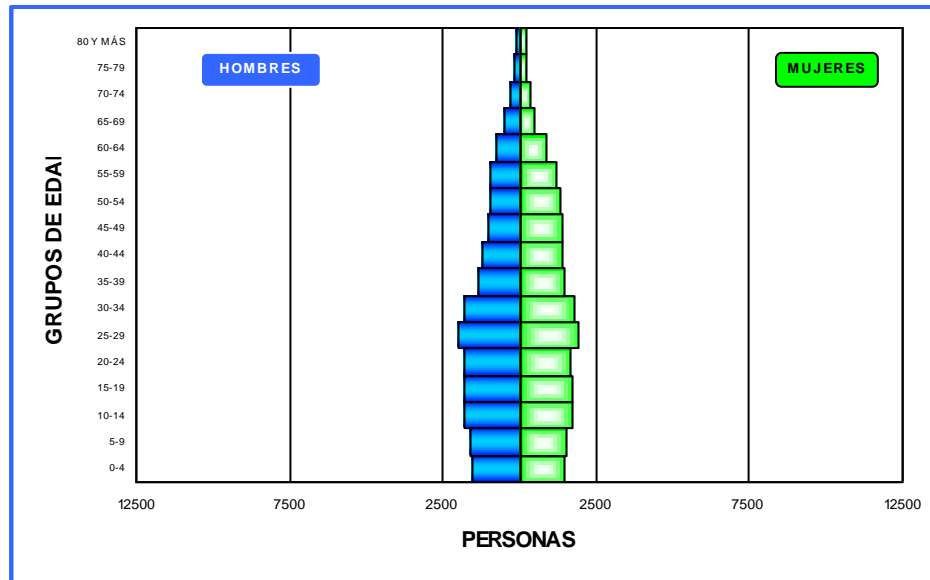
QUINQUENIO	APOGEO		BOSA OCCIDENTAL		BOSA CENTRAL		PORVENIR		TINTAL SUR	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
0-4	1.524	1.446	8.421	7.958	10.434	9.764	3.944	3.733	3.534	3.337
5-9	1.598	1.552	8.535	8.215	10.867	10.033	4.088	3.908	3.689	3.451
10-14	1.782	1.726	8.660	8.455	10.930	10.177	3.962	3.767	3.465	3.308
15-19	1.826	1.739	8.142	7.948	10.265	9.568	3.572	3.362	3.039	3.025
20-24	1.777	1.676	7.089	7.014	9.042	8.938	3.056	2.933	2.569	2.774
25-29	2.001	1.945	6.991	7.273	9.021	10.133	2.838	3.013	2.167	2.784
30-34	1.823	1.793	6.672	6.867	8.698	9.639	2.994	3.120	2.637	3.240
35-39	1.352	1.437	5.705	6.000	7.453	8.316	3.087	3.192	3.194	3.706
40-44	1.179	1.405	5.171	5.609	6.623	7.472	2.639	2.799	2.430	2.923
45-49	1.021	1.404	4.622	5.255	5.891	6.422	1.943	2.185	1.551	2.069
50-54	929	1.307	3.715	4.210	4.750	5.406	1.450	1.708	955	1.370
55-59	915	1.202	2.710	2.855	3.491	4.338	969	1.168	413	638
60-64	745	906	1.937	2.000	2.566	3.337	695	835	238	387
65-69	477	518	1.182	1.221	1.615	2.300	490	563	166	271
70-74	287	337	668	772	951	1.537	288	358	92	173
75-79	170	217	393	468	581	945	158	199	54	104
80 Y MÁS	130	248	391	515	543	1.024	96	150	41	111
TOTAL	19.536	20.858	81.004	82.635	103.721	109.349	36.269	36.993	30.234	33.671

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

3.3 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN EL TERRITORIO GSI APOGEO

Proyección Poblacional UPZ 49 Apogeo. En esta UPZ es donde se ubica la menor cantidad de población de la localidad de Bosa. En esta pirámide se observa con claridad un aumento en la población entre 25 años y 35 años, relacionado probablemente con el uso del suelo de este sector donde el número de viviendas es menor y la actividad económica que se desarrolla allí atrae a población en especial del género masculino en edad productiva.

Gráfica 18. Proyecciones Poblacionales UPZ 49 El Apogeo 2009



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

El territorio de la UPZ 49 Apogeo corresponde a la UPZ con el número menor de habitantes y hectáreas de la localidad. Esta UPZ se encuentra bordeada por el Río Tunjuelo y se ubica en mayor cercanía a la Autopista Sur, solo cuenta con dos micro territorios de Salud a su Casa: Olarte y Nuevo Chile; además es la única UPZ que su clasificación socioeconómica es mayoritariamente en estrato 3 por ser residencial generando una escasa adherencia a los programas institucionales por no estar dirigida a este nivel de estratificación, pues aunque sus viviendas, malla vial y servicios públicos estén bien equipadas, en muchas ocasiones no garantizan un nivel de calidad de vida apto y contar con área industrias y pequeña empresa. Alberga usos dotacionales de gran escala como el Cementerio El Apogeo, El Portal del Sur de Transmilenio y la Terminal de Transporte del Sur.

La UPZ 49 se caracteriza por albergar usos dotacionales de gran escala como el Cementerio El Apogeo, El Portal del Sur de Transmilenio y la Terminal de Transporte del Sur. El área correspondiente al Cementerio el Apogeo constituye un área privada libre, que ofrece valores ambientales y paisajísticos a la ciudad. Igualmente contiene parte de la Centralidad Delicias-Ensueño, además de usos industriales, comerciales y una zona residencial consolidada (Urbanización Gecolsa y Villa del Río). Esta UPZ es de uso residencial consolidado.

La UPZ está conformada por ocho sectores normativos: tres con vocación residencial, dos industriales, un sector dotacional, un sector de comercio y servicios y un sector de área urbana integral.

Los barrios de la UPZ Apogeo son: Jardines Del Apogeo, El Motorista, Industrial, La Ilusión, Nuevo Chile, Olarte Y Villa Del Rio. Según la información del Hospital Pablo VI, en el diagnóstico participativo de salud la UPZ 49 cuenta con 2.524 habitantes por kilometro cuadrado.¹⁰⁷

La población que habita en esta UPZ está aumentando progresivamente hacia la etapa de adultez. En los seguimientos del ámbito familiar se identificó que por falta de dinero, algún miembro de la familia dejó de recibir alguna comida y 217 familias se vieron afectadas por esta situación y en 277 familias faltó dinero en el último mes para compra de alimentos. De igual manera en esta UPZ se presenta el 3.9% de la población en condición de discapacidad, lo que corresponde a 301 personas, lo que representa el menor porcentaje de esta población en relación con los demás territorios de la localidad. El bajo porcentaje de población en condición de discapacidad habitante en la UPZ Apogeo puede estar relacionado con el hecho de que la población no acepta la pertenencia a la localidad, manifestando pertenecer a la localidad de Kennedy. Por otro lado, esta UPZ cuenta con población estrato 3, y muchas de estas personas consideran que los programas que se realizan desde el sector público, no son dirigidos a ellos, no los pueden beneficiar o simplemente no les interesa. Según el sistema de vigilancia de la violencia y maltrato infantil (SIVIM) para la UPZ Apogeo se notificó el 5% (n=16) del total de los casos en el 2009 en adultos. En cuanto a las comunidades étnicas, se identificaron familias afro en los barrios Quintas de La autopista, en Olarte y Nuevo Chile y organizaciones comunitarias de los afro, Aso- pacífico, la UTIS Fabrica de manjares blancos.

De acuerdo con datos del sistema de información geográfica del Instituto Distrital de Recreación Y Deporte (IDRD), En la UPZ Apogeo se cuenta con 16 parques, 150,516.53 M2 de áreas verdes y 2.993 M2 de área verde por habitante. En el proceso de reconocimiento de los espacios para la práctica de actividad física, los habitantes reconocen el parque Metropolitano Lago Timiza como espacio físico más adecuado y con mejor infraestructura para la realización de prácticas deportivas, recreativas y para el aprovechamiento del tiempo libre, aunque este no haga parte de la localidad. Igualmente reconocen que es uno de los sectores con mayor número de personas mayores, organizado en torno a la práctica de actividad física, actividades culturales y de esparcimiento. Reconocen que la práctica de actividad física no es una prioridad o una necesidad para alcanzar unas mejores condiciones de vida y esto determina que dediquen su tiempo a otras actividades relacionadas al cuidado del hogar y a la obtención de ingresos económicos. Es importante destacar que dentro de la UPZ existen 1 piscinas al servicio de la comunidad, construida por la Fundación PAVCO sobre la autopista sur (Barrio Surbaná – UPZ Apogeo 49). Respecto a la información de registro de la Transversalidad de Discapacidad, en la UPZ Apogeo se concentra el 5.9% correspondiente a 317 personas mayores¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Hospital pablo Vi Bosa ESE. Documento de lectura territorial por UPZ para la Estrategia de Gestión Social Integral y Participación (GSlyP). Bogotá. 2009.

¹⁰⁸ Hospital Pablo VI Bosa. Informe Transversalidad de Discapacidad. Bogotá. Abril de 2010

A continuación se presentan el análisis de la determinación social desde los principales núcleos PROBLÉMICOS que se priorizaron en la localidad, a partir de información cuantitativa y cualitativa construida desde el sector salud con actores comunitarios e institucionales en el 2009.

3.3.1 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Condiciones productivas precarias de la población económicamente activa del territorio que se manifiestan en perpetuación de la pobreza, baja cualificación de trabajadores, falta de continuidad en contratos, empleo informal, condiciones ocupacionales riesgosas.

En la UPZ 49 no se han evidenciado reportes de trabajo infantil, pese a esto no se descarta la presencia de esta situación en este territorio.

En cuanto a la Unidades de trabajo Informal identificadas, en este territorio se cuenta con 42 Unidades caracterizadas la mayoría restaurantes, seguido de expendio a la mesa de productos de cafetería refrescos, helados y salones de té y en donde se emplean 88 personas 55 del género femenino y 33 del género masculino la mayoría sin contrato laboral y con salarios entre menos de uno S.M.M.L.V.¹⁰⁹

TABLA 39. Unidades de Trabajo Informal Territorio Apogeo.

ACTIVIDADES LABORALES	N	%
<i>Expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurantes</i>	19	45,2
<i>Expendio a la mesa de comidas preparadas en cafeterías, refrescos y helados, salones de té</i>	15	35,7
<i>Lavado y limpieza de prendas de tela y de piel</i>	4	9,5
<i>Fabricación de productos metálicos para uso estructural</i>	1	2,4
<i>Elaboración de otros productos alimenticios</i>	1	2,4
<i>Peluquería y otros tratamientos de belleza</i>	1	2,4
<i>Reciclaje de desperdicios y de desechos metálicos y no metálicos</i>	1	2,4
Total general	42	100,0

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Bases de datos Ámbito Laboral 2009.

¹⁰⁹ Hospital pablo VI Bosa. Encuesta Unidades de trabajo Informal. 2009.

La actividad económica relacionada con la elaboración de alimentos como restaurantes y panaderías prima la fuerza laboral femenina, rompiendo de esta manera con el imaginario del hombre como mayor proveedor del hogar y la mujer como la encargada del trabajo doméstico no remunerado, dejando ver que el caso de la ocupación laboral en este territorio y en toda la localidad es prioritaria la necesidad del sustento diario, antes que cualquier otra razón.

En cuanto a los riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores se debe resaltar los riesgos físicos por temperaturas extremas que se relacionan principalmente con las actividades económicas de restaurantes, cafeterías y panaderías. La mayoría trabaja en el horario diurno y no se tiene una discriminación por etapa de ciclo en el desempeño de las actividades laborales ya mencionadas.

TABLA 40. Riesgos en Salud Ocupacional 2009 Territorio Apogeo

TERRITORIO	Carga física	Riesgo biológico	Riesgo eléctrico	Riesgo físico	Riesgo mecánico	Riesgo psicosocial	Riesgo químico	Total
APOGEO				42				42
BOSA OCCIDENTAL	3	1		83		1	6	94
BOSA CENTRAL		1	2	149	4	1	15	172
EL PORVENIR				39			3	42
TINTAL SUR	1			11			1	13
TOTAL GENERAL	4	2	2	324	4	2	25	363

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Bases de datos Ámbito Laboral 2009.

3.3.2 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Barreras en el acceso a servicios de salud, educación, cultura, recreación y deporte, además de restricción en criterios de inclusión a programas de protección social y asistencia alimentaria; relacionadas con un equipamiento insuficiente, pautas para acceder o delimitar las respuestas institucionales que no tienen en cuenta las condiciones particulares de los núcleos familiares como la empleabilidad y nivel de ingresos, debido a una estratificación socio – económica que generaliza la situación encontrada en equipamientos como viviendas y malla vial en los barrios Olarte, Nuevo Chile y Villa del Río, considerando esta disposición aplicable para los demás servicios; evidenciando dificultades de cobertura, calidad y oportunidad.

En este territorio se realizan intervenciones desde el programa Salud Al Colegio en las Instituciones Educativas Distritales Nuevo Chile, José Antonio Galán y El Motorista. El colegio Nuevo Chile se ubica en el barrio Olarte, las acciones se desarrollan en la sede A y B de la institución con un total de 3767 estudiantes para la vigencia 2009.

Además, se encuentra el colegio José Antonio Galán como sede única, contaba con 2081 estudiantes. El motorista cuenta con una sede ubicada en el barrio El Apogeo con capacidad para 1036 estudiantes¹¹⁰. La capacidad instalada del sector educativo para este territorio se queda corta ante la demanda de la población en edad escolar lo que hace que niños, niñas y jóvenes deban movilizarse por el territorio para asegurar el derecho a la educación, en mayor parte hacia el territorio central donde se conglera un alto porcentaje de la demanda educativa. En cuanto a temas como aprobación, reprobación y deserción no se cuenta con datos desagregados por UPZ. Ver Tabla X.

TABLA 41. Instituciones Educativas Distritales Territorios GSI 2009

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL	No. DE ESTUDIANTES MATRICULADOS 2009		
	Total	Niños	Niñas
UPZ 49 EL APOGEO			
COLEGIO MOTORISTA	256		
COLEGIO NUEVO CHILE	912		
SUBTOTAL 49	1168		
UPZ 84 OCCIDENTAL			
COLEGIO BOSANOVA	1.474	742	732
COLEGIO BRASILIA – BOSA	3.361	1.655	1.706
COLEGIO DEBORA ARANGO PEREZ	2.962	1.422	1540
COLEGIO GERMÁN ARCINIEGAS	2.245	1.158	1.087
COLEGIO JOSE FRANCISCO SOCARRAS	3.883	1.956	1927
LEONARDO POSADA PEDRAZA	3.611	1.796	1.815
COLEGIO ORLANDO HIGUITA ROJAS	3.423	1.673	1.750

¹¹⁰ Hospital Pablo VI Bosa. Análisis Ámbito Escolar. 2009

COLEGIO RURAL LA CONCEPCION	1.380	715	665
COLEGIO SAN BERNARDINO	2.112	1085	1059
COLEGIO VILLAS DEL PROGRESO	904	481	423
SUBTOTAL 84	25.355	12.683	12.704
UPZ 85 BOSA CENTRAL			
COLEGIO ALFONSO REYES ECHANDIA	3.409	1710	1699
COLEGIO CARLOS ALBAN HOLGUIN	5.961	2761	1552
COLEGIO CEDID SAN PABLO (JM, JT, JN)	4.67	2290	2386
COLEGIO FERNANDO MAZUERA VILLEGAS (JM, JT, JN)	6.506	3238	3268
COLEGIO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	1.467	728	739
COLEGIO GRAN COLOMBIANO	4.334	2110	2224
COLEGIO JOSE ANTONIO GALAN	2.051	1065	986
COLEGIO LLANO ORIENTAL	1.077	531	546
COLEGIO LUIS LOPEZ DE MESA	3.082	1629	1453
COLEGIO PABLO DE TARSO	3.359	1710	1649
COLEGIO PORFIRIO BARBA JACOB	1.979	983	996
SUBTOTAL 85	33.225	18.755	17.498
UPZ 86 PORVENIR			
COLEGIO EL PORVENIR	1548		
COLEGIO FE Y ALEGRIA	454		
COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA	1489		

SUBTOTAL 86	3491		
UPZ 87 TINTAL SUR			
COLEGIO ALFONSO LOPEZ MICHELSEN	2082		
COLEGIO SAN BERNARDINO	554		
COLEGIO CARLOS PIZARRO LEON GOMEZ	908		
COLEGIO KIMI PERNIA DOMICO	979		
SUBTOTAL 87	4523		
TOTAL	67762		

Desde el ámbito escolar se encuentra la intervención de la transversalidad de desplazamiento dónde se identifican dentro del territorio Apogeo niños, niñas y adolescente en el IED Motorista con 21 casos, IED José Antonio Galán con 12 casos. Los determinantes de la situación de desplazamiento en población escolarizada van desde el alto índice de agresividad hacia sus pares y núcleo familiar, hasta condiciones precarias de vivienda, desnutrición, explotación sexual y económica¹¹¹.

De acuerdo a la distribución geográfica del programa salud a su casa SASC, para el 2009 se encontraron dentro de la UPZ 49 los siguientes los microterritorios: 19, 20 y 45. Dentro del microterritorio 19 se encuentran los barrios José Antonio Galán, Villa Nohora, Clarelandia, Motorista y La Ilusión. En el microterritorio 20 se hallan los barrios Nuevo Chile y Olarte terreno que pertenecen a la ronda del río Tunjuelito. El microterritorio 45 se define a partir del barrio Olarte II¹¹². Ver Mapa Microterritorios.

Como características de estos barrios se reconoce que el barrio La Ilusión está limitado por el sur con el barrio el motorista correspondiente a la carrera 75b, al norte con el cementerio del apogeo, al oriente con la autopista sur y al occidente con el río Tunjuelito. El barrio Motorista está limitado por el sur con la avenida Dagoberto Mejía, al norte con el barrio la ilusión, al oriente con la autopista sur y al occidente con el río Tunjuelito. El barrio Villa Nohora está limitado por el sur con la avenida Dagoberto Mejía, al norte con el río Tunjuelito, al oriente con el barrio el motorista y al occidente con el barrio José Antonio galán. El barrio José Antonio Galán está limitado por el sur con la avenida Dagoberto Mejía, al norte con el río Tunjuelito, al oriente con el barrio José Antonio galán, al occidente con la avenida abastos correspondiente a la carrera 86. El microterritorio 20 se limita al el Sur con las instalaciones de la empresa Coca cola – Súrbara, al Norte con el Río Tunjuelito, al Oriente con Avenida

¹¹¹ Hospital Pablo VI Bosa. Diagnóstico local Transversalidad Desplazamiento SAC. Bogotá. 2009.

¹¹² Hospital Pablo VI Bosa. Diagnóstico del ámbito familiar SASC. Bogotá. 2009.

Villavicencio, y al Occidente con el Parqueadero de transmilenio – Cementerio del apogeo. En cuanto al microterritorio 45 se encuentra que el barrio Olarte II fue legalizado en el año 1977 y en la actualidad cuenta con 78 manzanas y 2416 casas. Cabe anotar que este barrio no tuvo ordenamiento, ni planificación del territorio por lo que no tiene equipamiento deportivo recreativo y de bienestar social¹¹³.

De acuerdo a la caracterización hecha dentro del microterritorio 19, según el tipo de aseguramiento, se reconoce un mayor índice de población dentro del régimen contributivo, es decir con capacidad de pago con un 37%, lo que se debe a la estratificación de este sector dentro del 3 nivel socioeconómico; además, la mayoría de sus habitantes laboran en empresas fuera de la localidad y acceden a los servicios en salud en localidades vecinas como Kennedy. En contraposición, encontramos que el 36% de la población no presenta ningún tipo de aseguramiento lo que pone en evidencia la inequidad del territorio en cuanto al aseguramiento en salud, estas cifras pueden relacionarse con datos de familias en situación (17 familias) y condición (3 familias) de desplazamiento, familias reinsertadas (13 casos), familias étnicas diferenciadas por indígenas (6 casos), afrodescendientes (4 casos), ROM (4 casos). En cuanto al régimen subsidiado se presenta un 26% de adherencia, en este tipo de aseguramiento se encuentran las personas con puerta de entrada a la E.S.E. Pablo VI, entidad que hace presencia en este territorio con una unidad primaria de atención en el barrio Olarte¹¹⁴.

Para el microterritorio 20 se reconoce un alto número de familias marcadas por el flagelo del desplazamiento diferenciados por situación (42 familias) y condición (20 familias), en reinsertados del conflicto armado se encontraron 12 familias. Además, se relaciona un alto porcentaje de familias étnicas indígenas, dato que podría relacionarse con la presencia del desplazamiento, pero por deficiencias en los formatos de caracterización no se pueden cruzar estas variables. En cuanto al aseguramiento cabe anotar que el régimen con mayor adherencia en este microterritorio es el contributivo representado en un 42%, seguido del subsidiado con 26% y muy de cerca, con un 23%, se encuentra la población con ningún tipo de aseguramiento identificado.

En el microterritorio 45 se identifica que la malla vial se encuentra en su totalidad terminada y pavimentada desde el año 1985/1987, además de contar con andenes provisionales que la misma comunidad construye. Las dos vías principales de acceso al barrio son la Kra. 72, con Cll. 57 que viene de villa del río, y la segunda que viene de la autopista del sur hasta el río Tunjuelito. Las otras vías son de uso peatonal; el mejoramiento de la malla vial depende de la EAAB. Por la vía principal que viene del barrio Nuevo Chile pasan diferentes rutas de transporte que se desplazan sobre las distintas vías de la ciudad como la Av. Boyacá, Av. primero de Mayo, Av. ciudad de Cali, Av. 68, Cll. 13, autopista sur, Kr. 24 y kr. 30 de las empresas de transporte coonalmicros, TDC, buses blancos, cootranskenedy, ucotrans. Se refiere dentro de la caracterización la presencia de transporte informal como bicitaxis y de una ruta informal de colectivos que se dirigen al municipio de Soacha. En cuanto a la población especial se hallaron familias en condición (7 casos) y situación (3 casos) de desplazamiento, 6 familias reinsertadas, 3 indigentes. La población étnica hace presencia en el territorio con un alto porcentaje de familias afrodescendientes y ROM. En cuanto al aseguramiento es reiterativo, de acuerdo a la planeación y estratificación del territorio, un mayor índice en el régimen contributivo con un 54%, sin aseguramiento se encuentra el 23% de la población y dentro del régimen subsidiado un 19%.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Ibid.

En cuanto a la relación de tipo de vivienda y servicios se encuentra la mayor presencia de casas y apartamentos. La distribución por tenencia de vivienda se expresa en su mayoría en arrendamiento, luego en propiedad pagada y en tercer lugar propia pagando. En los microterritorios 19 y 20 la cobertura en servicios públicos presenta una situación similar en servicios básicos como energía, acueducto y recolección de basuras. En cuanto a los servicios con baja cobertura están el gas y el teléfono. Para el microterritorio 45 la situación varía en relación a la recolección de basuras que disminuye considerablemente lo que agudiza las condiciones ambientales expuestas más adelante en el núcleo de medio ambiente. De otro lado, la cobertura de gas es mayor en relación a los demás territorios. El servicio de teléfono continúa siendo el que menor cobertura presenta¹¹⁵.

Al tener en consideración los datos relacionados con mortalidades presente en el territorio Apogeo encontramos la siguiente situación: En cuanto a la mortalidad materna se encontró 1 caso durante la vigencia 2009. En mortalidad por neumonía se presentó 1 caso en el barrio Olarte del sexo masculino. Para la mortalidad perinatal se encuentran 5 casos notificados, cuyas madres se encontraban en la etapa de ciclo vital juventud, lo que evidencia el riesgo para una gestante en esta etapa, sumado a estados nutricionales deficientes que propician la muerte perinatal. En las tasas de mortalidad infantil encontramos que se presentó 1 caso en el sexo masculino y 3 en el sexo femenino. De los 4 casos, 3 ocurrieron en el barrio Olarte y 1 en Villa del Río. En relación a la edad de las madres se encontró que 2 de ellas eran adultas, 1 joven y 1 sin dato registrado.

Tabla 42. Eventos de notificación obligatoria SIVIGILA hospital Pablo VI Bosa 2009

<i>EVENTO</i>	<i>Apogeo</i>	<i>Bosa Central</i>	<i>Bosa Occidental</i>	<i>El Porvenir</i>	<i>Tintal Sur</i>	<i>Total general</i>
ACCIDENTE OFIDICO	1					1
CHAGAS		1	3	2	2	8
DENGUE CLÁSICO		11	4	1	1	17
DENGUE HEMORRÁGICO					1	1
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS	4	28	23	6	11	72
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN.		7			1	8
EXPOSICIÓN RÁBICA	28	149	99	48	48	372
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA				1		1
HEPATITIS A	4	24	18	6	13	65
HEPATITIS B	2	6	5	3	1	17
HEPATITIS C	1	1				2
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA ESI-IRAG	16	114	55	30	25	240
INFLUENZA SOSPECHOSOS POR VIRUS NUEVO	1	8	11	2	2	24
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	2	20	20	10	8	60

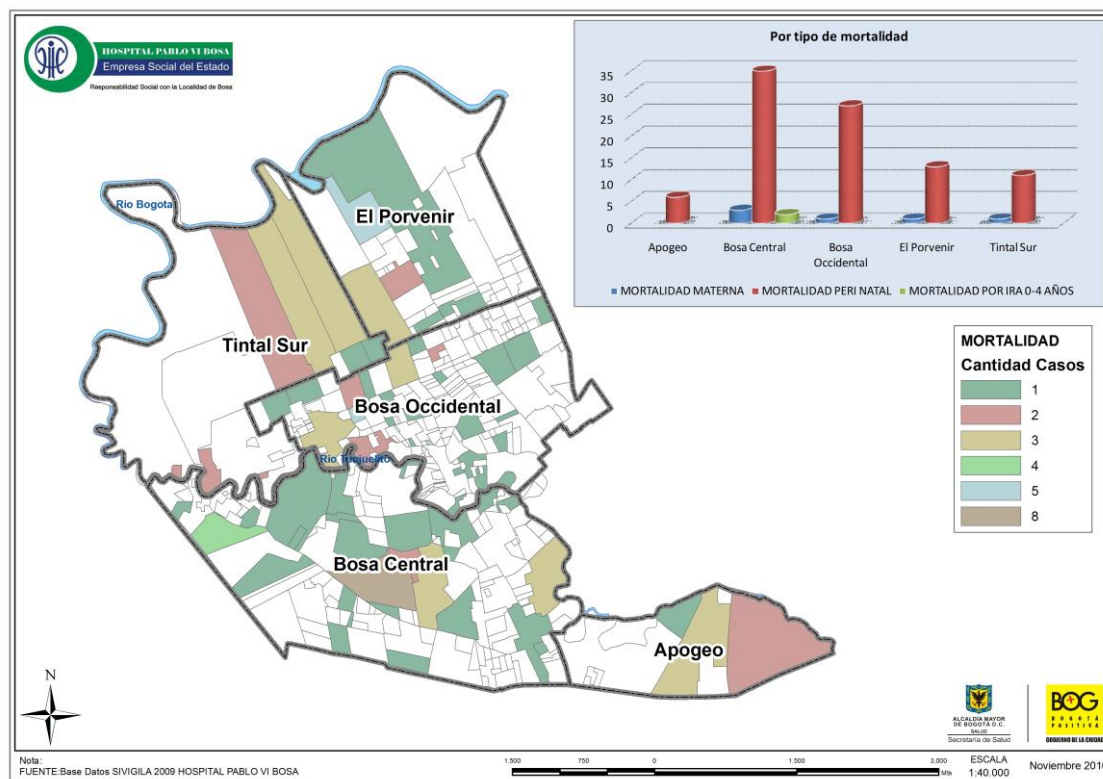
¹¹⁵ *Ibid.*

<i>INTOXICACIÓN POR METANOL</i>			1		1	2
<i>INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS</i>	5	24	16	5	16	66
<i>INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS</i>		15	17	4	4	40
<i>INTOXICACIÓN POR SOLVENTES</i>			2			2
<i>IRAG INUSITADO</i>	2	1	3	1		7
<i>LEISHMANIASIS CUTÁNEA</i>		3	2		2	7
<i>LEPRA</i>			1			1
<i>LESIONES POR PÓLVORA</i>		1	1	1		3
<i>Leucemia Aguda Pediátrica Linfoide</i>		4	2		1	7
<i>Leucemia Aguda Pediátrica Mieloide</i>		1		1		2
<i>MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)</i>				1		1
<i>MALARIA COMPLICADA</i>		1				1
<i>MALARIA FALCIPARUM</i>	1	1	1			3
<i>MALARIA VIVAX</i>	3	2	6	1	2	14
<i>MALNUTRICIÓN</i>		1				1
<i>MENINGITIS MENINGOCOCCICA</i>				1		1
<i>MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i>				1		1
<i>MORTALIDAD MATERNA</i>		3	1	1	1	6
<i>MORTALIDAD PERINATAL</i>	6	35	27	13	11	92
<i>MORTALIDAD POR IRA 0-4 AÑOS</i>		2				2
<i>PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)</i>		1		1		2
<i>PAROTIDITIS</i>	8	42	31	12	10	103
<i>RUBEOLA</i>	3	16	6	8	4	37
<i>RUBEOLA CONGÉNITA</i>	1	1	1			3
<i>SÍFILIS CONGÉNITA</i>	1	1	6	3	2	13
<i>SÍFILIS GESTACIONAL</i>	3	9	12	5	1	30
<i>SARAMPIÓN</i>		4	3	3	2	12
<i>TOS FERINA</i>	4	32	22	10	12	80
<i>TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR</i>	1	4	3	2	3	13
<i>TUBERCULOSIS PULMONAR</i>	4	11	10	7		32
<i>VARICELA INDIVIDUAL</i>	119	707	427	241	172	1666
<i>VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA</i>	8	26	22	5	5	66
TOTAL GENERAL	228	1317	861	436	362	3204

Fuente: SDS. Hospital Pablo VI Bosa. Base DE datos notificación de eventos SIVIGILA 2009

Dentro de los eventos SIVIGILA ubicados en la UPZ 49 se encuentran: La varicela individual es el evento de mayor notificación en este territorio, en infancia se presentaron 37 casos para el sexo femenino y 35 casos para el sexo masculino. En la etapa de juventud se presentaron 17 casos en mujeres y 13 casos en hombres. En la adultez se hallan 8 mujeres y 10 hombres. Para personas mayores no se presenta este evento. Con estos datos se reitera el riesgo biológico en el que se encuentran las etapas de infancia y juventud. En cuanto a la exposición rábica se encontraron 22 casos asociados a inadecuada tenencia de animales, cuyos determinantes se abordan en el núcleo de ambiente. En los casos de infección respiratoria aguda grave se notificaron 14 casos, este dato se relacionan con el seguimiento a protocolos de atención, debido a la alarma generada por la expansión de la epidemia causada por el virus H1N1, lo que hizo que se generara este diagnóstico con el fin de descartar posibles casos confirmados. Otros casos como Parotiditis presentan un total de 8 casos, seguido de 5 casos por intoxicación por sustancias químicas distintas a fármacos¹¹⁶.

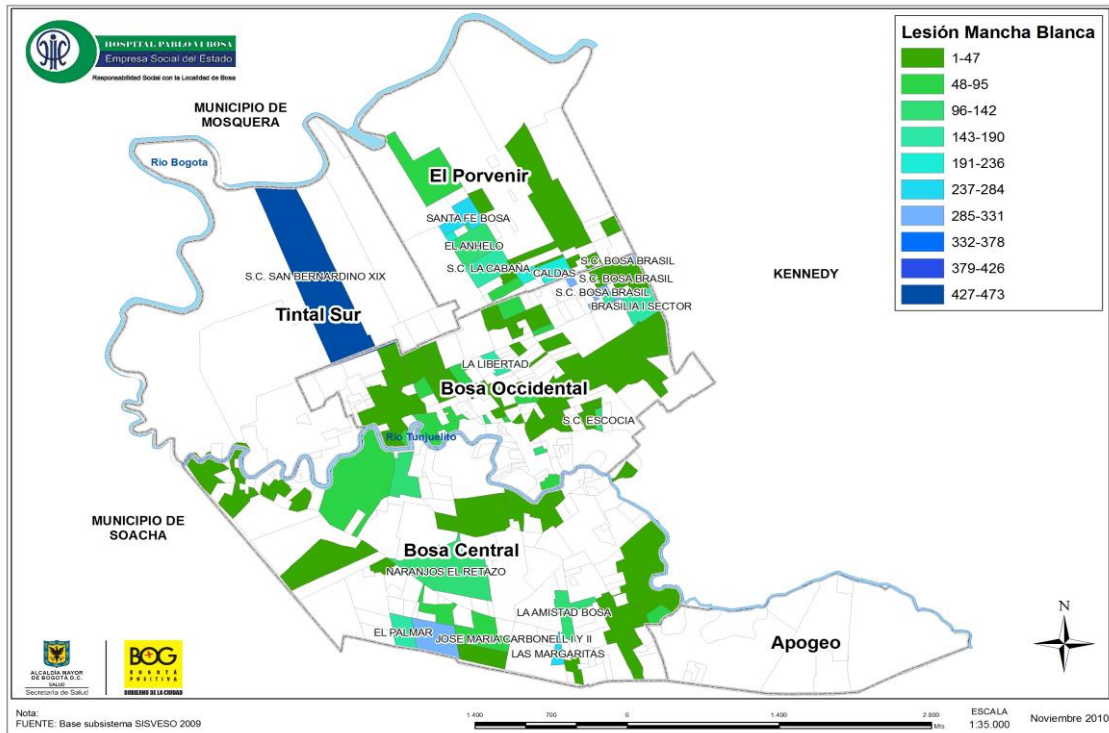
Mapa 19. Notificación de Mortalidades Evitables Salud Pública SIVIGILA Localidad Bosa 2009



Particularmente en la UPZ 49 la población no accede a los servicios de salud oral que presta la ESE debido a que la mayoría pertenece al régimen contributivo. Como consecuencia la demanda de estos servicios es baja y dirigida a la población de los otros territorios que componen la localidad.

¹¹⁶ Hospital Pablo VI Bosa. Base de datos SIVIGILA. Vigilancia epidemiológica. Bogotá. 2009

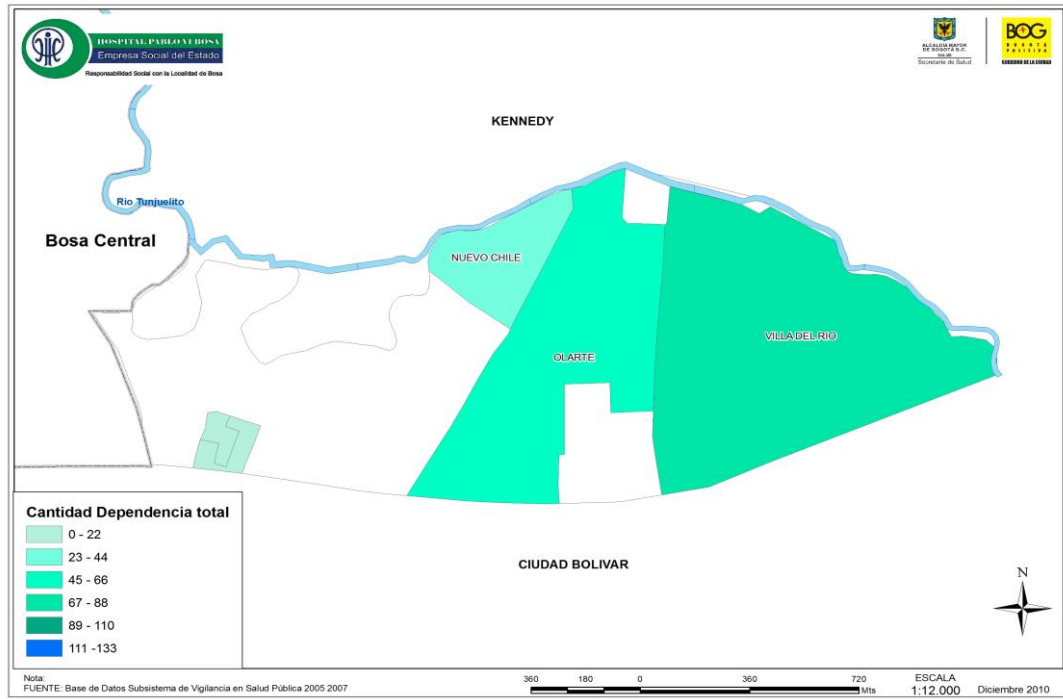
Mapa 20. Reporte De Mancha Blanca Subsistema Sisveso Localidad Bosa 2009



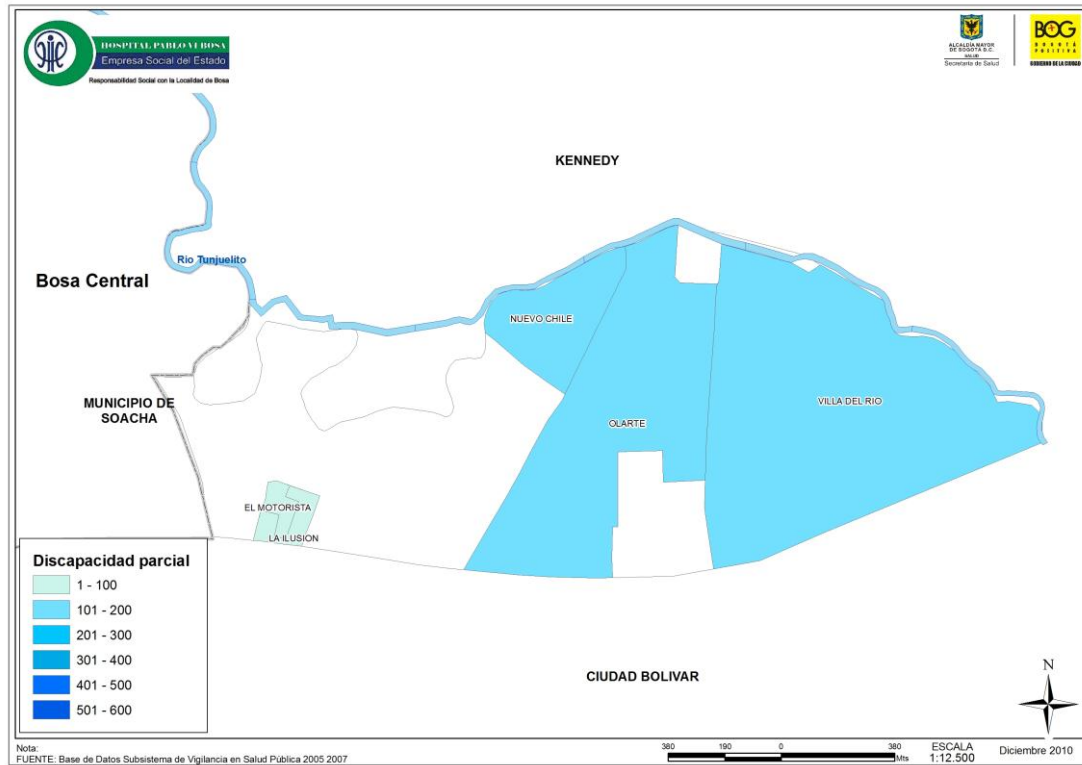
En cuanto a las personas en condición de discapacidad que habitan este territorio se observa que existe una dependencia total especialmente en el barrio Villa del Río donde se tienen identificado que entre un 61 y 70 casos presentan esta condición, seguido del barrio Olarte con 51 a 60 casos, Nuevo Chile con un rango entre 31 a 40 casos y por último el motorista entre 1 a 20 casos. En cuanto a las personas con discapacidad parcial más de un 80% se encuentran ubicados en Villa del Río y Olarte con un rango entre 108 a 213 casos y el restante en nuevo Chile y Motorista.¹¹⁷

¹¹⁷ Hospital Pablo VI Bosa ESE. Transversalidad de Discapacidad. Base de datos de Identificación de personas en condición de discapacidad Total y Parcial.2009

MAPA 21. Personas Identificadas Con Discapacidad Severa Territorio Apogeo Localidad Bosa 2005 2007

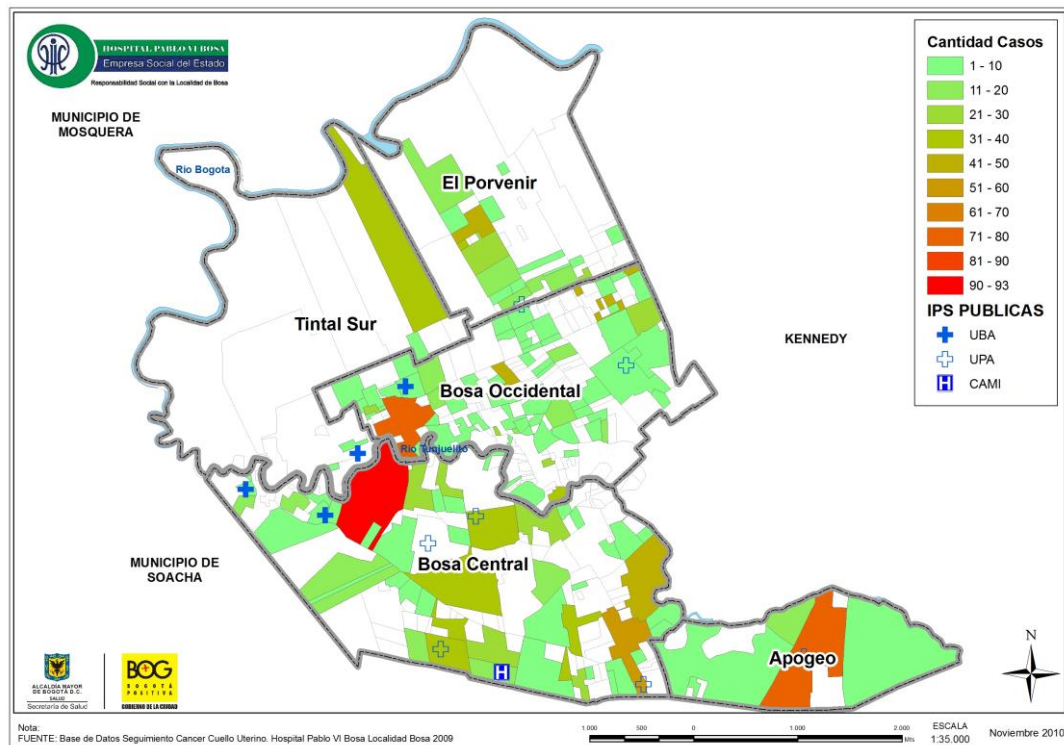


Mapa 22. Personas Caracterizadas Con Discapacidad Parcial Territorio Apogeo Localidad Bosa 2005 2007



El acceso a los servicios de salud para la toma de la citología que permita la identificación temprana de alteraciones cervico uterina es restringido por causas socioculturales y por la calidez en los servicios de atención durante la toma del examen así se identifico en los grupos focales de salud sexual y reproductiva; como consecuencia existe una alta prevalencia de casos confirmados con alteraciones celulares (ASCUS)¹¹⁸ frente a las demás UPZ. Por ejemplo en el barrio Olarte de 61-70 casos y en el resto de los barrios de la UPZ entre 1-10 casos.¹¹⁹ Otro motivo es la afiliación al régimen contributivo de la población que en este territorio es mayor al de las otras UPZ de la localidad siendo una barrera de acceso por no tener puerta de entrada a los servicios de salud de la ESE.

Mapa 23. Detección de alteraciones celulares en cuello uterino según citología en mujeres usuarias Hospital Pablo VI Bosa 2009



3.3.3 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Situaciones de inseguridad ciudadana relacionadas con tráfico y microtráfico de sustancias psicoactivas, baja respuesta de organismos de seguridad y fuerza policiva, conflictividad juvenil en el ámbito escolar asociada con el “matoneo” y las barras futboleras, que ponen en riesgo la integridad física y mental de los habitantes del territorio,

¹¹⁸ Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado. Relacionado con un estado precanceroso cervico uterino. OMS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Anatomía del Aparato Genital Femenino y Evolución Natural del Cáncer Cervicouterino. Capítulo II.2007. Medical. Pág. 41

¹¹⁹ Hospital pablo VI Bosa ESE. Salud Sexual y Reproductiva. Base de datos CCU. 2009

especialmente a gestantes, niños, niñas y jóvenes; aumentando los índices de delincuencia, hurto, homicidios, lesiones de causa externa que perpetúan relaciones de poder entre los géneros agudizando situaciones de agresión, maltrato, violencia sexual y física en mujeres y personas; al mismo tiempo que se pone en riesgo el patrimonio y libre desarrollo de la personalidad reflejado en inequidad para condiciones y situaciones diferenciales de los individuos identificados por medio de signos de exclusión en la población con discapacidad, desplazamiento e identidad étnica.

Desde las notificaciones al sistema de vigilancia en salud pública comunitaria se encontraron los siguientes casos discriminados de mayor a menor número donde se pueden asociar al núcleo de violencias para las siguientes notificaciones: gestante en riesgo (14 casos), se debe considerar este dato en la medida en que las futuras madres deben movilizarse en el territorio, hasta los centros de salud para realizar sus controles, lo que las hace partícipes de la situación de inseguridad presente en barrios como José Antonio Galán, donde se presenta uno de los índices más altos en hurtos a personas, lesiones personales, etc., asociados a la actividad comercial de la zona, de acuerdo al diagnóstico de seguridad y convivencia para el primer semestre del 2007¹²⁰. Los problemas del estado de ánimo (10 casos), problemas del comportamiento (8 casos), consumo de sustancias psicoactivas (5 casos), pueden asociarse con las lecturas de necesidades realizadas desde el programa Salud Al Colegio, donde se evidencia la preocupación ante la violencia generada al interior de los colegios por conflictos como el “matoneo” que ocasiona hurtos y lesiones personales entre pares por medio de la coacción y exclusión social. La conducta suicida (6 casos), duelo no superado (6 casos), estos datos evidencian el estado de fragilidad emocional en el que se encuentra la población, con débiles redes de apoyo e insuficientes mecanismos para la superación de carencias sentimentales. La persona mayor en situación de vulnerabilidad (3 casos), pautas inadecuadas de crianza (1 caso), trauma por violencia (1 caso), disfunción familiar (1 caso)¹²¹.

Dentro de las notificaciones hechas al sistema de vigilancia de las violencias y el maltrato intrafamiliar SIVIM para el territorio Apogeo se encuentran 118 casos durante el 2009, que corresponde al 4.6% del total de casos reportados al sistema. Teniendo en cuenta el tipo de violencias se encuentran los siguientes datos: física, un total de 47 casos que representa el 5,3%, al cruzarlo por etapa de ciclo vital y sexo encontramos la siguiente información: infancia: 10 mujeres y 10 hombres, juventud: 11 mujeres, 5 hombres, adultez: 11 mujeres, 0 hombres. De esto se concluye que en cuanto a la violencia física las principales víctimas son los niños y niñas debido a la fragilidad tanto física como emocional, un desconocimiento de los derechos de las niñas y niños, bajo nivel de escolaridad en padres y madres lo que perpetúa pautas de crianza social e históricamente marcadas por la violencia y el maltrato. Las mujeres son el sexo en el que se presenta con mayor relevancia la violencia física, sin presentar un cambio relevante en ninguna de las etapas lo que puede señalarse como un flagelo continuo que deben asumir las mujeres en el transcurrir de su vida como efecto de una sociedad patriarcal que prolonga patrones de discriminación entre los sexos. En violencia emocional, con 43 casos lo que equivale a un 4,4%, al clasificarlos por etapa de ciclo vital y sexo se hallan los siguientes resultados: infancia: 9 mujeres, 12 hombres, juventud: 11 mujeres y 6 hombres, adultez: 6 mujeres y 1 hombre, persona mayor: 2 mujeres. De estos datos podemos analizar, además de una mayor presencia de esta violencia en el sexo femenino, también la reducción de los casos de acuerdo a la edad, lo que podría deberse a una consolidación del ejercicio de la autonomía emocional que acompaña al desarrollo humano en el paso del tiempo. No obstante, al hallarse este tipo de violencia en mujeres mayores expresa la fragilidad en la que esta población se encuentra por una falta de atención y prevención en el proceso de envejecimiento. El abuso

¹²⁰ Secretaria distrital de planeación, instituto de estudios urbanos - universidad nacional. Caracterización localidad de Bosa. sector seguridad ciudadana. Bogotá. Marzo de 2008.

¹²¹ Hospital Pablo VI Bosa. Base de datos VSPC. Vigilancia epidemiológica. Bogotá. 2009

sexual, presenta 26 casos que reúne el 4,9%. Por etapa de ciclo vital y sexo se manifiesta así: infancia: 8 mujeres, 3 hombres, juventud: 11 mujeres y 1 hombre, adultez: 2 mujeres, 0 hombres, persona mayor: 0 mujeres y 1 hombre. Este tipo de violencia es prevalente en menores de edad, puede deberse a una inadecuada formación tanto a nivel familiar como educativo en educación sexual que permita a la población infantil y juvenil apropiarse de herramientas para el reconocimiento y denuncia del abuso sexual. Aunque este análisis parte de las notificaciones efectivas, se debe tener en cuenta que un porcentaje de este tipo de violencia no se denuncia por el miedo al ser objeto del señalamiento social, incompreensión y re victimización en el entorno familiar e institucional. La violencia económica, con 6 casos que representa el 2,9%, al clasificarla por etapa de ciclo vital y sexo se encuentran: infancia: 1 mujer, 3 hombres, juventud: 1 mujer y 0 hombres, adultez: 0, persona mayor: 1 mujer, 0 hombres. En violencia por negligencia se notificaron 42 casos con un porcentaje de 3,9%, al cruzar los datos por etapa de ciclo vital y sexo se encuentra: infancia: 17 mujeres y 14 hombres, juventud: 4 mujeres y 5 hombres, adultez: 1 mujer, persona mayor: 1 mujer. Esta violencia se expresa cuando los niños y niñas tengan su esquema de vacunación incompleto o inadecuado, la falta de controles de crecimiento y desarrollo, alta presencia de caries y enfermedades de la cavidad oral y niñas y niños con bajo peso, en general refleja la desatención de las instituciones ante la realidad de la población. La violencia por abandono, se encuentran 9 casos reflejando el 4,4%, en infancia se hallan 3 mujeres y 2 hombres, para juventud se encuentran 3 hombres y en persona mayor 1 hombre. Esta violencia se produce debido a condiciones socioeconómicas que debilitan los lazos familiares y minan la salud mental de la población de la UPZ 49¹²².

3.3.4 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Débil participación ciudadana en el territorio relacionada con: la progresiva desarticulación entre los diferentes sectores sociales, agotamiento de las formas de participación existentes y disminución en la conformación de grupos y redes nuevas. Esta situación restringe la opinión de la comunidad en los escenarios donde se toman las decisiones, especialmente frente a proyectos de servicios sociales, equipamientos, infraestructura y movilidad, de manera paralela se genera su vez falta de credibilidad en los procesos de movilización social frente a la reivindicación de los derechos en la población de la UPZ Apogeo.

Para realizar el análisis de la situación detectada en la UPZ 49 Apogeo es necesario revisar algunos determinantes sociales, este territorio se caracteriza por una disposición adecuada de equipamientos urbanos incluso el desarrollo de usos dotacionales de gran escala como el Portal del Sur del Sistema Transmilenio, el Cementerio “El Apogeo”, el Súper CADE del SUR, y el Terminal de Transportes del Sur occidente, esta situación hace que la movilización social frente a los temas relacionados con la infraestructura urbana sea mínima, además, esta zona alberga la menor densidad de la población de la localidad, debido a que los predios están más dedicados a la producción industrial formal, así como microempresas y pequeños establecimientos de comercio, que a la actividad residencial, hace que el número de personas con disposición a participar en los diferentes escenarios locales sea reducido, no obstante se ha identificado la presencia de: 1 organización juvenil, 1 organización por el derecho humano a la alimentación, 2 grupos étnicos afrodescendientes 3 organizaciones de persona mayor, 3 consejos zonales de salud, sin embargo no se identifica la conformación de formas organizativas nuevas o en proceso de consolidación.

¹²² Hospital Pablo VI Bosa. Base de datos SIVIM. Vigilancia epidemiológica. Bogotá. 2009.

Por otra parte las personas que participan en los diferentes espacios y organizaciones se concentran en el tema específico que moviliza a su organización, ya sea esta de cultura, persona mayor o salud entre otras y rara vez se involucran en procesos diferentes y que involucran a otras organizaciones o a otros temas generadores; de igual manera se encuentra un sentimiento generalizado de desilusión frente a la capacidad de gestión de estas formas de participación relacionadas con la baja respuesta a las necesidades planteadas en el territorio e incluso incumplimiento de compromisos adquiridos por instituciones públicas y privadas; esta situación da lugar a que los líderes de las organizaciones que se han mantenido durante un tiempo prolongado, se encuentren atravesando por etapas donde expresamente manifiestan cansancio y desgaste derivado por años de gestión social que ha producido resultados inferiores a las expectativas que inicialmente se tenían. No se evidencia que los habitantes de la UPZ 49 encuentren en la participación el mecanismo de respuesta frente a las necesidades que se les presentan.

Se encuentra un planteamiento general donde la comunidad manifiesta que para las actividades que incluyen la participación ciudadana para generar procesos de toma de decisiones no se ha realizado una convocatoria eficaz y en ocasiones la información de la realización de eventos se conoce con muy poco tiempo de anterioridad disminuyendo la posibilidad de participar, de igual manera, la comunidad siente que los espacios a donde son convocados se convierten en escenarios más consultivos y menos decisorios.

3.3.5 Núcleo Problemático:

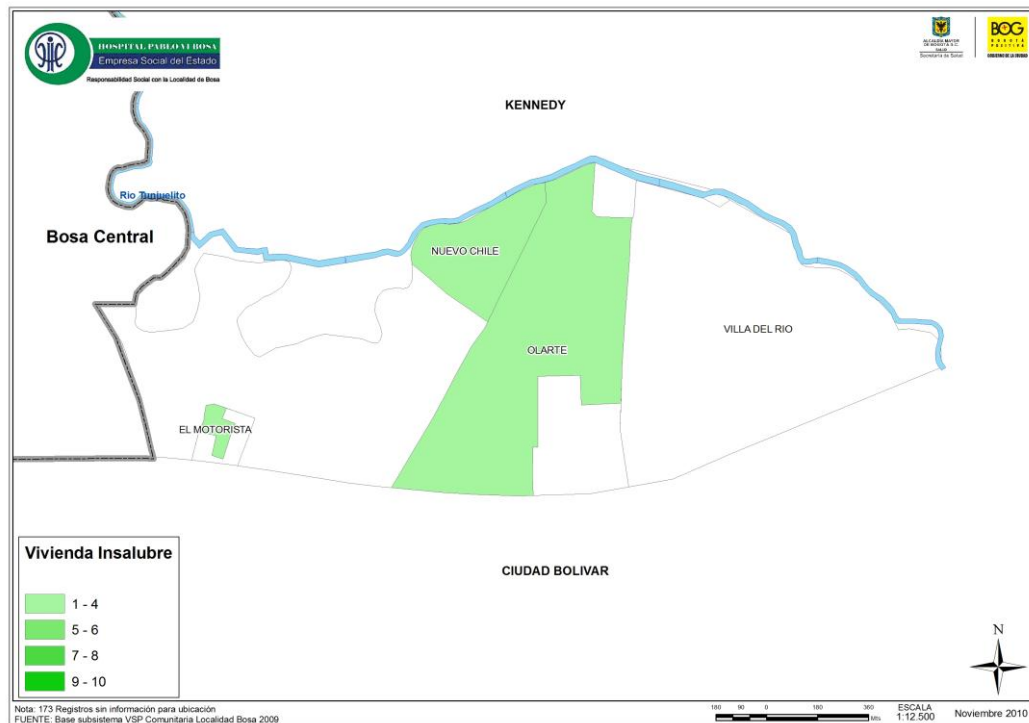
Presencia de conflictos ambientales evidenciados en zonas verdes sin mantenimiento, falencias en tenencia y manejo de mascotas, acumulación de escombros y basuras en lugares no adecuados, contaminación ambiental por parte de las empresas, contaminación del Río Tunjuelo, construcción de vivienda en terreno no apto para la urbanización. Lo anterior ocasiona presencia de insectos y roedores plagas, poniendo en riesgo la integridad de sus habitantes puesto que ocasionan enfermedades respiratorias, brotes de varicela, hepatitis y situaciones de insalubridad.

Las condiciones ambientales de la UPZ 49 se encuentran determinadas por las características socioeconómicas de dos zonas: La primera es la de barrio Villa del río que es un amplio sector desde la Avenida Villavicencio hasta el río Tunjuelo muy cerca al hipermercado MAKRO. Este barrio, es el único estrato 3 de la localidad y la comunidad se encuentra afectada específicamente por las emisiones a la atmosfera de las industrias que se encuentran ubicadas en la autopista sur, los olores provenientes del Frigorífico Guadalupe y el barrio Guadalupe donde existen establecimientos de expendio de carne algunos en condiciones higiénico sanitarias desfavorables, la contaminación del río Tunjuelo que a esta altura ya contiene una alta carga contaminante de los lixiviados del relleno sanitario Doña Juana, sedimentos de las explotaciones mineras y de las actividades domésticas y comerciales de las localidades por donde ya hecho su curso; a saber: Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Tunjuelito y Kennedy y finalmente por la ausencia de cultura en la tenencia de animales específicamente los de tipo doméstico ya que algunas personas tienen un número elevado de mascotas y otras no son responsables y no levantan las excretas de los caninos cuando los sacan a hacer sus necesidades en los parques y zonas verdes. Esta situación es

consecuente con las cifras de accidente rábico reportado en el SIVIGILA 2009 que para esta UPZ fue de 22 casos reportados. Sin embargo se debe anotar aquí que no todos las personas asisten a los servicios hospitalarios por la agresión de los animales mordedores.¹²³

La otra zona es la de los barrios Motorista, Olarte, José Antonio Galán, Nuevo Chile y Surbana que son barrios estratos dos. Allí, a pesar de encontrarse equipamientos urbanos de alta importancia como La terminal del Sur, El Portal de Transmilenio y el cementerio El Apogeo se presentan conflictos ambientales relacionados con la invasión de la ronda del río Tunjuelo, la disposición inadecuada de residuos sólidos como escombros en zonas públicas, la contaminación del río por los vertimientos del cementerio además de los ya mencionadas y, la contaminación atmosférica por Industrias, tráfico vehicular de la autopista sur y, por material Particulado de una minoría de vías no pavimentadas, esto puede estar relacionado con la presencia de 120 casos de varicela la mayoría niños y niñas¹²⁴ y con el alto número de consulta por Infección Respiratoria Aguda que para el 2009 fue del 30.5% ocupando el segundo lugar entre las 10 primeras causas de hospitalización en la ESE.¹²⁵

Mapa 24. Reporte de viviendas insalubres al subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria



¹²³ Hospital pablo VI Bosa ESE-SDS. Base de datos Subsistema SIVIGILA Vigilancia en Salud Pública. Bogotá. 2009

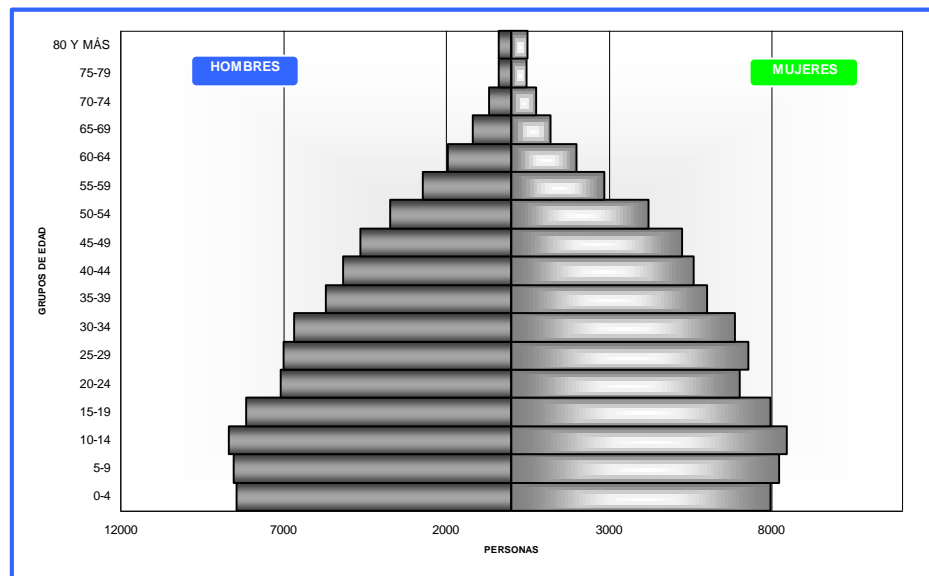
¹²⁴ Hospital pablo VI Bosa ESE-SDS. Base de datos Subsistema SIVIGILA Vigilancia en Salud Pública. 2009

¹²⁵ Hospital Pablo VI Bosa ESE. Perfil de Morbilidad Local. Bogotá. 2009

3.4 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 84 BOSA OCCIDENTAL

Proyección poblacional UPZ 84 Occidental. Cerca de la tercera parte de las familias de Bosa viven en esta UPZ (29,5%); no hay una variación importante en la estructura de la pirámide de la UPZ Occidental en comparación con la de la localidad, se observa que la población es joven con mayor proporción de la etapa infancia y juventud: y va disminuyendo gradualmente; en cuanto al análisis por género es mayor la relación de hombres con respecto a las mujeres hasta los 25 años, y después de esta grupo de edad hay mayor presencia de mujeres en cada quinquenio.

Gráfica 19. Proyecciones Poblacionales UPZ 84 Bosa



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

En la UPZ Occidental hay un número importante de parques vecinales representado en 46, se cuenta con zonas de recreación (obras con saldo pedagógico) en barrios cercanos como Betania, Bosa Linda, Bosa Nova, Brasília I, II, III y San Joaquín. El complejo urbanístico de la ciudadela el Recreo y Metrovivienda aportaron al sector una gran extensión de zonas verdes entre alamedas y zonas de recreación. De acuerdo a datos del sistema de información geografía del IDRD, esta UPZ cuenta con 68 parques, 117,112.04 mts2 de área verde y 1.01 mts2 x habitante. La comunidad manifiesta que aunque se cuenta con una buena estructura de parques en el sector, factores como la inseguridad, la delincuencia y el consumo de Spa, determinan que las personas no hagan uso de estos espacios. De igual manera refieren que ésta también es una de las causas por la que el uso del tiempo libre en la población infantil se asocia a la televisión, los video juegos en locales del sector. Algunos factores a nivel personal como Enfermedades relacionadas a procesos de envejecimiento, dolores articulares y musculares permanentes también son causas de inactividad en la población.

Los sujetos que proceden de colegios ubicados en zonas de nueva creación como es el caso de metro-vivienda, tienen mayor y más fácil acceso a parques y a zonas de ocio al aire libre, con mayor confianza para su disfrute. En cuanto a las organizaciones juveniles ubicadas en esta UPZ se han caracterizado desde el ámbito comunitario algunas como CORFODEC, arte gótico, ASOJUVENIL semillas del futuro, The Effort S.G., Guella Ic Hincha, escuela juvenil videos y rollo, colectivo juvenil MAPUC, corporación colectivo juvenil.

Según la caracterización de la mesa de barras futboleras se han reconocido los siguientes parches ubicados en este territorio: Dentro de los seguidores del equipo millonarios están el gallinero Bosa ubicado en el barrio Atalayas II y se reúnen en el parque Atalayas II; los locos Bosa se encuentran en el barrio la portada/tropezón cuyo lugar de encuentro es el parque la florida; la Blue Rain chicalá, barrio Chicalá, se reúnen en el parque de Betania; la 14 Bosa, en el barrio Holanda, reunidos en el parque del Holanda; el galpón, en el barrio Brasil, se reúnen en el CAI del Brasil; Brasiliazul, barrio Brasilia, CAI del Brasil; los capitalinos, en Bosa linda, reunidos en el parque Bosa Nova; los atorrantes, barrio el tropezón, se reúnen en el tropezón; la G*8, del barrio Bosa Nova, reunidos en el parque Bosa Nova; Bosazul, del barrio Bosa Nova se reúnen en Bosa Nova. Dentro de las barras que apoyan al equipo de Santa fe se encuentran la academia D.C., del barrio la libertad, convocados en el parque Atalayas I; Las quintas, en el barrio Santa Cecilia, reunidos en las margaritas. El parche que apoya al equipo de América en este territorio se hace llamar los pipas, del barrio Holanda.

Para la UPZ Occidental, en 1958 familias algún miembro dejó de recibir alguna comida durante el mes y faltó dinero para comprar alimentos en 2684 familias. En segundo lugar en notificaciones a vigilancia en salud pública comunitaria, se encuentra la UPZ occidental con un 15.6% (n=73), además en estos territorios se presenta un número mayor de habitantes del ciclo vital. Según notificaciones a SIVIM en la UPZ Occidental un 20% (n=65) corresponde a los casos reportados para la adultez. Respecto a las comunidades étnicas existen 78 familias, identificadas y algunas caracterizadas por el componente afro de la transversalidad étnica del Hospital Pablo VI, ubicadas en los barrios Chicó sur, Holanda, Independencia, La Paz, Potreritos, Villa del Progreso, La Libertad, Las Margaritas, Santa Inés Brasilia, Divino niño, San Antonio, San Jorge, Estazuela, Danubio Azul y San Joaquín. Personas pertenecientes a comunidades afro se han venido organizando de acuerdo a sus vocaciones en algunos grupos, de ellos tienen presencia en la UPZ Zarakua, Palenque, Herencia Afro-Latina, Asociación de mujeres Afro "La Canoa", Asociación de mujeres negras, grupo Reguee, además UTIS caracterizadas UTIS El Niche, UTIS El Maestro, UTIS Comedor Semillas de Libertad, mas cuatro peluquerías afro. Además tiene sede el Cabildo CIPRID – CALARCÁ PIJAO y la UTIS Lechonas y Tamales del Tolima en el barrio El Diamante.

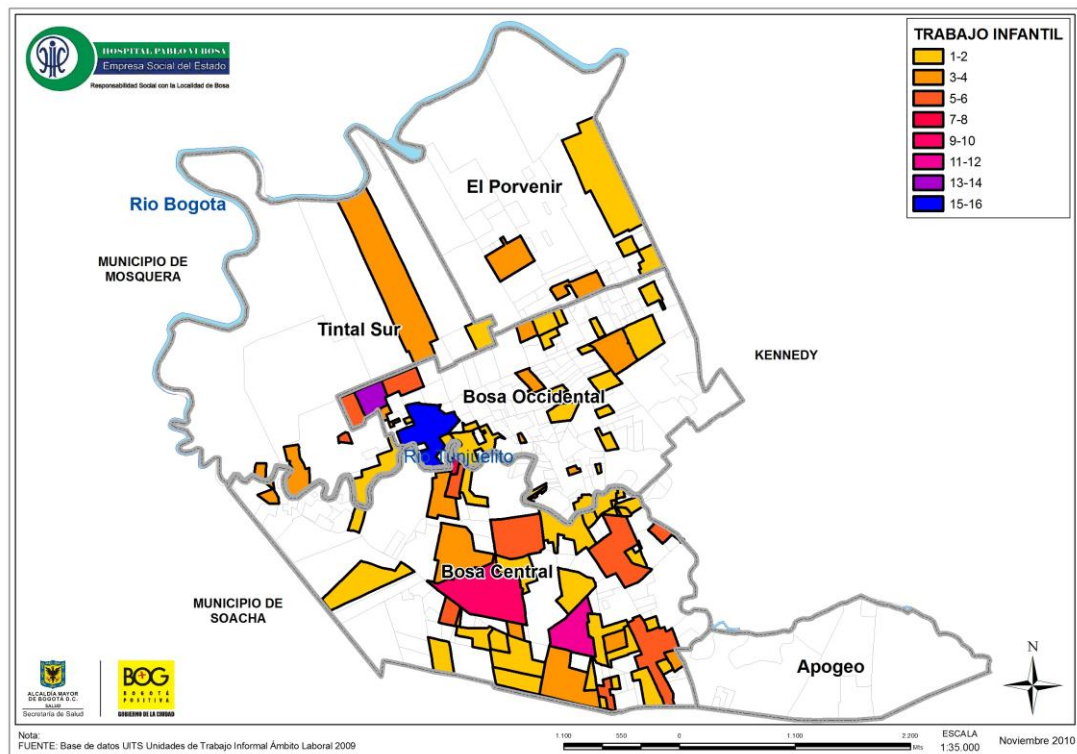
3.4.1 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Oportunidades productivas escasas en condiciones poco dignas que no favorecen la autonomía y el desarrollo del proyecto de vida afectando a toda la población del territorio especialmente a los niños, niñas; promoviendo la reducción de la protección del trabajador en relación a la seguridad industrial y salud ocupacional, desempleo, uso inadecuado del tiempo especialmente en los y las jóvenes, un bajo nivel de ingresos para el acceso a los servicios básicos con el consecuente deterioro de la salud y el desarrollo de los individuos.

En la UPZ 84 se destaca el desempeño de las siguientes actividades por los niños y niñas entre los 5 y los 14 años: Ayudante de cabinas telefónicas, actividades relacionadas con la madera, cuidadores de otros menores, servicio doméstico y ventas ambulantes y, para las y los jóvenes entre los 15 y 17 años actividades relacionadas con la

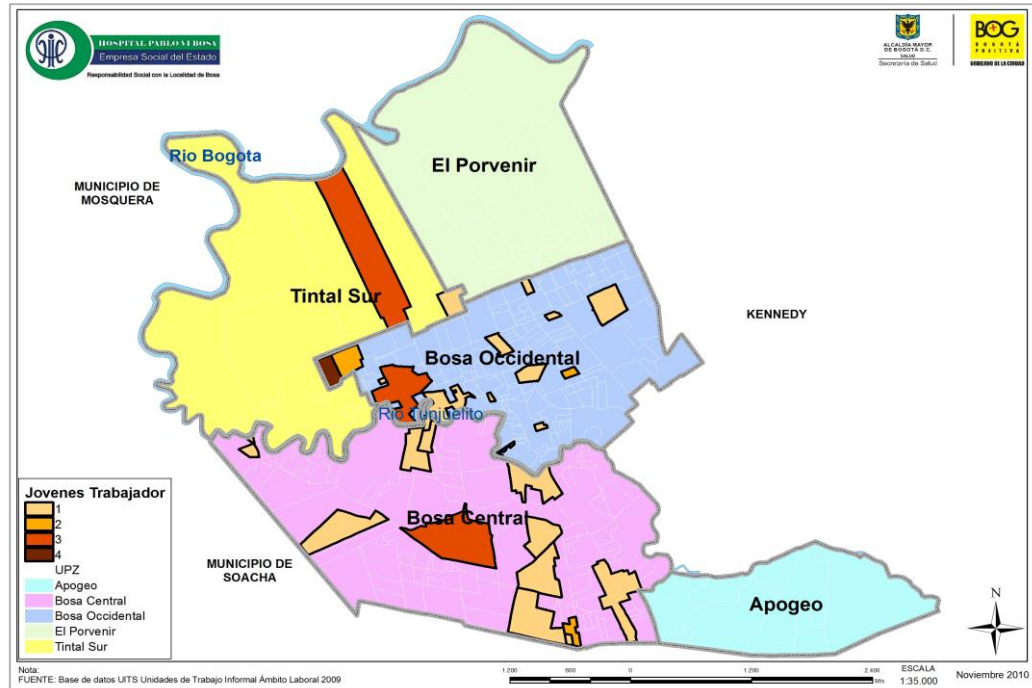
madera, ventas ambulantes y el tejido de manillas. En este territorio se tienen identificados 59 niños y niñas entre los 5 y 14 años de los cuales son 25 del género femenino y 34 del género masculino y 9 jóvenes entre los 15 y 17 años de los cuales 5 pertenecen al género femenino y 4 al género masculino.¹²⁶ Se debe tener en cuenta la exposición de estos menores a factores de riesgo físico, biológicos, ergonómicos, psicosociales y de origen social, lo cual afecta su calidad de vida, más si se tiene en cuenta que al realizar sus labores, no utilizan los elementos de protección personal, permanecen la mayoría del tiempo laboral en la calle y se exponen a factores externos como el ruido, radiaciones, temperaturas extremas, virus, bacterias y hongos, lo que repercute en la generación de múltiples manifestaciones físicas en los niños, como enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias e infecciones de piel, asociado a bajo peso e inadecuados hábitos de higiene, alteraciones del sistema osteomuscular al transportar manualmente cargas, realizar trabajos repetitivos o al adoptar posturas por tiempos prolongados o posiciones incómodas en cuanto al desarrollo y la madurez psicosocial.

Mapa 25. Niños y niñas caracterizados en situación de trabajo infantil por el ámbito laboral localidad Bosa 2009



¹²⁶Hospital Pablo VI Bosa ESE. Encuesta menor trabajador. Ámbito laboral. Bogotá. 2009

Mapa 26. Jóvenes trabajadores entre 15 y 17 años caracterizados por el ámbito laboral localidad bosa 2009



Por lo general los niños y las niñas mayores de 13 años reciben remuneración en dinero, sin que la cantidad sea equitativa con relación a la jornada laboral, lo cual evidencia que muchos y muchas de ellos y ellas, tienen la necesidad de trabajar a cambio de una remuneración económica, para suplir muchas de sus necesidades básicas, como el estudio, la alimentación y el vestido, o contribuir en el hogar con un aporte económico, para el sustento familiar, asumiendo responsabilidades de los adultos y las adultas, lo que permite analizar que los niños y las niñas, son víctima en muchos de los casos de explotación laboral, donde cumplen con una jornada de trabajo y realizan tareas en muchos casos superiores a su capacidad física como es el caso quienes trabajan en la plaza de mercado, en el transporte urbano, realizando tareas de servicio doméstico, ebanistería y carpintería sin contar con un pago para suplir sus necesidades básicas; ante esta situación las familias manifestaron que requieren del apoyo de sus hijos e hijas, para cubrir las necesidades del hogar, teniendo en cuenta que las familias de los niños y niñas con caracterización son disfuncionales y extensas y no cuentan con un ingreso base para el sustento.¹²⁷

Una de las consecuencias relacionadas con los deficientes ingresos económicos de las familias es el trabajo infantil que tiene una fuerte relación con la pobreza ya que obstaculiza la educación, incidiendo negativamente en los ingresos posteriores, deteriorando las reservas de capital humano. No se puede dejar de considerar que en ocasiones el trabajo trae como consecuencia que los niños y las niñas, se mantengan ocupados y en algunos casos, alejados de vicios y actividades impropias, al ser una alternativa para aquellos niños y niñas, que no realizan alguna actividad académica o de otro tipo, o al ser la única alternativa de cuidado de sus padres y madres, por eso se convierten en acompañantes laborales y van adquiriendo dicha pauta de supervivencia. Además, en hogares con ingresos muy restringidos, por pequeño que sea el aporte económico que genera un niño o una niña, puede ser un factor importante para la supervivencia de la familia.

¹²⁷ Informe Final trabajo Infantil. Hospital Pablo VI Bosa ESE. ,2009

En cuanto a las Intervenciones que realiza Salud Pública en el ámbito laboral, el Hospital pablo VI Bosa ESE tiene identificadas 94 Unidades de trabajo informal mayoritariamente de expendios a la mesa de comidas preparadas en cafetería, refrescos y helados, seguido de restaurantes y la fabricación de artículos de madera. En este territorio se caracterizaron 197 personas en el 2009 de las cuales 91 son mujeres y 106 son hombres sin embargo no existe el registro por etapa de ciclo de los mismos.

En cuanto a los ingresos, 52 personas perciben menos de uno S.M.M.L.V., 91 personas entre 1 y dos S.M.M.L.V. y tan sólo 2 entre 2 y 3 S.M.M.L.V.¹²⁸, situación que tiene estrecha relación entre la capacidad de consumo y el nivel de ingresos de los individuos, lo cual determina las condiciones de salud alimentaria y nutricional de las poblaciones, debido a la inocuidad de los alimentos a los que las familias y sus integrantes pueden acceder. Esto se relaciona con el nivel de formación de la población, ya que personas que ganan menos de un mínimo refirieron no haber culminado su bachillerato o no tener la primaria completa. Por otro lado, obedece a una baja demanda de empleo formal y una ausencia de políticas que aseguren la retribución salarial acorde a las necesidades de los individuos.

3.4.2 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Barreras en el acceso, cobertura, calidad y oportunidad de servicios de salud, educación, bienestar, vivienda, movilidad, seguridad alimentaria y nutricional, evidenciadas en los criterios de inclusión focalizados, lo que conlleva a una vulneración de derechos esenciales para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de todos los habitantes del territorio. Estas situaciones se reflejan en altas cifras de malnutrición, mortalidad en personas mayores, baja cobertura de programas de seguridad alimentaria y nutricional, desempleo, bajo impacto en programas de cultura, recreación y deporte que afectan principalmente a las y los jóvenes.

En este territorio se destaca la presencia de una Unidad Primaria de Atención (UPA Cabañas) para atender la población, hecho que resulta determinante en la salud de la comunidad ya que es insuficiente para el número de habitantes del territorio. Sin embargo, se debe destacar la labor que el Hospital Pablo VI Bosa ESE realiza en las intervenciones de promoción y prevención en el territorio y que se encuentran descritas en el capítulo 4 de este documento.

En cuanto a las Unidades de Trabajo Informal (UTIS) se tienen identificadas 92, la mayoría de actividades de expendio a la mesa de comidas preparadas cafeterías, restaurantes, refrescos, helados y salones de té, con jornadas de trabajo diurna y nocturna en su mayoría entre 9 a 12 horas de trabajo y con afiliación a servicios de salud sobre todo al régimen subsidiado.¹²⁹

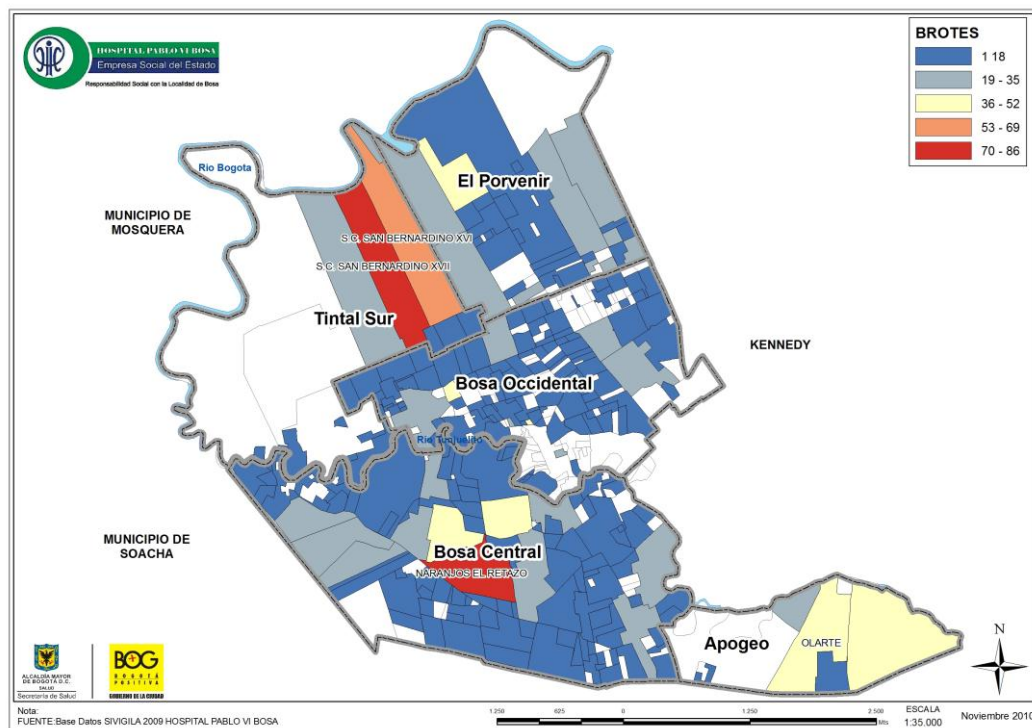
¹²⁸ Encuesta de Trabajo Informal. Hospital pablo VI Bosa ESE.,2009

¹²⁹ Encuesta para Unidades de Trabajo Informal (UTIS). Hospital pablo VI Bosa.,2009

Toda esta situación ha conducido a que se desencadenen problemáticas relacionadas con la calidad de vida y salud de la población y se reflejan principalmente en vivienda insalubre, consumos de sustancias psicoactivas, inseguridad alimentaria y, problemas de comportamiento y del estado del ánimo.¹³⁰

Respecto al tema de mortalidad materna, al georreferenciar los casos presentados, durante el 2009, se presentaron siete (7) muertes maternas, de los cuales, una (1) se ubica en la UPZ 84¹³¹. De igual manera, 99 casos de mortalidad perinatal residentes en la localidad de Bosa, de las cuales treinta (30), se presentaron en la UPZ 84¹³² y se presentaron 5 muerte por ERA en menores de cinco años, de los cuales uno (1) se presentó en la UPZ 84.¹³³

Mapa 27. Notificación de Brotes de Eventos de Interés en Salud Pública reportados al SIVIGILA 2009



En los casos reportados al Sistema de Vigilancia Nutricional, SISVAN, relacionados al bajo peso gestacional, 2945 se ubican en el territorio Occidental, de los cuales 1162 (39.5%) presentan bajo peso, 1016 (34.5%) peso adecuado, 408 (13.9%) obesidad y 359 (12.2%) sobrepeso.¹³⁴

¹³⁰ Base de Datos Sistema de Vigilancia Comunitaria. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

¹³¹ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

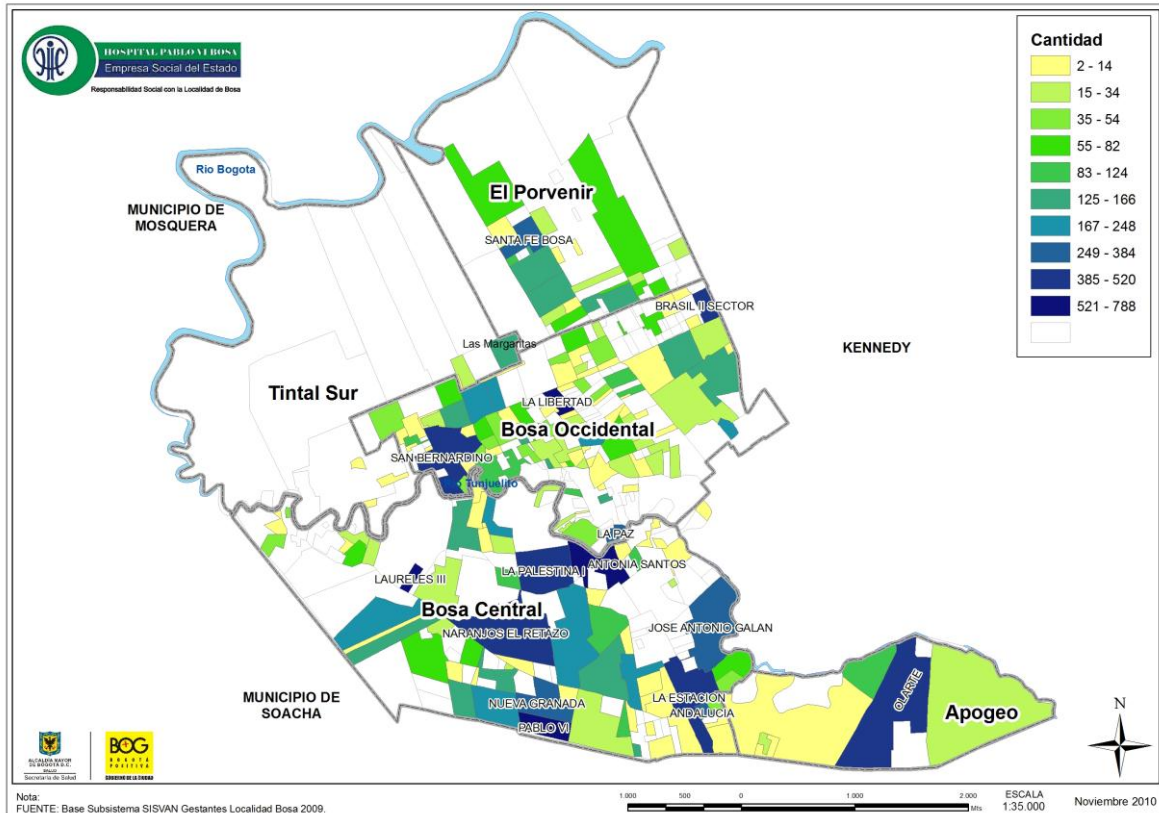
¹³² Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

¹³³ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

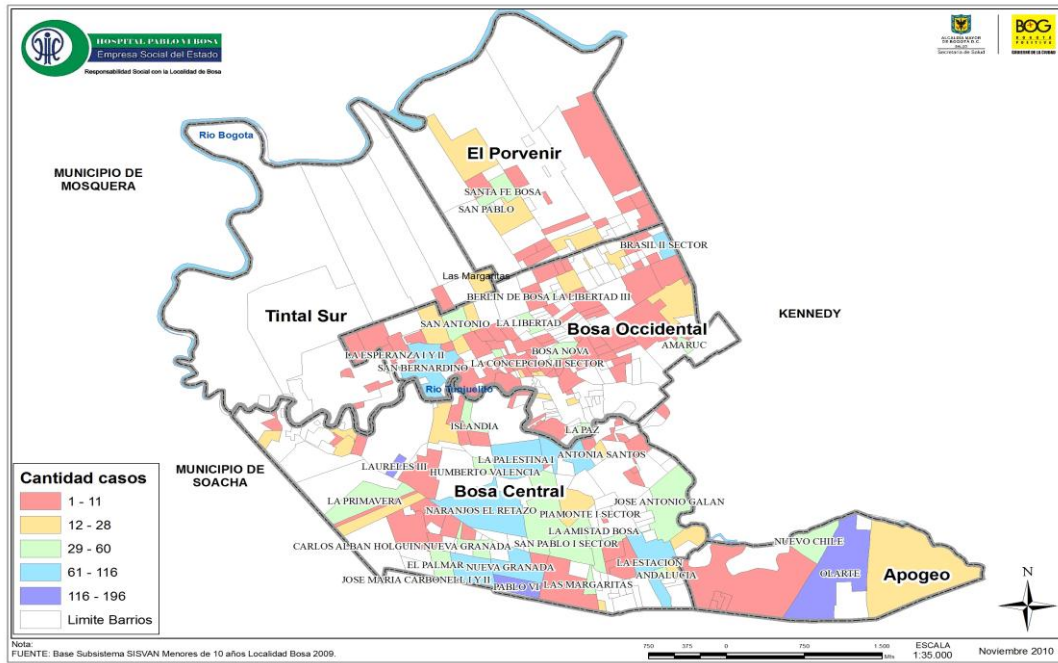
¹³⁴ Bases SISVAN, Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

Según SISVAN, para el indicador de Peso/Edad, relacionado al crecimiento pondoestatural, se notificaron 17671 casos para toda la localidad, de los cuales 4844, estaban ubicados en la UPZ 84; la distribución por estado nutricional, es de 427 (8.8%) con déficit de peso, 1190 (24.6%) riesgo de déficit, 3049 (62.9%) con peso adecuado y 178 (3.7%) con sobrepeso.

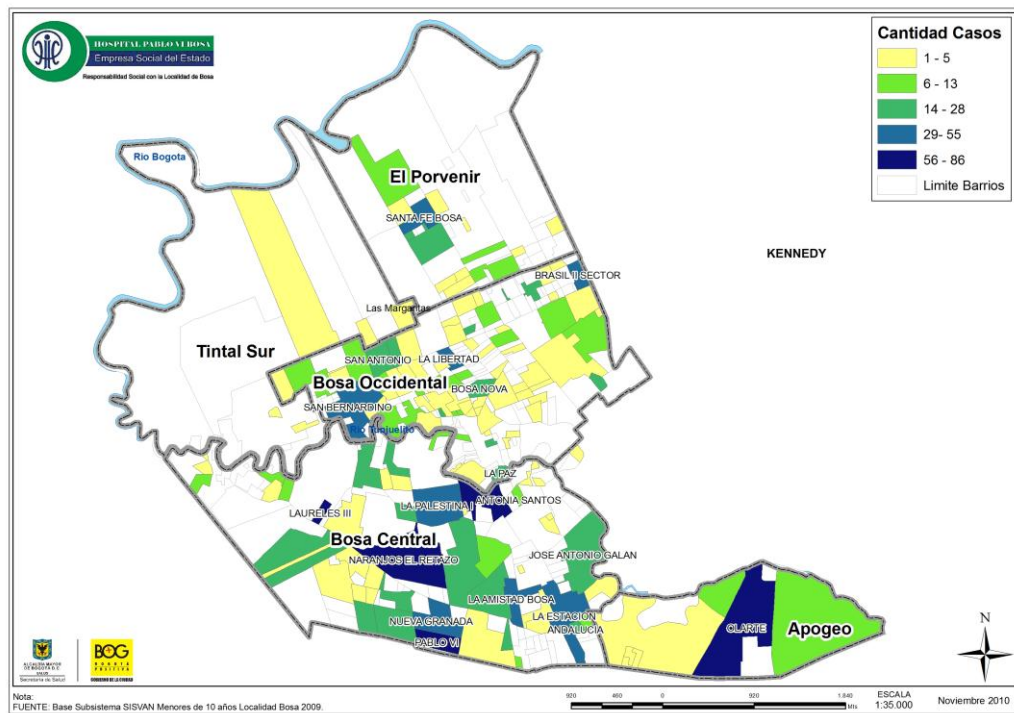
Mapa 28. Reporte déficit de peso gestacional a sisvan localidad bosa 2009



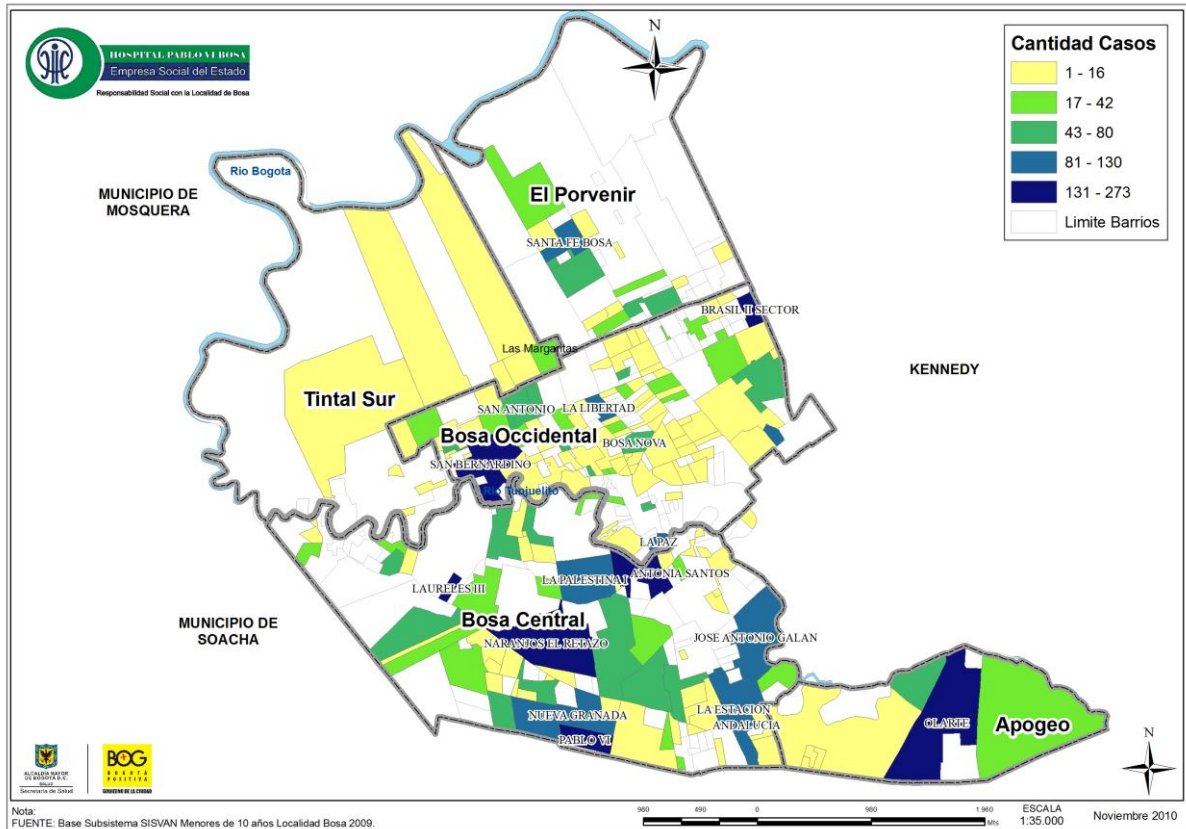
Mapa 29. Reporte Déficit de Peso para la Talla en menores en 10 años al SISVAN Localidad Bosa 2009



Mapa 30. Reporte de Déficit de Peso para la Edad al SISVAN en menores de 10 años Localidad Bosa 2009

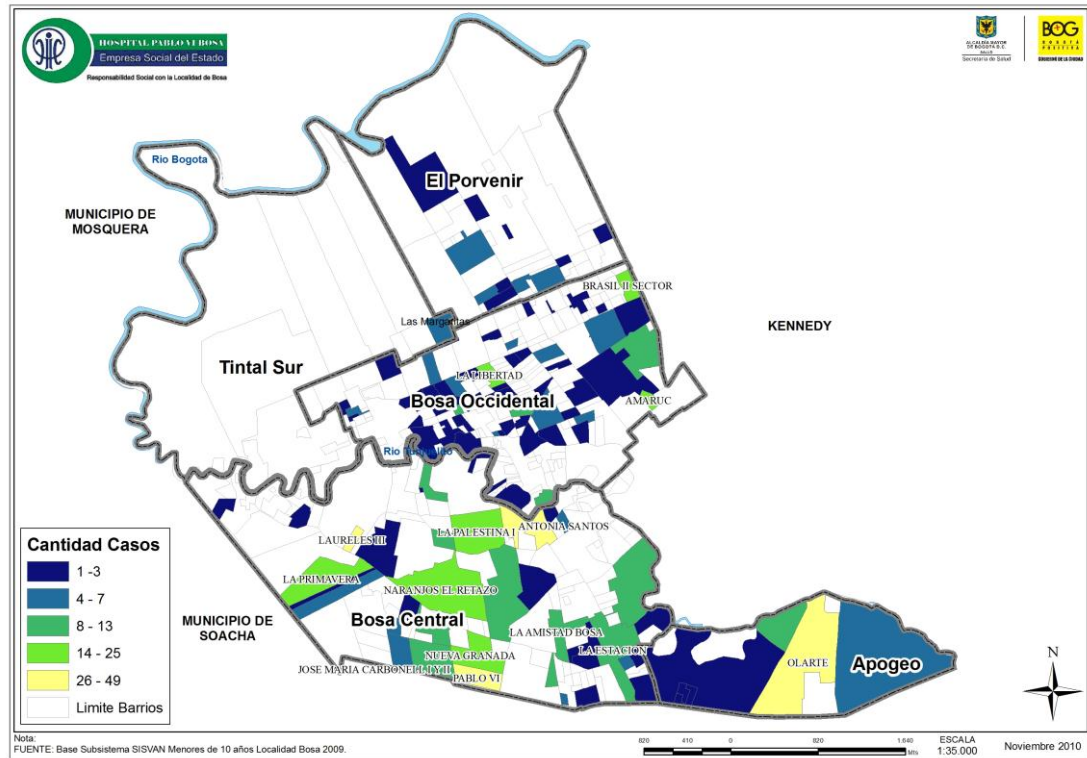


Mapa 31. Reporte de Déficit de Talla para la Edad al SISVAN en menores de 10 años Localidad Bosa 2009



Una característica importante de esta UPZ es la presencia de colegios distritales en el territorio. El programa salud al colegio SAC interviene en las I.E.D. Bosanova con cobertura para 1474 estudiantes, Brasilia – Bosa contaba con 3361 estudiantes, Debora Arango Perez con 2962 estudiantes, German Arciniegas con 2245 estudiantes, Jose Francisco Socarras se encontraron 3883 estudiantes, Leonardo Posada Pedraza con 3611 estudiantes, Orlando Higuera Rojas con 3423 estudiantes, colegio rural La Concepción contaba con 1380 estudiantes, San Bernardino con 2112 estudiantes y Villas del Progreso con 904 estudiantes, para un total general de la población escolarizada de 25355 estudiantes en este territorio de los cuales 12683 pertenecían al sexo masculino y 12704 al sexo femenino. De acuerdo a la priorización de la lecturas de realidades realizada en el territorio 2: UPZ Occidental como línea de base para la intervención durante la vigencia 2009 se encuentra que en un 22% se priorizó saneamiento básico, seguido de un 20% violencias y en un 15% uso abusivo de sustancias psicoactivos y fortalecimiento de la autonomía.

Mapa 32. Reporte de Sobrepeso según el indicador Peso para la Talla en menores de 10 años al SISVAN Localidad Bosa 2009.



En cuanto a la población en situación de desplazamiento que habita el territorio, la principal barrera se debe a la multi afiliación al sistema de salud que se presenta y que es difícil de resolver por motivos de seguridad personal y falta de recursos para hacer la desvinculación frente a la entidad prestadora al momento del evento de desplazamiento forzado o por desconocimiento del proceso de declaración que se debe surtir una vez se llega a la ciudad.¹³⁵

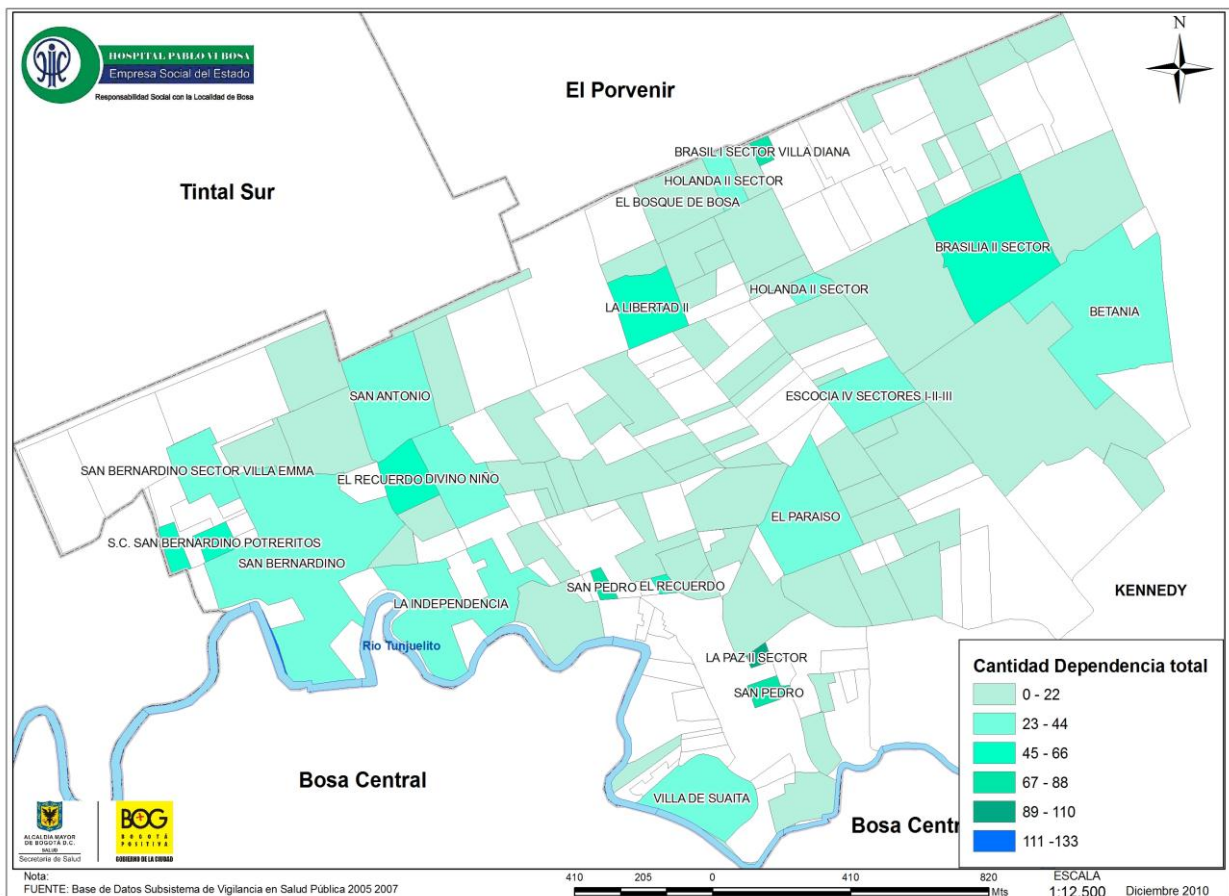
De otro lado se encuentra un gran desconocimiento por parte del personal médico, en la atención del usuario que pertenece a la comunidad LGBT, lo que se debe principalmente, a las formas de configuración del cuerpo en permanente transito y construcción, tanto psicológica como físicamente, evidenciando necesidades específicas propias de un enfoque diferencial y la falta de estipulación dentro del POS de servicios diferenciales para esta población, ubica la salud pública como una necesidad vital en emergencia para aquellos que son diversos sexualmente y con identidades de género no normativas.¹³⁶

135 Diagnóstico de Salud, Transversalidad de Desplazados, Hospital Pablo VI Bosa, 2009.

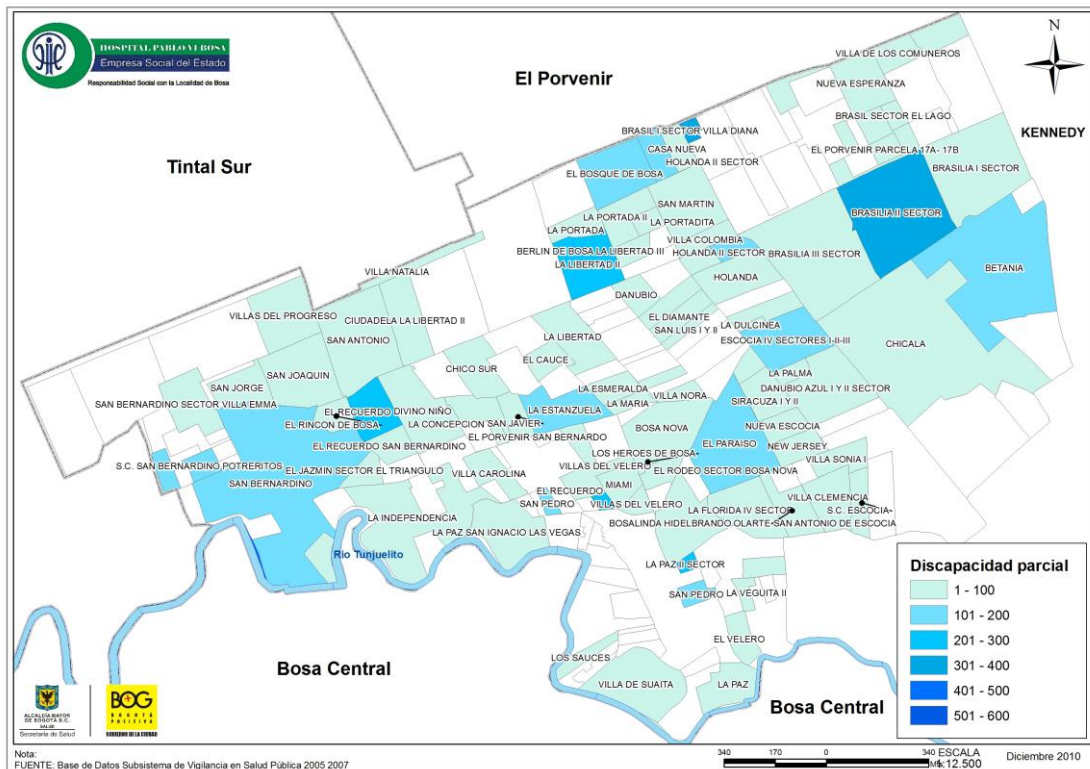
136 Diagnóstico de Salud Transversalidad de Género, Componente de Orientación Sexual e Identidad de Género, Hospital Pablo VI Bosa, 2009.

Otra situación que se debe mencionar se encuentra relacionada con las personas en condición de discapacidad. En esta UPZ en general hay entre 1 a 30 personas por barrio identificadas con discapacidad total. Sin embargo barrios como: Betania, La Libertad, Holanda, El Recuerdo, San Bernardino se presentan entre 31 a 50 personas en condición de discapacidad y una concentración mayor en el barrio Brasilia II sector. La discapacidad parcial tiene una concentración de casos especialmente en Betania, San Bernardino, Paraiso y Escocia con rangos que van entre 108 a 213 personas. Esto podría estar relacionado con las condiciones socioeconómicas particularmente el acceso a los arriendos de la vivienda.

Mapa 33. Personas caracterizadas con discapacidad total territorio occidental localidad bosa 2005 2007



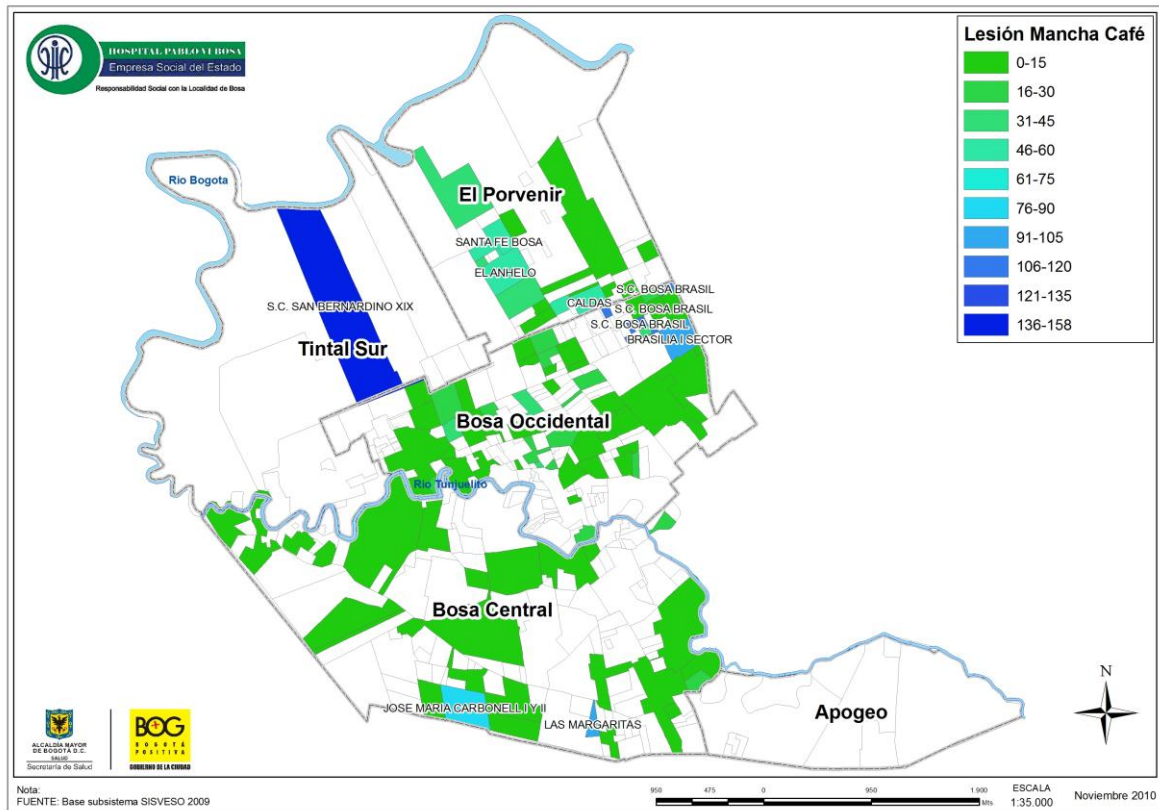
Mapa 34. Personas caracterizadas con discapacidad parcial territorio occidental localidad bosa 2005 2007



Con respecto a la Salud Oral el barrio donde más se presentaron casos de fluorosis fue Brasilia II donde se identificaron entre 101-120 personas con esta condición oral, esta misma condición se repite para los casos de Gingivitis presentándose de 21 a 30 casos en el sector de Brasilia y para las lesiones de mancha blanca (96-142 casos) y mancha café (91 a 115 casos)¹³⁷. Apparently the identification of these cases in this sector is due to the proximity to the UPZ Porvenir.

¹³⁷ Hospital Pablo VI Bosa ESE. Salud Oral. SISVESO.2009

MAPA 35. LESIONES DE MANCHA CAFÉ REPORTADOS AL SISTEMA DE VIGILANCI EN SALUD ORAL SISVESO LOCALIDAD BOSA 2009



La Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en este territorio se ve afectada a lo largo y ancho de toda la UPZ. Sin embargo, se registra una alta prevalencia de casos confirmados con alteraciones celulares (ASCUS)¹³⁸ en el sector de San Bernardino (entre 71 a 80 casos) por la atención de citologías en la UBA San Bernardino y por la demanda inducida que se realiza en todo el territorio para acceder a este servicio. Se debe mencionar que existen algunas barreras de multi afiliación por situación de desplazamiento, por cortas afiliaciones al régimen contributivo o por afiliación a EPSS sin convenio con la ESE Pablo VI Bosa.

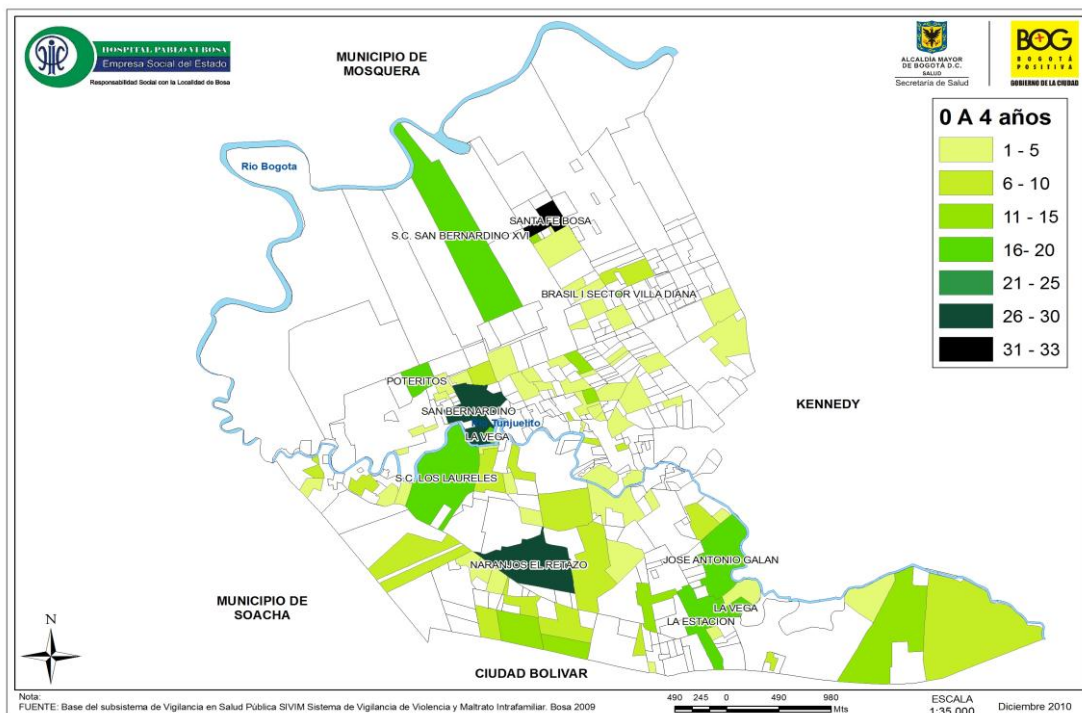
¹³⁸ Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado. Relacionado con un estado precanceroso cervico uterino. OMS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Anatomía del Aparato Genital Femenino y Evolución Natural del Cáncer Cervicouterino. Capítulo II.2007. Medical. Pág. 41

3.4.3 NÚCLEO PROBLÉMICO:

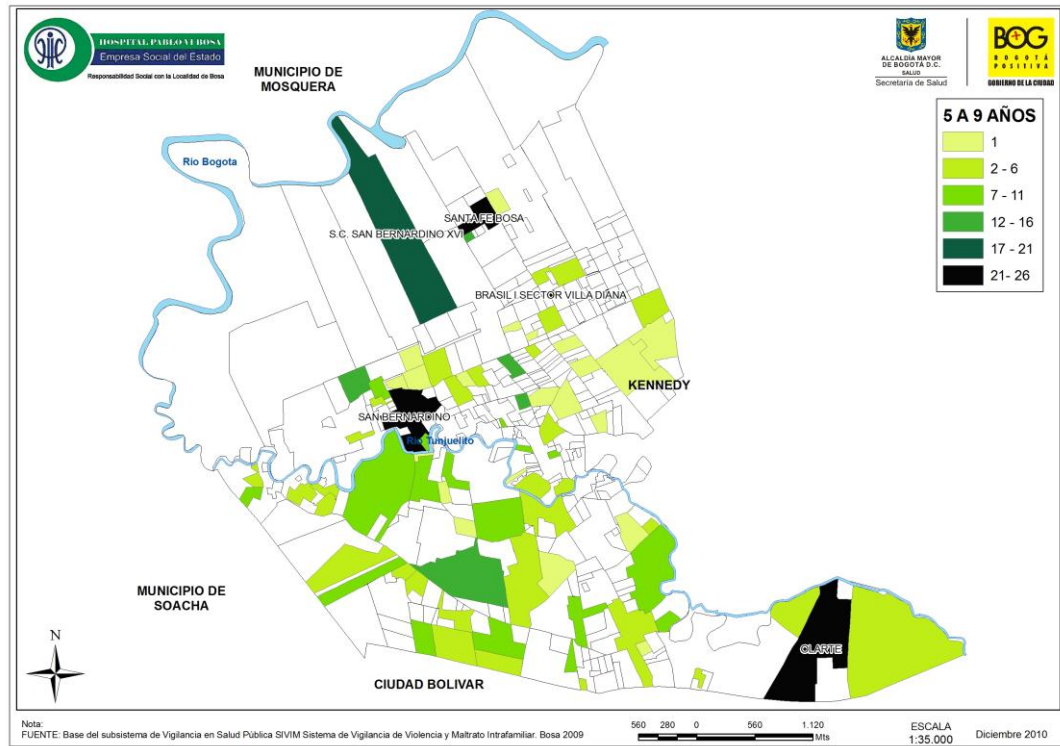
Situaciones de inseguridad ciudadana relacionadas con tráfico y microtráfico de sustancias psicoactivas, baja respuesta de organismos de seguridad y fuerza policiva, conflictividad juvenil en el ámbito escolar asociada con el “matoneo” y las barras futboleras, que ponen en riesgo la integridad física y mental de los habitantes del territorio, especialmente a gestantes, niños, niñas y jóvenes; aumentando los índices de delincuencia, hurto, homicidios, lesiones de causa externa que perpetúan relaciones de poder entre los géneros agudizando situaciones de agresión, maltrato, violencia sexual y física en mujeres y personas LGBTI, al mismo tiempo que se pone en riesgo el patrimonio y libre desarrollo de la personalidad reflejado en inequidad para condiciones y situaciones diferenciales de los individuos identificados por medio de signos de exclusión en la población con discapacidad, desplazamiento e identidad étnica.

Los casos asociados a la exclusión y las violencias notificados al sistema de vigilancia en salud pública comunitaria se encuentran: gestante en riesgo (118 casos), se tiene en cuenta este dato, pues además de los riesgos biológicos en los que se hallan las mujeres en estado gestacional, se exponen a riesgos de seguridad al moverse por el territorio. De acuerdo al diagnóstico de seguridad y convivencia para el 2007 se reconocían barrios como Margarita asociados a pandillas juveniles, en barrios como Brasilia II y Holanda que al ser de mayor área presentan menor densidad de homicidios. Para el 2007 se refiere un aumento en los casos de homicidios ocurridos en la zona de la ciudadela La Libertad, cerca del colegio Santiago de las Atalayas, el eje comercial de La Libertad y El Tropezón. Otra zona con alto índice de homicidios corresponde al barrio las Atalayas, jurisdicción de Metrovivienda, colegio Leonardo Posada Pedraza y Ciudadela El Recreo. El barrio Brasil y Hortelanos de Escocia presentaron un nivel de riesgo alto, mayor incidencia de homicidios y lesiones personales. Zonas con densidad media como San Joaquín, Amaruc, Siracuza, San Bernardino, Potrerito, El recuerdo cerca de San Bernardino. En menor densidad de homicidios se hallaron los barrios Diamante, Bosa Nova y La Esperanza.

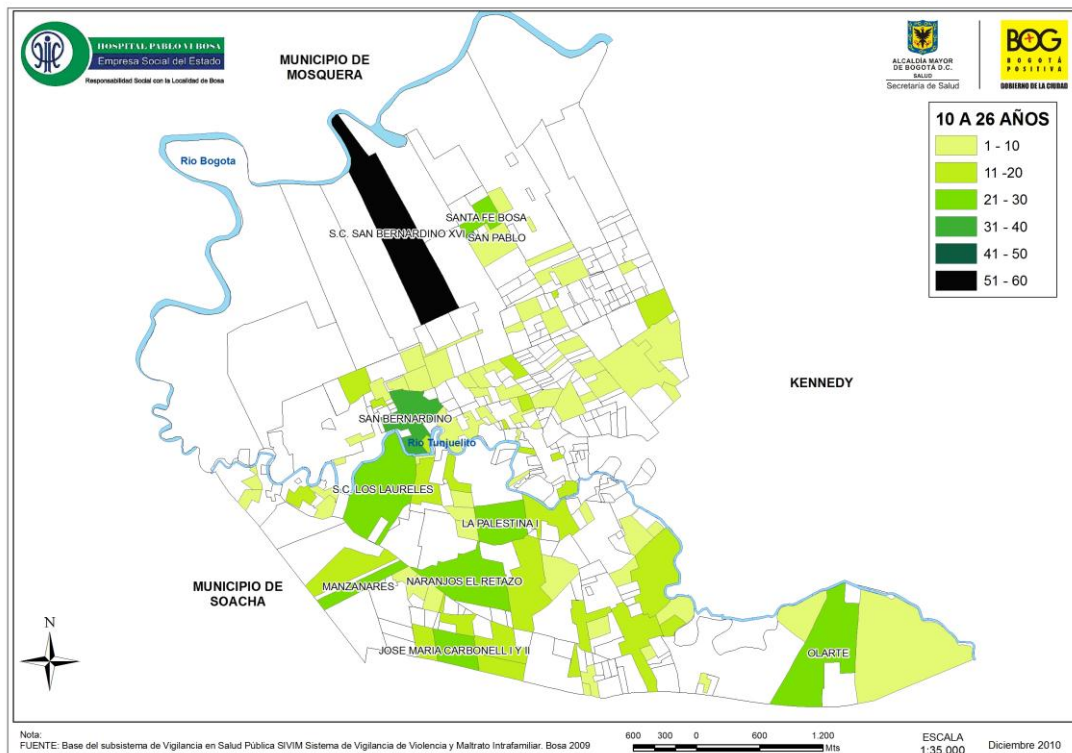
Mapa 36. Casos de violencias notificados en menores de 0 a 4 años localidad bosa 2009



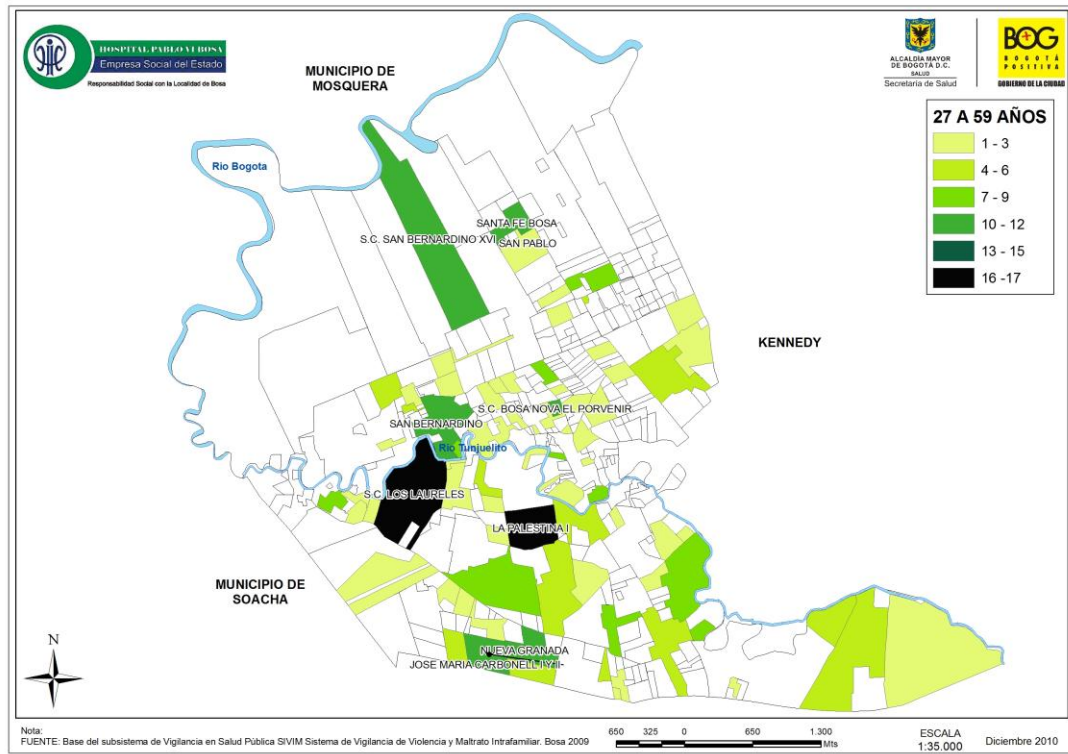
Mapa 37. Casos de violencia notificados al sivim de 5 a 9 años localidad bosa 2009



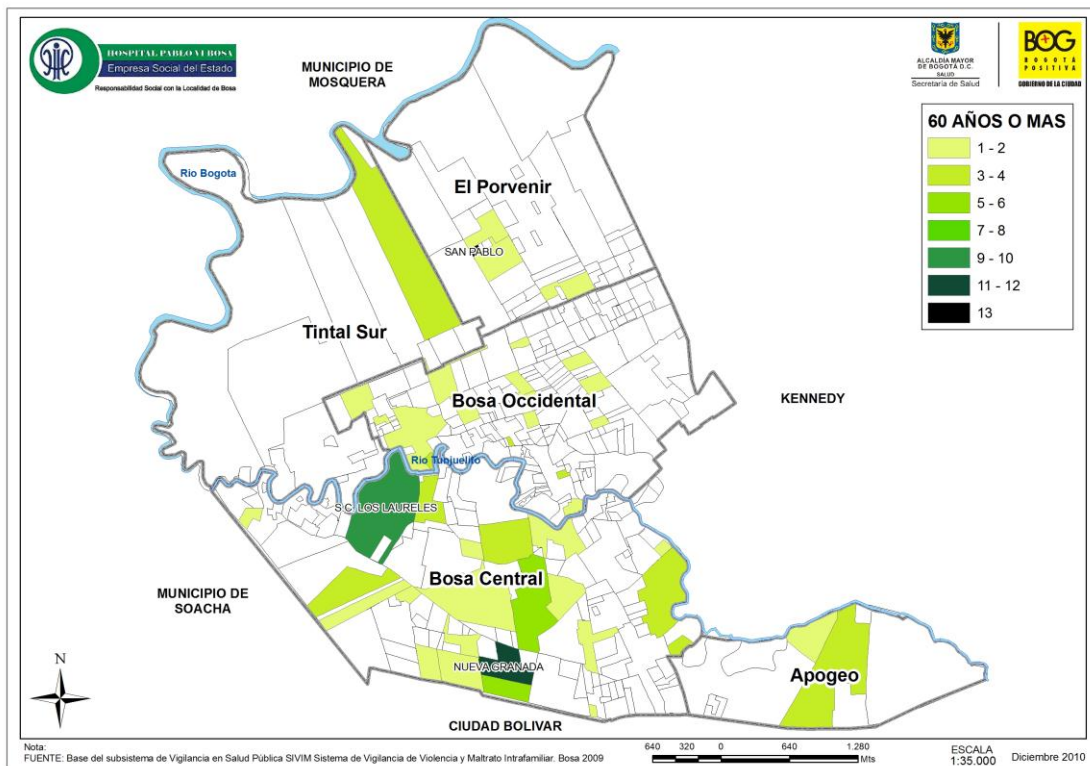
Mapa 38. Casos de violencia notificados al sivim de 10 a 26 años localidad bosa 2009



Mapa 39. Casos de violencia notificados al sivim de 27 a 59 años localidad bosa 2009



Mapa 40. Casos de violencia notificados al sivim de 60 años y mayores localidad bosa 2009



Otros reportes de vigilancia comunitario se expresan así: problemas del estado de ánimo (64 casos), problemas del comportamiento (49 casos), consumo de sustancias psicoactivas (42 casos), conducta suicida (22 casos), problemas familiares (12 casos), duelo no superado (9 casos), pautas inadecuadas de crianza (6 casos), disfunción familiar (3 casos), persona en situación de desplazamiento (2 casos), persona mayor en situación de vulnerabilidad (2 casos), problemas mentales (1 caso), problemas de identidad (1 caso), problemas de conducta (1 caso), lugar de consumo de SPA (1 caso).

De acuerdo al informe de vigilancia epidemiológica desde SIVIM se notificaron 485 casos ubicados en el territorio occidental, con un total del 18,8% de las notificaciones hechas al sistema durante la vigencia 2009. Para la violencia física se reportaron 175 casos con un 19,6%, según la etapa de ciclo vital y sexo las notificaciones se clasifican así: infancia: 29 mujeres y 30 hombres, juventud: 39 mujeres y 32 hombres, adultez: 40 mujeres y 1 hombre, persona mayor: 7 mujeres y 1 hombre. Con esta información se hace evidente el maltrato físico al que se somete a los y las menores, producto de inadecuadas pautas de crianza, reproducción de modelos históricos sociales de violencia donde no se cuenta con herramientas para la resolución de conflictos que no estén validados por el maltrato y la agresión. A medida que se avanza en edad, se hace explícita la victimización de las mujeres adultas. La inequidad que deben afrontar las mujeres es el pan de cada día, se asocian a flagelos de re victimización como el impacto generado por el desplazamiento ante el contexto urbano. Las mujeres en muchos casos deben llevar la responsabilidad completa del hogar conformando familiar no-normativas uniparentales. El tratamiento que se da desde salud mental está enfocado en el tratamiento a la víctima, sin embargo se requiere un abordaje del victimario para desentrañar las razones que ocasionan estas problemáticas.

En violencia emocional se hallaron 182 casos reflejando un 18,8%, por etapa de ciclo vital y sexo encontramos los siguientes datos: infancia: 20 mujeres y 33 hombres, juventud: 49 mujeres y 37 hombres, adultez: 41 mujeres y 4 hombres, persona mayor: 4 mujeres y 2 hombres. Este tipo de violencia afecta el orden de lo psicológico por lo que se manifiesta de modo sutil y difícil de percibir o detectar. Se ejecuta a través de palabras hirientes, humillaciones e insultos, lo que conlleva a la disminución de la autoestima de los sujetos afectando su desarrollo emocional. Es claro una vez más que la población infantil y juvenil son quienes están en mayor riesgo de ser violentados, en estas etapas no se presenta gran diferencia entre los sexos según los casos remitidos; por lo contrario, en la adultez es cuando las mujeres deben afrontar una realidad que continúa discriminándolas por su rol femenino.

En abuso sexual se encuentran 118 casos con un 22%, en infancia se registran 38 mujeres y 12 hombres, en juventud se presentaron casos en 46 mujeres y 11 hombres; en adultez se notifican 11 mujeres y 0 hombres, para persona mayor no se reporta ningún caso. Esta violencia contempla todo acto sexual bajo coacción, acoso, prostitución forzada y en general toda acción violenta que atente contra la integridad sexual de los sujetos de derecho. Cabe anotar el alto nivel de riesgo en las mujeres jóvenes expuestas al abuso sexual ya que aún está en construcción el desarrollo de la autoestima y autonomía de sus cuerpos lo que las hace más débiles al experimentar los límites de la sexualidad. También, se exponen en lugares como parques, calles, donde el abuso puede darse sin restricciones para los victimarios. Por otro lado, es propio de la conducta de los abusadores el tener como fetiche a mujeres en esta etapa.

En la violencia económica se encuentran 24 casos lo que evidencia un 11,5%; en infancia se notificaron 4 mujeres y 5 hombres, juventud: 6 mujeres y 2 hombres, adultez: 5 mujeres y 1 hombre, persona mayor: 1 hombre. Ocurre cuando no se cuenta con las condiciones suficientes para cubrir con las necesidades básicas de los individuos más frágiles a cargo, como los hijos menores de edad y estudiantes, la mujer que no posee trabajo remunerado, las personas mayores y otros miembros dependientes. Además, ocurre al ejercer control, manipulación o chantaje por medio de los recursos económicos. Muchas veces se utilizan los bienes y el dinero de manera inapropiada o sucede

que algún miembro de la familia se apropia de las propiedades de otro sin su consentimiento o debido a la condición de incapacidad de la víctima

En violencia por negligencia se hallaron 201 notificaciones con un 18,9%. Para infancia: 66 mujeres y 68 hombres. Juventud: 28 mujeres y 26 hombres. Adulthood: 8 mujeres y 0 hombres. Persona mayor: 3 mujeres y 2 hombres. Esta se da en distintos niveles. Puede ser en lo institucional, al no ser atendidas ni canalizadas las situaciones de fragilidad de la población por el estado en sus distintas organizaciones oficiales dispuestas para tal fin. En el nivel familiar al no contar con el apoyo de su núcleo más cercano, que hace caso omiso ante las señales de maltrato. Por último, se expresa una auto-negligencia que incluye la incapacidad para abastecerse de alimentos y medicamentos necesarios, en general se manifiesta cuando el adulto o la adulta dejan de cuidarse por sí mismos

En abandono se encuentran 32 casos representados en un 15,6%. Para infancia: 6 mujeres y 12 hombres. Juventud: 3 mujeres y 5 hombres. Adulthood: 2 mujeres. Persona mayor: 3 mujeres y 1 hombre. Como conclusión se identifica un mayor número de casos en hombres menores de edad siendo el único tipo de violencia en donde el sexo masculino presenta un mayor índice. Aunque vuelve a presentar un aumento para las mujeres mayores.

3.4.4 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Débil participación ciudadana en el territorio relacionada con: la progresiva desarticulación entre los diferentes sectores sociales, agotamiento de las formas de participación existentes y disminución en la conformación de grupos y redes nuevas. Esta situación restringe la opinión de la comunidad en los escenarios donde se toman las decisiones, especialmente frente a proyectos de servicios sociales, equipamientos, infraestructura y movilidad, de manera paralela se genera su vez falta de credibilidad en los procesos de movilización social frente a la reivindicación de los derechos en la población de la UPZ Occidental.

El análisis de este núcleo problemático en la UPZ 84 Bosa Occidental parte desde retomar como esta zona se caracteriza por estar conformada por asentamientos de origen ilegal, con uso residencial predominante, estratos 1 y 2, con deficiencias de infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público, siendo necesaria la definición de un conjunto de acciones para mejorar las condiciones del espacio público y privado, esta situación es un factor decisivo en la decisión de la comunidad de organizarse y participar en los espacios que le pueden permitir construir satisfactores a sus necesidades manifiestas. En el territorio se ha identificado: 1 organización juvenil, 9 organizaciones juveniles de carácter deportivo, cultural y más de 13 grupos relacionados con barras de equipos de fútbol, 6 grupos étnicos afrodescendientes y 16 consejos zonales de salud.

Se encuentra además que las personas que participan en los diferentes espacios y organizaciones también se involucran en procesos relacionados con otros temas y organizaciones pero esta situación no influye en la articulación entre sectores; se encuentra un sentimiento generalizado de desilusión frente a la capacidad de gestión de las formas de participación comunitaria relacionadas con la baja respuesta a las necesidades planteadas en el territorio e incluso incumplimiento de compromisos adquiridos por instituciones públicas y privadas; esta situación da lugar a que los líderes de las organizaciones que se han mantenido durante un tiempo prolongado, se encuentren atravesando por etapas donde expresamente manifiestan cansancio y desgaste derivado por años de gestión social que ha producido resultados inferiores a las expectativas que inicialmente se tenían. No se evidencia que los habitantes de la UPZ Bosa Central encuentren en la participación el mecanismo de respuesta frente a las

necesidades que se les presentan y las organizaciones nacentes se están enfocando en la planeación y ejecución de proyectos, más con un fin económico que social.

Se encuentra un planteamiento general donde la comunidad manifiesta que para las actividades que incluyen la participación ciudadana para generar procesos de toma de decisiones no se ha realizado una convocatoria eficaz y en ocasiones la información de la realización de eventos se conoce con muy poco tiempo de anterioridad disminuyendo la posibilidad de participar, de igual manera, la comunidad siente que los espacios a donde son convocados se convierten en escenarios más consultivos y menos decisorios.

3.4.5 NÚCLEO PROBLÉMICO

Presencia de conflictos ambientales reflejados en inadecuada disposición de basuras en espacios públicos, zonas de reciclaje que incrementan la presencia de roedores, tenencia inadecuada de animales como: caballos, vacas, perro y gato, actividades industriales de recuperación de plástico. Esta situación afecta a toda la población del territorio, en especial a niños, niñas y adolescentes, favoreciendo el deterioro del ecosistema y ocasionando enfermedades respiratorias, virales e infecciosas.

Las condiciones ambientales de la UPZ 84 tienen su iniciación en la dinámica del poblamiento del territorio que fue por auto construcción de las familias que llegaron al territorio en situación de desplazamiento algunos en busca de mejores oportunidades económicas para sus familias y otras por desplazamiento forzado. De ahí, que las viviendas más antiguas son no planificadas y algunas en riesgo por inundación y las construidas a partir de 2001, presentan una visible diferenciación y tiene que ver con la zona de expansión de metro vivienda donde se ubican conjuntos residenciales de casas y apartamentos de interés social.

Un determinante estructural es el paso del río Tunjuelo por gran parte de la UPZ que anteriormente fue fuente de agua para la población, sin embargo en la actualidad es un verdadero problema ya que es allí donde confluye los residuos líquidos domésticos e industriales de toda la cuenca del Tunjuelo y de donde aún se abastecen algunas familias de las viviendas ubicadas en el borde de río de los barrios: La Paz, La Independencia, Villa Soaita, las vegas y San Pedro para la crianza y sostenimiento de animales como: ovejas, caballos, vacas y cerdos.

En cuanto a los determinantes particulares se analiza que alguna población se dedica a las actividades del reciclaje situación que ha conllevado a que sea una zona donde abundan las bodegas de reciclaje y de recicladoras de plástico y que se replica en los barrios colindantes de la UPZ 87 y 85 como: San Bernardino; San José, El Toche, San Eugenio y Villa Emma. La presencia de estas actividades comerciales e industriales ha generado problemáticas relacionadas con el Saneamiento Básico por la acumulación de residuos sólidos en las casas de ahí que se han reportado 49 viviendas insalubres en el territorio¹³⁹ y Contaminación Atmosférica por las emisiones de los procesos de transformación de plástico. También, es particular de este territorio las vías sin pavimentar de una

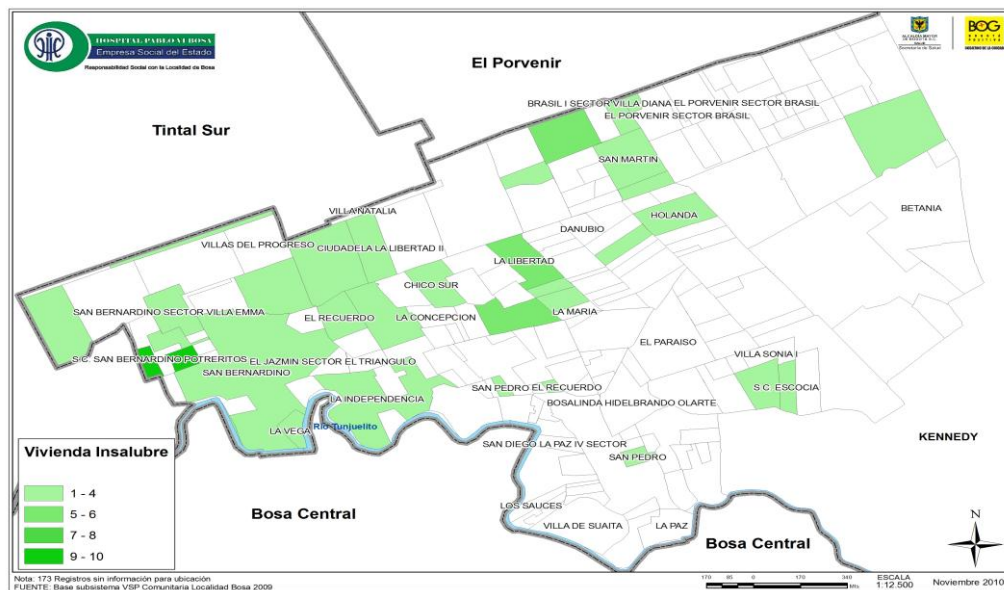
¹³⁹ Hospital pablo VI Bosa ESE, Base de datos Vigilancia Comunitaria. Bogotá. 2009.

mayoría de las carreras ya que las calles son vías principales y son las que casi en su totalidad cuentan con pavimentación completa para el tráfico del transporte público que incluye Transmilenio esto ha desencadenado la presencia de Infección Respiratoria Aguda (78 casos)140 relacionada con la generación de material particulado siendo infancia la etapa de ciclo más afectada.

Estas condiciones se agudizan por la ausencia de la cultura de la comunidad en la conservación del entorno ya que a pesar de contribuir ambientalmente con el oficio que realizan en la recuperación de residuos sólidos no son conscientes del bienestar al medio ambiente sino del beneficio económico que les representa la recolección y separación de residuos y esto se manifiesta en la disposición inadecuada de lo que finalmente no pueden recuperar y que dejan acumulado en sus casa o que botan al lecho del río o a lotes baldíos.

En este territorio se acentúa la problemática de perros callejeros, la comunidad amadrina los caninos dándoles sobras de comida y poniéndoles techo ya sea dentro de la vivienda o en la calle sin embargo no asumen responsabilidades para la tenencia adecuada de los mismos con vacunas, baño y limpieza de las excretas desencadenando problemáticas relacionadas con saneamiento básico (residuos sólidos y vectores) por las bolsas que rompen los animales y riesgo por mordedura que ya se han visto manifestados en las agresiones reportadas que para el 2009 fue de 113 siendo las etapas de ciclo más afectadas infancia y adulto.

Mapa 40. Casos de vivienda insalubre reportados al subsistema de vigilancia en salud pública territorio bosa occidental localidad bosa 2009

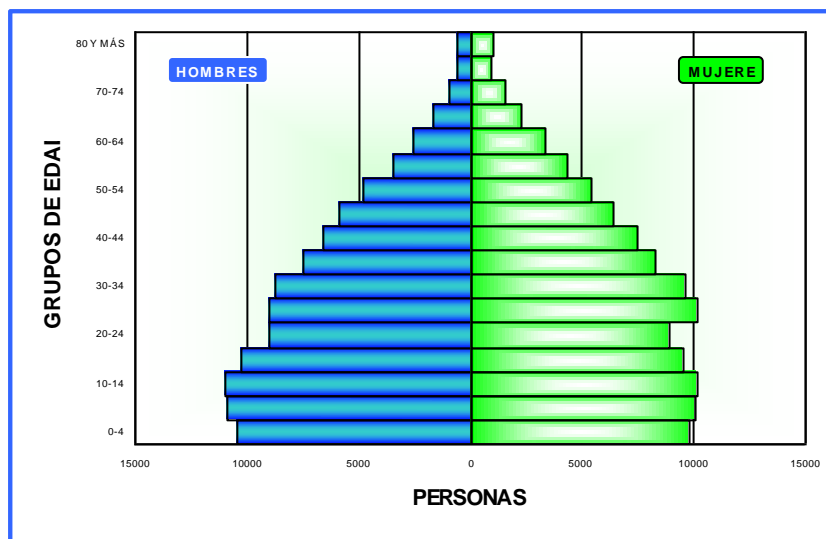


140 Hospital pablo VI Bosa ESE. SIVIGILA. 2009.

3.5 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 85 BOSA CENTRAL

Proyección poblacional UPZ 85 Bosa Centro. Es la UPZ con mayor concentración poblacional para el año 2009 con 38,4%, donde se puede observar claramente el aumento de mujeres a partir de los 25 años en comparación con el género masculino, relacionado con el aumento de mortalidad masculina, la migración por opciones laborales y académicas; las mujeres tienen un comportamiento más estable en el territorio, además de las patologías crónicas que afectan de manera principal a los hombres disminuyendo su esperanza de vida, de igual manera es importante mencionar que la mayor oferta de servicios se halla concentrada en esta UPZ lo que influye determinadamente la estabilidad femenina en la zona por las facilidades que ofrece para el cuidado de niños y niñas.

Gráfico 20. Proyecciones Poblacionales UPZ 85 Bosa Centro 2009



En este territorio Central está concentrada la mayor población de niños y niñas en condición de discapacidad, según el registro de la Transversalidad de Discapacidad; en total hay 289 personas, que representan el 40.7% de los datos¹⁴¹.

En el tema de violencias, la mayoría de los casos reportados residen en la UPZ Central, cuyos sectores se caracterizan por ser barrios con estratos 1 y 2, donde abunda el trabajo informal y las familias se caracterizan por tener un número alto de miembros y por el bajo nivel de escolaridad, lo que promueve las pautas negligentes y poco protectoras hacia los niños y las niñas. También la concentración de casos en la UPZ Central, se podría relacionar con la ubicación geográfica cercana a las instituciones locales que facilita la notificación oportuna y

¹⁴¹ Informe Transversalidad de Discapacidad. Hospital Pablo VI Bosa. Bogotá. Abril de 2010.

permanente de casos. Según datos de SIVIM¹⁴², en la UPZ 85, se reportaron 411 casos de violencia física, 460 de violencia emocional, 227 de violencia sexual, 121 de violencia económica, 467 de maltrato por negligencia y 106 de abandono. En los datos relacionados, no se tiene la descripción de ocurrencia por etapa de ciclo vital.

Teniendo en cuenta el territorio se debe especificar que el 67% de las caracterizaciones hechas por el ámbito laboral se realizaron en la UPZ central, Hallando un 33% de las mujeres realizaba actividades en este territorio. Desde el reporte de Vigilancia en Salud Pública comunitaria se halla el 49% de las notificaciones en la UPZ Central (n=639), Desde el subsistema de SIVIM se muestra que la mayoría de las víctimas residen en la UPZ central, cuyos sectores se caracterizan por ser barrios con estratos 1 y 2; donde abunda el trabajo informal y en donde las familias se caracterizan por ser numerosas y tener baja escolaridad.

El acceso a la consulta para salud oral en personas en condición de discapacidad se presentó en menor afluencia en la UBA El Toche, lo que contrasta con el gran porcentaje de esta población habitante en la unidad de planeación zonal central, sin embargo, este micro territorio, por ubicarse en una zona limítrofe con otra UPZ, presenta problemas de movilidad y difícil acceso.

En lo referente a organizaciones puede hallarse un gran número en este territorio dentro de las cuales se encuentran: Orion, Ozyris, grupo Decapolis teatro, Andromeda, grupo el futuro de mañana, corporación invasión cultural, puesta del sol, papayera fusión, fundación cultural Chiminigagua, Fenix con dos sedes en el territorio, Tri-star, fundación cultural títeres chiminangos con dos sedes, CORPOSUR, fundación cultural historias de vida, corporación artística juvenil Mascarada, fundación cultural amigos alegres, grupo juvenil israelita, grupo juvenil amigos de Tibanica, mis pequeños actores, grupo juvenil los laureles, semillas del futuro, fundación salida de emergencia, fundación cultural cine club el coyote, corporación cultural zancos del este, cuarto de música, jóvenes culturales, grupo juvenil Piamonte, artistas siempre, grupo juvenil ASOVIVIR, Lunatic, grupo juvenil Antonia Santos, Samun Ormuz Kaigis, grupo juvenil de la palestina, organización juvenil Pascana, Arpeiyo, la cultura y el joven, unidad educativa IDIPRON, Estraton, misión crisálida, Dinamo, colectivo juvenil CIE Bosa, colectivo cultural CIE, Yah – Jireh, agrupación Zabo arte y palabra, asociación cristiana de jóvenes, organización juvenil casa Claret, Mystic, recordando el ayer, consejo local de juventud Bosa.

Las barras futboleras caracterizadas en este territorio son: De millonarios, los ramones, del barrio la amistad; borrachos capital, del barrio la amistad; terror azul, en Bosa Centro; Magistral, en San Diego; los pelados; en San Diego; la peste, de la Estación; la 5ta, del barrio Antonio Santos. De Santa fe, la Ultra Sur, en el barrio Piamonte, reunidos en el parque el triangulo; la artillería, en el barrio Alameda del parque, reunidos en conjuntos Alameda; los marginales, en el barrio Laureles, se reúnen en el parque zorreros; la L, barrio Laureles, reunidos en el parque la L; Bosa León XIII, del barrio León XIII, se reúnen en el coliseo León XIII; la 73, en el barrio laureles; la alameda, en el barrio San José. Del equipo de la Equidad se encuentran los cupidos, del barrio la estación, se reúnen en la acuarela. Del equipo de Nacional se halla la primera, del barrio San Pablo II sector; la comuna en el barrio San Diego; la gaminería, en el barrio Naranjos; los verdugos, del barrio Naranjos; la K8, barrio Guillermo L. Valencia.

¹⁴²Hospital Pablo VI Bosa, Fichas SIVIM. Bogotá. Enero a Diciembre de 2009.

En este territorio se evidencia que en 2107 familias algún miembro dejó de recibir una comida y en 2.067 familias faltó dinero para compra de alimentos en el último mes. Con referencia a la relación población - territorio se encuentra que la población en condición de discapacidad se desenvuelve de la siguiente manera: En la UPZ central se encuentra el mayor número de adultos y adultas identificadas, con un porcentaje de 39.95% lo que corresponde a 3.099 personas. Se evidencia que en la UPZ central se concentra el mayor número de adultos y adultas en condición de discapacidad. La mayor concentración de población en estas zonas se debe a que el comercio en general, los servicios de salud y las instituciones como Alcaldía Local, Subdirección Local de Integración Social, centro de administración educativa local (CADEL), instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), Personería, entre otros, se encuentran ubicados en esta UPZ y la malla vial existente permite que haya mayor accesibilidad a diferentes puntos de la misma.

Se identificó, población afro en todos los barrios pertenecientes a esta UPZ y se caracterizaron e identificaron organizaciones afro tales como: Kandombeo y color, Herencia Afro- latina, Asociación de mujeres negras “La Canoa”, Zarakusa, Kombilesa, Asociación Nueva Vida y las UTIS Deposito de coco Nueva Granada, Las Palmeras, Pensión “La Negra”, Salpicón de Bosa y Frutas Piamonte. Población Pijao, encontramos en el jardín, Islandia, La estación, Palestina, Laureles, Manzanares, San Pablo, Vegas de Meriland. En la UPZ central también existen familias Ingas, Kichuwas, Yacaonas y ROOM- Gitanos.

Para el desarrollo de la actividad física podemos afirmar que la UPZ Central es uno de los territorios de la localidad con mayor presencia de parques, en donde se cuenta con 164 espacios los cuales tienen diferentes usos (recreación pasiva, activa y contemplativa). El Humedal de la Tibanica es contemplado como Parque Ecológico Distrital, el cual comprende una extensión legal de 24 hectáreas y sus terrenos son vigilados actualmente por la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá (EAAB) el cual presenta una reducción considerable del ecosistema, original debido a procesos de terrarización o desecación, en donde dominan pastizales de kikuyo. Existen sin embargo, zonas inundadas por aguas lluvias y ocasionalmente por aguas residuales del desborde del canal Tibanica y zonas que aún conservan características y vegetación típica de los humedales, en los extremos del límite legal. Además se encuentran 3 de los 6 parques zonales de la localidad: Polideportivo Clarendia, Palestina y Naranjos. De acuerdo a los cálculos entre la población existente en la localidad para el año 2003 y el área total de parques, por persona hay 1,8 metros cuadrados para su esparcimiento y recreación. A pesar de esto los individuos refieren dentro de las lecturas de necesidades realizadas, que uno de los factores que determinan la práctica de actividad física en relación con el entorno es la falta de parques cercanos. Esta percepción puede deberse a la falta de reconocimiento de los espacios físicos construidos para la práctica de actividad física o la extensión territorial de la UPZ que hace que la ubicación centralizada de los parques zonales no sea cercana a todos los barrios y sectores. En relación a los espacios físicos también se reconoce su mal estado e inseguridad por presencia de grupos de pandillas y barras futboleras. Otras razones se encuentran relacionados a un contexto individual o social son la falta de tiempo por estar al cuidado del hogar o por ejercer alguna actividad laboral, la pereza, la falta de costumbre porque no se formaron hábitos desde niños encaminados a la práctica de actividad física, falta de gusto o motivación y falta de información y conocimiento en relación a la forma adecuada de hacer los ejercicios. Las personas que de forma habitual realizan algún tipo de actividad física resaltan la importancia de contar con parques zonales anteriormente nombrados, porque su equipamiento y adecuación posibilitan que personas de todas las edades puedan hacer uso de ellos. Se reconocen otros programas de promoción de actividad física entre los cuales están: Recreovía del IDRD, desarrollado en polideportivo Naranjos para población de todas las edades, y el programa para personas mayores que desarrolla la Policía nacional a través de actividades rítmicas y gimnasia aeróbica.

De acuerdo a los resultados obtenidos del ejercicio de priorización de problemáticas y necesidades del Territorio 1 georreferenciadas en la UPZ Central, se puede analizar que para las Instituciones Educativas Distritales son más sentidas las temáticas relacionadas con el uso abusivo de sustancias psicoactivas con el 22%, fortalecimiento de la autonomía para el desarrollo de una sexualidad sana y responsable con un 18% y saneamiento básico con un 15%

respectivamente. Problemáticas que nos son nuevas en el diagnóstico institucional y que reflejan que cada vez van más en aumento, preocupando a la comunidad educativa en general, haciendo que se desarrollen estrategias y planes de respuesta integrales desde el área de la salud, social, pedagógico y ambiental¹⁴³.

Para la etapa de persona mayor, se identifica que el maltrato económico y el abandono, son las más frecuentes, lo cual se puede explicar por la posición de dependencia que ocupa en la familia. Por otra parte el número de casos en todas las violencias es bajo con respecto a las otras etapas del ciclo vital, lo cual no quiere decir que realmente no se presenten sino que no son denunciadas y muchas veces ocultado por las víctimas. Con respecto a la ubicación donde viven las víctimas, los casos provenían en su mayoría de la UPZ Central¹⁴⁴.

En el tema de discapacidad, según la georreferenciación de los registros, en la UPZ Central se encuentra el mayor número de personas mayores identificadas, con un porcentaje de 49.74% lo que corresponde a 2.673 personas¹⁴⁵.

3.5.1 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Condiciones productivas y de oferta laboral que no responden a la realidad de la población económicamente activa manifestándose en perpetuación de la pobreza, empleo informal, falta de continuidad en contratos, baja cualificación de trabajadores por oferta insuficiente de programas técnicos, tecnológicos y profesionales, condiciones ocupacionales riesgosas, exclusión laboral para la juventud y la adultez, aumento del número de niños y niñas trabajadores, explotación laboral, hambre y desnutrición. Aunado a la Inseguridad alimentaria que afecta a todos los habitantes del territorio, especialmente a los niños y niñas, personas mayores, gestantes, por condiciones de dependencia, ocasionando el deterioro de la calidad de vida y salud de las personas cuyo desarrollo se ve coartada por dietas con un deficiente valor nutricional.

En la UPZ central (85) se concentran las actividades comerciales de toda la localidad especialmente en los barrios: Piamonte, Bosa Centro, La Estación y La Amistad. Esto corresponde con la mayoría de ocupaciones que tiene la población que particularmente tiene que ver con el comercio de bienes y servicios ya que es la opción más asequible para conseguir dinero diario para cubrir sus necesidades básicas y a su vez con que allí se concentre la mayoría de personas que se dedican al trabajo informal.

En el territorio laboran 252 niñas y niños entre los 5 y 14 años, que se dedican en su mayoría a las ventas ambulantes (40%), seguido de hogares privados con servicio doméstico (17%), comercio al por menor de productos diversos: alimentos, bebidas, víveres y tabaco (11%) actividades relacionadas con el sector de la madera (11%) y el mantenimiento, reparación y lavado de vehículos (6%), otras actividades (15%). En cuanto a los jóvenes entre los 15 y 17 años que han sido caracterizados (31) por el ámbito laboral en la línea de trabajo infantil, las ocupaciones más

¹⁴³ Aportes ámbito escolar, programa salud al colegio. 2010.

¹⁴⁴ Fichas SIVIM, Enero a Diciembre de 2009. Hospital Pablo VI Bosa

¹⁴⁵ Informe Transversalidad de Discapacidad. Hospital Pablo VI Bosa, Abril de 2010

representativas son: comercio al por menor de productos diversos (alimentos, bebidas, víveres y tabaco) 24%, las ventas ambulantes (17%) y actividades relacionadas con el sector de la madera (10%). El porcentaje restante se dedica a otros oficios como el reciclaje, tejido de manillas, ayudantes de plazas de mercado, cuidadores de otras personas, entre otros.

En cuanto al género no existe una diferencia significativa entre niñas y niños entre los 5 y 14 años mientras que para los jóvenes entre los 15 y 17 años se ha identificado que son las mujeres las que más se ocupan en los oficios ya mencionados.¹⁴⁶

Para las Unidades de trabajo Informal en la UPZ 85 se tienen identificadas y caracterizadas 172 UTIS, la mayoría de expendios a la mesa de comidas preparadas en cafeterías, refrescos y helados y salones de té, la fabricación de prendas de vestir, fabricación de productos químicos, expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurantes, fabricación de productos de madera, elaboración de productos alimenticios y comercio al por menor en puestos móviles.

En total hay identificados 369 trabajadores informales en este territorio de los cuales tan sólo 11 han alcanzado un nivel educativo técnico o tecnológico situación que se aúna a la falta de acceso y oportunidades a la educación y por ende se ve reflejado en el trabajo que en la etapa de vida productiva pueden alcanzar tal como se evidencia en este documento.

Más de un 90% de los trabajadores informales realiza su trabajo sin contrato y se exponen a riesgos físicos por iluminación, ruido y temperaturas extremas, riesgos mecánicos por mecanismos en movimiento y riesgos químicos por polvos especialmente. 104 personas devengan menos de 1 S.M.M.L.V. y 143 uno S.M.M.L.V.¹⁴⁷

40 de las personas que se caracterizaron en la UTIS pertenecen a la etapa de ciclo vital persona mayor hecho relacionado con que laboralmente las empresas no tienen en cuenta como fuerza productiva a las personas mayores justificando que son particularmente vulnerables y/o deberían estar jubilados afectando se ha identificado que muchas de las personas mayores sobre todo mujeres que viven solas, no tienen suficientes ingresos garantizados, lo cual afecta a su acceso económico a alimentos nutritivos de manera suficiente y sostenida, a una vivienda adecuada, a la atención en salud y algunos y algunas se encuentran en abandono. Es por esto, que se ven obligados y obligadas a trabajar de manera informal en su mayoría (venta ambulante, plazas de mercado, talleres, construcción y otros) para aportar al sustento del hogar.

¹⁴⁶ Informe Final trabajo Infantil. Hospital Pablo VI Bosa ESE. ,2009

¹⁴⁷ Encuesta de Trabajo Informal. Hospital pablo VI Bosa ESE.,2009

3.5.2 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Barreras en el acceso, cobertura, calidad y oportunidad de servicios en salud, educación, bienestar, vivienda, movilidad, seguridad alimentaria y nutricional, debido a un equipamiento insuficiente, sistemas de inclusión inadecuados, lo que con lleva a una vulneración de derechos, ocasionando altas cifras de malnutrición infantil, embarazo en adolescentes, bajo peso gestacional, mortalidad, baja cobertura de programas de seguridad alimentaria y nutricional. En el sector educativo se refleja en programas de educación técnica y tecnológica que no responden a las expectativas de la juventud y la adultez. Lo anterior se relaciona con las preocupantes cifras del desempleo y empleo informal, entornos de vivienda insalubres. De otro lado, los programas de cultura, recreación y deporte tienen un bajo impacto a pesar de ser esenciales en la calidad de vida y salud de la población de este territorio.

Partimos de los hábitos alimentarios de la población juvenil analizados desde tres modelos de encuesta aplicadas por la línea de SISVAN escolar aplicadas de sexto a once con estudiantes de 10 a 18 años de edad. Esta encuesta se realizó en los cinco colegios centinela donde se desarrollaban las acciones: en el colegio Fernando Mazuera Villegas se aplicaron 197 encuestas para identificar factores asociados al consumo de gaseosa; en el claretiano se realizaron 187 encuestas de frecuencia de consumo de alimentos, consumo de cigarrillo y alcohol. En el colegio liceo San Pablo de Bosa y en el colegio CAFAM los naranjos, se aplicaron 48 encuestas en el primero y 146 encuestas en el segundo para identificar la frecuencia de consumo de alimentos.

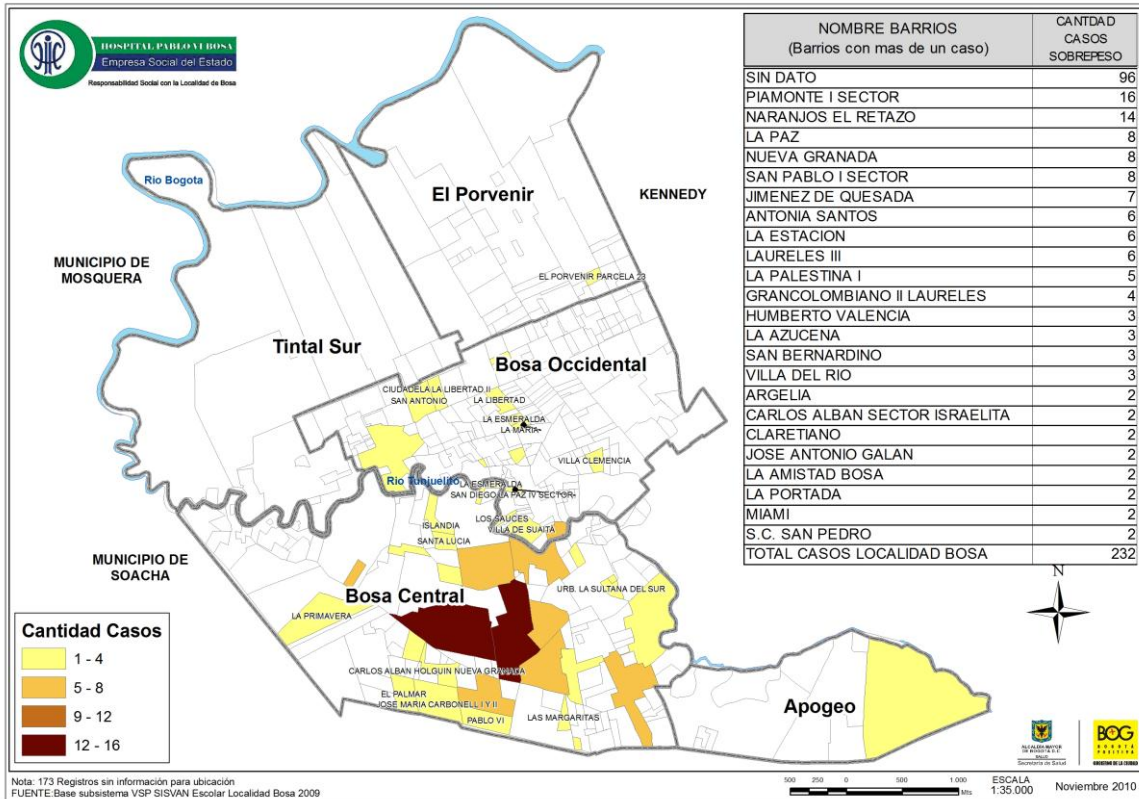
En relación al consumo de bebidas no alcohólicas, en el colegio Mazuera se encontró que del total de los alumnos encuestados solamente 5 alumnos (2%) menciono no consumir gaseosa; el 41% (n=82) prefería tomar gaseosa frente a bebidas como jugos naturales (37%), leche 16% y tan solo un 4% elige tomar agua. En relación al consumo de gaseosas las de mayor preferencia son las de colores (59%), seguidas de las negras (colas) 34% y las dietéticas 4%, estas últimas no significan que tengan ventajas para la salud sobre las demás. En relación a la frecuencia de consumo, se observa que la periodicidad mayor es la de 2-3 veces por semana con 84%, seguida de una vez por semana (48%); el porcentaje de escolares que incluye gaseosa todos los días en su alimentación es de 13.1 % que corresponde a 26 alumnos encuestados. El fenómeno es preocupante, especialmente en niños y adolescentes, debido a su asociación con efectos nutricionales adversos ya que experiencias indican que la ingesta de bebidas gaseosas por parte de los niños, niñas y adolescentes está inversamente asociada con el consumo de calcio, lo cual produce el deterioro de la salud ósea y dental. Además, se considera que este tipo de bebidas contribuiría a la epidemia de obesidad¹⁴⁸.

En el colegio claretiano el porcentaje de estudiantes del sexo masculino representó el 67% y el sexo femenino el 34%, al evaluar si había diferencia entre la frecuencia de consumo de alimentos entre los alumnos que pertenecen a una selección deportiva y los que no están vinculados a un equipo se observó que el mayor número de alumnos

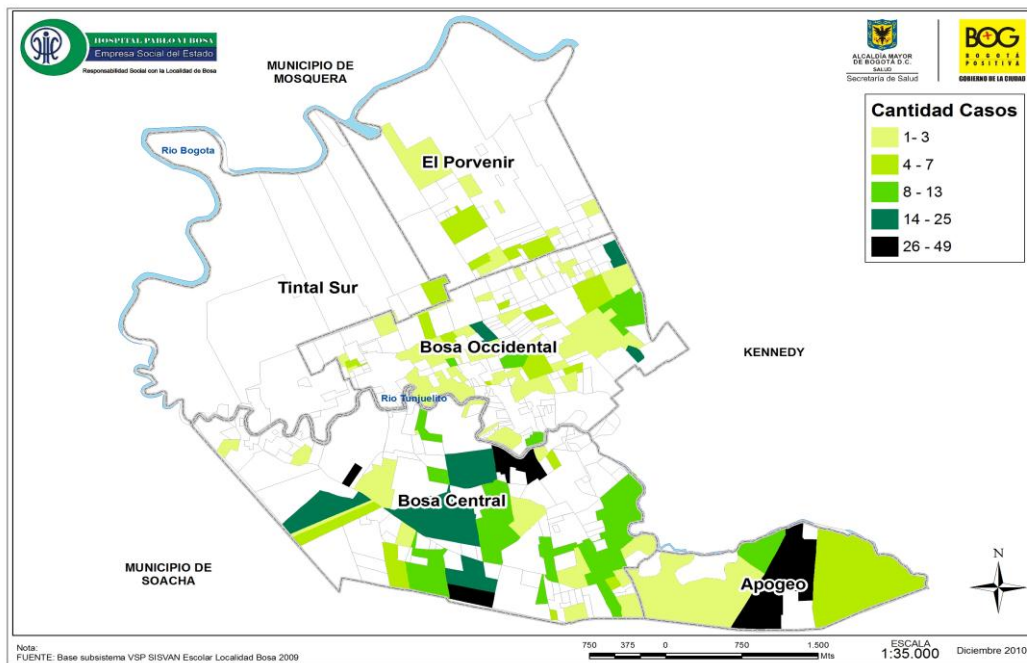
¹⁴⁸ Journal of the American Dietetic Association Factores Asociados con el Consumo de Bebidas Gasificadas en Niños de Edad Escolar. 104(8):1244-1249, Ago 2004

ubican la frecuencia de consumo de “diario” para todos los grupos de alimentos, excepto para el grupo de hortalizas y verduras ya que su consumo es menos periódico. El grupo de alimentos de mayor consumo son los cereales, raíces, tubérculos y plátanos. Los alimentos fuente de proteína como carnes, granos, huevos, pescado y pollo solamente el 38.7 % (48 alumnos) los consumen diariamente, cabe resaltar que 4 escolares encuestados refieren Nunca consumir este grupo de alimentos. El consumo diario de lácteos es solamente el 49,1 %, lo que se asocia a consumo de deficiente de alimentos fuentes de calcio, ocasionando desde tempranas edad deficiencias de este micronutriente, además porque los requerimientos para esta población son altos. Alimentos como las frutas y verduras son los menos consumidos al día y hay un 12 % de escolares que nunca las consumen. Los productos de paquete y golosinas superan en un 10% el consumo diario de frutas y verduras. Al comparar los resultados de la frecuencia de consumo de alimentos con el grupo de estudiantes que no pertenecen a una selección deportiva no se hallaron diferencias en cuanto al consumo diario de cereales, raíces, tubérculos y plátanos; alimentos como carnes y huevos son de bajo consumo diario pues solamente el 33.3 % (21 alumnos) de los escolares encuestados los consume diariamente. El consumo de lácteos diario es de solamente del 38 % un poco más bajo que el del grupo de los que practican un deporte, y se resalta que el 3.1% (2 escolares) nunca consumen lácteos y el 6.2% (4 escolares) reportaron nunca consumir hortalizas y verduras. Igualmente, en este grupo de estudiantes se observó un mayor porcentaje de consumo diario de golosinas 28,5 %, productos de paquete 20 %, y un consumo diario deficiente de alimentos como verduras y hortalizas que fué de un 19% (12 alumnos), teniendo en cuenta la importancia del consumo de este grupo de alimentos por su aporte de Vitaminas, minerales y agua, lo cual podría llevar a las y los adolescentes a presentar deficiencias nutricionales comunes en la edad escolar. A la pregunta acerca del tipo de bebida que consumen para hidratarse igual que en el grupo anterior se encontró que prefieren el agua, sin embargo 8 alumnos que corresponden al 12.7% prefieren gaseosa. La frecuencia de consumo de alimentos de los estudiantes del liceo San Pablo se describe a continuación: Todos los estudiantes reportaron que consumen desayuno y 64.5 % (31 alumnos) consumen nueves, sin embargo cabe aclarar que la totalidad de los alumnos recibe refrigerio escolar, y sería necesario indagar si no lo consumen a media mañana. En cuanto al almuerzo se encontró que solamente 1 alumno refiere NO almorzar en el día, las onces son consumidas por 33 escolares que representan el 68.75 % de los estudiantes encuestados. Con referencia a la comida se encontró que 2 alumnos NO consumen comida en las noches. Con respecto a la frecuencia de consumo de alimentos se encontró el 77% de los estudiantes encuestados no incluyen lácteos en el desayuno, pero lo hacen el transcurso del día entre una y dos porciones; el 6.25% no consume lácteos durante la semana. El consumo de alimentos proteicos en especial de la carne, durante el día corresponde a una o dos porciones mientras que el 6.25% no consume carne durante la semana aumentando el riesgo de presentar anemia ferropénica y por consiguiente presentan un bajo rendimiento escolar. El consumo de pescado es menos frecuente ya que sólo el 29.1% lo consume una vez a la semana, el 31.1% rara vez y el 33.3% manifiesta nunca consumir este alimento. Con respecto al consumo de proteínas de origen vegetal como las leguminosas o granos es en su mayoría consumido dos veces al día por un alto porcentaje de los estudiantes encuestados. Una gran proporción de ellos tiene un bajo consumo de frutas. Con relación al consumo de verduras un 87.5% lo hace una vez a la semana ya sea cruda o cocidas, y el 12.5% expresa no consumirlas. Por otro lado, el consumo de alimentos que aportan calorías vacías como dulces se realiza a diario en un 85.4% y en paquetes se presenta en un 39.5%, mientras el 20% de la población encuestada nunca consume estos alimentos.

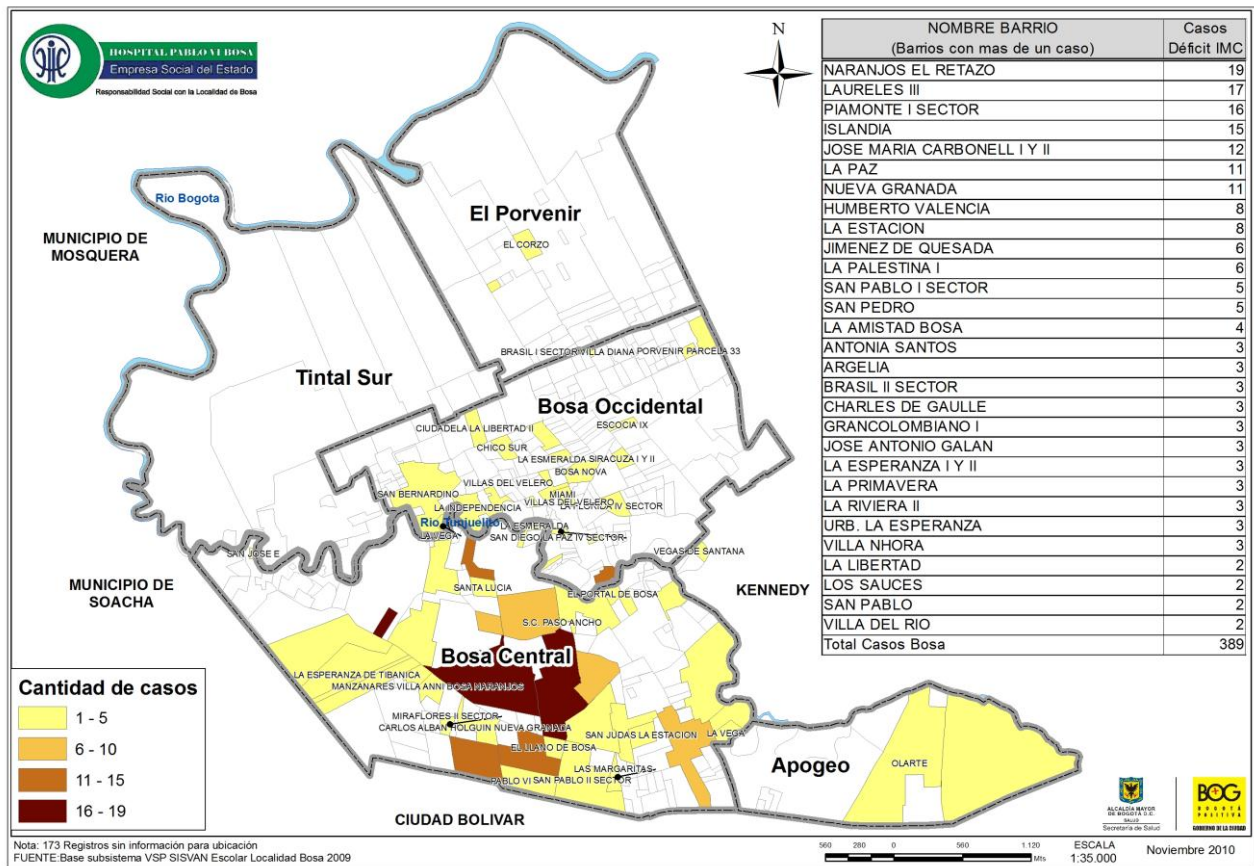
Mapa 41. Casos de sobrepeso según barrio de residencia en escolares de 5 a 9 años Colegios Centinela SISVAN Escolar Localidad Bosa 2009



Mapa 42. Casos de Déficit de Peso para la Talla según barrio de residencia en Colegios Centinela en niños de 5 a 9 años



Mapa 42. Casos de Déficit de Peso según Índice de Masa Corporal en jóvenes de 10 a 17 años escolares de los colegios Centinela SISVAN Localidad Bosa 2009



Durante el 2009, en los casos reportados al Sistema de Vigilancia Nutricional, SISVAN, relacionados al bajo peso gestacional, 5007 se ubican en el territorio Central, de los cuales 2012 (40.2%) presentan bajo peso, 1717 (34.3%) peso adecuado, 632 (12.6%) obesidad y 646 (12.9%) sobrepeso¹⁴⁹. También según SISVAN, para el indicador de Peso/ Edad, relacionado al crecimiento pondoestatural, se reportaron 17671 casos, de los cuales 10318, estaban ubicados en el territorio Central; la distribución por estado nutricional, es de 932 (9.5%) con déficit de peso, 2595 (25.2%) riesgo de déficit, 6440 (62.4%) con peso adecuado y 301 (2.9%) con sobrepeso¹⁵⁰.

Al analizar las notificaciones de SISVAN de los niños y las niñas menores de 10 años, se cuenta que del total de la población captada durante el año 2009 (25.028), el 2,63%, (660 menores de 10 años) corresponden a gitanos, afrocolombianos, raizales e indígenas; al hacer la desagregación por sexo se encuentra que el 60.9% son niños y el 39.1 % son niñas, encontrando para esta población un déficit de peso para la talla de 4,3%, en riesgo 16,2%, normales 74,8% y un 4,5% asistieron a controles de crecimiento y desarrollo; estas cifras que no distan de los promedios locales y distritales. Aunque para el indicador Talla/Edad, encontramos un 14,1% con retraso del crecimiento un 2% por encima del promedio local, un riesgo de 24,6% y alrededor del 60% de la población tienen

¹⁴⁹ Bases SISVAN, Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

¹⁵⁰ Bases SISVAN, Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

un parámetro de crecimiento adecuado, al igual que en los promedios locales. En la UPZ Central el comportamiento del indicador peso/edad, para niños y niñas menores de 5 años es de 9.5%.

Para el 2009, el dato de mortalidad asociada a desnutrición, en la localidad de Bosa fue de 5,3 superó la línea base a nivel distrital que es de 4,4 por 10.000 niños Este hecho es preocupante y aunque la desnutrición es de tipo multicausal, es compromiso de todos los sectores el contribuir a su disminución¹⁵¹. En la UPZ 85, se presentaron 2 de los 3 casos de la Localidad.

Las intervenciones del programa salud al colegio SAC para el año 2009 se desarrollaron en las IED Alfonso Reyes Echandia contando con 3409 estudiantes, colegio Carlos Alban Holguín con 5961 estudiantes, colegio CEDID San Pablo con 4676 estudiantes, colegio Fernando Mazuera Villegas con 6506 estudiantes, colegio Francisco de Paula Santander con 1467 estudiantes, colegio Gran Colombiano con 4334 estudiantes, colegio José Antonio Galán con 2051, colegio Llano Oriental con 1077 estudiantes, colegio Luis López de Mesa con 3082 estudiantes, colegio Pablo de Tarso con 3359 estudiantes, colegio Porfirio Barba Jacob con 1979 estudiantes, para un total de 33225 estudiantes identificados en las IED públicas del territorio central que al desagregarlo por sexo se tienen 18755 hombres y 17498 mujeres. bEste dato permite identificar una mayor presencia del sexo masculino en el territorio central que acude a las instituciones educativas distritales, lo que podría evidenciar la desescolarización de las mujeres jóvenes que deben priorizar el cuidado de sus familias y la generación de ingresos antes que su cualificación por medio del sector educativo¹⁵².

De acuerdo a la línea de base del ámbito escolar para el 2009 se encuentra que para las Instituciones educativas del territorio central son más sentidas las temáticas relacionadas con el uso abusivo de sustancias psicoactivas con el 22%, fortalecimiento de la autonomía para el desarrollo de una sexualidad sana y responsable con un 18% y saneamiento básico con un 15% respectivamente. Problemáticas que nos son nuevas en el diagnóstico institucional y que reflejan que cada vez van más en aumento, preocupando a la comunidad educativa en general, haciendo que se desarrollen estrategias y planes de respuesta integrales desde el área de la salud, social, pedagógico y ambiental¹⁵³.

Al considerar el directorio de colegios privados para el 2009 se hallaron en el territorio central los colegios centro de enseñanza Santa Clara, colegio Claretiano, colegio cooperativo de Bosa, colegio El Libertador, gimnasio Garabatos de Colores, instituto académico de Bosa ubicados en el barrio Bosa Centro; en el barrio Azucena se encuentra el centro educativo Wilfredo Lehner, en el barrio La Estación se hallan los colegios Andrés Rosillo, colegio Colombo Japonés y colegio Miguel Angel Asturias; en el barrio Humberto Valencia se encuentra el colegio Antonio Ricaurte de Ciudad Piamonte, dentro del barrio Antonia Santos se halla el colegio José Ortega y Gasset, en el barrio Los Naranjos se encuentran los colegios Mi Pequeño Paris y gimnasio Cáceres, en el barrio Primavera se puede reconocer el colegio Miguel Faraday, en el barrio Gonzalo Jimenez se halla el colegio Nuestra Señora de Nazareth, en el barrio Laureles se encuentran los colegios Nueva Colombia Grande y el gimnasio Martín Galeano, para el

¹⁵¹ Informe anual de SISVAN 2009. Vigilancia Epidemiológica. Transversalidad de SAN. Hospital Pablo VI Bosa

¹⁵² Hospital Pablo VI Bosa, Análisis Ámbito escolar 2009, Bogotá, 2010.

¹⁵³ Hospital Pablo VI Bosa, Ámbito escolar línea de base 2009. Bogotá, 2010.

barrio José Antonio Galán se reconocen los colegios Rosa Agazzi y el instituto Álvaro Mutis, en el barrio Argelia II se identifica el instituto Clara Fey¹⁵⁴.

En cuanto a las instituciones que ofrecen educación para el trabajo¹⁵⁵ se hallan dentro del territorio central, en particular en el barrio Bosa Centro: la academia de estética y belleza Maranatha con programas de belleza general; el centro educativo de sistemas de Los Andes que ofrece programas de análisis y diseño de sistemas, diseño gráfico, contaduría informática y educación escolar; el instituto Colombo Japonés tiene programas de sistemas, contabilidad sistematizada, secretariado ejecutivo; el instituto politécnico Colombo Alemán de sistemas ofrece programas como operador de contabilidad sistematizada, secretariado general contable, operador de computadores y programas; la escuela de belleza y estética D'Italo con programas de belleza integral y belleza capilar; el instituto tecnisistemas con programas de validación general, digitador en paquetes empresariales, secretariado, contabilidad sistematizada, programación y análisis de sistemas, secretariado contable sistematizada. Además de estas instituciones, se han identificado el instituto integral INTEGRAR, externado Simón Bolívar y centro educativo Los Andes. Esta información permite reconocer la concentración de las instituciones de educación formal para el trabajo y el desarrollo humano en la UPZ Central; sin embargo, cabe anotar que estos programas apenas son de nivel técnico y tecnológico lo que podría perpetuar la presencia de mano de obra poco calificada. Se hace evidente la necesidad de movilizarse fuera de la localidad para recurrir a instituciones educativas del nivel profesional. Por otro lado, los programas ofertados no obedecen a la dinámica económica y productiva de la localidad, lo que obliga a la población que accede a estos, a emplearse en otras localidades del distrito generando problemas de movilidad, aumento en los egresos familiares por costos de transporte, desintegración del núcleo familiar por ausencia de figuras paternas responsables que acompañen a los hijos e hijas quedando en exposición a prácticas inadecuadas en la infancia y la juventud, además de riesgos de seguridad por el tráfico a determinadas horas, en ciertos barrios relacionados en el núcleo de violencias.

En cuanto a las instituciones que ofertan educación para las y los adultos en los niveles de primaria básica y media secundaria se hallan: colegio INETEC en el barrio Nueva Granada, Miguel Ángel Asturias y externado Simón Bolívar en el barrio La Estación, colegio inmaculado corazón de María en Bosa centro, gimnasio Cáceres en el barrio Los Naranjos, instituto integral INTEGRAR en el barrio Jiménez de Quesada. De acuerdo a esta información se entiende que dentro de este territorio se encuentra la mayor oferta de formación para la población adulta; no obstante, se queda corta al tener en cuenta que la baja cualificación de los y las adultas de la localidad evidente en la caracterización realizada por ámbito laboral¹⁵⁶.

Al tener en cuenta la intervención de desplazamiento en ámbito escolar para el territorio central se identifican 12 estudiantes en el I.E.D. José Antonio Galán, 70 estudiantes en el colegio Alfonso Reyes Echandía, 40 estudiantes en la sede A del Carlos Albán Holguín y 10 en la sede C. Las problemáticas que se presentan a nivel emocional están dadas por la falta de comunicación con los padres, docentes y en general con los adultos, esto deja entrever dificultades afectivas que conducen a la iniciación de una vida sexual activa prematura lo que conlleva a embarazos no deseados, abortos voluntarios, infecciones de transmisión sexual y en ocasiones explotación sexual, pese a la

¹⁵⁴ Hospital Pablo VI Bosa, Ámbito escolar, Directorio de colegios privados 2009. Bogotá, 2009.

¹⁵⁵ *Ibid.*, base de educación para el trabajo, Bogotá, 2009.

¹⁵⁶ *Ibid.*, base de educación para la adultez, Bogotá, 2009.

información que poseen en los métodos de planificación familiar no los utilizan por mitos que aún se mantienen; además de un marcado machismo y baja autoestima¹⁵⁷.

Dentro del programa Salud A Su Casa, se han reconocido dentro del territorio central los siguientes microterritorios: El Jardín, Manzanares, El Toche, Islandia, Urbanización La Esperanza, Primavera, El Palmar, Antonia Santos, José Antonio Galán, Laureles I, II y III, Gran Colombiano, Humberto Valencia, Naranjos – La Ele, Naranjos II, Palestina, Piamonte, Asovir, Carlos Albán, Carbonell I y II, Nueva Granada, Pablo VI, San Diego II, Clarelandia, Bosa Centro, Amistad, Acuarela¹⁵⁸.

El microterritorio El Jardín comprende los barrios Jardín, Getsemaní, San Eugenio, San Diego, San Diego del Camino, lotes los cuales 223 están construidos y allí habitan 370 familias con los siguientes límites al Norte el Río Tunjuelito, al Sur la transversal 78, al Occidente la carrera 85 límites con barrio San José, al Oriente la Cicloruta San Bernardino. Por medio de la caracterización realizada se halla como población diferencial a 33 familias en condición de desplazamiento, 21 familias en situación de desplazamiento, 2 familias habitantes de calles y 5 de ellas reinsertadas. Como indígenas se encuentran caracterizadas 38 familias, 21 familias afrodescendientes y 3 de ellas para la comunidad ROM. Al tener en cuenta el tipo de aseguramiento de la población en general se encuentra que el 46% pertenece al régimen contributivo, 27% en el régimen subsidiado, en el 16% no se identifica en tipo de aseguramiento. En cuanto al tipo de viviendas se encontró que el 68% de las familias caracterizadas habitan en viviendas tipo apartamento y 32% en vivienda de tipo casa¹⁵⁹.

El microterritorio Manzanares integra los barrios Manzanares, Charles de Gaulle, Israelitas y Villa Anny. Está limitado en el costado oriental por la DG 73D sur y la laguna de la Tibanica, en el sector occidental con la DG 73 I sur donde comienza el barrio la esperanza en su costado sur con la laguna de la Tibanica sector compartido con el municipio de Soacha y el costado norte lo limita con la carrera 79 D. El microterritorio está conformado por tres barrios de estrato 1 y 2 legalizados de actividad residencial. Algunos con más años de fundada que otros, estos suelos eran destinados a la agricultura y la ganadería. Anteriormente este terreno hacía parte del área rural de estructura municipal del Bosa, determinándose entonces el uso del territorio para las actividades propias agropecuarias destinadas al cultivo de diferentes especies como arveja, habas, papa, hortalizas entre otros y la cría de animales de finca como vacas, ovejas, cerdos, gallinas etc., actualmente las viviendas han mejorado en cuanto a su construcción el barrio se ha consolidado en dicho aspecto, predominan los materiales de construcción: bloque y ladrillo, puertas y ventanas en hierro, terminaciones de fachadas e interiores en obra negra y gris y blanca, planchas en cemento y tejas) algunas de viviendas cuentan con dos y tres plantas, pero la mayoría se compone de un solo nivel, no se observan casos relevantes o atípicos, las estructuras se levantaron sin requerimientos de construcción y diseño antisísmicos. Dentro de la caracterización hecha se encontraron como poblaciones diferenciales en situación de desplazamiento un total de 41 familias, en condición de desplazamiento con 23 familias, 5 familias reinsertadas, 5 familias afrodescendientes, 5 familias indígenas, 2 familias ROM. En cuanto al tipo de aseguramiento se encuentra igual porcentaje para el régimen subsidiado y contributivo con un 34 % cada uno, no se identifica el tipo de aseguramiento en el 18% de las familias. En lo relacionado con el tipo de vivienda se

¹⁵⁷ Hospital Pablo VI Bosa, Diagnóstico local Transversalidad desplazamiento Salud Al Colegio, Bogotá, 2009.

¹⁵⁸ Hospital Pablo VI Bosa. Diagnóstico ámbito familiar SASC. Bogotá. 2009.

¹⁵⁹ Ibid.

encuentra un 61.9% de viviendas tipo apartamento y un 38.3% en tipo casa. Referente a la tenencia de vivienda se identifica un 43.33% viven en arriendo y el 34.84% habitan en vivienda propia pagada¹⁶⁰.

El microterritorio El Toche se conforma por los barrios El Toche y Providencia, compartiendo territorio con la UPZ Tintal Sur. Limita con los municipios de Soacha y Mosquera al sur y occidente respectivamente; San Bernardino al norte y con el micro territorio 1 el jardín al oriente. En cuanto a la población diferencial se han caracterizado 28 familias en condición de desplazamiento, 9 familias en situación de desplazamiento, 3 familias reinsertadas, 119 familias indígena, 3 familias afrodescendientes. Al tener en cuenta el tipo de aseguramiento se encuentra un alto porcentaje de la población en general perteneciente al régimen subsidiado con un 44%, en el régimen contributivo un 27% y no se identifica tipo de aseguramiento en el 18%. En el tipo de vivienda de las familias se encuentra un 82,59% habitan viviendas tipo casa apartamento, cabe anotar la diversidad en el tipo de viviendas presente en este microterritorio que van desde casa, apartamentos, hasta refugios, carpas y piezas. La tenencia de viviendas presenta un 44.83% de la población habita en vivienda propia pagada, el 29% habita en arriendo.

El microterritorio Islandia está conformado por los barrios San Pedro Central, Islandia I , II y III, La Esmeralda. Las construcciones de las viviendas en los inicios de los barrios cedieron por auto construcción con materiales no convencionales como madera, tela asfáltica, lata y en ocasiones con cartón y plástico, esto para suplir las necesidades básicas de vivienda. Este proceso dio lugar a casas atípicas (casas de diferentes estilos) la construcción de las viviendas se ha dado por medio de autoconstrucción comunitaria, en la actualidad se observan casas de material como ladrillo, bloque con ventanas y puertas de hierro sin terminaciones ostentosas. No se contaba con servicios públicos, los cuales se consiguieron en forma clandestina de los barrios circunvecinos como la Palestina y el Humberto valencia para poder suplir sus necesidades básicas. los servicios se legalizaron por proceso de autogestión de la comunidad y las juntas de acción comunal de los diferentes barrios del territorio no se presentan calles pavimentadas solo en el barrio Islandia I Y II donde se presentan 4 calles peatonales adoquinadas proyecto otorgados por medio de la junta de acción comunal las calles de los barrios del microterritorio se encuentran en su totalidad sin pavimentar lo cual causa en época invernal una gran cantidad de barro y en época de verano una gran cantidad de polvo ocasionando esto un aumento en las enfermedades respiratorias de la comunidad en especial en niños menores de 5 años y adultos mayores. En cuanto a la población diferencial caracterizada se encuentran 54 familias en condición de desplazamiento, 17 familias reinsertadas, 5 familias en situación de desplazamiento, 5 familias habitantes de calle, 18 familias indígenas, 8 familias ROM, 4 familias afrodescendientes. En lo que respecta al tipo de aseguramiento se tiene el 38% de la población general se encuentra en el régimen contributivo, el 34% al régimen subsidiado y el 17% no se identifica el tipo de aseguramiento. El tipo de vivienda de las familias presenta un 61% habita en casa apartamentos y un 33% habita en tipo casa.

El microterritorio Primavera comprende los barrios La Esperanza de Tibanica y Primavera. En el barrio la primavera podemos encontrar 34 manzanas con un promedio de 581 lotes construidos mas 19 sin construir y en este momento un promedio de 12 lotes sin legalizar, los cuales en el transcurso del 2009 han sido evacuadas por la construcción del alcantarillado de la avenida de Cali. El sector cuenta con todos los servicios públicos legalizados. Se cuenta con tiendas de víveres, droguerías, cabinas telefónicas e Internet, venta de combustible como dos bombas de gasolina y los demás venden gas en pipeta para casas. Encontramos centros de culto católico 1 la iglesia la primavera que se encuentre en Kr. 78d, testigos de Jehová la cual está ubicada en la calle # 77ª y otras religiones con 3 centros de culto. Contamos también con la junta de acción comunal que se encuentra en la Kr. 78 f calle 77ª

¹⁶⁰ Ibid.

sur. La presencia de población diferencial se reconoce de la siguiente manera: 32 familias en situación de desplazamiento, 25 familias en condición de desplazamiento, 3 familias reinsertadas y 1 familia indigente, 7 familias afrodescendientes y 5 familias indígenas. Según el tipo de afiliación en salud para la población en general se encuentra un 34% dentro del régimen subsidiado, 31% en el régimen contributivo y un 27% no se identifica el tipo de aseguramiento. El tipo de vivienda presenta un 97% habitan en tipo casa y el 1.6% en tipo apartamento. De acuerdo a la tenencia de vivienda se evidencia un 46.6% de las familias viven en arriendo, el 38.1% viven en casa propia pagada, seguidos por el 11% que habitan en vivienda propia pagando¹⁶¹.

La urbanización La Esperanza consta de doce manzanas cada una con un promedio de 150 interiores o casas con las siguientes limites por el norte Getsemaní (transversal 88) al sur (carrera 77 sur) humedal Tibanica. Al occidente (calle 80) al oriente (calle 78). Según la caracterización hecha se encuentra población diferencial representada en 17 familias en situación de desplazamiento, 5 en condición de desplazamiento y 5 familias reinsertadas, 2 familias indígenas, 1 familia afrodescendiente y 1 familia ROM. En cuanto al tipo de aseguramiento en salud se tiene un 49% de la población general pertenece al régimen contributivo, 25% al régimen subsidiado y un 18% no presenta aseguramiento identificado. El tipo de vivienda presenta un 98% de las familias habita en vivienda tipo casa. De acuerdo a la tenencia de vivienda se cuenta con un 44% de las familias habitan en viviendas propias pagadas, mientras el 27% viven en arriendo¹⁶².

El microterritorio El Palmar está constituido por los barrios Llano Oriental, El Palmar y Alameda del Parque. En la identificación de población diferencial se encuentran 49 familias en situación de desplazamiento, 13 familias en condición de desplazamiento, 10 familias reinsertadas, 1 familia habitante de calle, 9 familias afrodescendientes, 9 familias indígenas y 3 familias ROM. Respecto al tipo de aseguramiento en salud se cuenta con un 50% de la población general en el régimen contributivo, 23% del régimen subsidiado y 19% no se identifica el tipo de aseguramiento. En cuanto al tipo de vivienda se cuenta con 99,3% de las familias habitan en vivienda tipo casa. De acuerdo a la tenencia de vivienda se presenta un mayor porcentaje de viviendas en arriendo, seguido de vivienda propia pagada y propia pagada¹⁶³.

El microterritorio Antonia Santos reúne los barrios Antonia Santos, Argelia y El Portal de Bosa. Limita al norte con el río Tunjuelito y el barrio Roma; al sur con el barrio La Palestina; al oriente con el barrio Bosa Centro y al occidente con el barrio Bosa La Paz. En cuanto a la población diferencial identificada se encuentran 56 familias en situación de desplazamiento, 41 familias en condición de desplazamiento, 13 familias reinsertadas, 4 familias habitantes de calle, 25 familias indígenas y 3 familias afrodescendientes. De acuerdo al tipo de aseguramiento en salud para la población en general se cuenta con un 38% dentro del régimen contributivo, 35% en el régimen subsidiado y 19% no se identifica el tipo de aseguramiento. El tipo casa presenta el mayor porcentaje y en tenencia de vivienda cada resaltar que la mayoría habita en arriendo seguido de propia pagada¹⁶⁴.

El microterritorio Laureles está conformado por el barrio Laureles dividido en los sectores I, II y III. Limita con Naranjos, Bosques de Marylan, Villa Anny, Charles de Gaulle, Manzanares, Primavera, Avenida ciudad de Cali, Kra.

¹⁶¹ Ibid.

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ Ibid.

87Q Calle 75 Bis Sur a la Calle 76 sur. Anteriormente este territorio los habitantes obtenían el suministro de agua por medio de la adecuación de un sistema clandestino por mangueras casa a casa, otra estrategia para abastecerse de agua era por medio de pilas del II sector de laureles por la carrera 81 con Valdez y mangueras conectadas a la red principal. De acuerdo a la distribución por población diferencial se han identificado 36 familias en situación de desplazamiento, 14 familias reinsertadas, 8 familias en condición de desplazamiento, 2 familias indígenas, 2 familias ROM, 1 familia afrodescendiente. De acuerdo al tipo de aseguramiento en salud para la población en general se encuentra un 39% en el régimen contributivo, 33% en el régimen subsidiado y un 16% de las familias no identifican el tipo de aseguramiento. Al tener en cuenta el componente de vivienda se halla un 99% de las familias viven en casa apartamento y el 1% habita en vivienda tipo casa. De acuerdo a la tenencia de la vivienda se evidencia que el 70% de las familias habitan en arriendo¹⁶⁵.

El microterritorio Gran Colombiano integra los barrios Bosques de Maryland y Gran Colombiano. Limita con Laureles I, II, III por la Kra. 81, Humberto Valencia por la Cl. 72, Avenida ciudad de Cali por la Cra 82ª. En la actualidad las viviendas han mejorado en cuanto a su estructura, como la terminación de fachadas, pisos, algunas viviendas de dos y tres plantas, algunas viviendas están un poco deterioradas y continúan en obra gris, no se observan casos relevantes o atípicos. El número de manzanas es de 7, viviendas 288 y lotes vacíos 20, este sector se caracteriza por ser de uso residencial. El abastecimiento del agua es por medio de la red Distrital la cual se legalizó en el año de 1998, se cobra por medio de una tarifa fija. Su acometida fue por petición de la junta de acción comunal, los servicios del agua y su calidad son muy buenos y tiene cobertura a todas las casas del barrio, no hay ni hubo tanques de almacenamiento de agua. La caracterización permite distribuir la población diferencial en 48 familias en situación de desplazamiento, 32 familias en condición de desplazamiento, 10 familias reinsertadas, 6 familias indígenas, 3 familias afrodescendientes. De acuerdo al tipo de aseguramiento en salud se identifica en la población de este microterritorio un 40% en el régimen contributivo, un 29% en el régimen subsidiado y un 13% no identifica el tipo de aseguramiento al cual pertenece. Al tener en cuenta la distribución por tipo de vivienda se reconoce un mayor porcentaje habita en vivienda tipo casa. Según la tenencia de la vivienda se encuentra un alto porcentaje en arriendo, seguido muy de cerca por la vivienda propia pagada¹⁶⁶.

El microterritorio Humberto Valencia reúne los barrios Santa Lucía y Humberto Valencia. Limita por el Norte con la carrera 82B Sur (San Pedro), por el Sur con la Kra. 81, por el Oriente con la Diag 72 a Sur, por el Occidente con la calle 71 a sur (Palestina). La distribución de la población diferencial caracterizada se puede clasificar en 18 familias reinsertadas, 10 familias en situación de desplazamiento y 8 familias en condición de desplazamiento. Se han caracterizado 1 familia afrodescendiente y 1 familia ROM. El tipo de aseguramiento en salud se encuentra distribuido de la siguiente manera: 37% pertenece al régimen contributivo, 32% al régimen subsidiado y el 30% de la población en general no cuenta con ningún tipo de aseguramiento. En cuanto al componente de vivienda se presenta un mayor número de casas, que al relacionarlas con la tenencia puede reconocerse que en su mayoría son en arriendo¹⁶⁷.

El microterritorio Naranjos – La Ele comprende los barrios Naranjos y La Ele. Limita al Norte con la Kra 81, al Sur con la Kra 80M al Oriente con la Calle 72 al Occidente con el barrio ASOVIVIR y el colegio CAFAM de Naranjos. De acuerdo a la población diferencial se han caracterizado 7 familias reinsertadas, 5 familias en situación y 5 familias

¹⁶⁵ Ibíd.

¹⁶⁶ Ibíd.

¹⁶⁷ Ibíd.

en condición de desplazamiento. El distribución de las etnias dentro del microterritorio se reconoce a partir de las 3 familias indígenas, 3 familias ROM y 2 familias afrodescendientes. El aseguramiento en salud identifica un 45% dentro del régimen contributivo, 33% en el régimen subsidiado y 14% no identifica el tipo de aseguramiento. De acuerdo a la tipología las viviendas con mayor presencia son las casa y en su mayoría se encuentran en arriendo¹⁶⁸.

El microterritorio Naranjos II está conformado por el barrio Naranjos II. Al tener en cuenta la población especial se han identificado 15 familias en situación y 12 familias en condición de desplazamiento, 1 familia reinsertada y 1 familia indigente. La distribución por etnias permite reconocer 2 familias indígenas y 2 familias ROM. En cuanto al tipo de aseguramiento en salud se tiene el 44% de la población en general dentro del régimen contributivo, 31% en el régimen subsidiado y el 14% no presente ningún tipo de aseguramiento. En la tipología de las viviendas predomina el tipo casa y respecto a la tenencia se reconoce un mayor porcentaje de viviendas en arriendo¹⁶⁹.

El microterritorio Piamonte está conformado por los barrios Piamonte I y II. Tiene como limites la TV 78L y la TV 80H entre la CL 68 y DG 69B sur y en la TV 80H y KR 80N entre DG 66A y CL 68 sur. El CAMI es el centro de salud más cercano al microterritorio 37 ubicado en la UPZ 85. El territorio está ubicado entre los barrios: Jiménez De Quesada, San Pablo I Sector, Naranjos y Antonia Santos. En la actualidad cuenta con todos los servicios básicos más los complementarios (teléfono, gas, entre otros), y se encuentra ubicado en el centro de la UPZ 85 Bosa Central lo cual lo hace de fácil acceso gracias a la formación paulatina de la malla vial y a un importante corredor comercial que se presenta en la zona. Se identificaron como población diferencial a 3 familias en condición y 3 familias en situación de desplazamiento, 1 familia habitante de calle, no se encontró presencia de alguna comunidad étnica para el año 2009. Según la tipología de la vivienda se muestra que el 61% de las familias del micro territorio viven en casa apartamentos y un 33% habitan en casas; el 46% de la población caracterizad habita en viviendas propias¹⁷⁰.

El microterritorio ASOVIVIR integra los barrios ASOVIVIR, Triángulo de las Materas y Jiménez de Quesada. Limita al norte Jiménez de Quesada al sur con Humberto Valencia al Oriente con el barrio Piamonte al occidente los barrios triangulo de las materas y palestina entre el año 1991 y 1995 empezaron a legalizarse las viviendas en estos barrios y a su vez los servicios públicos como agua, luz y recolección de basuras. los criterios de abordaje son, presencia de enfermedades prevalentes en la infancia, Falta de oportunidades laborales, desempleo, mala utilización del tiempo libre, alcoholismo, tabaquismo, violencia intrafamiliar, falta de capacitación en oficios o artes específicos. En la distribución de la población diferencial es posible identificar a 11 familias en situación y 10 familias en condición de desplazamiento, 1 familia habitante de calle, 8 familias indígenas y 1 familia ROM. El aseguramiento en salud está marcado por un 53% dentro del régimen contributivo, 23% en el régimen subsidiado y el 18% se reconoce como población en general sin ningún tipo de aseguramiento. El 97% de las familias vive en vivienda tipo casa y en su mayoría refiere encontrarse en arriendo¹⁷¹.

El microterritorio Carlos Albán se conforma con el barrio Carlos Albán. Limita con Carbonell II cra 77m con cll 71ª hasta cll 73 bis y Carbonell cll 71ª-71b con cra 77m atv 78c, bosa narajos y laurales: cll71b con tv 78c a cll 72c con tv

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Ibid.

¹⁷¹ Ibid.

79d, barrio llano oriental cll 72c con tv 79d a cll 73 bis co cra 77m. El microterritorio está conformado por tres barrios de estrato 1 y 2 legalizados de actividad residencial. Fue fundado en 1967 como ciudadela Carlos Albán abarcaba lo que hoy es israelita, llano oriental y naranjos. Se pavimentaron las calles en 1973, en 1980 se le cambio el nombre a Carlos ALBAN como hoy lo encontramos. Este sector se caracteriza en la actualidad por ser de uso residencial principalmente de estrato (1) uno y dos (2), dado por procesos de autoconstrucción comunitarios; paulatinamente las construcciones han ido mejorando en cuanto a su aspecto, observándose un 90% de construcciones en bloque y ladrillo, puertas y ventanas en hierro, terminaciones de fachadas e interiores en obra negra y gris, planchas en cemento y tejas, algunas de las viviendas cuentan con dos o tres plantas, pero aún encontramos viviendas fabricadas con materiales no convencionales. Identificación de casos atípicos (puertas de madera, fachadas en baldosín, casas en materiales recuperados y terminaciones ostentosas en casos únicos). Actualmente el uso del suelo es netamente residencial, en su mayoría lotes edificados, contando con aproximadamente 7.500 habitantes, pero no hay equipamientos deportivos, recreativos ni zonas verdes. Dentro de la población diferencial del microterritorio se encuentran 19 familias en condición y 11 familias en situación de desplazamiento, 3 familias reinsertadas, 3 familias afrodescendientes, 3 familias ROM y 1 familia indígena. El tipo de aseguramiento que presenta la población en general puede clasificarse en 44% dentro del régimen contributivo, 29% en el régimen subsidiado y 25% sin aseguramiento. En cuanto a la tipología de la vivienda sigue dominando el tipo casa, en tenencia sigue siendo en arriendo la modalidad con mayor presencia¹⁷².

El microterritorio Carbonell está compuesto por el barrio Carbonell I y II. Limita al norte con San Pablo I sector, al sur con El Palmar, al oriente con el municipio de Soacha y al occidente con el barrio Carlos Alban. Es un microterritorio de característica urbana familiar donde predomina el comercio informal tipo familiar y microempresarial, vías pavimentadas, cuenta con servicios básicos de saneamiento y servicios públicos. Costa de 382 lotes totalmente contruidos en 10 manzanas organizadas con respectivos espacios peatonales y adecuada distancia entre una y otra, quedando 6 lotes abandonados que se denominan lotes de reserva por el ICT en los cuales se construyeron parques recreacionales infantiles y zonas verdes en las que predominan árboles pequeños de diferentes especies. Como población diferencial se reconocen 19 familias en condición y 11 familias en situación de desplazamiento, 3 familias reinsertadas, 4 familias indígenas. En la distribución por aseguramiento se encuentra el 44% dentro del régimen contributivo y el 25 % no tiene ningún régimen de aseguramiento. El 99% de las familias habitan en viviendas tipo casa. El 53% de las familias caracterizadas habita en vivienda arrendada, mientras el 25% tiene casa propia¹⁷³.

El microterritorio Nueva Granada integra los barrios Nueva Granada II, Llanito de Bosa y San Pablo. La distribución de la población diferencial se reconoce por medio de 39 familias reinsertadas, 22 familias en situación y 4 en condición de desplazamiento, 4 familias habitantes de calle, 2 familias ROM, 2 familias indígenas y 1 familia afrodescendiente. La distribución por aseguramiento permite identificar el 43% en el régimen contributivo, 28% en el régimen subsidiado y el 22% no presente ningún tipo de aseguramiento. En el componente de vivienda predomina el tipo casa y de acuerdo a la tenencia se observa que el 60% está en arriendo y el 25% de las viviendas son propias¹⁷⁴.

El microterritorio Pablo VI está compuesto por los barrios Pablo VI, Nueva Granada I y San Pablo. Se encuentra delimitado por la KR 77G límite de la localidad y del distrito y la KR 78C. El CAMI es el centro de salud más cercano

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ Ibid.

al microterritorio 41 ubicado en la UPZ 85. El territorio está ubicado entre los barrios: Nueva Granada II, Carbonell, San Pablo I, Piamonte y el Municipio de Soacha. La población diferencial cuenta con 41 familias reinsertadas, 24 familias en situación y 4 familias en condición de desplazamiento, 4 familias habitantes de calle, 20 familias ROM, 9 familias indígenas y 2 familias afrodescendientes. De acuerdo al componente de vivienda se muestra que el 61% de las familias viven en casa apartamentos y el 33% habitan en casa. La tenencia de las viviendas presenta un 61% en arriendo¹⁷⁵.

El microterritorio San Diego se conforma con el barrio San Diego II. No hay lotes, las casas son propiedad de particulares, se identifica la necesidad de un salón comunal. El parque aún está en plan de ser adaptado. La malla vial ha sido pavimentada. Las vías están hechas en asfalto. Sobre las vías principales los carros pasan muy rápido ya fue solicitado los reductores de velocidad a la secretaria de transporte que ya se encuentra en proceso. Limita al norte limita con los barrios El Toche vereda San José, al sur con la urbanización La esperanza, al Oriente limita con El Jardín, Getsemaní, San Diego y Occidente con Soacha. La distribución de la población diferencial se reconoce con 8 familias reinsertadas, 4 familias en situación de desplazamiento, 19 familias afrodescendientes y 2 familias indígenas. El aseguramiento está dado en un 76% para el régimen contributivo, mientras el 16% manifiesta no presentar ningún tipo de aseguramiento. La distribución por tipo de vivienda reivindica el tipo casa con la mayor presencia, mientras en la tenencia se identifica un mayor porcentaje en la vivienda propia pagando¹⁷⁶.

El microterritorio Clarelandia reúne los barrios Clarelandia, La Riviera y La Sultana. El uso de los suelos es residencial, comercial, mixto y progresivo. Va desde la dirección Av. Kra. 80 cl. 58l hasta la kra. 80C con cl. 58L y con la cl. 58J kra. 80C de Clarelandia y de la cl. 58J Kra. 80F con cl 58J Kra. 80H y en La Sultana cl. 60 Kra. 80B hasta Kra. 80H con cl. 59B -16 y desde la cl 59 bis kra 85f con kra 80h con cl 59bis y de La Rivera kra. 80I con cl. 58J hasta Kra. 81A cl. 58K. La población diferencial se distribuye en 21 familias en condición y 4 familias en situación de desplazamiento, 15 familias reinsertadas y 2 familias habitantes de calle. La población étnica se identifica con 3 familias afrodescendientes y 1 familia ROM. El aseguramiento muestra un 53% de la población en general dentro del régimen contributivo, mientras un 28% no presenta ningún tipo de aseguramiento. El tipo de vivienda con mayor presencia vuelve a ser el tipo casa, con un 60% en arriendo¹⁷⁷.

El microterritorio Bosa Centro se conforma con los barrios Bosa Centro y La Capilla. Las malla vial en este momento se encuentra mal estructurada debido a que Bosa fue un barrio de invasión y todas las vías vehiculares pasan por cuadras con demasiada afluencia peatonal; hoy en día se cuenta con la calle 63, calle 65, Kra 80, Kra 80H y Kra 80K. las cuales se encuentran en placa de concreto en regular estado. Se cuenta con problemas de movilidad en la Kra 79 y la calle 65 entre Kra 80C y Kra 80I debido a que por estas cuadras el flujo de vehículos es muy grande y afecta la movilidad ya que el sector es muy comercial además de las constantes personas que transitan por el sector. Hay problema en la señalización de las vías: kra 80 H entre la kra 81 A con calle 63, Calle 61 entre kra 80H y Kra 80I, calle 60 entre Kra 80H hasta la Kra 80I, Calle 65 entre kra 80H y kra 80J, por donde pasan bastantes estudiantes y esto a hecho que con frecuencia se presencien accidentes de tránsito. Se cuenta actualmente con el servicio de alimentadores los cuales nos comunican con el portal del sur y tienen como paradas las siguientes direcciones calle 63 con kra 78D, Cl 63 con Kra 78 J, cl 65 con kra 78 f, kra 80 h con calle 60 sur; la comunidad se demora de 5 a 10 minutos a los paraderos alimentadores, la calidad del servicio es deficiente ya que los alimentadores tardan

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

mucho en llegar al paradero. Por este sector pasan aproximadamente 25 rutas de transporte urbano las cuales abastecen en gran mayoría a la población adulta que sale a trabajar o que llega a trabajar a la localidad, en el horario donde hay más demanda es en horas de la mañana y de la tarde cuando se sale a laborar y se llega del mismo. Algunas de las empresas que nos brindan este servicio son: BUSES BLANCOS, PANAMERICANA, COTRANSKENNEDY, NACIONAL, TCC, CONALMICROS, TAMPA, CIDAUTO. Adicional a esto se cuenta con el servicio de **taxis** al cual se accede fácilmente por cualquiera de las dos vías principales que son la calle 63 y la calle 65, toda la comunidad posee fácil y rápido acceso a este servicio. Se hace evidente el sistema de transporte informal con bastante frecuencia por parte de los bicitaxis, ya que las vías principales se encuentran muy cercanas unas a las otras, por tal motivo la comunidad tiene difícil acceso a algunos lugares y debido a esto se usa. La distribución de la población diferencial permite identificar a 8 familias en condición y 5 familias en situación de desplazamiento, 7 familias reinsertadas, 7 familias étnicas, 5 familias afrodescendientes y 4 familias ROM. El aseguramiento en salud de la población en general muestra un 57% dentro del régimen contributivo, mientras un 24% se encuentra sin ningún tipo de aseguramiento. El tipo de vivienda con mayor presencia es el tipo casa, en su mayoría se hallan en arriendo¹⁷⁸.

El microterritorio Amistad se conforma con los barrios La Amistad y San Judas. Consta de 382 lotes totalmente construidos en 10 manzanas organizadas con respectivos espacios peatonales y adecuada distancia entre una y otra, quedando 6 lotes abandonados que se denominan lotes de reserva por el ICT en los cuales se construyeron parques recreacionales infantiles y zonas verdes en las que predominan árboles pequeños de diferentes especies. En las vías peatonales también encontramos sembrados técnicamente algunos árboles ornamentales recomendados por el Jardín Botánico, conservados en materas para su protección. Actualmente las vías principales son pavimentadas con nomenclatura recientemente actualizada, también hay vías peatonales pavimentadas y asfaltadas para el paso de vehículos livianos y otras vías únicamente peatonales construidas en adoquín. La distribución de la población diferencial se clasifica en 16 familias reinsertadas, 8 familias en condición y 3 familias en situación de desplazamiento, 3 familias indígenas, 1 familia ROM, 1 familia afrodescendiente. La distribución por aseguramiento muestra un 54% dentro del régimen contributivo, 23% en el régimen subsidiado y 19% de la población en general no se encuentra con aseguramiento. El 98% de las familias caracterizadas habitan en viviendas tipo casa. El 53% de la población habita en viviendas arrendadas, el 31% en vivienda propia pagada¹⁷⁹.

El microterritorio Acuarela está conformado por los barrios La Estación II, La Granja, Acuarela y Andalucía. El barrio cuenta con una malla vial en un 98% pavimentada con andenes en concreto, donde las vías de acceso principales son calle 59, o la av. Dagoberto mejía, autopista sur, calle 63 que es la entrada hacia Bosa y para la salida es la calle 65, el uso de transporte público, privado y peatonal. Problemas de movilidad no se visualizan porque hay andenes peatonales y alamedas en la parte de azucena y acuarela, encontramos buena señalización, semaforización en las calles principales en la actualidad. La población diferencial se distribuye en 16 familias reinsertadas, 10 familias en condición y 6 familias en situación de desplazamiento, 6 familias indigentes, 8 familias indígenas, 3 familias ROM y 2 familias afrodescendientes. la distribución de aseguramiento en salud muestra un 56% dentro del régimen contributivo, 21% en el régimen subsidiado y un 20% de la población en general no presenta ningún tipo de aseguramiento. El tipo de vivienda que mayor presencia tiene en este territorio es el tipo casa; respecto a la tenencia de la vivienda se relaciona un 53% en arriendo, mientras el 27% tiene vivienda pagada¹⁸⁰.

¹⁷⁸ *Ibíd.*

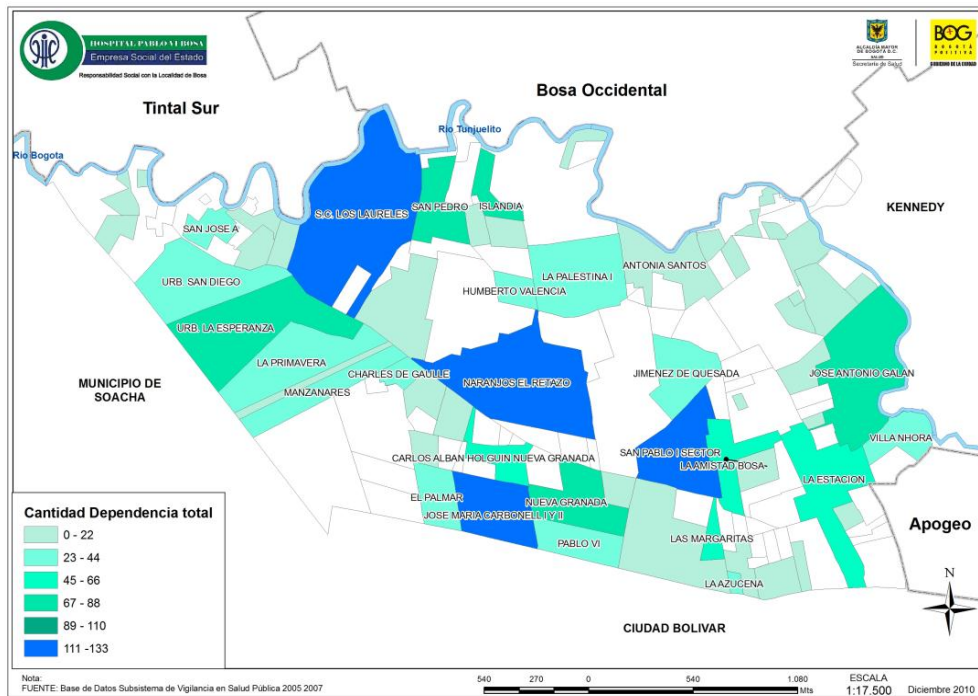
¹⁷⁹ *Ibíd.*

¹⁸⁰ *Ibíd.*

Al poner en consideración la cobertura de los servicios públicos dentro del territorio central se encuentra que el servicio de energía cuenta con una amplia presencia, siendo el servicio con mayor impacto en las viviendas de la UPZ. Seguido por el acueducto, aunque en deficiente medida para microterritorios como El Toche, donde el servicio de agua potable presenta problemas en un amplio porcentaje de las viviendas. El servicio de recolección de basuras se encuentra en tercer lugar, aunque se muestra una cobertura insuficiente en microterritorios como El Toche. El servicio de gas domiciliario presenta una menor cobertura de acuerdo al número de viviendas identificadas en microterritorios como Bosa Centro, Pablo VI, Nueva Granada, Carbonell I y II, ASOVIVIR, Piamonte, Antonia Santos, El Palmar, El Toche. El servicio con menor cobertura de acuerdo la caracterización hecha por el programa SASC es el teléfono fijo en las viviendas de este territorio¹⁸¹.

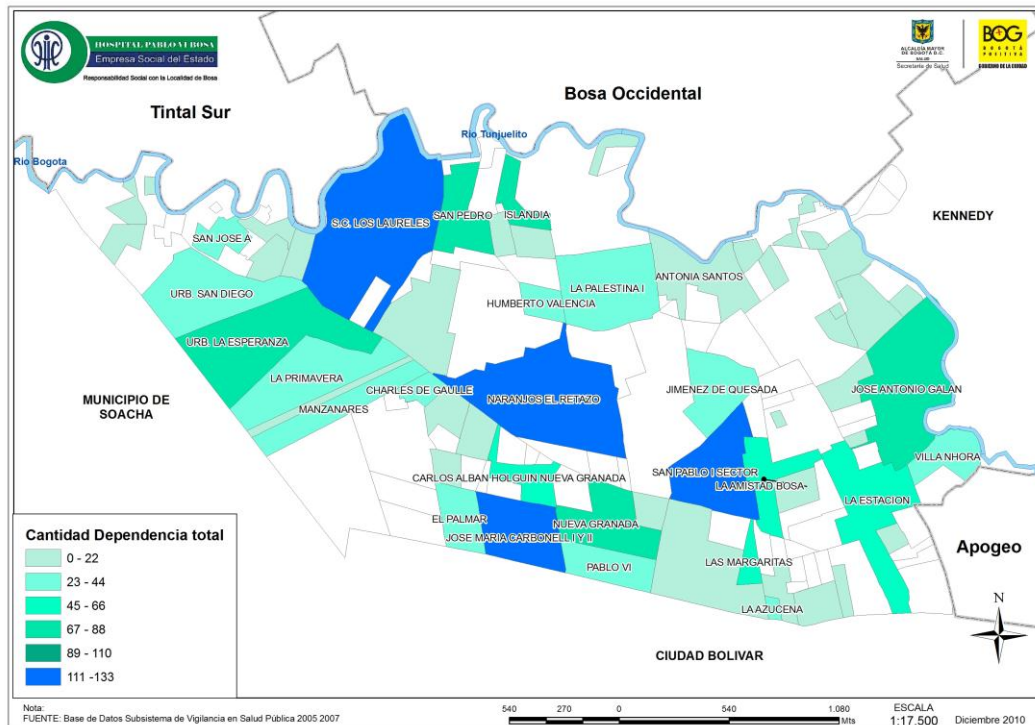
La condición de discapacidad en esta UPZ es significativa, tanto así que la mayoría de casos de discapacidad total y parcial se reporta en esta UPZ especialmente en los barrios: La Esperanza, San Pedro y José Antonio Galán en cuanto a discapacidad Total y, en los barrios: San Pablo, La Amistad y Naranjos la condición de discapacidad parcial. Se debe aclarar que la mayor oferta de servicios de todos los sectores se concentra en esta UPZ y probablemente esta situación sea la que lleva a la comunidad en condición de discapacidad a permanecer en este territorio.

Mapa 43. Personas caracterizadas con discapacidad severa territorio central localidad bosa 2005 2007



¹⁸¹ Ibid.

Mapa 44. Personas caracterizadas con discapacidad parcial territorio bosa localidad bosa 2005 2007



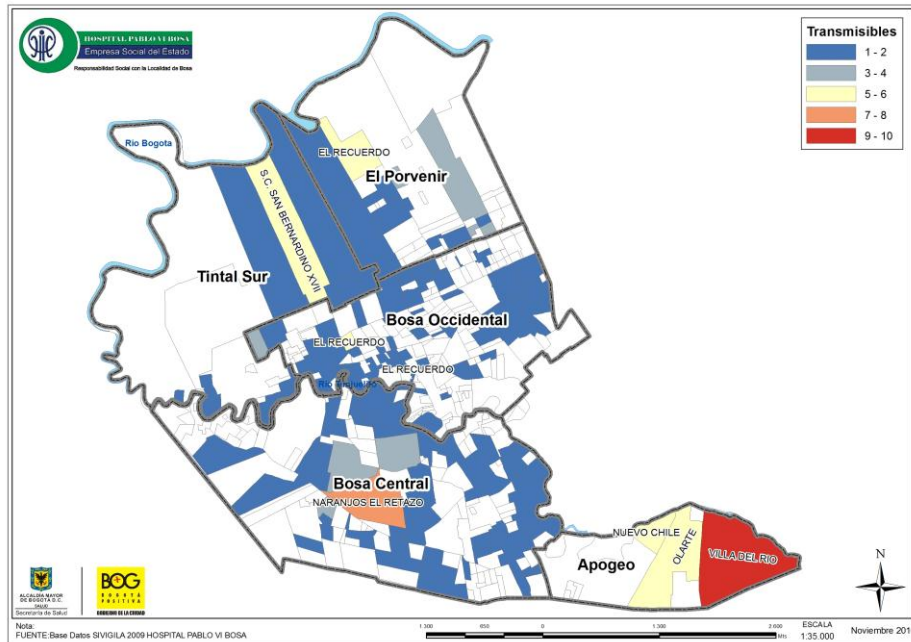
En el tema de Mortalidad Materna, durante el 2009, se presentaron siete (7) muertes maternas, de los cuales, tres (3) se ubican en la UPZ 85¹⁸²; en mortalidad perinatal residentes en la localidad de Bosa, se evidenciaron cuarenta y cinco (45) en la UPZ 85¹⁸³; en los casos de mortalidad por ERA en menores de cinco años, dos (2) se presentaron en la UPZ 85.¹⁸⁴

¹⁸² Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

¹⁸³ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

¹⁸⁴ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

Mapa 45. Notificación de eventos transmisibles al sivilga 2009



En cuanto a la Identificación temprana de alteraciones cervico uterina por medio del examen de citología, en este territorio se realizó un arduo trabajo de canalización durante todo el año 2009 de estos servicios a la ESE Pablo VI Bosa, identificando un alto número de casos confirmados de alteraciones celulares (ASCUS)¹⁸⁵ en las mujeres que se practicaron el examen especialmente en los sectores de Manzanares, El Toche, San Eugenio, San José y San Diego donde se identificó un rango entre 90 a 93 casos. Es necesario resaltar aquí la cercanía de estos barrios con las UBA's El Toche, San Bernardino y Jardín. Ver Mapa.

Por otra parte, en el tema de salud oral, desde las intervenciones en salud al colegio, distribuidos por microterritorios, se evidencia que dentro del microterritorio 2 de SAC, está ubicado el territorio Central; al no tener el dato exacto, se logra hacer un acercamiento al trabajo realizado por el PDA de Salud Oral, de la siguiente manera: se trabaja en 8 IED's, con cobertura de 3010 niños y niñas escolarizados, de los cuales 1597 son niños y 1413 son niñas, con una edad promedio de 7 años y con un índice de morbilidad de caries de 31.2¹⁸⁶%. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral reportó un número significativo de casos entre 101 y 120 de fluorosis dental¹⁸⁷ en los barrios Pablo VI y Carbonell, esto podría darse por el acceso a los servicios odontológicos de la UPA Carbonell y el CAMI a los que acude la comunidad de estos sectores, esta misma tendencia se da con la **Gingivitis**

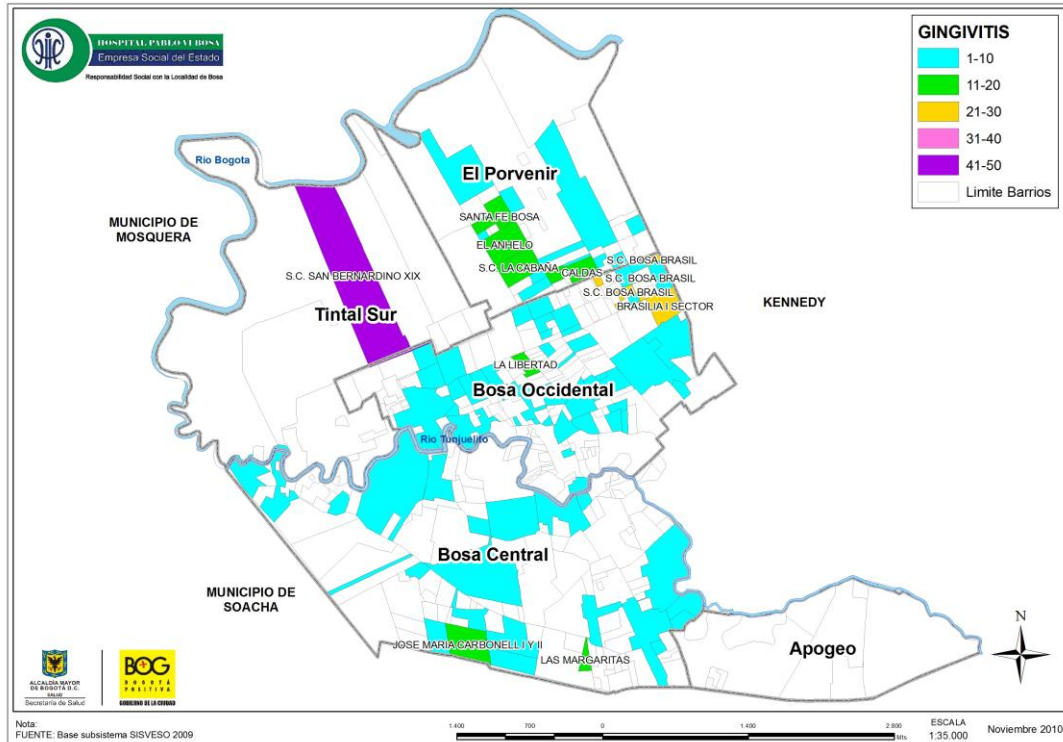
¹⁸⁵ Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado. Relacionado con un estado precanceroso cervico uterino. OMS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Anatomía del Aparato Genital Femenino y Evolución Natural del Cáncer Cervicouterino. Capítulo II.2007. Medical. Pág. 41

¹⁸⁶ Datos, monitoreos y valoraciones, PDA Salud Oral, Ámbito Escolar, Plan de Intervenciones Colectivas, Hospital Pablo VI Bosa. 2009

¹⁸⁷ Condición que aparece como resultado de la ingesta de demasiado fluoruro durante el periodo de desarrollo de los dientes. OMS. Fluorosis dental: Un problema de intoxicación crónica con fluoruros. 1997. Pág.2

claro está que en menor número de 11 a 20 casos en el barrio Carbonell. La identificación de manchas blancas en los dientes, lesión en mancha café y periodontitis muestran este mismo comportamiento.

Mapa 46. Reporte de gingivitis a sisveso localidad bosa 2009.



3.5.3 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Situaciones de inseguridad ciudadana relacionadas con tráfico y microtráfico de sustancias psicoactivas, baja respuesta de organismos de seguridad y fuerza policiva, riesgo de habitabilidad en calle, conflictividad juvenil en el ámbito escolar asociada con el “matoneo” y las barras futboleras, falta de atención en casos de prostitución; estos determinantes ponen en riesgo la integridad física y mental de los habitantes del territorio, especialmente a gestantes, niños, niñas y jóvenes; aumentando los índices de delincuencia, hurto, homicidios, lesiones de causa externa que perpetúan relaciones de poder entre los géneros agudizando situaciones de agresión, maltrato, violencia sexual y física en mujeres y personas LGBTI, al mismo tiempo que se pone en riesgo el patrimonio y libre desarrollo de la personalidad reflejado en inequidad para condiciones y situaciones diferenciales de los individuos identificados por medio de signos de exclusión en la población con discapacidad, desplazamiento e identidad étnica.

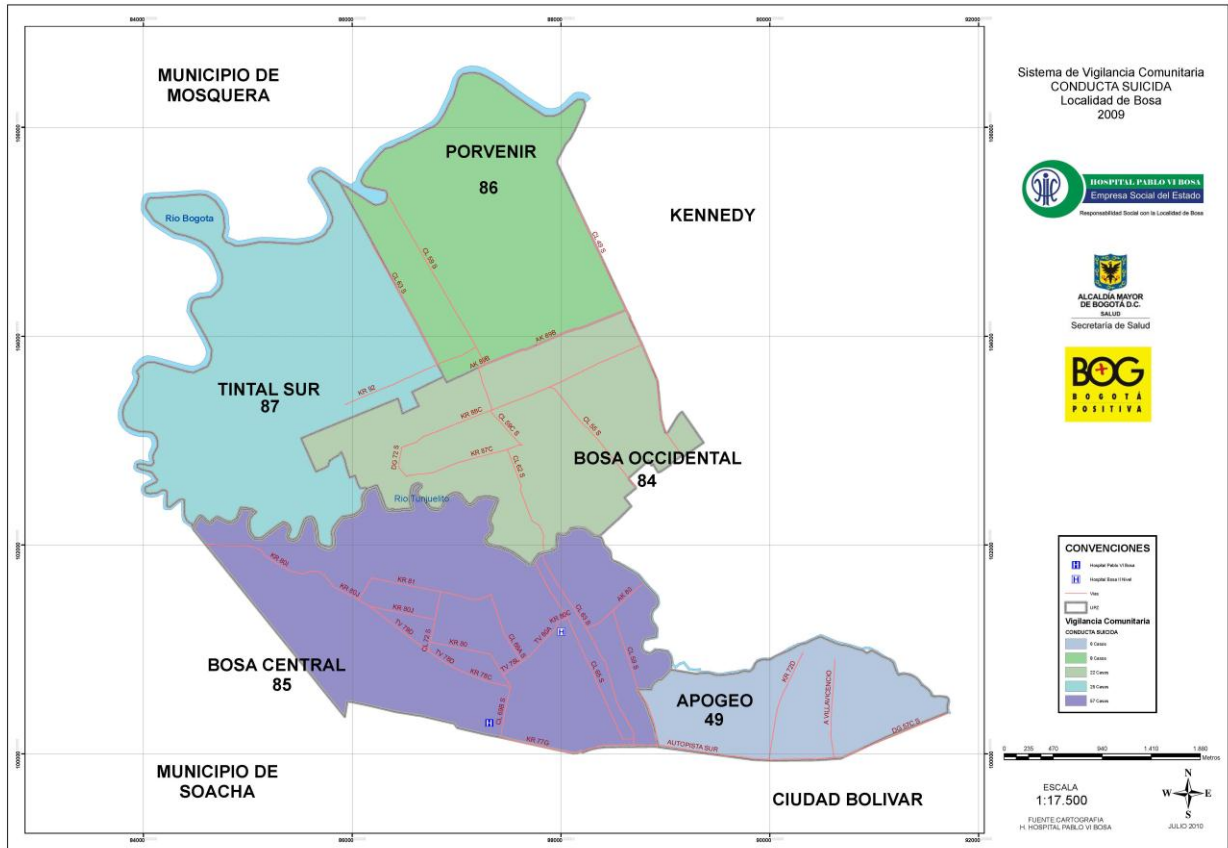
El sistema de vigilancia en salud pública reporta los siguientes casos relacionados con violencia y exclusión en este territorio: gestante en riesgo (277), se tiene en consideración este dato pues las mujeres en estado de gestación deben movilizarse por el territorio para asistir a sus controles en los centros de salud lo que las hace convivir con la inseguridad presentada en barrios como Jardín donde se identifican pandillas juveniles y alrededor de los colegios del territorio central. En barrios como Islandia, Antonia Santos es un barrio representativo en lesiones personales,

Argelia II ubicados cerca al río Tunjuelito, Pablo VI en límites con Soacha, Piamonte, Naranjos localizados cerca de la zona comercial de la localidad son barrios que al ser de mayor área presenta una densidad menor de homicidios. En Bosa Estación, Bosa Centro, Argelia y Clarelandia se presenta un mayor índice de hurtos a personas, lesiones personales, hurto a comercio, hurtos a vehículos y homicidios asociados con la centralidad por pertenecer al comercio local. Barrios con densidad media se encuentran El Llanito, Urbanización Ana María Caicedo de Lloreda, Nueva Granada. Barrios con densidad baja se identifican Nueva Granada V sector y Cartagenita. Cabe anotar que estos datos corresponden al año 2007 y que los problemas de seguridad y convivencia presentan una dinámica inestable que aumenta o disminuye en los territorios de acuerdo a la vigencia de los datos.

Los problemas del estado de ánimo (158 casos), consumo de sustancias psicoactivas (151 casos), problemas del comportamiento (69 casos) se pueden asociar a los resultados de la priorización de necesidades en el territorio 1 del programa Salud Al Colegio SAC que cubre las instituciones educativas distritales ubicadas en el territorio central, donde se identifica que las realidades más sentidas implican temáticas relacionadas con el uso abusivo de sustancias psicoactivas con el 22%, fortalecimiento de la autonomía para el desarrollo de una sexualidad sana y responsable con un 18%. Según el Portal Infantil del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, *“Existen diversas manifestaciones de matoneo en los colegios, como la de exigir dinero a cambio de no golpear al compañero, o dar a conocer algo que le puede causar problemas; otra forma es la del maltrato físico, con golpes, patadas, empujones; una manifestación más del matoneo es la burla, las amenazas, el colocar apodosos crueles e insultantes, hacer bromas de mal gusto, atacar en grupo a alguien, retándose en pandillas y esperándose en las afueras, enviando mensajes de texto por internet, llamadas insultantes, chistes de mal gusto sobre la religión, el color o algún defecto físico.”* El matoneo escolar, llamado en inglés *bullying*, se refiere a las actitudes tiránicas e intimidatorias de uno o más alumnos contra un estudiante, y es un fenómeno común pero poco comentado entre los padres, que no suelen darle importancia real por pensar que se trata de cosas de niños. El niño que lo sufre vive grandes periodos de angustia, desamparo y terror. Suele estar solo porque casi nadie le ayuda ni en su casa le creen. Se desconcentra, tiene dolores de cabeza o malestares estomacales y es inseguro. En el caso del agresor, es una persona que no se adapta al mundo, y pierde la capacidad de desarrollarse social y emocionalmente de otra forma que no sea la violenta. Además, trae perturbaciones del desarrollo y perjuicios en la salud. Sus efectos no son siempre inmediatos, sino a largo plazo.

Para la conducta suicida (56 casos) se determinan como desencadenante los problemas familiares, económicos y la falta de atención de los padres, además la existencia de culturas urbanas que inducen al joven al suicidio. Además, la crisis económica dentro del hogar ocasiona estrés en los padres desencadenando violencias tanto físicas como emocionales que conllevan a conductas suicidas ya sea en el intento o la ideación como una forma de la solución a las problemáticas. La separación de la familia causa problemas en la juventud en donde se puede tener un riesgo significativo como aislamiento, susceptibilidad a influencias negativas, el abuso de drogas y actividad sexual. Se observa el aumento y la identificación de casos de conducta suicida como consecuencia de la intolerancia ante la frustración, las rupturas amorosas, el rendimiento académico, los conflictos familiares e interpersonales. Hay una tendencia marcada en la Localidad que se manifiesta en la alta influencia de los líderes negativos, en cambio los líderes positivos se van desvirtuando a través del tiempo por la misma situación económica y deterioro familiar; dejando como única opción la práctica de actividades insanas y hasta ilícitas, además porque el medio es tan absorbente que para adoptar hábitos saludables se requiere de una óptima convicción por encima de la presión de grupo y las tendencias de moda.

Mapa 47. Casos de conducta suicida reportados Localidad Bosa 2009

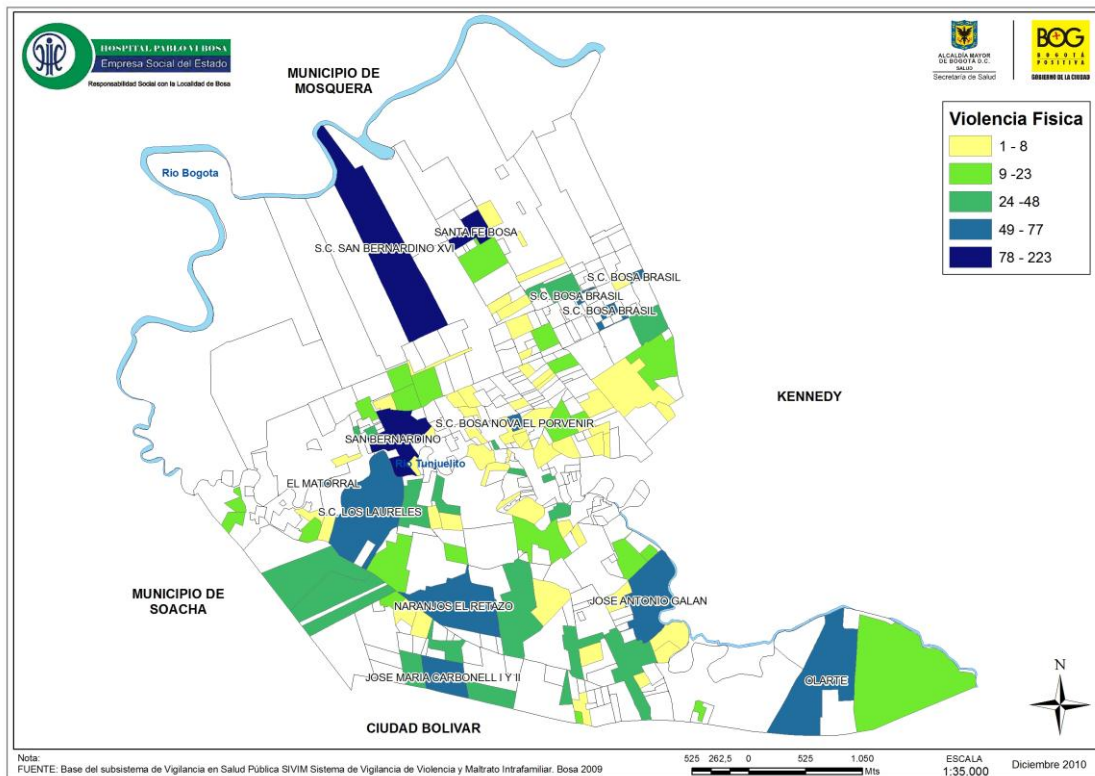


Otras situaciones reportadas a vigilancia comunitaria son: el duelo no superado (40 casos), problemas familiares (34 casos), pautas inadecuadas de crianza (20 casos), persona en situación de desplazamiento (14 casos), disfunción familiar (8 casos), conflictos familiares (5 casos), persona mayor en situación de vulnerabilidad (3 casos), conflictos de pareja (2 casos), orientación sexual (1 caso), venta de sustancias psicoactivas (1 caso), familia étnica sin caracterizar (1 caso), enfermedad mental (1 caso).

El componente de vigilancia epidemiológica de la E.S.E. para las violencias y el maltrato intrafamiliar reporta durante la vigencia 2009 un total de 1179 casos dentro del territorio central representado en un 45,8% de los casos notificados. Esta cifra responde a la alta densidad demográfica de la UPZ central y a de alguna manera a la focalización de las acciones institucionales dentro de este territorio lo que ocasiona una canalización inmediata a los sistemas de vigilancia. Teniendo en cuenta el tipo de violencias se encuentran los siguientes datos: violencia física presenta 411 casos con un 46,1%, al cruzar la información por etapas de ciclo vital y sexo se encuentran los siguientes datos: infancia: 51 mujeres y 74 hombres, juventud: 124 mujeres y 50 hombres, adultez: 82 mujeres y 8 hombres, persona mayor: 7 mujeres y 5 hombres. Con lo anterior se identifica una marcada presencia de este tipo de violencia en la etapa de juventud lo cual se relaciona con el alto número de parches de barras futboleras ubicado en este territorio los cuales generan conflictividad a partir de la rivalidad que ocasiona el asumir la identidad cultural de algún equipo de futbol nacional. Los parches se enfrentan con frecuencia en el espacio público causando lesiones personales por arma blanca, hurtos, miedo e inseguridad en la comunidad vecina a parques y

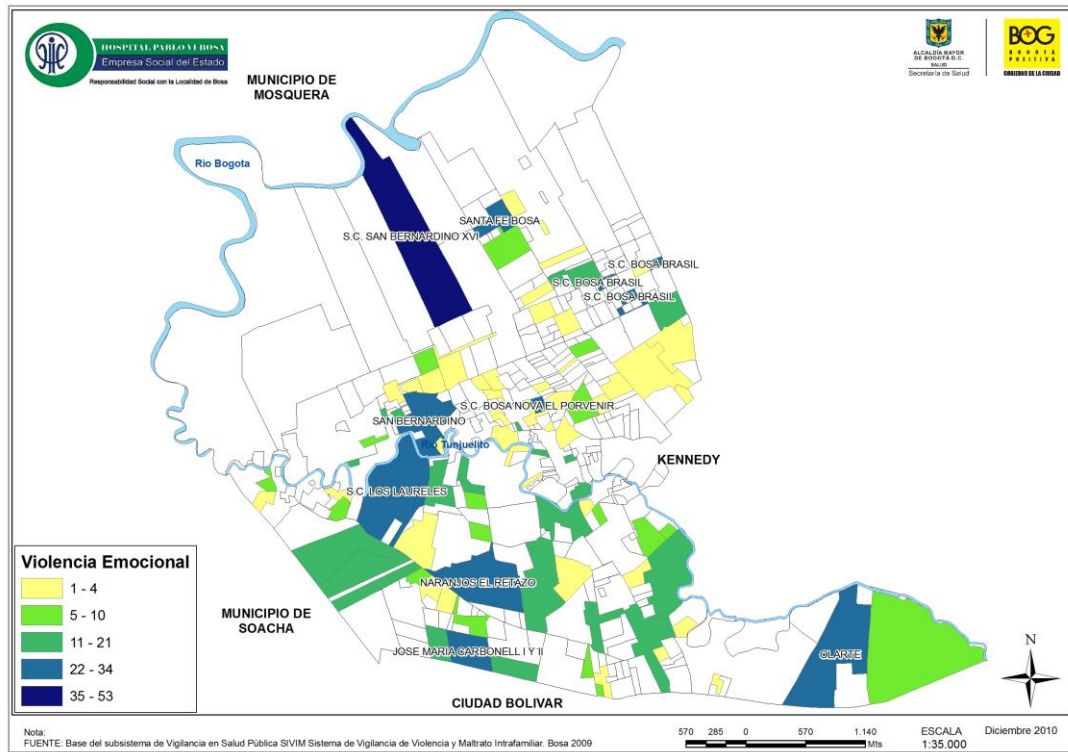
canchas donde habitualmente se reúnen para desarrollar estrategias de organización y movilización con el fin de apoyar incondicionalmente a los equipos profesionales de futbol colombiano. El alto nivel de riesgo para mujeres jóvenes en el territorio central puede deberse al gran número de instituciones educativas distritales que se encuentran ubicadas allí y donde se generan casos de violencias por enfrentamientos entre pares, “matoneo”, la separación o divorcio de los padres lo cual conlleva a una difícil adaptación al nuevo sistema familiar; otro componente es producido cuando aparece el embarazo a temprana edad en donde la inexperiencia en la crianza de sus hijos genera la reproducción de conductas violentas dando paso al maltrato infantil. Otro determinante se genera ante la crisis económica dentro del hogar que ocasiona estrés en los padres, al no tener las habilidades suficientes para manejar y resolver los conflictos, ni el autocontrol suficiente termina en agresiones físicas.

Mapa 48. CASOS DE VIOLENCIA FÍSICA NOTIFICADOS AL SIVIM LOCALIDAD BOSA 2009



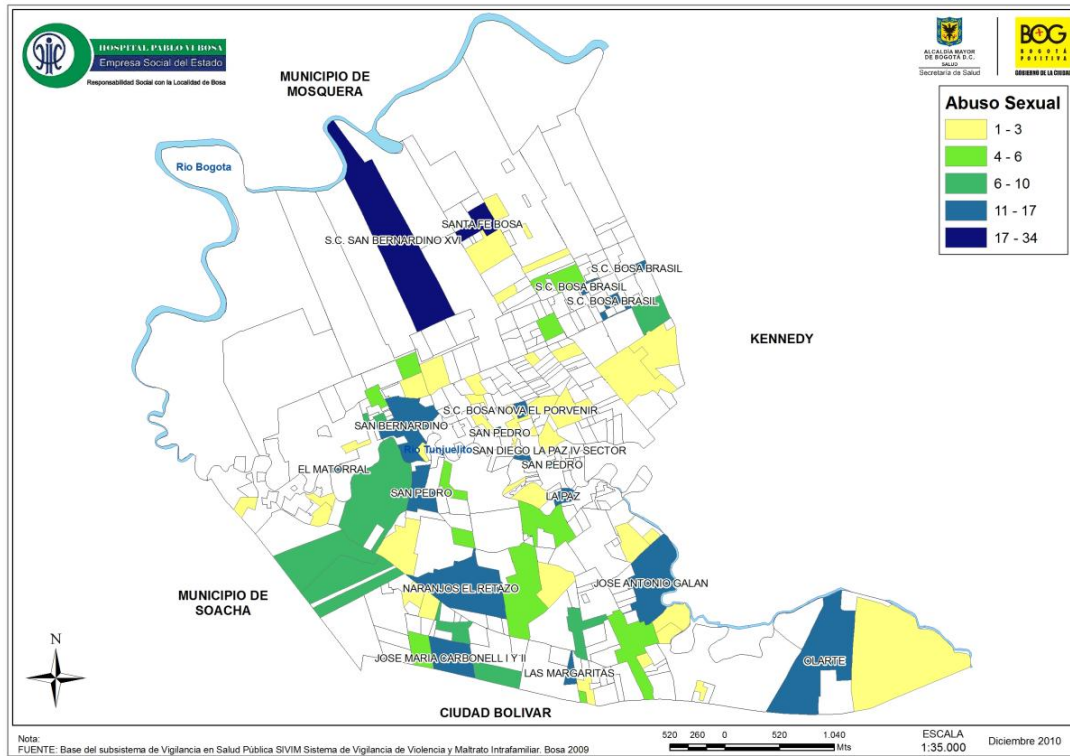
En violencia emocional se reporta con 480 casos lo que equivale a un 49.5%, clasificando los casos por etapa de ciclo vital y sexo se encuentran las siguientes conclusiones: infancia: 38 mujeres y 71 hombres. Juventud: 135 mujeres y 64 hombres. Adulthood: 110 mujeres y 16 hombres. Persona mayor: 35 mujeres y 12 hombres. A partir de estos datos podemos comprobar una vez más que son las mujeres por su rol femenino las principales víctimas de todo tipo de violencias, siendo las etapas de juventud y adultez quienes viven de manera sentida la discriminación y la realidad de una comunidad marcada por relaciones de poder inequitativas manifestándose en pautas de violencia pasivas como gritos, amenazas y humillaciones. Situación que ocasiona en los y las jóvenes conductas para evadir su realidad facilitando el consumo de SPA, embarazos no deseados producto de relaciones sexuales prematuras, generando grupos de jóvenes reunidos para delinquir, entre otras. Además se produce más violencia por parte de los padres para tratar de contener estas conductas pasándose a maltrato físico. En cuanto a sus relaciones sentimentales en jóvenes barristas se encuentra que en gran parte sus compañeras son estables ya que el papel de la mujer es muy importante pues se convierten en protectoras o intercesoras a la hora de los enfrentamientos con otras barras.

Mapa 49. Casos de violencia emocional notificados al sivim localidad bosa 2009



En violencia por abuso sexual se notificaron 227 con un 42, 4%, desagregado por etapa de ciclo vital y sexo se encuentran los siguientes resultados: infancia: 59 mujeres y 27 hombres, juventud: 105 mujeres y 15 hombres. Adulthood: 17 mujeres y 1 hombre. Persona mayor: 2 mujeres y 1 hombre. Es preocupante el alto nivel de abuso sexual en niños y niñas. Esto se puede relacionar al nivel de fragilidad física y emocional en el que se encuentra esta población, permitiendo a los adultos y las adultas las agresiones, dado que se tienen pautas de crianza coercitiva y represiva. La infancia comparte con las mujeres jóvenes el convertirse en fetiche para todo tipo de abusos. En el territorio central se caracteriza por ser un sector con barrios entre los estratos 1 y 2, donde abunda el trabajo informal y las familias se caracterizan por tener un número alto de miembros y por el bajo nivel de escolaridad, lo que promueve las pautas negligentes y poco protectoras hacia los niños y las niñas. También la concentración de casos en la UPZ Central, se podría relacionar con la ubicación geográfica cercana a las instituciones locales que facilita la notificación oportuna y permanente de casos. Por último, se encuentra el hacinamiento por la falta de espacio habitacional en las familias que residen en la localidad, donde en una vivienda conviven hasta 12 o más personas, entre familiares y allegados lo que puede propiciar un evento de abuso sexual.

Mapa 50 Casos De Abuso Sexual Notificados A Sivim Localidad Bosa 2009

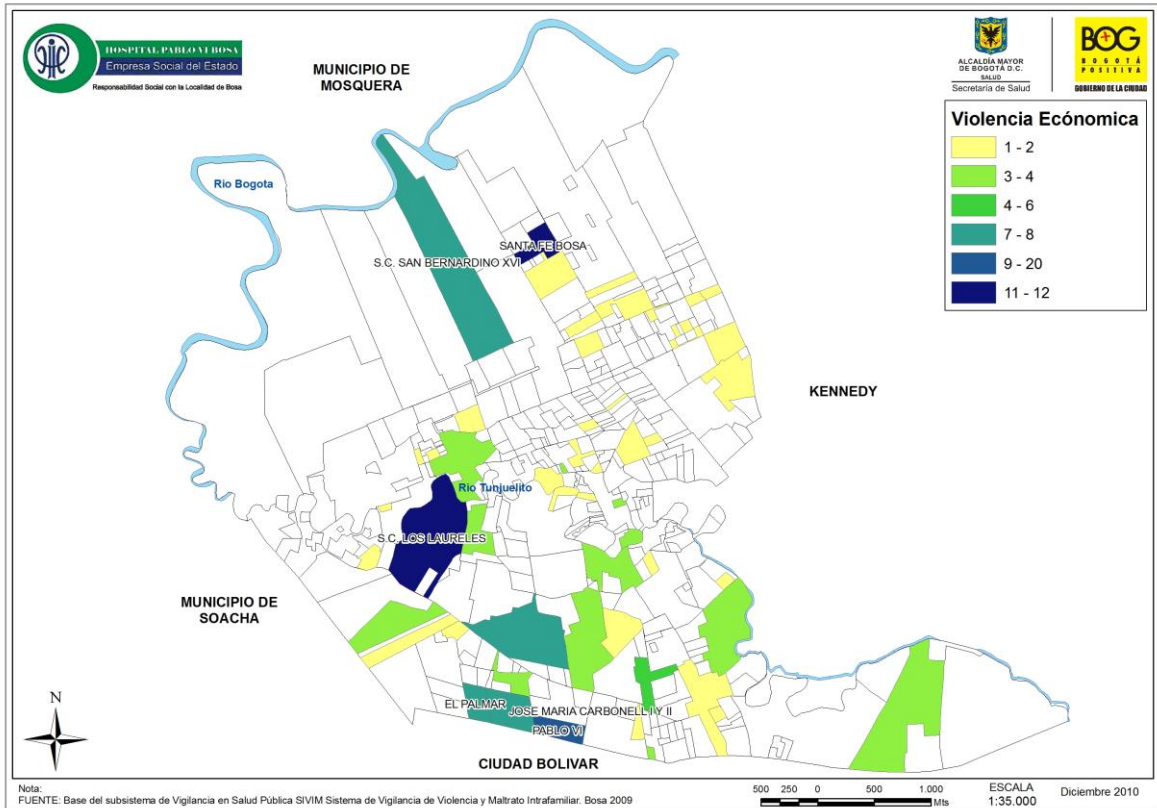


La violencia económica presentó 121 casos con un 57,9%, clasificando por etapa de ciclo vital y sexo se definen las siguientes características: infancia: 12 mujeres y 12 hombres, juventud: 17 mujeres y 14 hombres, adultez: 28 mujeres y 4 hombres, persona mayor: 29 mujeres y 6 hombres. Es importante evidenciar que las mujeres son quienes más aprueban la violencia en contra suya, puesto que asumen la responsabilidad o la culpa de este acto algunas veces aprobándolo con diferentes afirmaciones como: “Lo que pasa es que él es muy celoso y me prohíbe hablar con mis amigos”, “Fue mi culpa por que llegué tarde”, “Es que él es muy malgeniado”, “Solo fue porque estaba borracho pero él me ama”¹⁸⁸. Esta situación está muy ligada a la dependencia económica, que para muchas de ellas las obliga a soportar maltrato y a no denunciar para no perder el apoyo económico de sus parejas. Muchas veces se ocasionan por la manera en que los sujetos establecen sus redes de poder sobre sus semejantes y sobre el territorio que comparten. En ciertas situaciones no es fácil detectar las acciones violentas, pues se han incrustado en un vagón de la cotidianidad que las vuelve parte del cuadro diario y se aprende a convivir con ellas. Al interior de la familia sucede con peligrosa frecuencia, pues debido a los estrechos lazos de afecto no se admite la agresión sino que por el contrario, es justificada por las mismas víctimas. También puede suceder que el grado de dependencia, no sólo en el ámbito sentimental, sino además en lo económico, laboral, social, lo que crearía una sucesión de eventos que terminarían por desintegrar la sana convivencia de los individuos. Esta violencia ocurre cuando no se cuenta con las condiciones suficientes para cubrir con las necesidades básicas de los individuos más frágiles a cargo, como los hijos menores de edad y estudiantes, la mujer que no posee trabajo remunerado, las personas mayores y otros miembros dependientes. Además, ocurre al ejercer control, manipulación o chantaje por medio de los recursos económicos. Muchas veces se utilizan los bienes y el dinero de manera inapropiada o sucede que algún

¹⁸⁸ Hospital Pablo VI Bosa. Grupo focal violencia contra las mujeres realizado en el mes de Octubre de 2009 como insumo para poster, Red Social Materno Infantil, Gestión Local. Bogotá. 2009.

miembro de la familia se apropia de las propiedades de otro sin su consentimiento o debido a la condición de incapacidad de la víctima. En personas mayores se muestra la resistencia de los familiares a que ellas y ellos administren el dinero y en muchos casos se lo quitan, tal como lo enuncia una de las lideresas comunitarias: “existe el abuso económico puesto que los familiares le quitan el dinero que obtienen del bono de Secretaría de Integración Social de la pensión, falta vigilancia de las instituciones a las condiciones de vida de las personas mayores y específicamente a las que les proporcionan ayuda”.

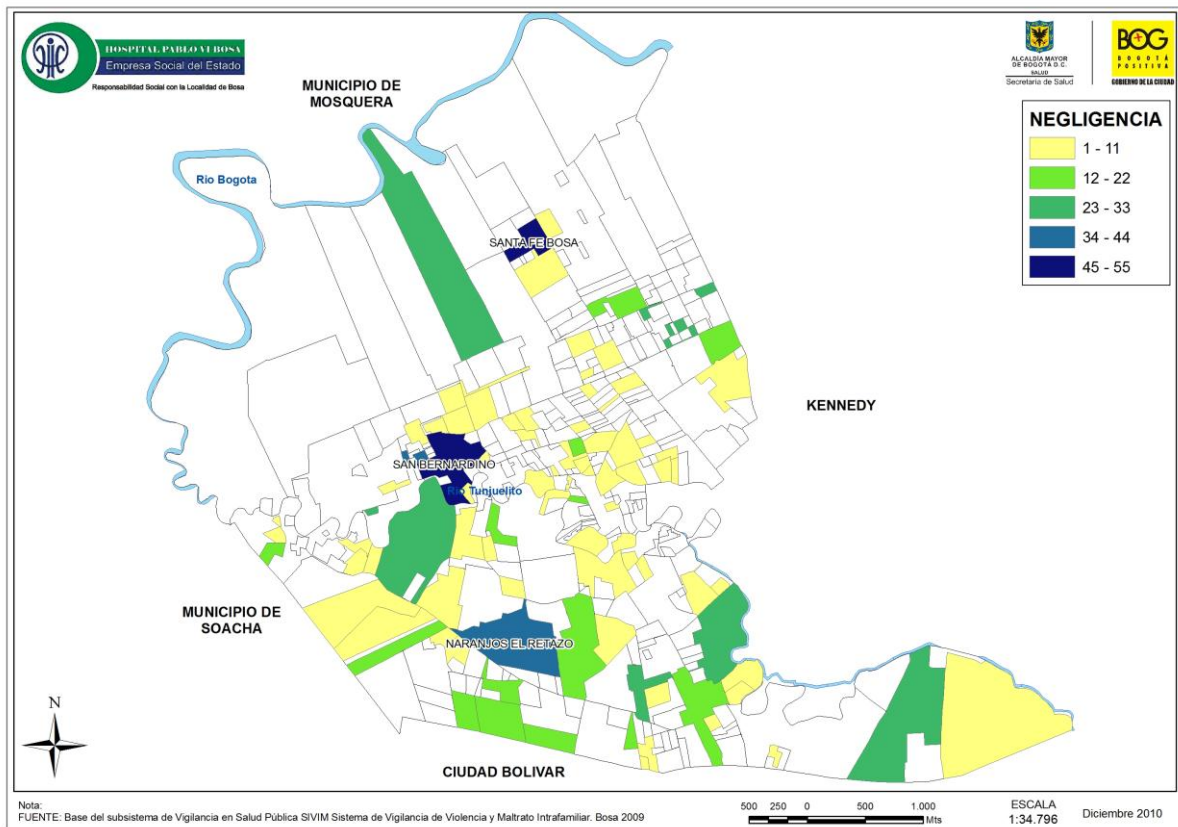
Mapa 51. Casos de violencia económica notificados al sivim localidad bosa 2009



En violencia por negligencia se reportaron 467 casos con un 43,8% para este territorio, al tener en cuenta las etapas de ciclo vital y el sexo de las personas notificadas se encuentra la siguiente clasificación: infancia: 145 mujeres y 148 hombres, juventud: 72 mujeres y 42 hombres, adultez: 20 mujeres y 3 hombres. Persona mayor: 28 mujeres y 9 hombres. Esta violencia presente un mayor número de casos para esta UPZ puesto que allí se congrega la oferta institucional de la localidad, lo que no quiere decir que por ello se disfrute de una adherencia total a los programas, ni se reconozca una respuesta incluyente y universal desde ninguno de los sectores. Además, este tipo de violencia disgrega o saca del contexto a un individuo o grupo respecto del plano de lo laboral, económico, político y cultural a los que otros si tienen acceso y disfrutan; producto de las diferencias entre los grupos de la localidad, siendo un problema que afecta de forma importante a los habitantes de Bosa, especialmente a aquellos con formas particulares de interacción social como lo son la población étnica, población en situación de desplazamiento forzado por la violencia y población en condición de discapacidad, caracterizados por su fragilidad frente otros grupos con menos posibilidad de daño y más probabilidad de desarrollo de capacidades; agravado por las diferentes formas de violencia acumuladas a lo largo de la historia como consecuencia de las características sociales, políticas y económicas. Violencia entendida como toda acción que atenta contra la dignidad, la libertad y la integridad física y psíquica del ser humano, produciéndole sufrimiento, dolor o cualquier forma de limitación a su

bienestar, vida de relación o al libre ejercicio y goce efectivo de sus derechos, como es el caso de la población en situación de desplazamiento, la cual al verse obligada a tener como destino una ciudad con una dinámica propia que choca con las diversidad cultural y que expone a esta población a situaciones como discriminación y rechazo por parte de los habitantes de su nuevo territorio, debido a la falta de información y conocimiento acerca de fenómenos del desplazamiento forzado por la violencia por parte de la población en general, generando aumento en el riesgo psicosocial en las familias. En las personas mayores se presenta cuando las personas mayores que requieren y utilizan los servicios que otorgan las instituciones, tales como; los centros de Salud, ICBF, Comisaría de Familia y Centros de atención social, entre otras, son maltratados y/o se les vulneran sus derechos, donde los agresores son los funcionarios de las instituciones (porteros, secretarias, profesionales), quienes tienen la función de ayudar y resolver la situación del usuario, en ocasiones no respetan las normas y ejercen violencia sobre los mayores. Esto se puede presentar debido a la carga laboral, la falta de talento humano y una apropiada capacitación a los funcionarios y otras necesidades de la institución, que no deben ser excusa para que se continúe vulnerando a las personas mayores.

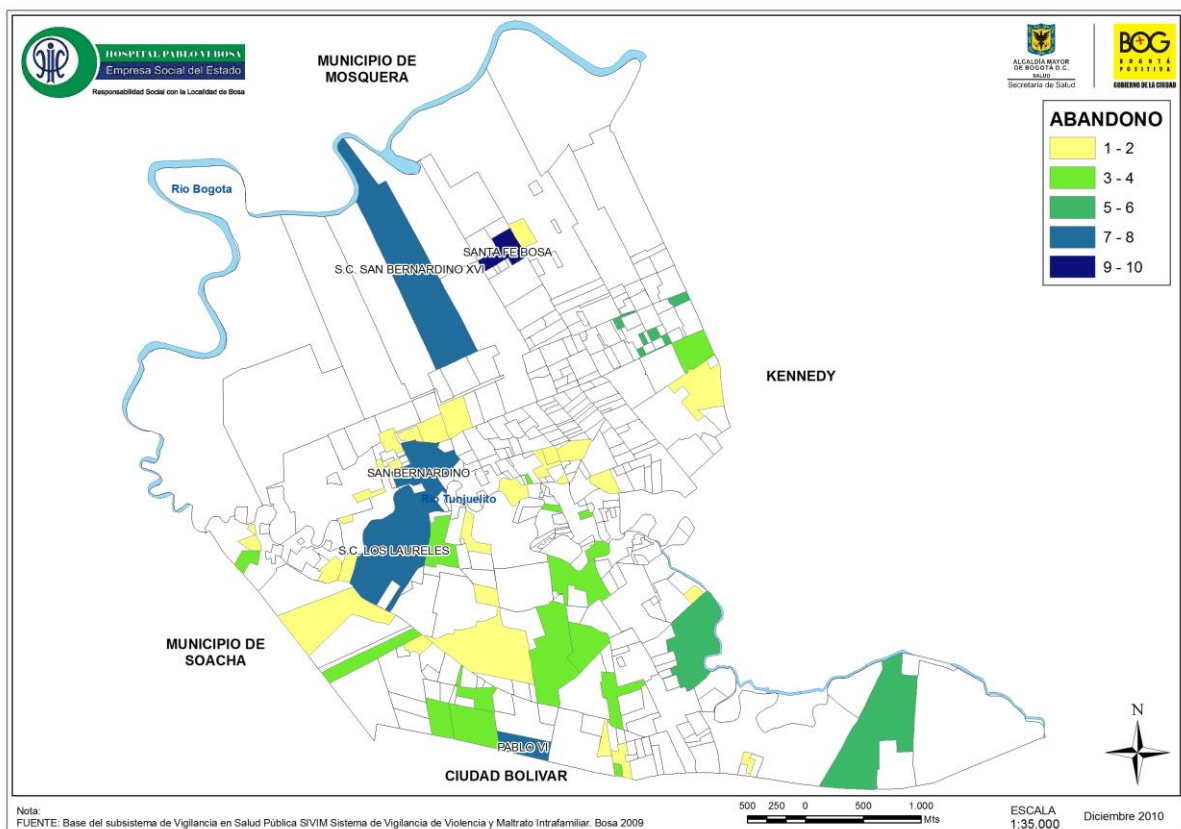
Mapa 52. Casos de negligencia notificados a sivim localidad bosa 2009



En violencias por abandono se halla un total de 106 casos con un 51,7%. Para infancia se encuentran 13 mujeres y 17 hombres, juventud: 9 mujeres y 19 hombres, adultez: 11 mujeres y 3 hombres, persona mayor: 24 mujeres y 5 hombres. Se puede concluir que este tipo de violencia pone en riesgo la integridad del género masculino al presentar altos niveles de abandono asociados a roles de género donde se generaliza la concepción del hombre con mayor capacidad de sobrevivencia y fortaleza. En este orden de ideas y teniendo en cuenta lo que el Comité de vigilancia epidemiológica Comunitaria COVECOM, expresó en el análisis desarrollado en septiembre de 2009 donde plantearon como elementos que aportan a la problemática de riesgo psicosocial de la persona mayor aspectos como la falta de educación para la vejez, el desarrollo de la autonomía y la forma de relacionarse asertivamente con su entorno. Una lideresa que trabaja con personas mayores en la localidad expresa: “La misma actitud y

postura de la persona mayor genera rechazo de quienes lo rodean”. En cuanto al tema de violencias y específicamente el abandono que es causado por la inestabilidad familiar, puesto que no existe figuras de autoridad claras en el hogar, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas y formas comunicación inadecuada a lo cual se suma el menosprecio existente hacia la persona mayor, donde expresan que “las familias dejan solos a las personas mayores en la casa, el abandono lleva al aburrimiento o depresión, algunas familias no brindan alimentación y cuidado adecuado, la familia le dice a la persona mayor que es un estorbo, le dan los alimentos de mala gana, para la persona mayor la soledad es su mejor compañía prefieren estar solos para no sentirse rechazados. La persona mayor en la familia tiene que servir a los demás miembros de la familia pero para ella no hay espacio”.

Mapa 53. Casos de abandono notificados al sivim localidad bosa 2009



3.5.4 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Débil participación ciudadana en el territorio relacionada con: la progresiva desarticulación entre los diferentes sectores sociales, agotamiento de las formas de participación existentes y disminución en la conformación de grupos y redes nuevas. Esta situación restringe la opinión de la comunidad en los escenarios donde se toman las decisiones, especialmente frente a proyectos de servicios sociales, equipamientos, infraestructura y movilidad, de manera paralela se genera su vez falta de credibilidad en los procesos de movilización social frente a la reivindicación de los derechos en la población de la UPZ Central.

Para realizar el análisis de la situación detectada en la UPZ Centrales necesario revisar algunos determinantes sociales¹⁸⁹, este territorio se caracteriza por concentrar la mayor densidad poblacional de la localidad, esto permite que se encuentre un mayor número de personas con disposición a participar. Por su amplia extensión este territorio presenta situaciones sociales particulares e incluso contradictorias, se observa que las familias ubicadas en la parte sur e incluso oriental, gozan de un nivel de calidad de vida mayor que sus vecinos de barrios como San Jose, el Palmar, Manzanares, la Primavera o San Eugenio ubicados en la parte norte del territorio, relacionada en gran parte con el acceso a procesos productivos propios o a la vinculación laboral formal.

Los predios están dedicados tanto a uso residencial como a la actividad comercial, esta última principalmente sobre las vías utilizadas por el transporte público de pasajeros. Es necesario indicar el que en la parte más septentrional de la UPZ central se encuentran situaciones donde la vivienda es compartida con animales de producción como gallinas y vacas.

El panorama descrito determina que en esta UPZ permite que se encuentre el mayor número de organizaciones, lideresas y líderes de la localidad, quienes cuentan con una historia de vida construida alrededor de la movilización comunitaria y la organización social, realizando gestión social desde el territorio que ha permitido la inversión en infraestructura y el desarrollo urbano. En este territorio se identifica por lo menos 52 organizaciones culturales y juveniles, 20 grupos de barras futboleras, 2 grupos de cuidadores de personas en situación de discapacidad, 6 grupos étnicos afrodescendientes, 1 organización comunitaria ambiental, 2 grupos centrados en la actividad física, 8 organizaciones en pro de la alimentación saludable, el derecho humano a la alimentación y el movimiento alimentario de Bosa, 17 grupos de persona mayor, en 8 barrios se identifican habitantes de la etnia Pijao del departamento del Tolima, además, de familias Ingas, Kichuwas, Yacaonas y ROOM- Gitanos entre otros. Sin embargo, el panorama actual¹⁹⁰ está permeado por un sentimiento generalizado de desilusión frente a la capacidad de gestión de estas formas de participación relacionadas con la baja respuesta a las necesidades planteadas en el territorio e incluso incumplimiento de compromisos adquiridos por instituciones públicas y privadas; esta situación da lugar a que los líderes de las organizaciones que se han mantenido durante un tiempo prolongado, se encuentren atravesando por etapas donde expresamente manifiestan cansancio y desgaste derivado por años de trabajo constante que ha producido resultados inferiores a las expectativas que inicialmente se tenían, de igual manera no se identifica la conformación de formas organizativas nuevas o en proceso de consolidación.

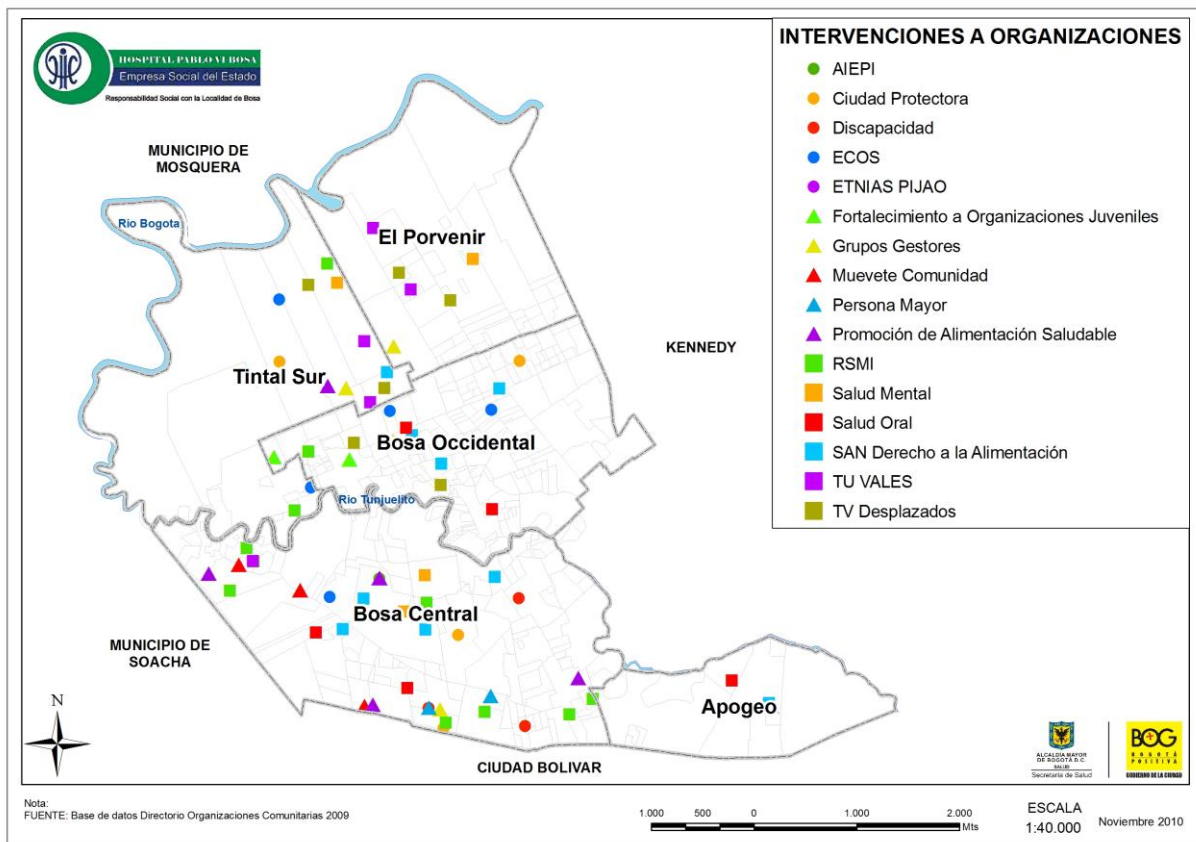
¹⁸⁹ Hospital Pablo VI Bosa, Grupo Focal de Base Comunitaria, Bogotá, 2009.

¹⁹⁰ Hospital Pablo VI Bosa, Grupo Focal de Base Comunitaria, Bogotá, 2009.

Existen algunos líderes y lideresas que participan en procesos relacionados con diversas temáticas e instituciones donde incluso se involucra a otras organizaciones, pero esta situación no influye en la efectividad en la articulación entre sectores, de igual manera se encuentra un sentimiento generalizado de contrariedad frente a la capacidad de gestión de estas formas de participación relacionadas con la baja respuesta a las necesidades planteadas en el territorio e incluso incumplimiento de compromisos adquiridos por instituciones públicas y privadas. No se evidencia que los habitantes de la UPZ Central encuentren en la participación el mecanismo de respuesta frente a las necesidades que se les presentan¹⁹¹.

Se encuentra un planteamiento general donde la comunidad manifiesta¹⁹² que en las actividades que incluyen la participación ciudadana para generar procesos de toma de decisiones no se ha realizado una convocatoria eficaz y en ocasiones la información de la realización de eventos se conoce con muy poco tiempo de anterioridad disminuyendo la posibilidad de participar, de igual manera, la comunidad siente que los espacios a donde son convocados se convierten en escenarios más consultivos y menos decisivos

Mapa 54. Organizaciones y grupos intervenidos por el hospital pablo vi bosa localidad bosa 2009.



¹⁹¹ Hospital Pablo VI Bosa, Grupo Focal de Base Comunitaria, Bogotá, 2009.

¹⁹² Hospital Pablo VI Bosa, Grupo Focal de Base Comunitaria, Bogotá, 2009.

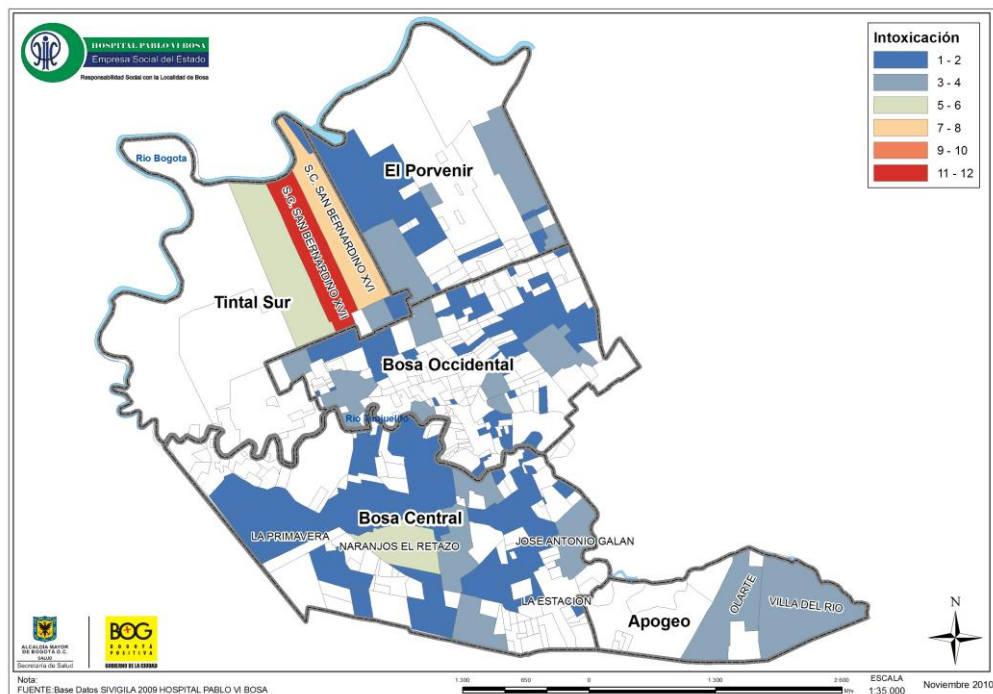
3.5.5 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Presencia de conflictos ambientales reflejados en la tenencia inadecuada de animales, residuos sólidos en espacios públicos como calles y parques. presencia de plagas y vectores, baja arborización, contaminación generada por vehículos y ruido que afecta a toda la población del territorio, en especial a niños, niñas y adolescentes, favoreciendo el deterioro del ecosistema y ocasionando enfermedades respiratorias, virales e infecciosas.

La UPZ central es la más antigua de la localidad y tiene un connotación especial por la diferenciación en las problemáticas que se presentan de acuerdo a las diferentes zonas que conforman este territorio. El Oriente de esta UPZ presenta conflictos ambientales relacionados con la presencia de Industrias que emanan emisiones al aire producto de su actividad en los barrios La Azucena, La Acuarela y La Estación, el ruido de los carros de la vía principal de acceso a la localidad por la Autopista Sur y la contaminación de las fuentes móviles (carros) que transitan este sector.

El Occidente del territorio se caracteriza por la contaminación de residuos líquidos por alcantarillados improvisados que desembocan en el vallado de la vía San José, encharcamientos e inundación ya que los barrios se encuentran ubicados en medio de la quebrada Tibanica y el río Tunjuelo, explotación pecuaria de vacas y cerdos en condiciones deplorables ya que comparten la vivienda con los animales para evitar el robo de los mismos trayendo consecuencias de riesgo por enfermedades zoonóticas y enfermedades como: EDAS, ETAS, Varicela y Hepatitis por las deficientes condiciones higiénico sanitarias de las viviendas.

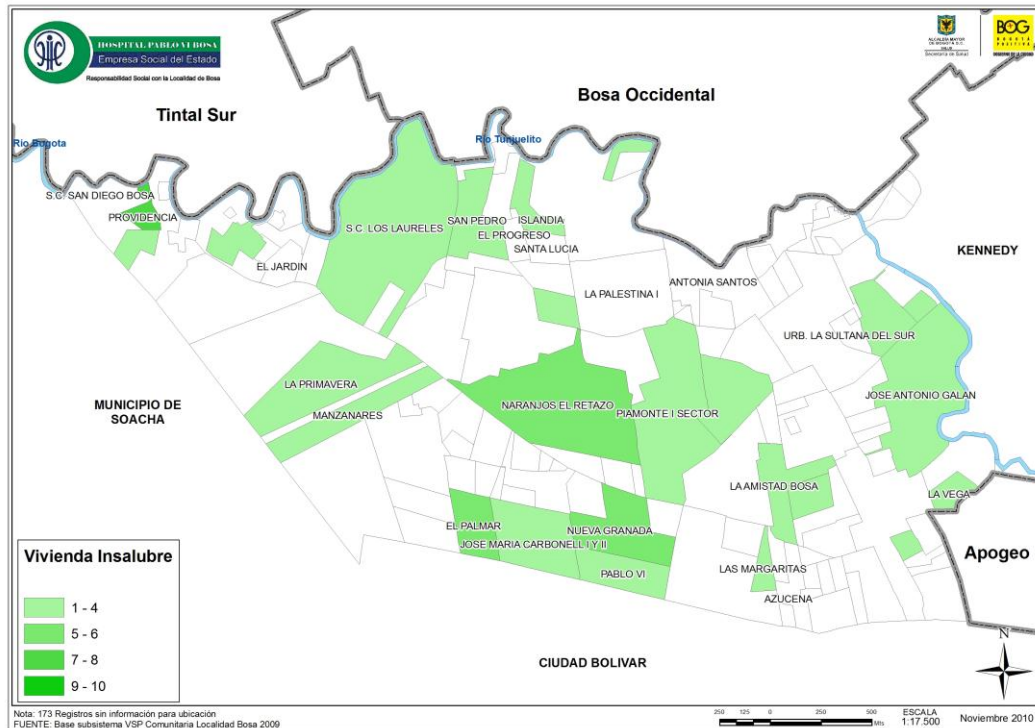
Mapa 55. Mapa intoxicaciones reportadas al siviigila 2009 localidad bosa.



También, en este sector específicamente en el barrio El Toche se encuentra alguna población recuperadora de oficio tenedora de caballos y perros de razas peligrosas para el arrastre de vehículos de tracción animal lo que ha contribuido a que se agudice la problemática por los desperdicios que se generan de la labor, el manejo inadecuado de excrementos, la ausencia de acueducto y alcantarillado y, la cercanía al río Tunjuelo.

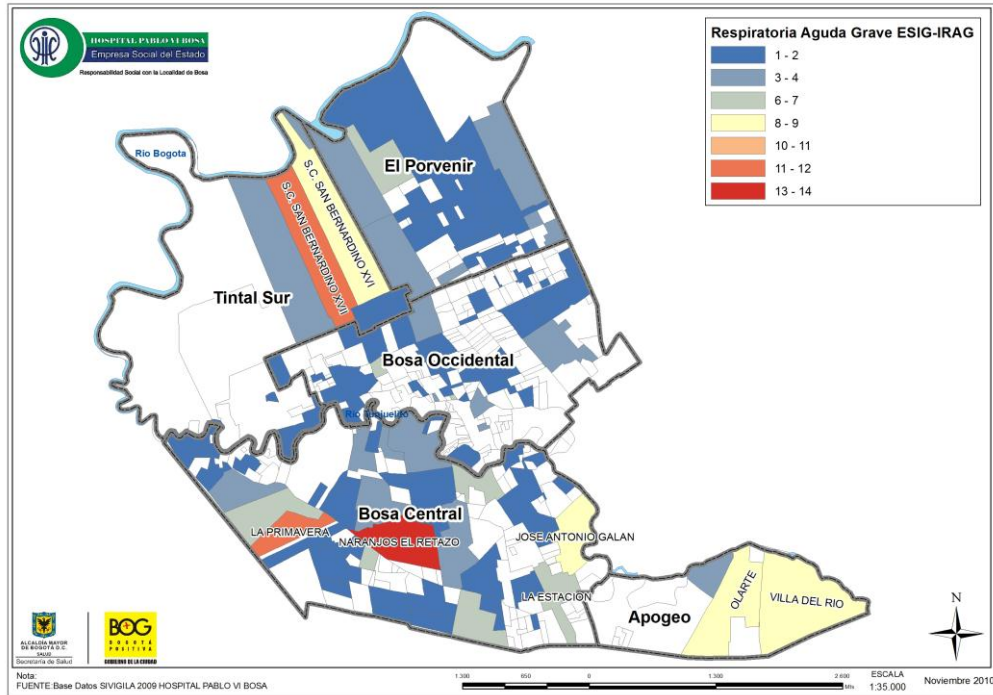
Con respecto al Norte y Sur de la localidad la principal problemática es el ruido y se encuentra determinado por la presencia del comercio formal e informal e incluye los expendios de licor (bares, tabernas y cantinas) de los sectores de Piamonte, la amistad y Bosa Centro. A esto se le suma el manejo inadecuado de los residuos provenientes de las actividades comerciales ya mencionadas por la ausencia de recipientes para la basura en espacios públicos y por la cultura inadecuada de la comunidad que no es consciente de las consecuencias que trae esta mala práctica como: taponamiento de las alcantarillas, aporte de sólidos a las fuentes de agua, deterioro del paisaje, presencia perros callejeros y palomas y finalmente enfermedades como ETAS que para el 2009 fue de 67 casos y exposiciones rábicas 236 casos¹⁹³ la mayoría ubicados en este sector.

Mapa 56. Reportes de casos vivienda insalubre al subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria territorio bosa central localidad bosa 2009



¹⁹³ SIVIGILA. Hospital pablo VI Bosa ESE. 2009.

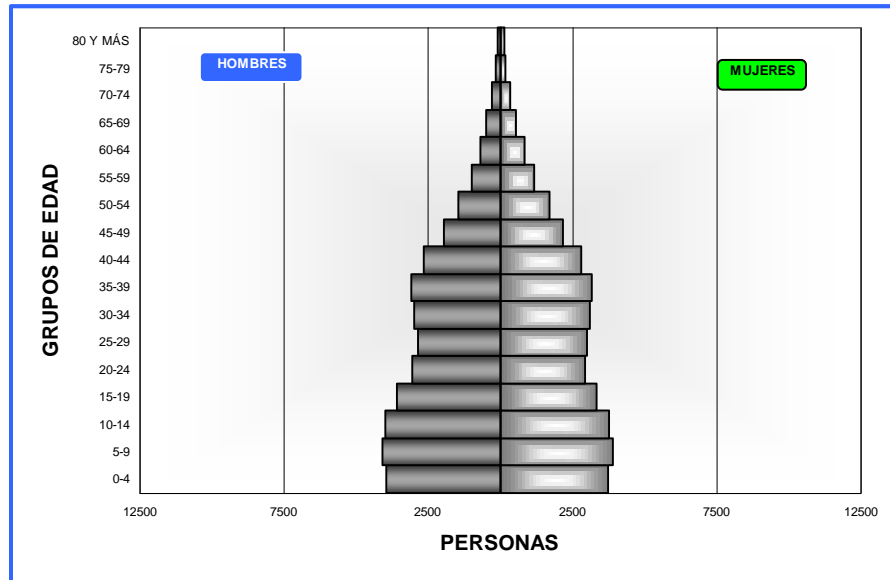
Mapa 57. Eventos infección respiratoria aguda grave esig-irag localidad bosa 2009



3.6 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 86 PORVENIR

Proyección poblacional UPZ 86 Porvenir. La población para esta UPZ es del 13,2% del total de la localidad; La pirámide poblacional de esta UPZ presenta un aumento de la población adulta a partir del grupo de los 25 años hasta los 40 años, relacionado con la migración de familias en condición de desplazamiento, otras familias que buscan opciones de vivienda de interés social, además del envejecimiento natural de la población.

Gráfico 21 . Proyecciones Poblacionales UPZ 86 Porvenir 2009



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

El dato de mortalidad asociada a desnutrición, en la localidad de Bosa fue de 5,3 superó la línea base a nivel distrital que es de 4,4 por 10.000 niños Este hecho es preocupante y aunque la desnutrición es de tipo multicausal, es compromiso de todos los sectores el contribuir a su disminución¹⁹⁴. En la UPZ 86, se presentó 1 de los 3 casos de la localidad.

Por otra parte, se identificaron 52 niños y niñas en condición de discapacidad, que representan el 7.32% de casos en la localidad¹⁹⁵.

Las organizaciones juveniles caracterizadas en este territorio son juvenil Goony, SIMA, cultural pies largos, grupo juvenil Bague. La presencia de barras futboleras en este territorio se reconoce a través de los parches caracterizados por el ejercicios de mesa de barras futboleras, así tenemos del equipo de Millonarios a la dosis, barrio el regalo, reunidos en el parque los miamis; la 14 Bosa, barrio el Porvenir, se reúnen en el colegio el Porvenir; la 14 Bosa, barrio el Porvenir, reunidos en el parque los Girasoles; la 14 blue rain S.B., barrio San Bernardino.

Algún miembro de la familia dejó de recibir alguna comida por falta de dinero en la UPZ Porvenir un total de 716 familias y faltó dinero para comprar alimentos en 821 familias. En la UPZ porvenir se concentra el 6% del total de la población en condición de discapacidad, correspondiente a 497 adultos y adultas. Hallamos a la UPZ Porvenir con

¹⁹⁴ Informe anual de SISVAN 2009. Vigilancia Epidemiológica. Transversalidad de SAN. Hospital Pablo VI Bosa

¹⁹⁵ Informe Transversalidad de Discapacidad. Hospital Pablo VI Bosa, Abril de 2010.

un 7.2% (n=39) de las notificaciones realizada a vigilancia en salud pública comunitaria. Desde SIVIM se reporta en la UPZ Porvenir 37% (n=37) de las notificaciones del 2010.

Se encuentran comunidades afro identificadas y algunas caracterizadas por el componente afro – hospital pablo VI, Brasil, Cabañas, el Anheló, Caldas, el regalo, porvenir, Santafé, y las organizaciones afro ASOSERVIR y FUNDEPAZ y población Pijao caracterizada por el componente Pijao de la transversalidad de etnias del Hospital Pablo VI, en el anheló, el porvenir, Santafé, Arboleda.

Porvenir es una de las UPZ de la localidad con menos parques y áreas verdes. Cuenta con 15 parques, 77,964.69 Mts² de área verde y 3.38 mts² de área verde por habitante. Las personas intervenidas refirieron que barrios como Santafé y el Recuerdo son zonas de alta vulnerabilidad dentro de la localidad. Estás no cuentan con parques, ni zonas verdes propias, por lo que las personas tienen que desplazarse a la UPZ occidental donde encuentran espacios adecuados para el deporte y la recreación. La líder comunitaria del barrio el Recuerdo asegura que el progreso de los barrios de la UPZ occidental ha sido influenciado por la unión de los habitantes, la exigibilidad de mejores condiciones de vida ante los entes distritales y la urbanización de la misma. Evocando recuerdos del inicio de estos barrios, refiere que todo el sector se distribuía por lotes, los cuales fueron vendidos para construcción de vivienda sin tener en cuenta los espacios necesarios para la construcción de parques y zonas verdes. A través de las lecturas de necesidades aspectos personales como la falta de tiempo por su rol como cuidadoras de hogar, la falta de recursos económicos que los obliga a trabajar muchas horas al día o tener más de un empleo, la falta de motivación y la falta de un instructor que lidere la actividad son los principales factores que determinan que ellos no practiquen de forma habitual en algún tipo de actividad física. En esta UPZ se identifica como una forma de realizar actividad física en correlación con el desarrollo de su actividad laboral, la presencia de bicitaxis, medio alternativo de transporte de pasajeros, constituido bajo el principio de la bicicleta, accionado con tracción humana. Además de considerarse una forma de hacer actividad física y generar ingresos, se convierte en una alternativa ecológica y económica que no sólo beneficia a quien lo maneja si no también a quien lo usa; de otro lado, este factor representa un riesgo de accidentalidad, evidenciando la necesidad de una reglamentación de las vías respecto a la movilidad de este medio de transporte.

Según los datos de registro de la Transversalidad de Discapacidad, en la UPZ Porvenir el 4.75% de la población lo que corresponde a 255 personas mayores.

3.6.1 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Condiciones productivas y de oferta laboral que no responden a la realidad de la población económicamente activa manifestándose en perpetuación de la pobreza, empleo informal, falta de continuidad en contratos, baja cualificación de trabajadores por oferta insuficiente de programas técnicos, tecnológicos y profesionales, condiciones ocupacionales riesgosas, exclusión laboral para la juventud y la adultez, aumento del número de niños y niñas trabajadores, explotación laboral, hambre y desnutrición.

Al realizar una revisión de este núcleo a nivel estructural se observa como en el mes de abril de 2009 la tasa de desempleo a nivel nacional alcanzó el 12.1%, 1 punto por encima del valor observado en el mismo mes de 2008. De igual manera, en lo corrido del año esta misma variable ha promediado 12.7%, cuando en el mismo periodo de 2008 fue de 11.9%. Esto quiere decir que el país pasó de tener en promedio 2.337 millones de desocupados a 2.594 millones¹⁹⁶.

A nivel global el desempleo asciende rápidamente y la OIT estima que en 2009 el número de desempleados en el mundo aumentaría entre 31 y 50.4 millones en relación al 2008. Latinoamérica contribuiría con 5.9 o 3.7 millones en cada escenario¹⁹⁷. A lo anterior hay que sumar que los grupos que mayor pérdida de empleo experimentan son los jóvenes, las mujeres y la mano de obra de menor capacitación. La población vulnerable asume una parte considerable del costo de la crisis, no solamente porque están en riesgo de caer en la pobreza (de acuerdo a la OIT podrían haber en 2009 237 millones de trabajadores más en estado de pobreza en relación al 2007) sino porque también se tiende a deteriorar la distribución del ingreso¹⁹⁸.

En Colombia, para el total de las trece principales áreas metropolitanas, el número de ocupados formales en empresas de hasta 5 trabajadores pasó de 4.135.749 en promedio en el año 2007 a 4.216.818 en 2008 y 4.251.378 en 2009. En los mismos años la cantidad de ocupados informales pasó 4.202.299 a 4.617.294 y su participación dentro del empleo total aumentó de 50.4% a 52.1%. Estas cifras representan un crecimiento del empleo informal de 3.77% entre 2007 y 2008 y de 5.8% entre 2008 y 2009. Una mayor parte de la población ocupada no tuvo acceso a la seguridad social. En particular, la proporción de ocupados sin seguridad social fue de 57.6% en 2007, 57.1% en 2008 y 57.9% en 2009¹⁹⁹.

Si se analiza el comportamiento del trimestre comprendido entre abril y junio de 2009, se encuentra que tanto en Bogotá como en la nación los principales indicadores del mercado laboral continúan mostrando un desempeño deficiente. En Bogotá, por ejemplo la tasa de desocupados del periodo abril – junio de 2009 fue de 11,3%, tasa que representa un total de 431.000 desocupados y es superior en 1,6 puntos porcentuales a la registrada en igual periodo de 2008, es decir que la desocupación en la ciudad aumentó en 74.700 personas. Si bien, la TD fue menor en Bogotá que en la nación, su crecimiento fue proporcionalmente mayor en Bogotá que en el total nacional, comparada con el mismo trimestre del año anterior.

La cifra de desocupados en Bogotá muestra que sólo en el último trimestre de 2009 se ha perdido un número de empleos equivalentes al 70% del total de desempleados proyectados en el Plan de Choque para Bogotá para el año 2009 (107 mil empleos en el año 2009); si se continúa manteniendo el comportamiento del desempleo que se ha presentado en lo que va corrido del año en Bogotá, se podría esperar que la cifra agregada de desempleo para el año 2009 supere significativamente el valor proyectado por la administración distrital²⁰⁰.

¹⁹⁶ Observatorio Financiero, Económico y Empresarial, Universidad Sergio Arboleda, Escuela de Economía, “El desempleo en Colombia: Los Problemas Coyunturales y Estructurales”. Consultado el 8 de Noviembre, 2010. En: http://www.usergioarboleda.edu.co/observatorio_economico/reporte_macroeconomico/2009/mayo/mayo-desempleo-en-colombia-coyuntura-estructura.htm.

¹⁹⁷ OIT, Global Employment Trends-Update, May 2009. Consultado el 9 de Noviembre, 2010. En: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/documents/publication/wcms_106504.pdf

¹⁹⁸ Observatorio Financiero, Económico y Empresarial, Universidad Sergio Arboleda, Escuela de Economía, “El desempleo en Colombia: Los Problemas Coyunturales y Estructurales”. Consultado el 8 de Noviembre, 2010. En: http://www.usergioarboleda.edu.co/observatorio_economico/reporte_macroeconomico/2009/mayo/mayo-desempleo-en-colombia-coyuntura-estructura.htm.

¹⁹⁹ Ministerio de la Protección Social, Bogotá 2009. Consultado el 8 de Noviembre, 2010. En <http://www.minproteccionsocial.gov.co/estadisticas/Estadsticas/COMPORTAMIENTO%20Y%20CARACTER%20C3%8DSTICAS%20EMPLEO%20FOR%20MAL%20E%20INFORMAL%2013%20C3%81REAS,%202007-2009,2007-2009.pdf>

²⁰⁰ Secretaría de Desarrollo Económico, Bogotá 2009. Consultado el 10 de Noviembre, 2001. En: http://www.bogotatrabaja.gov.co/ms-articulos/que-esta-pasando-con-elempleo/vinculos_interes/Empleo_y_Desempleo_en_Bogota.pdf

Este panorama permite analizar como a nivel local y en este territorio específicamente la afectación derivada de la dinámica económica y productiva da paso a problemas sociales que aquejan principalmente a las familias desplazadas por el conflicto armado que se ubican en su mayoría en la UPZ Porvenir, problemas claramente evidenciados en los hallazgos de trabajo informal, riesgos generados por la actividad, trabajo infantil, nivel de ingresos, entre otros.

Los niños y las niñas identificados como menores trabajadores en la UPZ Porvenir, se encuentran en condiciones de explotación laboral realizando actividades riesgosas como lo son el reciclaje (14%) y ventas ambulantes y repartidores a domicilio (14%), además de ser ayudantes en las plazas de mercado o bodegas (14%), Fabricación prendas de vestir, tejidos o manillas (14%), servicio domestico (14%), procesos de manufactura (14%)²⁰¹ excediendo las horas diarias permitidas y en donde las condiciones no son favorables para su salud, la mayoría de estos oficios son obligatorios, ya que sus padres y madres se dedican a tareas similares y tienen la idea que los niños y las niñas deben ayudar con los gastos de la casa o simplemente tienen que ir aprendiendo a trabajar para defenderse en la vida, es común la mayoría de estos niños, niñas y jóvenes tienen un rendimiento escolar bajo y no realizan ninguna actividad cultural ni recreativa en su tiempo libre.

De los trabajadores identificados en las unidades de trabajo informal para la población desplazada se encontró que el 15.7% pertenece a la población joven. Las actividades de las mujeres se desarrollan en droguerías, restaurantes, textiles, tienda y venta informal. Las actividades en las que se desempeñan los hombres son artes gráficas y textiles. La información sobre el nivel de ingresos que presentan los habitantes intervenidos manifiesta que 5 de las mujeres reciben menos de un salario mínimo legal vigente por su actividad laboral informal. Una mujer recibe el monto de un SMLV, mientras que una mujer gana más de un salario pero menos de dos. En cuanto a los ingresos para los jóvenes intervenidos, dos reciben menos de un salario y los tres restantes ganan más de un SMLV y menos de dos. En ninguno de los sexos se recibe el total de dos o más SMLV, lo que hace evidente la línea de fragilidad en la que se ubica esta población²⁰².

Para la vigencia 2009, se determinó el número de 60 unidades de trabajo informal (UTI) pertenecientes a población en situación de desplazamiento, las cuales han sido intervenidas desde el grupo de salud al trabajo (SAT). En estas 60 UTIS se identificaron 76 trabajadores y trabajadoras. De nuevo aquí el mayor porcentaje de trabajadores pertenecen al género femenino y en su gran mayoría son madres cabezas de familia. La mayor concentración de los trabajadores identificados en las UTIS de población desplazada se encontraron en la actividad económica de Textiles con un total de 28 trabajadores (donde se evidencia gran participación del género femenino y lo que hace pensar en la empresa textil como una de las industrias que ofrece mayor estabilidad en el campo laboral), seguido por la Venta Informal con un total de 19 trabajadores, salas de belleza con 7 trabajadores, restaurantes con 6 trabajadores y en una menor proporción las actividades económicas de artes graficas, calzado, droguerías, metalmecánica, panadería, reciclaje, tejedores y tiendas²⁰³.

Mediante el análisis del estrato socioeconómico de las viviendas que habitan los y las trabajadoras de la población desplazada intervenida se puede identificar que de las 53 trabajadores(as) pertenecientes al género femenino, 17 habitan en estrato 1 y 36 habitan en estrato 2, ninguna de las trabajadoras intervenidas habitan en otros estratos, evidenciando la problemática que se presenta en cuanto a vivienda se refiere, ya que adicionalmente la gran

²⁰¹ Encuesta menor trabajador. Hospital Pablo VI Bosa ESE., 2009

²⁰² Diagnóstico Local en Salud, Transversalidad de Salud y Trabajo, 2009

²⁰³ Diagnóstico Local en Salud, Transversalidad de Salud y Trabajo, 2009

mayoría de estas trabajadoras no cuenta con casa propia. Cuando se analiza el estrato socio económico de los trabajadores pertenecientes al género masculino, se observa un comportamiento similar al presentado en las trabajadoras del género femenino, ya que el mayor porcentaje habita en estrato 2, con un total de 17 trabajadores y los restantes 6 trabajadores habitan en estrato 1. Al igual que las mujeres, los hombres habitan en casas arrendadas y en muchas ocasiones en mal estado. Aunado a esto, se encuentra que un alto porcentaje de las unidades productivas están situadas en las mismas viviendas, compartiendo el espacio habitacional con el laboral, condición que aumenta los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos²⁰⁴.

Para las y los adultos en situación de desplazamiento se identifican los siguientes riesgos al desempeñar su actividad productiva. Dentro del género femenino, se puede observar que el factor de exposición prioritario fue el riesgo físico con un total de 15 trabajadoras, equivalente al 19.74% de la población intervenida, este riesgo fue priorizado específicamente en las UTIS cuya actividad económica pertenece a Textiles y Venta Informal, seguido por el riesgo químico, el cual presentó un total de 12 trabajadoras, equivalente al 15.79% y el cual fue priorizado en UTIS con actividad económica de Textiles, por causa del material particulado; también, la fabricación de calzado por el uso de pegantes y solventes. En menor proporción, pero no menos importante se priorizaron los factores de riesgo Biológico y carga física, con un 11.84% y 10.53% respectivamente, este riesgo se priorizó específicamente en los restaurantes por la manipulación de alimento y en salas de belleza por malas posturas y largas jornadas de trabajo. En el género masculino el factor de exposición que más se priorizó fue el riesgo químico con un total de 7 trabajadores, equivalente a un 9.21% en actividades económicas como textiles, metalmecánica y venta informal, seguido del factor de exposición de carga física con 4 trabajadores y un porcentaje de 5.2%²⁰⁵.

Con respecto al tipo de contratación en el territorio se encontró, que el 100% de la población intervenida no cuenta con ningún tipo de contratación ya sea porque laboran en empresas familiares, porque son dueñas de las Unidades de trabajo Informal o porque simplemente los empleadores no asumen la vinculación laboral de estas personas tratando de evadir impuestos e incrementar las ganancias de sus negocios. La forma de pago a las mujeres adultas mayores, más frecuentemente utilizada, durante el año 2009 fue el destajo con un 84.2%, donde las personas reciben una remuneración diaria según la producción realizada en la jornada laboral, seguida a esta forma de pago se encontró un 10.5% que recibe una remuneración cada 15 o 30 días, un 5.3% recibe una remuneración en especie, aunque como no reciben un pago formal, consideran que no es remunerado²⁰⁶.

Por otra parte, el nivel de ingresos mensual del 57.8% de las mujeres en esta etapa del ciclo vital, es de menos de un salario mínimo, evidenciando una diferencia de género en la remuneración y subvaloración del trabajo, 5.2% recibe más de uno y hasta dos salarios mínimos y 10.5% más de 2 salarios mínimos y hasta 3 salarios mínimos.²⁰⁷ Haciendo el análisis desde el enfoque de género, al comparar el dato de hombres y mujeres mayores que reciben menos de un salario mínimo, es de 40% y 57,8%; el porcentaje es mayor en mujeres porque muchas de los trabajos que realizan ellas son subvalorados en comparación con el desempeño de los hombres, quienes por las mismas tareas reciben mayor porcentaje de pago.

Se encuentran narrativas de la población donde se refleja que sumado al contexto problemático presentado los empleadores rechazan a los aspirantes por su condición de desplazamiento, por la edad (mayores de 35 años ya son considerados “viejos” para desempeñar ciertos oficios), asimismo existe consenso frente a como el nivel

204 Diagnóstico Local en Salud, Transversalidad de Salud y Trabajo, 2009.

205 Diagnóstico Local en Salud, Transversalidad de Salud y Trabajo, 2009.

206 Informe Transversalidad Salud al Trabajo y Ámbito Laboral. Hospital Pablo VI Bosa. Diciembre 2009.

207 Informe Transversalidad Salud al Trabajo y Ámbito Laboral. Hospital Pablo VI Bosa. Diciembre 2009.

educativo y la experiencia adquirida son situaciones que dificultan el acceso a empleos ya sea por su carencia o incluso por disponer de un perfil muy alto para el cargo disponible²⁰⁸.

En los empleos formales se presenta una situación de flexibilización del vínculo laboral e inestabilidad ligada directamente con la consecución de empleos temporales o contratos de corta duración, que no permiten superar la pobreza.

La comunidad señala que la oferta subsidiada en formación para el empleo, la creación de empresa y la educación superior, es insuficiente y muy poco difundida lo que dificulta el acceso a la cualificación laboral de la población del territorio²⁰⁹

3.6.2 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Barreras en el acceso, cobertura, calidad y oportunidad de servicios en salud, educación, bienestar, vivienda, movilidad, seguridad alimentaria y nutricional, debido a un equipamiento insuficiente, sistemas de inclusión inadecuados, lo que con lleva a una vulneración de derechos, ocasionando altas cifras de malnutrición infantil, embarazo en adolescentes, bajo peso gestacional, mortalidad, baja cobertura de programas de seguridad alimentaria y nutricional. En el sector educativo se refleja en programas de educación técnica y tecnológica que no responden a las expectativas de la juventud y la adultez. Lo anterior se relaciona con las preocupantes cifras del desempleo y empleo informal, entornos de vivienda insalubres. De otro lado, los programas de cultura, recreación y deporte tienen un bajo impacto a pesar de ser esenciales en la calidad de vida y salud de la población de este territorio.

En el 2009 se presentaron 99 casos de mortalidad perinatal residentes en la localidad de Bosa, de las cuales once (11), se presentaron en la UPZ 86²¹⁰. De forma similar, se evidenció (1) un solo caso en la UPZ 86, de mortalidad por ERA en menores de cinco años.²¹¹

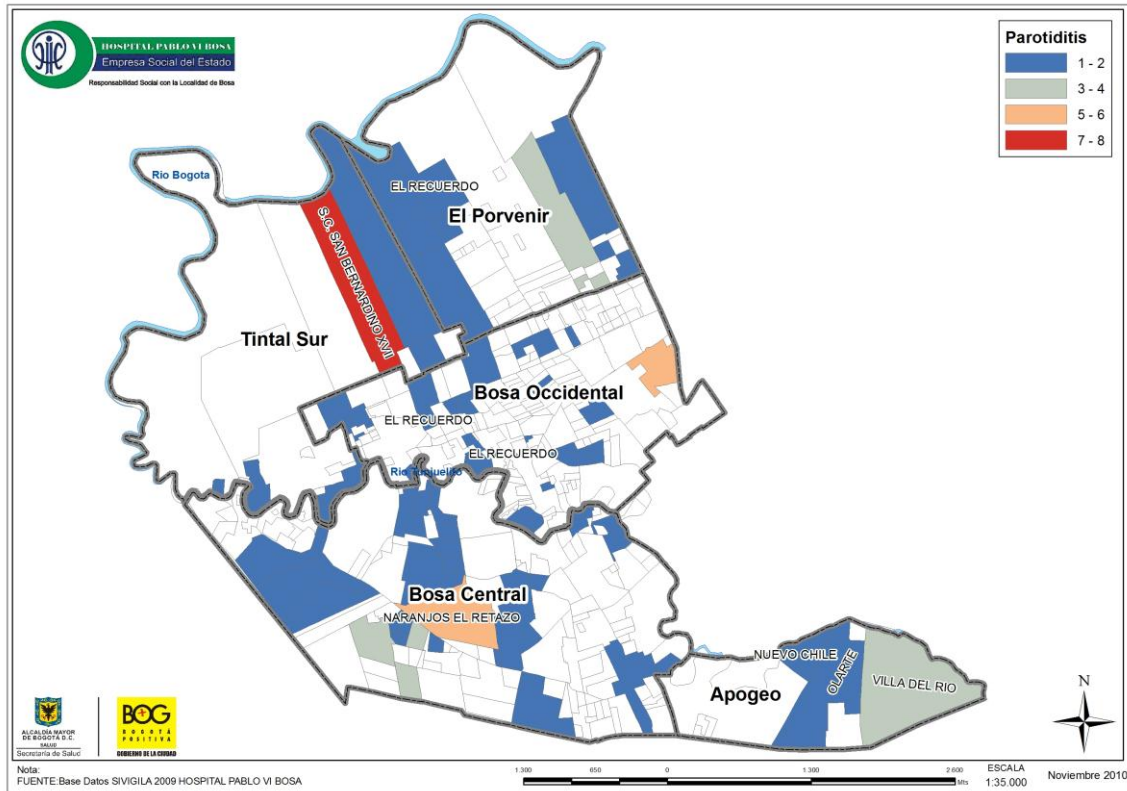
²⁰⁸ Hospital Pablo VI Bosa, Grupo focal de Base comunitaria, Bogotá, 2009.

²⁰⁹ Hospital Pablo VI Bosa, Grupo focal de Base comunitaria, Bogotá, 2009.

²¹⁰ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

²¹¹ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

Mapa 58. Eventos de parotiditis reportados a sivigila localidad bosa 2009



En los casos reportados al Sistema de Vigilancia Nutricional, SISVAN, relacionados al bajo peso gestacional, de los 8950 casos reportados, 655 se ubican en el territorio Porvenir, de los cuales 273 (41.7%) presentan bajo peso, 223 (34.0%) peso adecuado, 77 (11.8%) obesidad y 82 (12.5%) sobrepeso²¹².

Según SISVAN, para el indicador de Peso/Edad, relacionado al crecimiento pondoestatural, se reportaron 1245 casos ubicados en el territorio Porvenir; la distribución por estado nutricional, es de 114 (9.2%) con déficit de peso, 307 (24.7%) riesgo de déficit, 788 (63.3%) con peso adecuado y 36 (2.9%) con sobrepeso.

El dato de mortalidad asociada a desnutrición, en la localidad de Bosa fue de 5,3 superó la línea base a nivel distrital que es de 4,4 por 10.000 niños Este hecho es preocupante y aunque la desnutrición es de tipo multicausal, es

²¹² Bases SISVAN, Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

compromiso de todos los sectores el contribuir a su disminución²¹³. En la UPZ 86, se presentó 1 de los 3 casos de la Localidad.

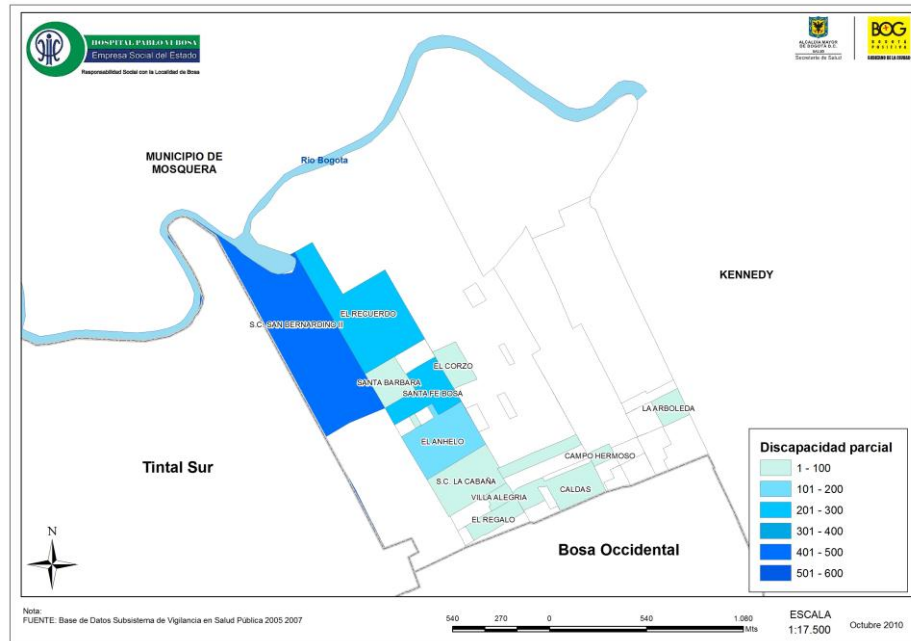
Se destaca la concentración de personas en condición de discapacidad en San Bernardino II donde se presentan un alto número de casos de discapacidad parcial en un rango entre 426 a 531 casos y de discapacidad total entre 61-70 casos. Esta situación puede estar relacionada con factores socioeconómicos para el acceso a los arriendos.

Mapa 59. Personas caracterizadas con discapacidad severa territorio porvenir localidad bosa 2005 2007



²¹³ Informe anual de SISVAN 2009. Vigilancia Epidemiológica. Transversalidad de SAN. Hospital Pablo VI Bosa

Mapa 60. Personas caracterizadas con discapacidad parcial territorio bosa central localidad bosa 2005 2007



Es baja la identificación temprana de alteraciones cervico uterina por medio del examen de citología, esto se debe a las barreras de acceso para los servicios de salud ya mencionados. Sin embargo se debe destacar que se ha hecho la demanda inducida que ha permitido la identificación de algunos casos (entre 1 y 20) en los barrios: Santafé, El Corzo, la Cabaña, El Anheló, El Regalo, Caldas y La Arboleda.

La localidad séptima de Bosa es considerada como el segundo territorio que recibe población en situación de desplazamiento, dentro del distrito capital; se considera que cerca del 71% son menores de 20 años, pero no se determina la especificidad dentro de la etapa de ciclo vital. Los niños y niñas presentan problemáticas como la desnutrición, problemas de salud en general, dificultades respiratorias a causa de la tenencia de vivienda inadecuada, falta de ventilación y luz y humedad excesiva, dificultades visuales, enfermedades eruptivas, prevalencia de enfermedades nuevas, asociadas al cambio en la alimentación y condiciones climáticas generando que el sistema inmune está más vulnerable, haciéndolos más propensos a enfermedades, falta de hábitos de autocuidado, violencia intrafamiliar evidenciada por los niños y niñas a causa de la falta de trabajo de los padres y falta de dinero para manutención²¹⁴; es indispensable eliminar algunas barreras para acceder a educación, salud, y alimentación entre otros, tales como (costos de útiles, uniformes y transporte, afiliación y carnetización), por tanto se debe ampliar la oferta de estos beneficios, minimizar la existente discriminación en los establecimientos

²¹⁴ Lectura de necesidades – Transversalidad de Desplazados, Gestión Local. Hospital Pablo VI Bosa, 2009.

educativos, el matoneo en las aulas de clase y requiere continuar y reforzar las acciones dirigidas a sensibilizar a docentes, directivos y a la comunidad educativa en general.²¹⁵ Dentro de las familias que sufren esta situación de desplazamiento, es claro que los niños y las niñas resultan siendo los más afectados en todos los aspectos del desarrollo (físico, emocional y mental) y no solo por el maltrato, sino que se convierten en los depositarios de la frustración, intolerancia, odios, desconfianza e incertidumbres de los adultos, además el menor y la menor en situación de desplazamiento tiende a perder su identidad ya que pueden ser obligados a ocupar espacios reducidos, son sometidos al encierro y por su condición de desplazamiento, a ocultar sus raíces en lo que constituye otra forma de violencia social y psicológica en su nuevo hábitat.

En la Localidad, respecto a la población en situación de desplazamiento y específicamente en los niños y las niñas se ha identificado²¹⁶ como problemáticas la desnutrición, falta de hábitos de auto cuidado, problemas de Salud oral, problemas respiratorios, dificultad visual, enfermedades eruptivas, ausencia o inadecuado manejo de pautas de crianza, violencia intrafamiliar, maltrato infantil. Se identifica la violencia en todas sus manifestaciones: física, emocional, negligencia, abandono, explotación sexual y económica, asociada a diversos factores como; la situación económica y disfuncionalidad de las familias, débil estructura de los valores, falta de oportunidades de capacitación para los padres y condiciones propias de las viviendas entre otras. Se evidencia específicamente en que los niños y las niñas presentan alto índice de agresividad no solo con sus compañeros si no también hacia sus padres y con los docentes.

La alimentación y nutrición son factores fundamentales para el desarrollo del ser humano y por ende para el buen desempeño académico y social del escolar, y esta ha sido una de las problemáticas más sentidas y priorizadas en las comunidades educativas donde se manifiesta que para muchos escolares el único alimento que consumen en el día es el que reciben en el jardín o el refrigerio escolar, asocian esta situación a aspectos tales como la negligencia, los padres invierten el dinero en alcohol, cigarrillos drogas y diversión, en otros casos al bajo poder adquisitivo por las pocas oportunidades laborales y por la explotación económica para los padres de familia, de igual manera se identifica inadecuados hábitos en la manipulación e higiene de los alimentos y de consumo de los mismos en los escolares; que se evidencia en el no aprovechamiento del refrigerio, específicamente en lo que respecta al consumo de las frutas como también en la marcada tendencia al consumo de alimentos industrializados fuentes de calorías vacías “comida chatarra”, que no les aporta ningún nutriente adicional para su óptimo desarrollo, esta situación está muy ligada a la negligencia y/o pereza por parte de los padres y cuidadores para los cuales es más fácil y para su concepto más económico que los niños consuman un paquete de papas y una gaseosa que prepararles un almuerzo pues implica tiempo y dinero. Vale la pena aclarar que los padres de familia no poseen hábitos alimentarios para el adecuado consumo de frutas y verduras además poseen un arraigo cultural para su consumo en la mayoría de casos por desconocimiento. De los niños y las niñas reportados y reportadas al SISVAN en condición de desplazamiento²¹⁷ fueron el 25,7% del total de la población, en cuanto al retraso del crecimiento se observa un mayor porcentaje 13,5% con respecto al promedio local, siendo más bajo que para los grupos étnicos (no comparar con grupos étnicos sino con la totalidad de la localidad). Para el indicador peso para la talla o delgadez, se evidencia que los promedios se mantienen en un déficit de 4,2%, a riesgo 14,1%, adecuados 76,4%, observándose aumento en el sobrepeso, lo cual puede explicarse a que hay alto consumo de fuentes energéticas como plátano, yuca, entre otros, debido a sus patrones culturales.

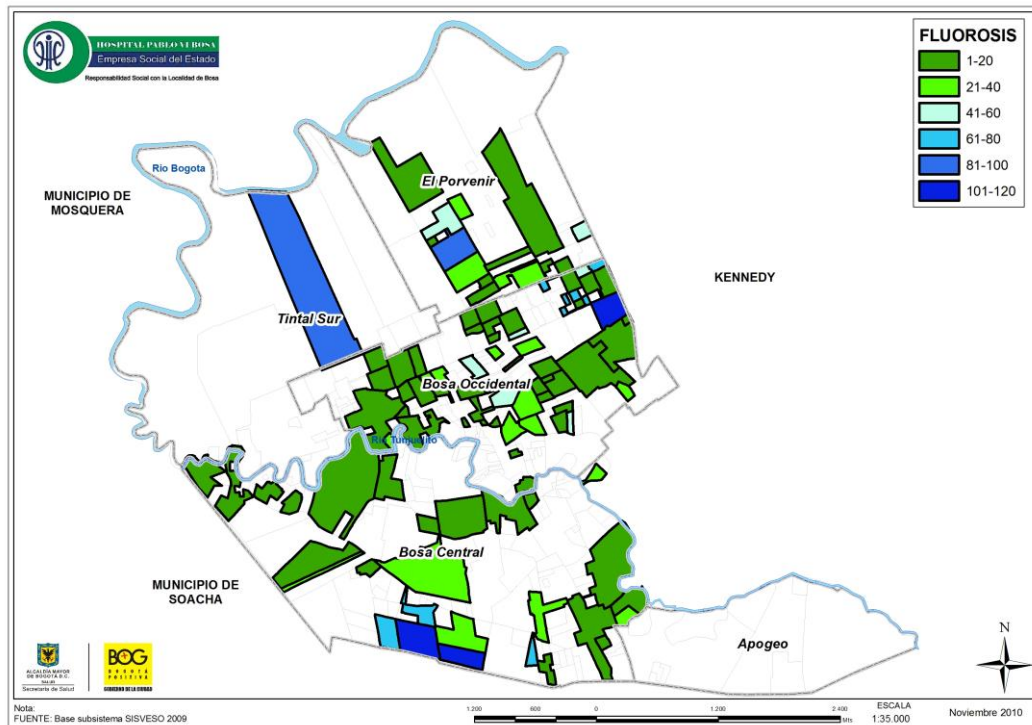
²¹⁵ Análisis de situación en salud en la Transversalidad de Desplazados – Localidad de Bosa. Hospital Pablo VI Bosa – Gestión Local. Septiembre de 2009

²¹⁶ Informe Transversalidad de Desplazados. Hospital Pablo VI Bosa – Gestión Local. Diciembre 2009.

²¹⁷ Informe anual de SISVAN 2009. Vigilancia Epidemiológica. Transversalidad de SAN. Hospital Pablo VI Bosa

La situación de la salud oral de los escolares también se manifiesta a partir de las lecturas de necesidades como una de las principales problemáticas de salud en la población infantil los padres de familia poseen una total indiferencia hacia los hábitos higiénicos además pocas veces o casi nunca asisten a higiene oral, odontología los niños pierden sus dientes y pasa desapercibido por lo tanto para los niños es algo desconocido esto se refleja en los datos obtenidos a partir de la valoración de las condiciones de salud oral que se realizó a 4.064 niños y niñas de Grados preescolar (colegios y jardines), primero, segundo y tercero y a partir de la cual según priorización de necesidades de tratamiento se clasifico que el 37% de los escolares valorados requieren tratamiento odontológico con alta prioridad. A temprana edad se identifica serios problemas de salud oral. El acceso a los servicios de salud oral de la comunidad de este territorio se encuentra determinada por la lejanía a los centros de atención, ya que se evidencio durante el 2009 que un reporte bajo de número de casos de Fluorosis, Gingivitis, mancha blanca y mancha café en esta UPZ a excepción de los barrios cercanos a la UPA Cabaña como: El Anhelito, La Cabaña y Caldas. También es necesario que se mencione la problemática de multifiliación por la situación de desplazamiento de alguna parte de la población que habita este territorio lo que imposibilita la atención de los servicios de Salud.

Mapa 61. Notificación de fluorosis a sisveso localidad bosa 2009



Los derechos de los niños y las niñas se ven vulnerados, son muchos los menores de edad que por las condiciones en las que viven se encuentran en riesgo de abuso, maltrato, explotación y por ende en detrimento de su calidad de vida, dentro de la localidad hay especial énfasis en este aspecto en los sectores de la UPZ Porvenir y Tintal Sur debido a la precariedad de las condiciones propias del sector, sumado a la descomposición familiar que se evidencia y al abandono familiar en el que se encuentran los menores, la comunidad ha identificado un arraigo en el machismo asociado a que es la figura masculina la que se encarga de aportar a la economía del hogar por lo que la violencia intrafamiliar esta a la orden del día. En la UPZ Occidental se prioriza el caso de los menores trabajadores en actividades de reciclaje, acompañamiento a plazas de mercado, ventas ambulantes entre otras

actividades que repercuten directamente en el rendimiento escolar entonces para la localidad específicamente para los docentes es un problema que debe tener una respuesta urgente siendo consecuentes con el compromiso social e institucional, esta situación es considerada, sin embargo los padres no lo manifiestan en las lecturas de necesidades, es más, procuran no abordar este tema cuando se hace referencia al mismo. Por el temor que se posee con respecto a las implicaciones legales; puesto que en la mayoría de casos los menores están en explotación laboral. Con el consentimiento de sus cuidadores.

En las escuelas integradoras se desconoce normatividad vigente que apoya a los menores con necesidades educativas especiales definitivas, en su inclusión no solo educativa, si no de derechos fundamentales.

Las enfermedades crónicas constituyen una epidemia invisible y son las primeras causas de muerte en el ámbito mundial, en nuestro país la tendencia para la presencia de estas entidades va en aumento encontrando que en la mayoría de los casos sus factores de riesgo o desencadenantes son fácilmente controlables y prevenibles. Dentro de las enfermedades crónicas constituyen en su mayor porcentaje la Hipertensión Arterial (HTA) ya que presentan tensión arterial elevada (presión arterial sistólica (PAS) > 140 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) >90 mm Hg); de estos, solo 70% conoce su diagnóstico, 59% recibe tratamiento y 34% está controlado en forma adecuada. En la población de juventud la presentación de este tipo de enfermedades es de 0.3% (N=26) del total de ciclos vitales, se evidencia que presenta patologías como HTA un 57.6% (N= 15), seguido por la diabetes con un 34.6% (N= 9), y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) un 7.6% (N= 2), dado por las condiciones de tipo biológico: antecedentes de enfermedad por condiciones genéticas (hipertensión inducida por el embarazo), (antecedentes de hipertensión familiar), ambientales: (se ven influenciados por la sociedad de consumo que disminuye sus hábitos saludables de vida en cuanto a alimentación, asistencia preventiva al centro de salud, falta de espacios para hacer deporte) y adquiridas: (consumo de sustancias psicoactivos, cigarrillo, alcohol).

En cuanto a lo estructural se presenta como deficiente el modelo educativo en las medidas que toman las institucionales ante las reincidencias disciplinarias que antes pensar en una respuesta acorde, lanzan a los jóvenes "problema" en busca de otra institución dejando el conflicto en manos de otros sin asumir responsabilidades. El sector salud funciona de acuerdo al régimen de contratación y por lo tanto no es asequible para todos y todas, sino que depende de si se está vinculado al contributivo o al subsidiado. De igual manera, no se cuentan con servicios de psicología general de manera preventiva que permitan ampliar las dimensiones de la salud en la juventud. Frente al servicio militar se manifiesta la inconformidad de su carácter obligatorio ante lo cual se proponen como objetores de conciencia. De manera particular en educación se asumen procesos extra-edad que al tiempo que permiten continuar con el proceso educativo, los señalan como diferentes ante los procesos regulares propiciando la desertión por estándar de edad, pues la continuidad se ve truncada por factores económicos. En salud no se cuentan con los tiempos y la estructura necesaria en las consultas asistenciales que permitan un abordaje a fondo de las problemáticas evidenciadas. Para lo cual se requiere una mayor visibilización de los servicios amigables y diferenciales en todo el hospital. En lo singular, todo esto da por resultado una generación de estudiantes acrílicos que terminan prefiriendo culturas extranjeras antes que las autóctonas. Además, se encuentran con docentes que no manejan ningún tipo de formación en salud sexual y reproductiva por lo que estos temas se ven satanizados al interior de las instituciones educativas. En salud, se presentan barreras familiares en cuanto a métodos de planificación, aunque de parte de los y las jóvenes se desconocen los servicios y derechos frente a la sexualidad y la reproducción; lo que conlleva a una confusión en la manera en que se asume lo sexual como reproductivo y viceversa, sin diferencia alguna. Para la población en situación de discapacidad es necesaria una articulación estrecha entre Plan de intervenciones colectivas y el área asistencial desde las áreas humanísticas que den cuenta de una interdisciplinariedad en la atención a esta población.

Las notificaciones en el caso de la tuberculosis durante el año 2008 se presentan en un total de 30 casos correspondientes al 50% de los reportes en enfermedades transmisibles y en el año 2009 se presenta un mayor porcentaje de casos de esta enfermedad con un 57.5% (n=38), según eventos del sistema de vigilancia SIVIGILA, se puede establecer que el 26.3% fueron referidos por esta instancia. La presencia de la tuberculosis permite corroborar lo que históricamente ha sido una enfermedad que se presenta en la etapa productiva con mayor número de casos en los hombres. Esto se asocia a factores laborales por no cumplir con las condiciones óptimas de seguridad ocupacional, sin afiliación a régimen de seguridad social en salud debido a la realización de labores poco continuas a través de trabajos informales. Otro determinante se relaciona con hábitos adquiridos como tabaquismo que dispone el cuerpo a factores de riesgo que se agudizan ante una nutrición inadecuada y a la exposición al humo cuando se cocina con leña. En este punto, la inasistencia a servicios de salud por falta de tiempo hace imposible la detección temprana de los síntomas de la enfermedad. Siguiendo con las enfermedades transmisibles encontramos que el 100% de los casos de lepra se presenta en esta etapa, lo cual no va condicionado más que a un determinante biológico de presentación de la enfermedad. Para las enfermedades transmitidas por vectores se encuentra que la presentación de los eventos corresponde al 36% de los casos dados a condiciones ambientales y exposicionales relacionadas con trabajo en zonas endémicas²¹⁸.

Para la fase de adultez joven, encontramos un 7.2% (N= 566) del total de usuarios con patología crónica, de los cuales presentan hipertensión arterial (HTA) un 79.5% (N= 450), seguido por Diabetes Mellitus Tipo 2 un 13% (N= 74) y patología crónica mixta (HTA- DIABETES) un 3.5% (N= 20). Para la adultez mayor, encontramos un 32.5% (N= 2566) del total de usuarios con patología crónica, de los cuales con HTA equivale un 78%, (N= 2002), seguido por Diabetes Mellitus tipo II con un 7.6% (N= 196), y patología mixta (HTA, Diabetes) con 7.5 (N= 193) ligada a multicausalidades dadas a nivel individual, ambiental, institucional y con determinantes de tipo biológico, culturales y sociales que parten desde las etapas de Juventud e Infancia²¹⁹.

Al evaluar los eventos de interés en Salud Pública notificados en la persona mayor se evidencia mayor registro de exposiciones rábicas, seguido por Tuberculosis Pulmonar, el cual es una enfermedad crónica frecuente en este grupo de edad, en donde se identifican relaciones singulares como desnutrición, diabetes, cáncer, insuficiencia renal crónica, uso de inmunosupresores, entre otras, así como condiciones inadecuadas higiénico sanitarias.²²⁰

Ahora bien, respecto a las relaciones establecidas con los hábitos alimenticios y según lo desarrollado en los grupos focales de la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional²²¹, se establece que muchas mujeres mayores por reducir costos (teniendo en cuenta las condiciones de pobreza de la localidad) incluyen en su dieta alimentos altos en carbohidratos, además del papel que desempeñan como proveedoras de los alimentos para la familia. A pesar de no contar con datos acerca de la actividad física, las condiciones fisiológicas de las mujeres contemplan mayor acumulación de lípidos, lo que se configura como desencadenante de obesidad y ésta como factor determinante para la aparición de enfermedades crónicas. Para las personas mayores, el factor económico es el que más influye en el cumplimiento de su derecho a la alimentación puesto que menciona que pese a que algunos y algunas reciben un subsidio, éste no es suficiente para suplir sus necesidades en cuanto a una alimentación adecuada y sostenible. También se identifican como una población vulnerable por su imposibilidad de acceder a un

²¹⁸Hospital Pablo VI Bosa, Reporte vigilancia epidemiológica, Bogotá, 2009.

²¹⁹Hospital Pablo VI Bosa, Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la gestión social SDS, Intranet institucional, Bogotá, 2009.

²²⁰Hospital Pablo VI Bosa, Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Bogotá, 2009.

²²¹Hospital Pablo VI Bosa, Sistematización grupos focales de la Transversalidad de Seguridad Alimentaria Nutricional, Bogotá, Noviembre 2009.

trabajo, a las alteraciones en su salud. Al respecto, no ven el panorama tan desalentador debido a un nivel de gratitud con las instituciones y con la ayuda que reciben. Como en el grupo hay dos personas que son cuidadoras de personas con discapacidad el tema es álgido puesto que evidencian exclusión y problemas en el acceso a los programas de rehabilitación. El tema de acceso a los programas de apoyo económico, también sobresale en el análisis del grupo focal de persona mayor, ya que para muchos, de esto depende su alimentación diaria y ellos dependen casi siempre económicamente de algún familiar.

Es claro que tanto en Bogotá como en la Localidad de Bosa, existe una oferta y una disponibilidad alimentaria suficiente y variada de alimentos, no constituye garantía para el acceso equitativo y justo a una alimentación adecuada, suficiente y sostenible para los individuos, las colectividades o las familias que habitan la localidad, los altos costos de los alimentos por la intermediación existente entre el productor y el consumidor, así como los bajos ingresos o la ubicación de equipamientos de abastecimiento en la localidad determinan el acceso físico y económico a la alimentación y a la seguridad alimentaria y nutricional. La constitución y configuración del núcleo familiar determina tanto el nivel de ingreso como la posibilidad de satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales de las familias de la localidad o por el contrario, ayuda a explicar –en parte- las diferentes situaciones que agudizan la inseguridad alimentaria. La falta de oportunidades de acceso al sector productivo y los bajos ingresos no permiten acceder a la canasta básica familiar y la prioridad del gasto siempre sacrifica la alimentación ante el arriendo de vivienda y los servicios públicos, hacen que las familias compren sin autonomía, reproduciendo la condición de vulnerabilidad, de hambre y de enfermedades en las comunidades²²².

Sumada a las anteriores problemáticas, se encuentra el desplazamiento que para las personas mayores indica el dejar sus costumbres (por lo general campesinas), modificar sus hábitos de vida (alimentación, vivienda), una clara dependencia a realizar una ocupación o trabajo y adecuarse de manera hostil a nuevas formas de vida, de la totalidad de personas en situación de desplazamiento que recibe la localidad un 5.1% pertenecen a la etapa de Persona Mayor²²³.

El desplazamiento forzoso como resultado de los conflictos armados, produce una acumulación de vulnerabilidades relacionadas con la ruptura de núcleos familiares, de las redes sociales de apoyo y del mismo fenómeno de la migración. Los asentamientos a donde llega la población desplazada identificados en La Localidad de Bosa, comparten ciertas características estructurales que aumentan el riesgo de enfermedad y muerte, como la presencia de agentes infecciosos y vectores para enfermedades, mala calidad del agua de consumo, dificultad para el acceso de alimentos o alimentos de mala calidad, riesgo psicosocial derivado del mismo desplazamiento o asociado a la confrontación con la cultura y la población receptora, incremento de comportamientos sexuales de riesgo, zonas con un riesgo aumentado de desastres naturales, cercanía al río y vallado, construcción inadecuada de las viviendas, lo cual genera hacinamiento y tenencia inadecuada de animales. Estos peligros se expresan como un mayor riesgo de enfermedad y muerte, cuyo mayor impacto lo sufren los niños y las niñas, las mujeres y las personas mayores.

La infección respiratoria aguda es la primera causa de morbilidad sentida, seguida por la enfermedad diarreica aguda. En la población general, en menor proporción, pero con igual importancia, aparecen síntomas inespecíficos,

²²² Informe Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Análisis de la determinación social de la relación producción, consumo, territorio, población y ambiente. Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

²²³ Informe Transversalidad de Desplazamiento, Hospital Pablo VI Bosa ESE I Nivel. Diciembre 2009.

como el dolor de cabeza y los dolores osteomusculares, es decir que al presentarse no indican que tipo de enfermedad se está manifestando, y que pueden estar relacionados con factores de estrés psicosocial; la principal enfermedad crónica identificada fue la hipertensión arterial, siendo en las mujeres más frecuente que en los hombres. El proceso reproductivo asociado al cuidado de los hijos produce un efecto de “sobre envejecimiento” que afecta a las mujeres y predispone para la aparición de enfermedades crónicas. Si bien las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, viven más tiempo enfermas. Se puede observar el impacto de los determinantes socioeconómicos sobre el deterioro de la salud, como el esfuerzo laboral y poca remuneración son factores predominantes de riesgo para morir por enfermedades cardiovasculares, aún controlando por los factores de riesgo tradicionales como consumo de cigarrillo, obesidad, entre otros. Las dificultades priorizadas para las personas mayores, se relaciona a enfermedades como artritis, disminución visual, problemas cardíacos, violencia intrafamiliar, problemas de tensión, diabetes, estrés, falta de una buena alimentación.

Este tal vez es el grupo más afectado de la población en la medida que no hay una cultura de auto cuidado para las personas mayores. En todas las UPZ se evidencia un alto índice de personas en esta etapa del ciclo vital y la preocupación más sentida es que no se cuenta con suficientes programas de apoyo para las personas mayores, o por lo menos para dar cobertura, al alto índice que se identifica, para las familias según palabras textuales “no es rentable tener abuelos en casa estos generan muchos gastos, no producen y es el grupo poblacional mas relegado dentro de la Localidad”. Las actividades en las que se encuentra esta población están marcadas en la mendicidad, reciclaje y ventas ambulantes principalmente, en la mayoría de familias son personas que están arraigadas al trabajo de campo por lo que el choque del contexto citadino los conlleva a problemas serios de salud que puede aumentar el riesgo de la aparición de enfermedades crónicas, sumado a la mala alimentación a causa de factores económicos, las familias son numerosas y es prioritario alimentar a los niños y las niñas.

En la UPZ Porvenir la mayoría de las personas mayores se dedica a la venta ambulante principalmente en carretas o vehículos de tracción animal. En la UPZ Central y Occidental las personas mayores están dedicadas y dedicadas a la crianza de los nietos y nietas, bisnietos y bisnietas y a las actividades del hogar como retribución de la manutención a cargo de los hijos, hijas y/o familia extensa. A través de la lectura compartida de necesidades un factor relevante que identifican los docentes en este grupo poblacional es la tenacidad al trabajo en muchas ocasiones son los que están a cargo de la familia puesto que los adultos, adultas y jóvenes andan viviendo su vida y no tienen tiempo para la crianza y cuidado de los hijos e hijas que es dada principalmente a los abuelos y abuelas, quienes sacan adelante a los niños y niñas sin importar lo que cueste.

Hay una marcada tendencia al deterioro de la salud, por las mismas actividades que desarrollan, además que no hay tiempo para ir al servicio de medicina, ni hay quien se preocupe por ellos para orientarlos, sumado a esto se evidencia que hay un total desarraigo del grupo familiar y sentimientos de soledad en este grupo poblacional lo que conlleva a que se presenten más dificultades de salud.

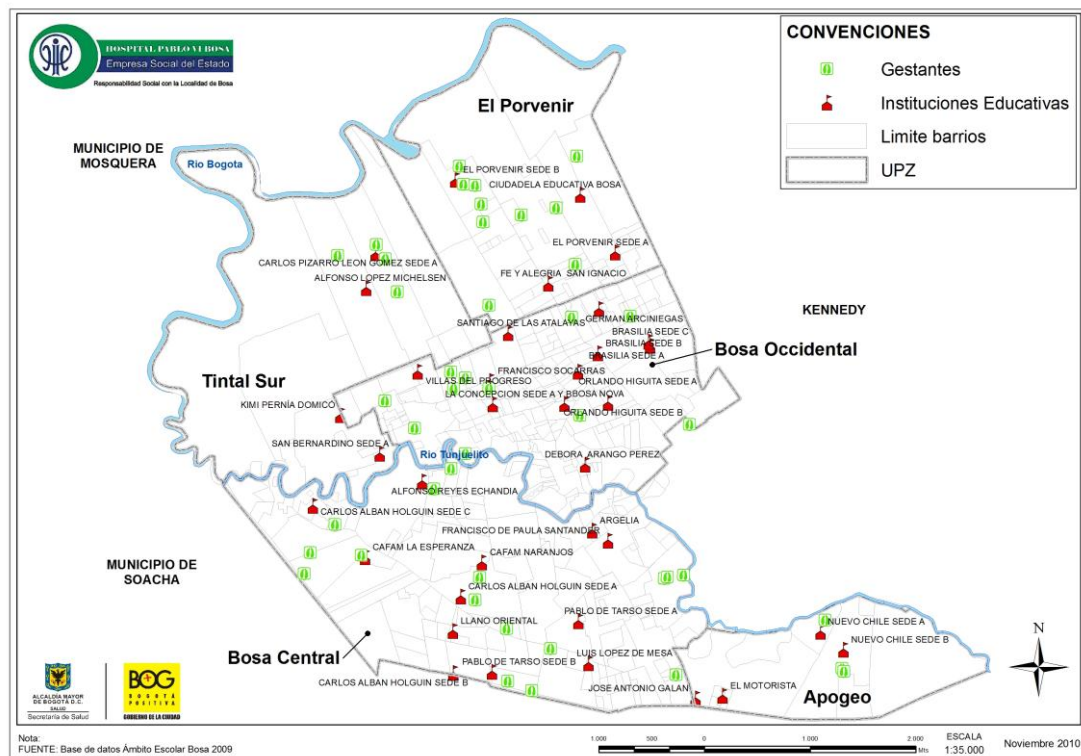
3.6.3 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Situaciones de inseguridad ciudadana relacionadas con robos de celulares, carros, viviendas, delincuencia común en ciclo rutas y buses, aumentando el número de homicidios y lesiones de causa externa en riñas y enfrentamientos con jóvenes de Soacha y jóvenes de barras futboleras, casos de violación, consumo y distribución de spa en colegios y espacios públicos, amenazas y limpieza social por parte de grupos “paramilitares”, abuso de la autoridad policial,

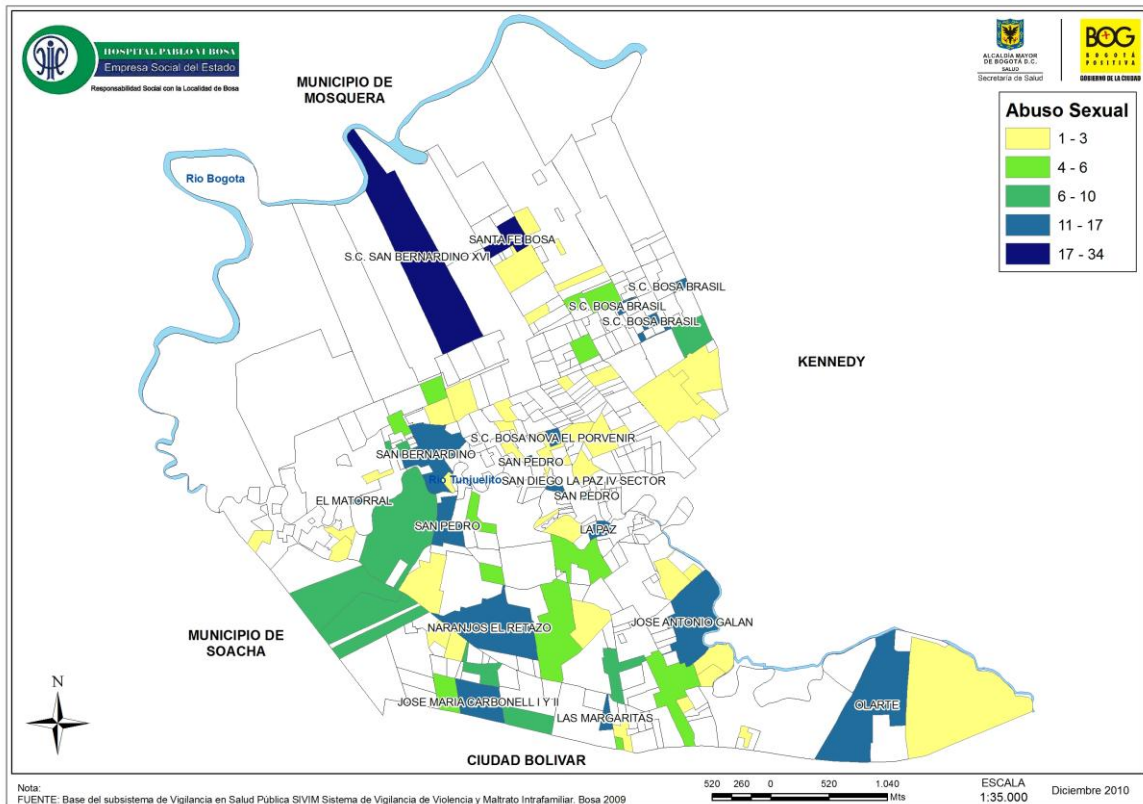
que ponen en riesgo a los habitantes del territorio principalmente gestantes, niños y niñas, jóvenes, adultos y adultas, personas mayores, población étnica, mujeres, personas LGBT, en situación de desplazamiento, atentando contra su integridad personal, el patrimonio y libre desarrollo de la personalidad.

Dentro de las notificaciones al sistema de vigilancia en salud pública comunitaria asociadas a la exclusión y violencias encontramos los siguientes casos ordenados de mayor a menor número: gestante en riesgo (71 casos), esta información se tiene en cuenta debido a que las gestantes, además de su estado biológico de gestación deben lidiar con las peculiaridades del territorio al movilizarse para realizar sus controles en salud y demás actividades fuera de la vivienda, lo que las hace partícipes de la violencia e inseguridad que se viven en las áreas públicas como vías, parques, y demás. En el diagnóstico de seguridad y convivencia para el 2007 se identifica la zona un número representativo de homicidios en el barrio Santa fe III sector, ubicada al norte de Barlovento y Cartagenita, donde está el humedal Tibanica, en límites con Soacha y al oriente con veredas San José y San Bernardino. Una importante densidad de homicidios se relaciona con los barrios Nicolás Escobar, ubicado cerca a la Ciudadela Porvenir y Recuerdo. Villa Alegría, Anhelito y Caldas son barrios que al ser de mayor área presentan densidad menor de homicidios.

Mapa 62. Gestantes adolescentes caracterizadas por el ámbito escolar en el ámbito escolar localidad Bosa 2009.



Mapa 63. Casos de abuso sexual notificados al sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar sivim localidad bosa 2009



Los problemas del estado de ánimo (38 casos), problemas del comportamiento (17 casos), consumo de sustancias psicoactivas (16 casos), se asocian a casos reportados desde el ámbito escolar sobre el matoneo en las instituciones educativas distritales. En unos grupos sociales envuelve agresión física, en otros no se da así, pero sí verbal y no verbalmente a través de la exclusión. Los hombres tienden a ser más físicos y las mujeres acuden a lo implícito: gestos, miradas, arman chismes, crean grupos que excluyen, critican a otros, se burlan de manera sutil, la figura física, la raza, las tendencias sexuales, la conducta y la manera de vestir son motivo de rechazo o burla. "Incluso las marcas de ropa que usan dan pie para el maltrato. Igual, no hay excusa para que un niño sea humillado en su escuela". "Hay niños que se burlan de las niñas, les dicen bromas pesadas, les esconden las cosas, les ponen un bicho en la maleta a las personas y hasta plata que se roban se las meten en la maleta a otros. Lo hacen por lucirse, por sobresalir y porque son envidiosos"; Para muchos niños y niñas, el maltrato es la única manera de hacerse escuchar. Generalmente, no hacen sino replicar comportamientos y actitudes negativas del papá y de la mamá, en un hogar donde la jerarquía se vive con desprecio y castigo, de manera violenta hacia "los inferiores, débiles y diferentes". Casi sin darse cuenta, los padres motivan a los hijos a tener un lugar de poder a cualquier precio. Los hijos, así, se convierten en "arrasadores" que pasan por encima de los otros. De otro lado, hay entornos mediados por la agresión para solucionar los conflictos (el caso de Colombia), y entornos en los que, pasivamente, la violencia se ha convertido en un valor, como en el caso de la televisión. Estos entornos condenan al niño a cargar con la rabia de su sistema, de su sociedad, y por ende, a buscar atención negativa, manipulación y liderazgo aplastante al expresar sin filtro la violencia que vive.

Las sustancias psicoactivas (SPA) o “drogas” se entienden como “sustancias de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se introduce en el organismo (sin prescripción médica) con la intención de alterar la percepción, la conciencia cualquier otro estado psicológico”²²⁴. Las sustancias consideradas dentro de esta definición son las siguientes: Tabaco en forma de cigarrillo, Alcohol etílico en cualquiera de sus formas (cerveza, vino, chicha y licores destilados: Aguardiente, ron, whisky, tequila, ginebra, vodka, brandy, etc.), Anfetaminas y otros medicamentos o preparados para adelgazar (sin prescripción médica), Tranquilizantes (Benzodiacepinas y otros), Marihuana en cualquiera de sus formas, Cocaína, Bazuco, LSD (ácido lisérgico), Heroína, Éxtasis, Inhalables: pegantes y solventes volátiles, entre otras²²⁵. Ahora debemos tener en cuenta que el consumo de estas sustancias es un fenómeno constante en la historia universal de la humanidad, sin embargo, hoy es una preocupación global por los desafíos frente a los altos índices de consumo y adicción caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes. Además, hoy en día se puede afirmar con seguridad que el consumo de sustancias psicoactivas no es propio de ciertas etapas del ciclo vital, ni de algunas condiciones socio-económicas. Si bien es cierto que grandes sectores de la sociedad se han refugiado en las “drogas” al encontrar en ellas un medio para asumir situaciones difíciles de exclusión y ausencia de oportunidades, se ha encontrado la presencia de consumo en grupos integrados a la sociedad y con oportunidades plenas²²⁶. El problema del consumo de SPA ha comenzado a abordarse con sensatez en los últimos años, al menos mediante diagnósticos de los cuales se puede extraer datos en los que coinciden como las edades de mayor riesgo para iniciar el consumo encontrándose entre los 15 a 19 años, un rango de tiempo donde la juventud se muestra receptiva a este tipo de prácticas.²²⁷ La cultura es un factor determinante y transversal, ya que las costumbres y hábitos adquiridos desde su núcleo familiar no ha sido el más favorable para la salud como una alimentación y nutrición requerida, la práctica de la actividad física y el auto cuidado no son fortalecidos y tenidos en cuenta en el contexto familiar; por otro lado el establecimiento de relaciones entre sus pares y los medios de comunicación en la mayoría de los casos tampoco promueve dichos hábitos, sino por el contrario hay un refuerzo constante que conduce a alteraciones nutricionales, sedentarismo, consumo de SPA teniendo en cuenta que Bosa presenta un consumo del 44.6 % en jóvenes)²²⁸.

La conducta suicida (8 casos), problemas familiares (4 casos), persona en situación de desplazamiento (3 casos) son otros casos identificados dentro del territorio Porvenir a través de vigilancia comunitaria.

De acuerdo con las notificaciones a SIVIM se encontraron 225 casos para la UPZ Porvenir lo que representa un 8.7% del total de las notificaciones. En cuanto a los reportes por violencia física se encuentran 74 casos con un 8,3%, 11 mujeres y 17 hombres para infancia; en juventud: 16 mujeres y 8 hombres, adultez: 18 mujeres y 3 hombres, persona mayor: 1 hombre. Particularmente para este territorio se presenta un aumento en las violencias.

Las violencias emocionales se ven representadas en 91 casos lo que evidencia un 9,4%; teniendo en cuenta la etapa de ciclo vital y el sexo se encuentra que para infancia se reportaron 20 mujeres y 10 hombres, juventud: 24 mujeres y 8 hombres, adultez: 22 mujeres y 2 hombres. Persona mayor: 2 mujeres y 3 hombres.

²²⁴ Franey, C. (1998b). Drugs: Definition, Classification and Functional Uses, U1. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.

²²⁵ Estudio nacional de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. Informe final. Página 38.

²²⁶ Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Resumen ejecutivo. Página 8.

²²⁷ Periódico El Tiempo. Artículo “para que no haya primera vez”. Bogotá. 5 de Julio de 1.992.

²²⁸ Diagnóstico SPA Subdirección para la juventud.

El abuso sexual se notificó con 51 casos con un 9,5 %; para infancia: 17 mujeres y 6 hombres, juventud: 21 mujeres y 4 hombres, adultez: 3 mujeres, en persona mayor 0 casos.

En violencia económica se hallan 17 casos representados en el 8,1%; para infancia 3 mujeres y 2 hombres, juventud: 3 mujeres, adultez: 4 mujeres y 1 hombre, persona mayor 2 mujeres y 2 hombres.

La violencia por negligencias presenta 98 casos lo que indica un 9,2 % para este territorio. En infancia 29 mujeres y 36 hombres, juventud: 17 mujeres y 8 hombres, adultez: 3 mujeres y 1 hombre, persona mayor: 2 mujeres y 1 hombre.

En violencia por abandono se encuentran 13 casos con un porcentaje del 6.3%. Para infancia se presenta 1 mujer y 4 hombres, juventud: 2 mujeres y 1 hombre, adultez: 3 mujeres, persona mayor 2 mujeres y 1 hombre²²⁹.

3.6.4 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Respuestas institucionales insuficientes de los diferentes sectores, incluso desde el nivel nacional, frente a las problemáticas derivadas del desplazamiento forzado que sufren las familias que se ubican en este territorio, situación que no permiten la garantía y restitución de todos los derechos en esta población.

El desplazamiento forzado como resultado del conflicto armado interno que vive el país, genera carencias de todos los satisfactores de las necesidades básicas en las familias que padecen esta situación. Vale la pena recordar que Bosa es la segunda localidad receptora de personas en situación de desplazamiento y que estas personas y sus familias al llegar al territorio de la UPZ Porvenir, están a la deriva y a merced de la solidaridad de los habitantes del asentamiento que los recibe, (quienes enfrentaron muy probablemente esa misma situación cuando llegaron al territorio) durante el periodo de tiempo que toma tramitar y acceder a las ayudas humanitarias de emergencia.

Una de las necesidades más sentidas es la restitución de tierras, encontrando que no desde el gobierno nacional no existe una política clara y además, no se ha planteado un lineamiento que permita por lo menos vislumbrar como se maneja el tema en el mediano plazo.

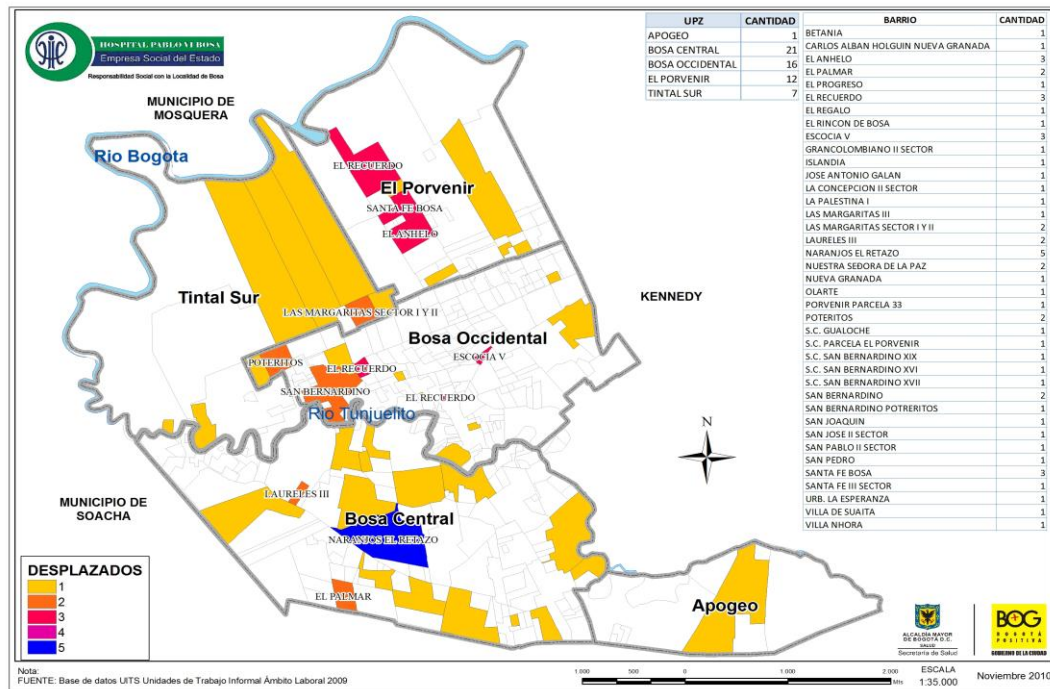
En cuanto a la asignación de una vivienda digna, pese a que las instituciones de este sector deben facilitar la organización social para el acceso, en este territorio y a nivel local en general, no se da información clara sobre el proceso de ubicación de las familias desplazadas en el territorio. Se encuentra que se ofertan soluciones de vivienda de interés social, donde la población desplazada puede llegar a acceder si cuenta con capacidad de endeudamiento y debe realizar los trámites como cualquier ciudadano, esta situación evidencia que desde este sector no se aplica un enfoque diferencial y el acceso queda restringido a un enfoque netamente mercantilista.

²²⁹ Hospital Pablo VI Bosa. Base de datos SIVIM. Vigilancia epidemiológica. Bogotá. 2009

No se identifican en el territorio acciones que fortalezcan iniciativas productivas de la población desplazada, las iniciativas son planteadas para toda la población y no se tienen intervenciones específicas dirigidas a las poblaciones diferenciales.

Las organizaciones de población desplazada (OPD) ubicadas en la UPZ Porvenir concluyen que los resultados obtenidos por los proyectos ejecutados desde la Unidad de Ejecución Local de la Alcaldía de Bosa, se constituirían en una respuesta más eficaz a las necesidades manifiestas de las familias en situación de desplazamiento si su ejecución estuviera a cargo de las mismas organizaciones quienes al tener una lectura vivencial de los problemas sociales canalizarían las acciones a los determinantes particulares y singulares.

Mapa 64. Unidades de trabajo informal de personas en desplazamiento caracterizadas por el ámbito laboral territorio porvenir localidad bosa 2009



3.6.5 NÚCLEO PROBLÉMICO

Débil participación ciudadana en el territorio relacionada con la progresiva desarticulación entre los diferentes sectores sociales, agotamiento de las formas de participación existentes y disminución en la conformación de grupos y redes nuevas. Esta situación restringe la opinión de la comunidad en los escenarios donde se toman las decisiones, especialmente frente a proyectos de servicios sociales, equipamientos, infraestructura y movilidad; a su vez, se genera una falta de credibilidad en los procesos de movilización social frente a la reivindicación de los derechos en la población que habita de la UPZ PORVENIR.

El análisis de este núcleo en la UPZ 86 Porvenir debe remitirnos a revisar como la UPZ se encuentra conformada por un 40% de asentamientos humanos de origen ilegal y la mas alta incidencia en recepción de población desplazada

en la localidad, con uso residencial predominante, de estratos 1 y 2, con serias deficiencias de infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio, esta situación de particular fragilidad social hace que la movilización social frente a la resolución de la inequidad social y la reivindicación de los derechos este presente en el cotidiano de sus habitantes, se ha identificado la presencia de: 4 organizaciones juveniles, 4 grupos relacionados con barras futboleras, 3 organizaciones de grupos étnicos afrodescendientes y 6 consejos zonales de salud entre otros.

Por otra parte las personas que participan en los diferentes espacios y organizaciones se concentran en el tema específico que moviliza a su organización, ya sea esta de cultura, persona mayor o salud entre otras pero existen algunos lideres y lideresas que participan en procesos diferentes y que involucran a otras organizaciones, pero esta situación no influye en la efectividad en la articulación entre sectores; de igual manera se encuentra un sentimiento generalizado de desilusión frente a la capacidad de gestión de estas formas de participación relacionadas con la baja respuesta a las necesidades planteadas en el territorio e incluso incumplimiento de compromisos adquiridos por instituciones públicas y privadas; esta situación influye de manera negativa ya que se observa que lideres y lideresas de las organizaciones de población desplazada no quieren continuar integrando espacios de trabajo comunitario, además, lideresas y líderes de las otras organizaciones que se han mantenido durante un tiempo prolongado, se encuentren atravesando por etapas donde expresamente manifiestan cansancio y desgaste derivado por años de gestión social que ha producido resultados inferiores a las expectativas que inicialmente se tenían. No se evidencia que los habitantes de la UPZ Porvenir encuentren en la participación el mecanismo de respuesta frente a las necesidades que se les presentan.

Se encuentra un planteamiento general donde la comunidad manifiesta que para las actividades que incluyen la participación ciudadana para generar procesos de toma de decisiones no se ha realizado una convocatoria eficaz y en ocasiones la información de la realización de eventos se conoce con muy poco tiempo de anterioridad disminuyendo la posibilidad de participar, de igual manera, la comunidad siente que los espacios a donde son convocados se convierten en escenarios más consultivos y menos decisorios.

3.6.6 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Presencia de conflictos ambientales evidenciados en acumulación de residuos sólidos y basuras en espacios públicos, zonas de acumulación de material para reciclaje, calles destapadas, poniendo en riesgo la integridad de sus habitantes puesto que originan enfermedades respiratorias, gastrointestinales y oculares.

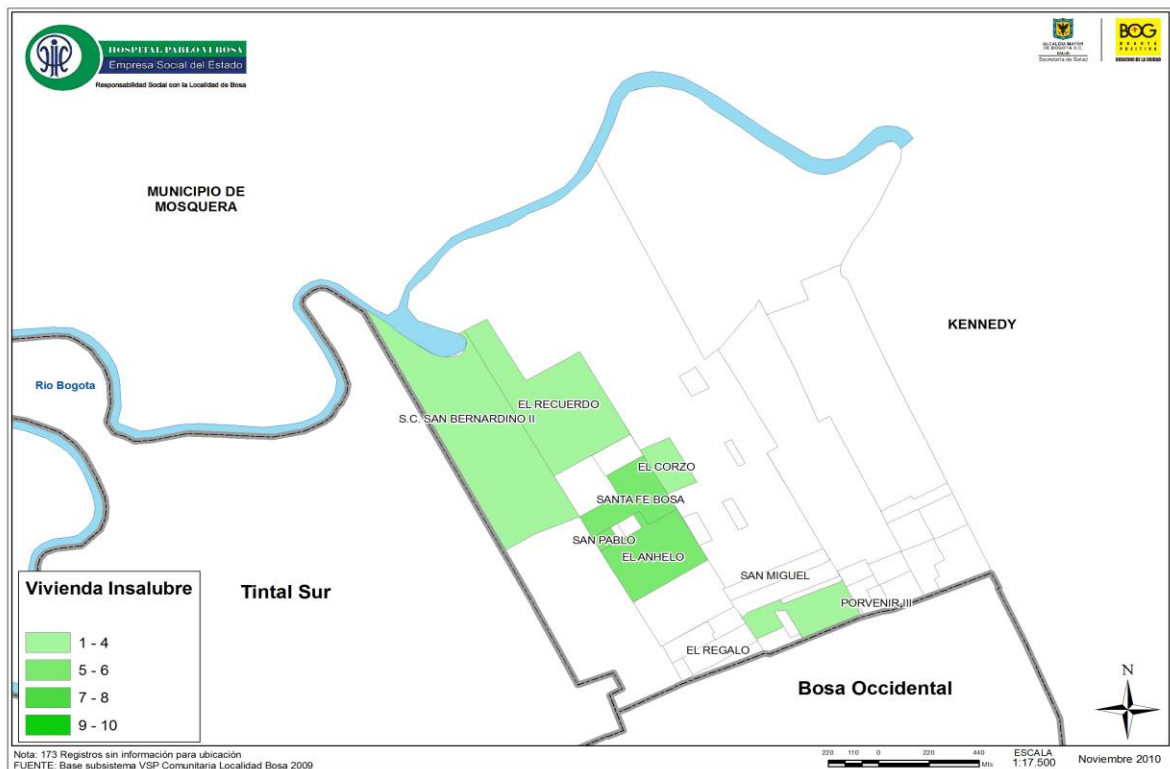
Este territorio se encuentra bordeado al norte por el río Bogotá representando una amenaza de inundación a demás de los olores fétidos que emana el río, sin embargo se debe aclarar que el sector del borde no ha sido totalmente urbanizado.

Es característico de esta UPZ las vías sin pavimentar generando material particulado a la atmosfera, la contaminación del aire por la transformación de plástico que realizan las pequeñas industrias, la quema indiscriminada de basuras, la descomposición de la basura depositada en la zona de ribera; proliferación de perros callejeros; presencia de vectores (roedores, zancudos, moscas y cucarachas); la disposición inadecuada de basuras en lotes baldíos, calles, alamedas y ciclo rutas; la tenencia inadecuada de mascotas; durante el verano predominan

las enfermedades respiratorias e irritación de la mucosa por el material particulado que genera las calles destapadas; ruido y humo producido por los gases que emanan los vehículos de transporte público.

Otro tipo de problemática es la de los vehículos de tracción animal que genera problemas de contaminación por el incumplimiento a las normas mínimas para la protección del espacio público, los cuales arrojan basuras, excrementos de animales, residuos de su actividad económica como escombros, y material de reciclaje, lo que genera focos de contaminación y criaderos de plagas que afectan la salud en la comunidad. También se manifiesta que el incumplimiento en el horario del servicio de recolección de basuras ocasiona la acumulación de residuos sólidos o porque los habitantes no cumplen los horarios para sacar la basura y quedan a la intemperie en las zonas verdes o en las calles. Además, la ocupación del espacio público por vendedores ambulantes, a esto se suma la manipulación inadecuada de alimentos en los establecimientos de preparación consumo y expendio así como la alteración, falsificación y adulteración de los mismos.

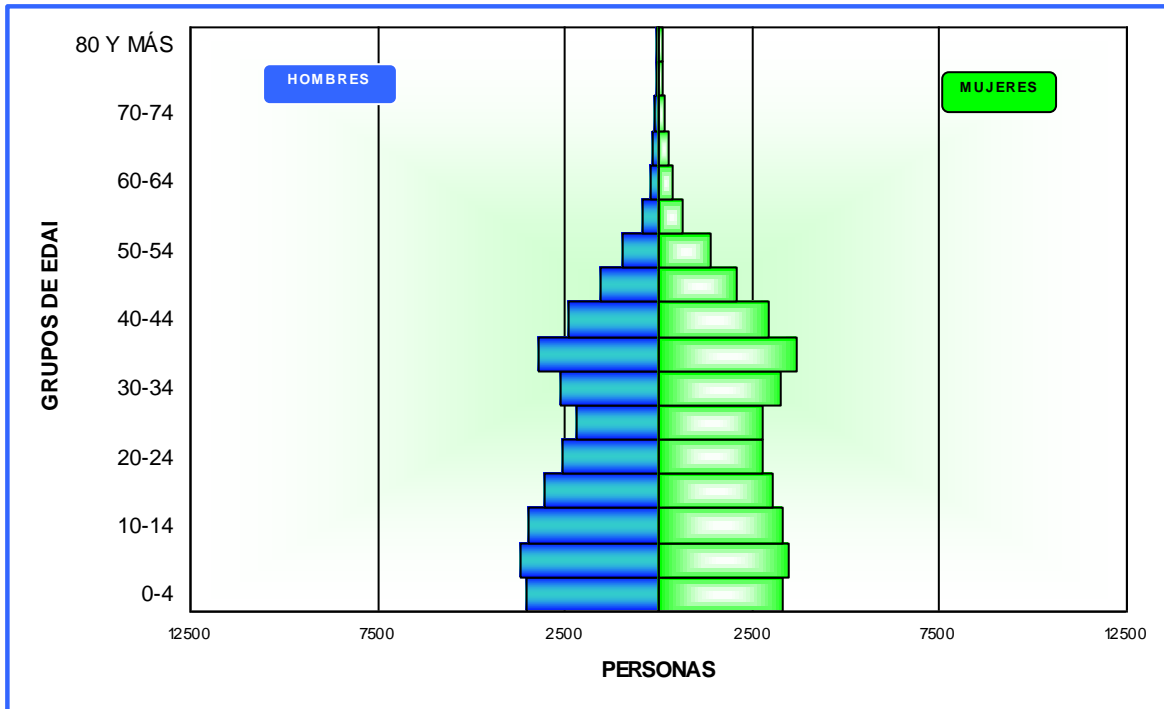
Mapa 65. Reporte de casos de vivienda insalubre al subsistema de vigilancia en salud pública territorio porvenir localidad bosa 2009



3.7 3.5 EXPRESIONES DE LA RELACIÓN TERRITORIO POBLACIÓN EN LA UPZ 87 TINTAL SUR

Proyección poblacional UPZ 87 Tintal Sur. La pirámide poblacional de esta UPZ presenta un comportamiento atípico, existe en el grupo de adultos de ambos géneros un aumento inesperado de habitantes en las cohortes de 30 a 40 años, relacionado con la inmigración de habitantes desplazados o de otras localidades. Esta también refleja un proceso de envejecimiento lento a pesar de que la población mayor de 60 años es muy poca en comparación con otras UPZ. Es probable también que este aumento esté relacionado con la actividad económica donde se requiere mano de obra de personas en edad productiva. Es la segunda UPZ con menor población pues cuenta con el 11,5% de la localidad.

Grafico 21. Proyecciones poblacionales 2009 upz 87 tintal sur.



La caracterización del ámbito laboral encuentra en esta etapa un total del 7%, porcentaje equivalente al total de mujeres jóvenes trabajadoras habitantes de este territorio. De otro lado, en cuanto al contexto social, se percibe un alto número de consumo de sustancias psicoactivas en San José, el Toche y barrios aledaños al humedal de Tibanica. Las notificaciones hechas a vigilancia en salud pública comunitaria dan un total de 10.6% (n=138) de casos correspondiente a esta etapa de ciclo vital.

En el territorio de expansión planificada encontramos dos tipos de población juvenil: jóvenes pertenecientes a barras futboleras y a tribus urbanas, presentándose entre ellos algunos brotes de violencia por la falta de tolerancia entre estos grupos y presentando un alto nivel de consumo de sustancias psicoactivas. El otro grupo de jóvenes pertenece a los barrios marginados con pocas oportunidades educativas y laborales, lo que hace que su fuente de ingresos provenga de trabajos como coteros o reciclaje. En cuanto a hombres y mujeres las actividades que realizan difiere al no presentarse dentro de los casos identificados la ejecución de oficios domésticos por parte de los hombres jóvenes; y en el caso de las actividades de reciclaje es menor la participación de la mujer debido a que pertenece a familias extensas en donde deben asumir diversas funciones y roles dentro del hogar. Las organizaciones juveniles presentes en este territorio son organización sociocultural Zoe, organización juvenil Indivisa, arte y juventud, The Only Force, la academia, impacto futuro, Sibanaya, asociación colombiana de jóvenes, organización juvenil Dansis club.

Los parches de barras futboleras caracterizados en este territorio son: Del equipo de Millonarios tenemos a los pinzas Bosa, barrio Kasai II, se reúnen en el CAI Metrovivienda; la Blue Rain C. Recreo, barrio Cerezos, reunidos en el conjunto Cerezos; ciudad Gallina, en el barrio Recreo Reservado III, se reúnen en el colegio Leonardo Posada; la Blue Rain S.B., barrio San Bernardino, reunidos en Echeverry. Del equipo de Nacional se halla la verdolaga, barrio San Bernardino, reunidos en San Bernardino.

Por falta de dinero, por lo menos un miembro de la familia dejó de recibir una comida en 971 familias de la UPZ Tintal sur y faltó dinero para compra de alimentos en 374 familias. 112 familias en condición de desplazamiento forzado se vieron afectadas también. De igual manera, 140 familias en condición de desplazamiento forzado redujeron la ingesta de alimentos por bajos ingresos económicos.²³⁰ y 11 personas que se encuentran registradas dentro de esta etapa de ciclo no indicaron el barrio en el cual habitan.

En tercer lugar en presencia de población en condición de discapacidad está la UPZ Tintal sur con el 10.13% que corresponde a 786 personas en condición de discapacidad. Desde vigilancia en salud pública comunitaria, en la UPZ Tintal sur se presenta un 5.3% (n=25) del total de las notificaciones. El sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil para la UPZ Tintal sur presentó un 8% (n=27) de los reportes del año 2009. Además población afro se habita en los barrios el Recreo, Metrovivienda, San Bernardino, Matorral, el Triunfo y organizaciones de las comunidades afro como Semillas de Libertad, COPRADEPA, Magúí Payán y la UTIS Mersi, los pijaos identificados en los barrios El Recreo, Metrovivienda y San Bernardino.

Respecto a las personas mayores en condición de discapacidad; la UPZ 87, se encuentra en tercer lugar, según caracterización, con el 6.7% que corresponde a 359 personas.

²³⁰Hospital Pablo VI Bosa. Diagnóstico ámbito familiar SASC. Bogotá. 2008.

3.7.1 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Condiciones productivas y de oferta laboral que no corresponden a las condiciones de la población económicamente activa – especialmente con vocación de campesinado- Las comunidades étnicas del territorio Muisca no pueden desarrollar su potencial productivo porque no tiene una retribución económica adecuada para su subsistencia, viéndose abocados a subemplearse en oficios que no pertenecen a su cosmovisión. Esto se manifiesta en perpetuación de la pobreza, condiciones ocupacionales riesgosas y un bajo nivel de ingresos para el acceso a los servicios básicos con el consecuente deterioro de la salud; originando la incursión en condiciones ocupacionales riesgosas, pérdida de cultura, tradiciones y uso inadecuado del tiempo especialmente en los y las jóvenes con el consecuente deterioro de la salud.

En la UPZ 87 actualmente una minoría de la población se dedica a la explotación de productos agropecuarios. Son 10 parcelas de este territorio que se caracterizaron en 2009 por medio del proyecto especial de contenido de metales en hortalizas desarrollado por el hospital Pablo VI Bosa ESE en los barrios: El triunfo, Arrinconada Parte I, La Vega de San Bernardino, Vereda de San Bernardino, Villa Emma y Potreritos.

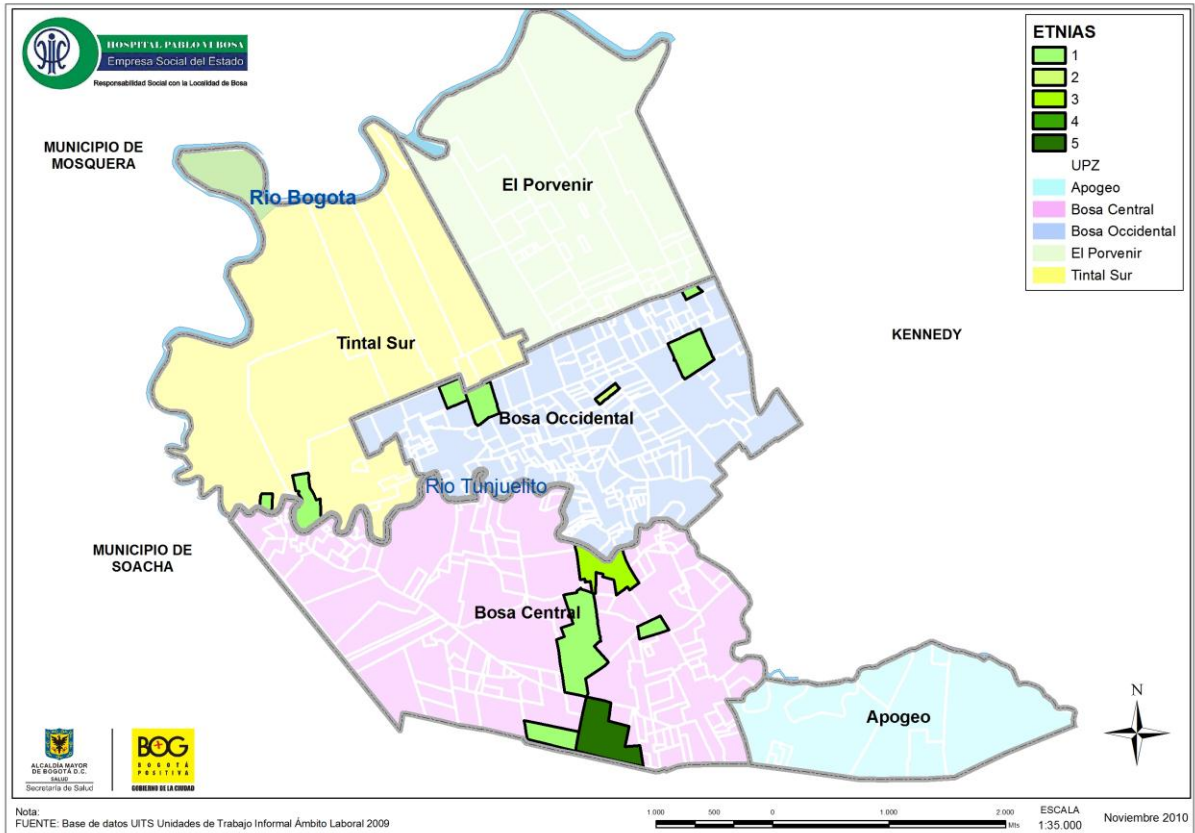
El análisis de los datos evidencia que los Jefes cabeza de hogar y en ocasiones otros integrantes de las familias (hijos, cuñados, yerno, primos) trabajan en diferentes tareas, respondiendo económicamente por sus obligaciones; entre éstas se desempeñan como: conductor, constructor, celador, administrador o cuidador de finca, cuidador de cerdos, agricultor, zorrero, ganadero, profesor ecuestre, comerciante, ordeñador, ayudante, oficios varios y en servicio doméstico; hay familiares empleados en empresa o en alguna organización laboral; la mayoría de las personas trabajan independiente; los integrantes de los grupos familiares que se encuentran desempleados reciben apoyo de parte de los familiares, mientras logran ubicarse laboralmente. A las labores domésticas no se les presta mucha atención por parte de algunas familias puesto que a veces se le da más importancia a la situación económica.

Las amas de casa permanecen en los hogares cumpliendo con las labores domésticas, cuidando de los hijos y en ocasiones ayudando en las labores de agricultura o de ganadería, de esta manera aportan económicamente en el hogar; por lo regular algunos de los hijos colaboran en estos oficios como ayuda en la casa. Las personas mayores permanecen en el hogar ayudan a las labores domésticas o en actividades correspondientes a las fincas (ganadería o agricultura). Una mínima parte de esta población alcanza los estudios universitarios y la mayoría culminó los estudios de la secundaria.

En cuanto al trabajo infantil se han identificado 24 niños y niñas entre los 5-14 años desempeñando labores de ayudantes en plaza de mercado o bodega, actividades relacionadas con el sector de la manera y ventas ambulantes; no es representativo el número jóvenes entre los 15 y 17 años que laboran.²³¹

²³¹ Informe Final trabajo Infantil. Hospital Pablo VI Bosa ESE. Bogotá. 2009

Mapa 66. Unidades de trabajo informal de personas pertenecientes a étnias caracterizadas por el ámbito laboral localidad bosa 2009



Para el caso de las Unidades de Trabajo Informal (UTIS) se han caracterizado 13. Allí laboran 18 personas, 10 mujeres y 8 hombres pero no hay registro de la etapa de ciclo vital a la que pertenecen. No se identificó que ninguna persona alcanzará educación técnica únicamente hasta el bachillerato completo (20%). Las actividades a las que se dedica la población principalmente son: actividades de comercio, restaurantes y fabricación de artículos de madera y cuero y, prendas de vestir. Los ingresos son bajos y se encuentran distribuidos de la siguiente manera: menos de un S.M.M.L.V. (61%) y hasta un S.M.M.V. (22%) el resto hasta dos S.M.M.L.V. lo que demuestra la difícil situación que enfrenta la población realizando actividades de trabajo entre 9-12 horas con ingresos que no permiten el acceso a todos los bienes y servicios mínimos y, que además ponen en riesgo su salud física por ruido, iluminación y temperaturas extremas.²³²

Las comunidades étnicas asentadas en este territorio se enfocan en la preservación de la tradición cultural, lo que riñe con las diversas actividades económicas propias de la localidad a las que se ven obligadas a recurrir como última instancia. Aunado a esto, la contaminación de fuentes hídricas se convierte en un factor de deterioro para su economía esencialmente agrícola, lo que obliga de alguna manera a que los hombres se desplacen a municipios cercanos para desempeñarse en prácticas agrícolas y que las mujeres dejen sus hogares y se empleen en otras

²³² Hospital pablo VI Bosa ESE. Encuesta de Trabajo Informal. Bogotá. 2009

localidades en actividades productivas en casa de terceros o en actividades informales sin horario, ni contrato definido o acorde a la producción diaria de la empleada, por lo que se presenta un 40% de las mujeres Pijaos en etapa adultez laborando en servicio domestico. Esto ocasiona que las niñas y los niños dentro de esta etnia sufren abono y disfunción en las parejas, debido a que se acostumbraba que la mujer en el territorio ancestral cumpliera el papel del cuidado de la casa y no laborara por fuera del hogar. Dentro de su cultura patriarcal rompe con los esquemas tradicionales²³³.

3.7.2 NÚCLEO PROBLÉMICO:

Planificación urbana deficiente que se refleja en malestar por la determinación del uso del suelo que hace el POT pues no hay coherencia con la realidad geográfica de la localidad ya que está considerando el área rural como zona de expansión urbana, lo cual afecta en la definición de los territorios sociales o al realizar nuevas construcciones de vivienda puesto que deslegitima la actividad agropecuaria de la población. De igual forma, en un equipamiento inadecuado y en barreras de acceso frente a servicios de salud, vivienda, educación, acueducto y alcantarillado, cultura, recreación, trabajo, comunicaciones, afectando a la población y especialmente a los niños, niñas y jóvenes del territorio que presentan altas cifras de malnutrición y morbilidad, así como a la comunidad indígena que no recibe atención diferencial, lo que repercute negativamente en la calidad de vida, desarrollo y garantía de los derechos humanos de todos los habitantes de la UPZ Tintal sur y al respeto de las tradiciones y cosmovisión de las familias Muisca.

Una de las grandes dificultades presentes desde el POT, corresponde a que ninguna de las UPZ de la localidad con presencia de sectores agropecuarios se encuentran tipificadas como rural, pese a que en los sectores de El Porvenir y Tintal Sur existen predios para uso agropecuario, los cuales han sido declarados como terrenos de expansión y uso urbanizable. Se desestima el real potencial que tienen estas zonas a la hora de explotación económica por parte de los propios habitantes (adultos y adultas) de la zona. La producción de alimentos con alta carga de materiales contaminantes es preocupante.

De otro lado, en estas zonas rurales tipificadas como urbanizables se da la proliferación de barrios ilegales y asentamientos de invasión. No se considera rural por falta de fuentes de riego limpias que den lugar a la producción de alimentos sanos. A la localidad llegan dos fuentes hídricas con una alta carga contaminante pasando de ser un problema local a ser un problema regional.

El POT invisibiliza las reservas naturales, agrícolas e indígenas de la localidad bajo los distintos procesos urbanísticos que se emprenden en estas zonas. Por ejemplo se permitió la urbanización de la zona de Campo Verde sin estimar el potencial ambiental, hídrico y biológico que tendría esta zona para la ciudad si se recuperara. Esta diferencia entre lo normativo y lo cotidiano, ha sido constantemente manifestado por los pobladores, quienes consideran que se ha desconocido la vocación, usos y costumbres que por años han desarrollado los “raizales” de Bosa, entre ellos, el Cabildo Indígena Muisca.

233 Hospital Pablo VI Bosa. Diagnóstico de Salud. Transversalidad de Género. Bogotá. 2009.

En la vereda San Bernardino y zonas aledañas existen estudios que demuestran que 84.5 hectáreas tienen potencial para el asentamiento del cabildo de la comunidad Muisca lo cual resalta el riesgo al urbanizar en zonas no aptas. Además, no se han establecido zonas de transición, con el fin de prevenir conflictos sociales a corto, mediano y largo plazo.

El POMCA del Río Tunjuelo (plan de ordenamiento y manejo de cuencas) a pesar de ser una instancia mas alta que el POT no tiene la incidencia que podría llegar a generar en estas situaciones

Las comunidades étnicas asentadas en este territorio se enfocan en la preservación de la tradición cultural, lo que riñe con las diversas actividades económicas propias de la localidad a las que se ven obligadas a recurrir como última instancia. Para las comunidades que tienen un fuerte renglón económico agrícola como los muiscas, la contaminación de fuentes hídricas se convierte en un factor de deterioro para este tipo de actividad económica, lo que obliga de alguna manera a que los hombres se desplacen a municipios cercanos para desempeñarse en prácticas agrícolas y que las mujeres dejen sus hogares y se empleen en actividades productivas en casa de terceros o se empleen en actividades informales sin horario, ni contrato definido o por lo menos acorde a la producción diaria de la empleada. Entre la comunidad Pijao esta situación se refleja con un 40% de las mujeres en etapa adulta laborando en el servicio domestico ocasionando fracturas en las parejas y abandono en niñas y los niños, ya que es usual dentro de este grupo étnico que la mujer cumpla el papel del cuidado de la casa y no laborara por fuera del hogar.

La intervención del ámbito escolar dentro del territorio Tintal Sur se encuentra en las instituciones educativas distritales colegio Alfonso López Michelsen con 2082 estudiantes, colegio San Bernardino con 554 estudiantes, colegio Carlos Pizarro León Gómez con 908 estudiantes, colegio Kimy Pernía con 979 estudiantes para un total general de 4523 estudiantes. La línea de base para el año 2009 identifica que las necesidades que los y las estudiantes priorizan se relacionan con problemas de violencias, fortalecimiento de la autonomía, uso abusivo de sustancias psicoactivas, culturas urbanas y conductas sexuales inadecuadas.

La transversalidad de desplazamiento dentro del ámbito escolar identifica en el colegio Carlos Pizarro sede A un total de 34 estudiantes. Las principales necesidades en salud de esta población pueden reconocerse así: En salud oral la problemática se manifiesta asociada a los hábitos no saludables tanto alimenticios como de higiene ya que en estas edades los escolares consumen una gran cantidad de dulces, chicles y el cepillado no está entre las actividades que realicen frecuentemente, también encontramos que los padres o cuidadores prestan poca o ninguna atención a la asistencia al odontólogo esto da lugar a que los niños y niñas pierdan sus dientes antes de tiempo identificando así serios problemas de salud oral. En cuanto a la salud visual los menores no cuentan con los medios para la valoración y formulación de lentes ya que estas acciones preventivas no las contemplan los padres y cuidadores sino que son los docentes quienes detectan estas problemáticas que tienen una gran influencia en el rendimiento académico de los escolares.

El programa Salud A Su Casa ha caracterizado dentro del territorio Tintal Sur en microterritorio Potreritos. Sin embargo, comparte con el territorio Occidental los microterritorios El Toche, Villas del Progreso y Las Margaritas. Esta información permite evidenciar el nivel de desprotección en el que se encuentra la UPZ 87, donde el acceso a programas del estado es coartado por las dificultades en la movilidad, por tratarse de un territorio de la periferia, con fuertes características de ruralidad y campesinado

El microterritorio Potreritos está conformado por los barrios Potreritos, Bosques de San Bernardino, Villa Emma, La Vega de San Bernardino Bajo, El Triunfo, Matorral, La Esperanza, La Arrinconada I y Vereda San Bernardino. El punto de atención en salud más cercano es la UBA San Bernardino. Este territorio limita con el río Tunjuelito, con el microterritorio 4 (El Toche), el microterritorio 1 (El Jardín), metro vivienda, es uno de los más vulnerables de la Localidad de Bosa, se caracteriza por tener habitantes de bajos recursos económicos, escolaridad incompleta, desempleo, la mayor parte de la población cuenta con SISBEN nivel 1 y 2, área urbana destinada para vivienda familiar. Este territorio se caracteriza por tener casas de bareque con población indígena, y construcciones de ladrillo, latas, tela asfáltica, tejas, plásticos y madera entre otros, el sistema ambiental se ve afectado gravemente por el río Tunjuelito, caños de aguas sucias apozadas calles sin pavimentar, proliferación de basuras lo cual atrae vectores, epidemias, enfermedades virales y dermatitis, mal manejo de mascotas. En la actualidad se encuentran 40 lotes sin construir ubicados aleatoriamente dentro de las manzanas, el IDU compro 4 lotes que intervenían en la proyección de la alameda y ciclo ruta en los límites del barrio (que ya está construida) y 5 lotes mas están a la espera de ser adquiridos para la adecuación en la construcción de la Avenida San Bernardino. En cuanto a la distribución de la población diferencial se identifican a 54 familias en condición y 24 en situación de desplazamiento, 13 familias habitantes de calle y 1 familia reinsertada. La población étnica se reconoce a partir de 68 familias indígenas y 6 familias afrodescendientes. De acuerdo al tipo de aseguramiento en salud se encuentra un 41% dentro del régimen subsidiado, el 30% en el régimen contributivo y un 29% de la población en general no cuenta con ningún tipo de aseguramiento. El 76% de las familias caracterizadas viven en casa tipo apartamento, el 23% vive en casa. En cuanto a la cobertura de los servicios públicos se evidencia una mayor presencia en recolección de basuras, seguido por el servicio de acueducto, energía, gas domiciliario y teléfono.

En la UPZ Tintal, se observan dos extremos totalmente opuestos de las realidad para esta situación, se conserva la figura de vereda lo que genera que la personas mayores se encuentren ocupados en labores de cultivo de algunos alimentos y abunda la tenencia de animales como vacas y las marraneras que adicional a ocupar a las personas mayores, les genera un ingreso económico por lo cual son valorados a nivel familiar; la otra situación es la mendicidad total en la que se encuentra buena parte de las personas mayores en este sector, que tal vez es uno de los más deprimidos de localidad donde se identifica que desarrollan actividades de reciclaje y quema de materiales como llantas para la extracción del alambre.

Durante el 2009, se ubicaron en la UPZ 87, tres (3) casos de mortalidad materna de las (7) muertes maternas reportadas en la localidad.²³⁴ Por otra parte en los casos identificados de mortalidad perinatal residentes en la localidad de Bosa, siete (7), se presentaron en la UPZ 87²³⁵.

Durante el 2009, en los casos reportados al Sistema de Vigilancia Nutricional, SISVAN, relacionados al bajo peso gestacional, 12 se ubican en el territorio Tintal Sur, de los cuales 1 (8.3%) presentan bajo peso, 9 (75.0%) peso adecuado, 1 (8.3%) obesidad y 1 (8.3%) sobrepeso²³⁶.

²³⁴ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

²³⁵ Base de datos IEC-SAA. Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., 2009

²³⁶ Bases SISVAN, Hospital Pablo VI Bosa. 2009.

Según SISVAN, para el indicador de Peso/Edad, relacionado al crecimiento pondoestatural, se reportaron 17671 casos, de los cuales 36, estaban ubicados en el territorio Tintal Sur; la distribución por estado nutricional, es de 5 (13.9%) con déficit de peso, 12 (33.3%) riesgo de déficit, 19 (52.8%) con peso adecuado y 0 (cero) con sobrepeso. Cabe resaltar que la UPZ de la localidad con mayor porcentaje de es la Tintal y es precisamente esta misma, la que esta priorizada por condiciones de calidad de vida y salud, es decir, es la zona de la localidad con mayores condiciones desfavorables, como: bajo disponibilidad de alimentos, malas rutas de acceso, estrato socio-económico 0 y 1, la cercanía al río Tunjuelito hace que sea un foco infeccioso con predominio de las problemáticas respiratorias para los menores de 10 años²³⁷. Como se describió en el territorio Central, se identifica que en el territorio 87 el comportamiento del indicador peso/edad, para niños y niñas menores de 5 años es de 13.9%. Por lo anterior, se deduce que es difícil alcanzar la meta distrital (disminuir a 7,5% este indicador) ya que durante el 2009 este indicador no presentó diferencia significativa en relación con el 2008²³⁸.

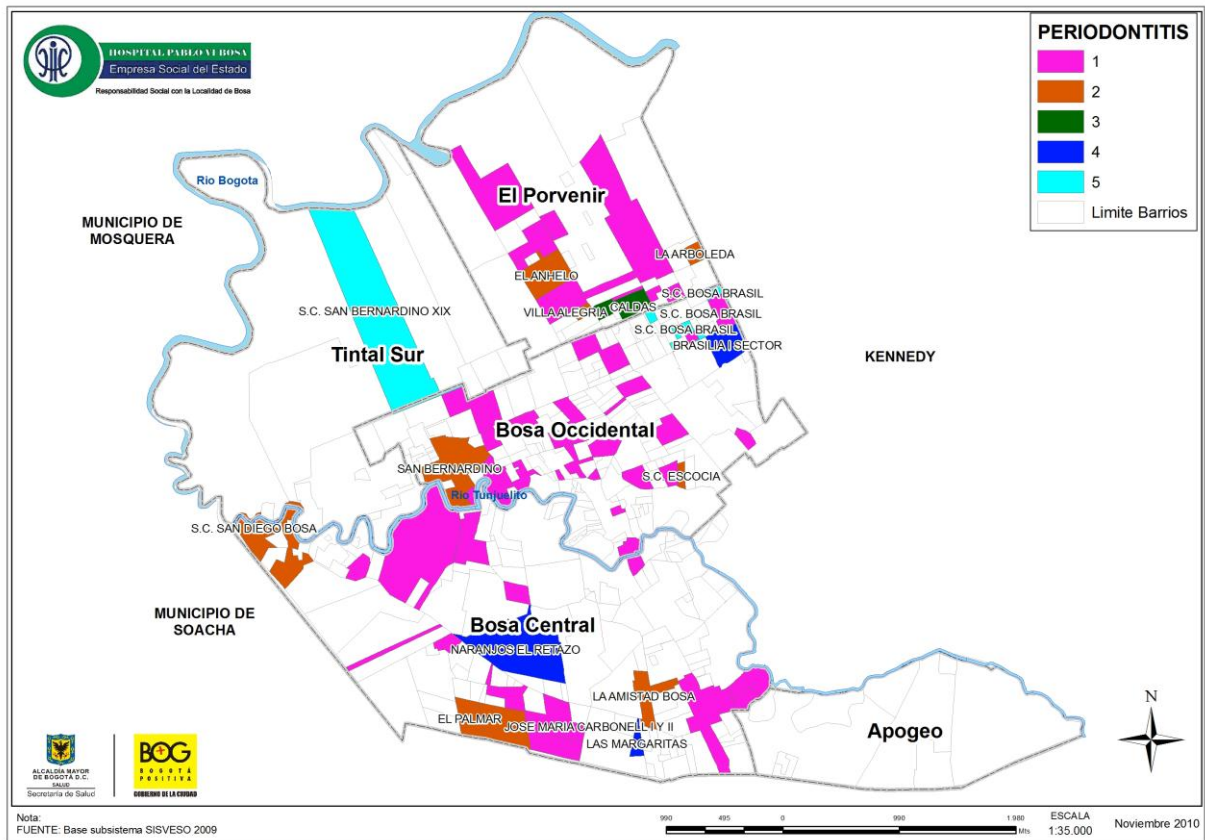
Respecto al tema de salud oral durante el año 2009, dentro del microterritorio 1 de Salud al Colegio, está ubicado el territorio Tintal sur; al no tener el dato exacto, se logra hacer un acercamiento al trabajo realizado por el PDA de Salud Oral, de la siguiente manera: se trabaja en 8 IED's, con cobertura de 5004 niños y niñas escolarizados, de los cuales 2461 son niños y 2363 son niñas, con una edad promedio de 7 años y con un índice de morbilidad de caries de 31.2%²³⁹. Los casos de Fluorosis, Gingivitis, Periodontitis, mancha blanca y mancha café, fueron identificados todos en el sector de San Bernardino. Se debe tener en cuenta que es alto el número de casos presentados de mancha blanca que se encuentra en un rango de 427 a 473 casos teniendo en cuenta que en esta UPZ es donde menos población habita en toda la localidad. Esta situación podría estar relacionada con el fácil acceso de la comunidad a los servicios en salud.

²³⁷ Unidad de Análisis Poblacional Territorializada de Infancia, Gestión Local, Hospital Pablo VI Bosa, Abril de 2010.

²³⁸ Informe anual de SISVAN 2009. Vigilancia Epidemiológica. Transversalidad de SAN. Hospital Pablo VI Bosa

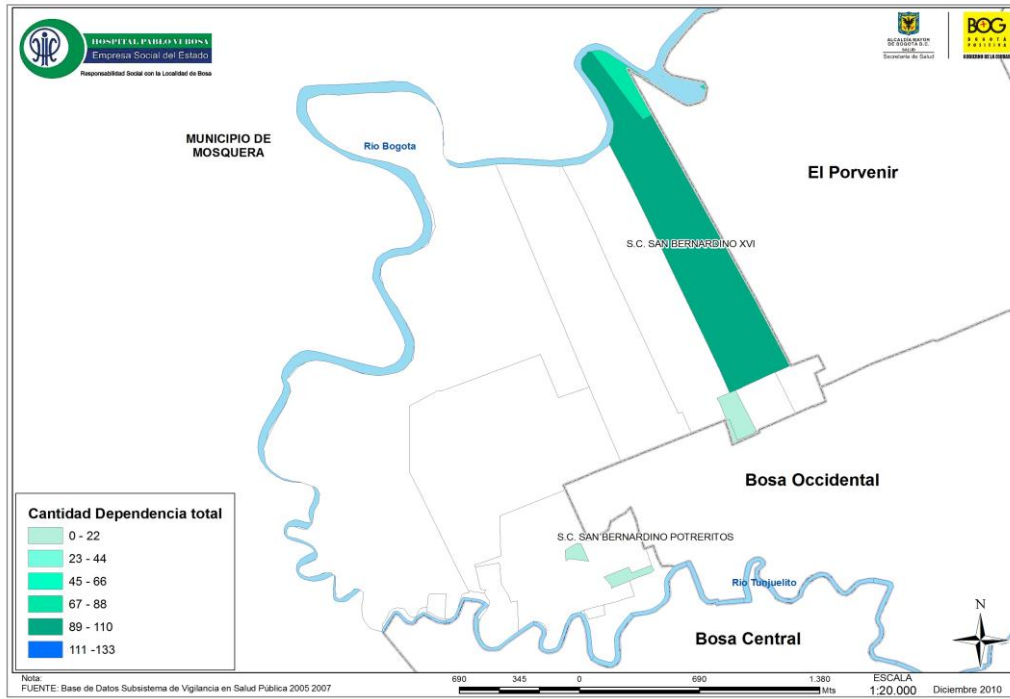
²³⁹ Datos monitoreos y valoraciones, PDA Salud Oral, Ámbito Escolar, Plan de Intervenciones Colectivas, Hospital Pablo VI Bosa. 2009

Mapa 67. Notificación de periodontitis a sisveso localidad bosa 2009

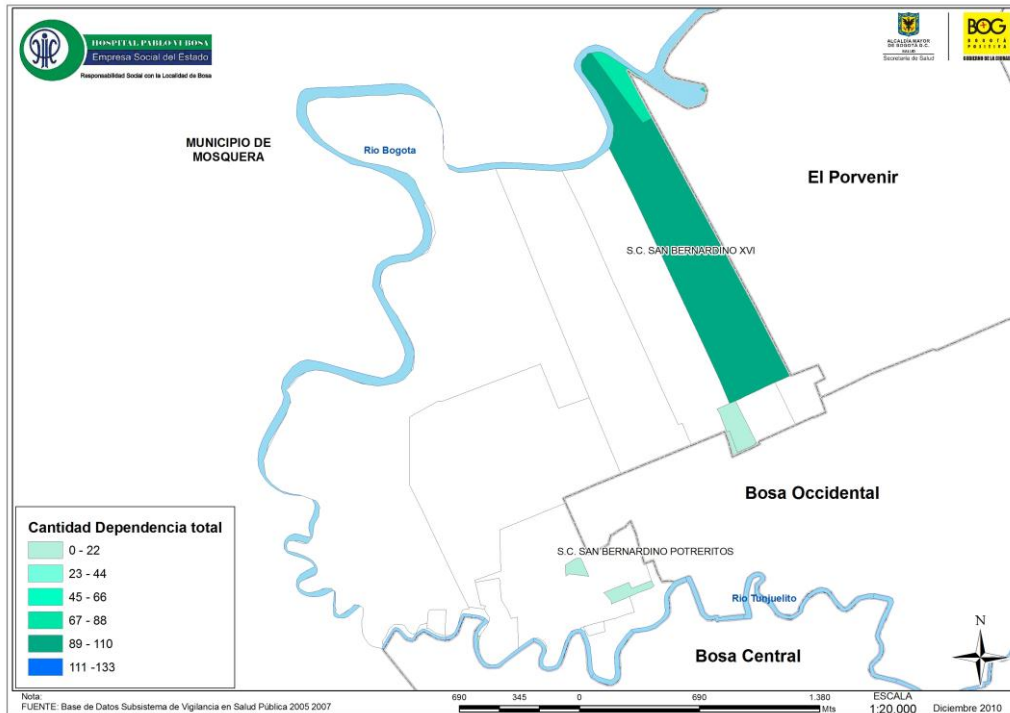


Allí se concentra el menor número de casos de discapacidad total y parcial con respecto al resto de los territorios que componen la localidad. Esto se debe principalmente a que es la UPZ donde menos población habita por las condiciones de zona de expansión que repercuten en difícil movilidad, acceso a servicios públicos, los casos de discapacidad identificados se encuentran localizados en San Bernardino, Potreritos, Santa Inés y el Triunfo aglomerados principalmente en San Bernardino entre 91 y 100 casos para discapacidad total y discapacidad parcial entre 426 y 531 en el mismo sitio.

Mapa 68. Personas caracterizadas discapacidad severa territorio tintal sur localidad bosa 2005 2007



Mapa 69. Personas caracterizadas discapacidad parcial territorio tintal sur localidad bosa 2005 2007



En cuanto a la identificación de alteraciones cervico uterinas por medio de la citología, en todo el territorio de la UPZ 87 de acuerdo a la base de datos de Cáncer de Cuello Uterino (CCU) se identificaron entre 31 a 40 mujeres en el 2009 con alteraciones celulares (ASCUS)²⁴⁰ en el microterritorio San Bernardino., esta situación podría relacionarse con varios factores: el primero tiene que ver con el centro de atención (UBA San Bernardino) que se encuentra ubicado en este microterritorio y el segundo con las creencias y costumbres de la comunidad Indígena que habita mayoritariamente en este territorio. El rol de la mujer étnica se encuentra relegado al hogar y la preservación de las costumbres lo que hace que las mujeres se preocupen más por el bienestar de su familia relegando el propio y atiendan los problemas de salud relacionados con este padecimiento generalmente por medio de la medicina tradicional tal como sus creencias y costumbres lo indican.

3.7.3 NÚCLEO PROBLÉMICO:

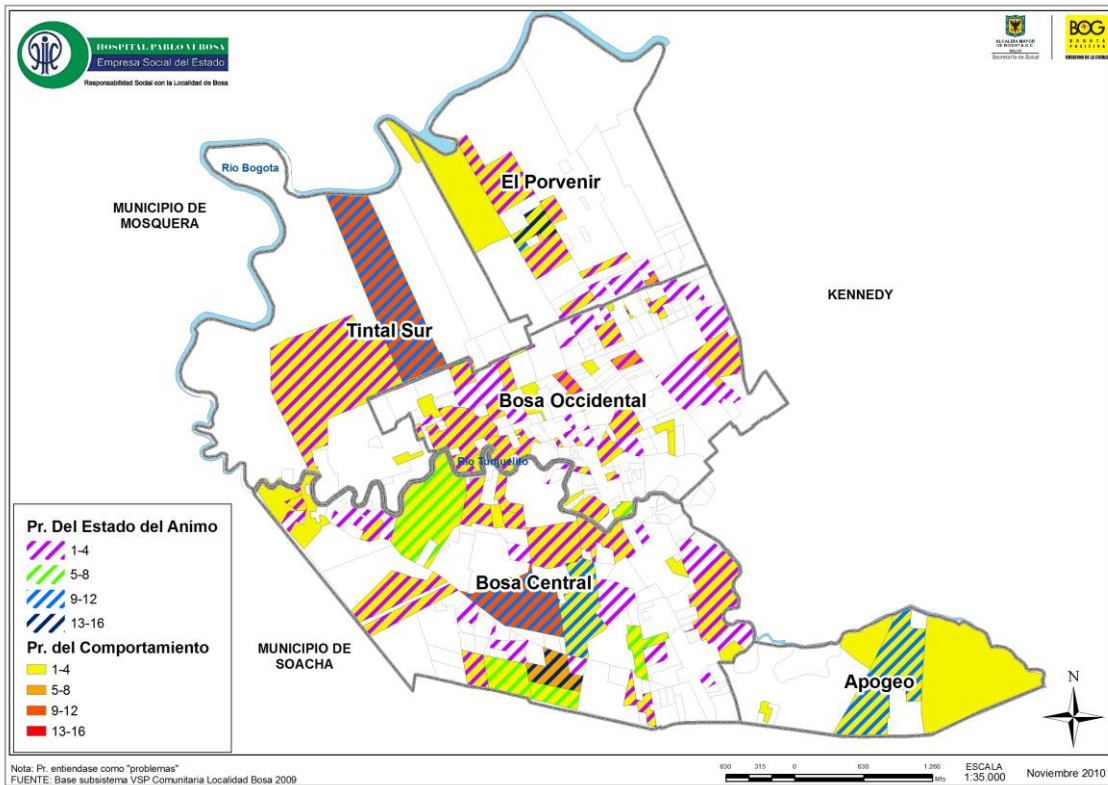
Condiciones de inseguridad en las zonas públicas y lotes baldíos evidenciadas en conflictividad, hurtos, expendio de SPA asociados a las barras futboleras, en zonas como la ciudadela El Recreo, San Bernardino y área de influencia del Cabildo Muisca. Así mismo, se evidencia la exclusión de las familias étnicas poniendo en riesgo su integridad y patrimonio ante equipamientos en cultura recreación y deporte que validen sus tradiciones ancestrales.

Las notificaciones más representativas del sistema de vigilancia en salud pública comunitaria asociadas a la exclusión y violencias pueden señalarse así: gestante en riesgo (34 casos), conducta suicida (25 casos), problemas de comportamiento (24 casos), problemas del estado de ánimo (23 casos), pautas inadecuadas de crianza (6 casos), duelo no superado (4 casos), conflictos familiares (1 caso), relaciones disfuncionales (1 caso), orientación sexual (1 caso), venta de sustancias psicoactivas (1 caso)²⁴¹.

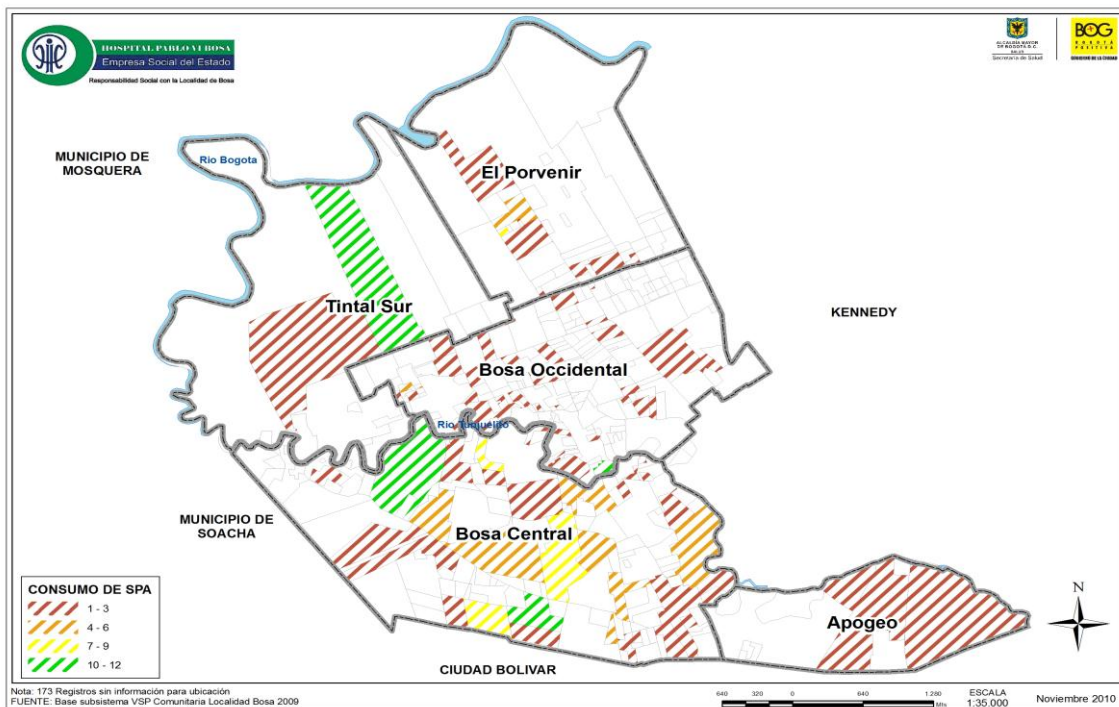
²⁴⁰ Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado. Relacionado con un estado precanceroso cervico uterino. OMS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Anatomía del Aparato Genital Femenino y Evolución Natural del Cáncer Cervicouterino. Capítulo II.2007. Medical. Pág. 41

²⁴¹ Hospital Pablo VI Bosa. Base de datos VSPC. Vigilancia epidemiológica. Bogotá. 2009.

Mapa 70. Reporte de problemas de estado ánimo y comportamiento sl sistema de vigilancia en salud pública comunitaria localidad bosa 2009



Mapa 71. Reporte de casos de consumo de sustancias psicoactivas localidad bosa 2009



El sistema de vigilancia para las violencias y el maltrato intrafamiliar SIVIM²⁴² referencia para el territorio Tintal Sur un total de 304, con una 11,8% de las notificaciones. El analizar por tipos de violencias se evidencia que en cuanto a las violencias físicas se reportaron 88 casos que representa un 9,9% de las notificaciones por violencias de esta índole, ocupando un tercer lugar en cuanto a presencia de agresión física. En primer lugar se encuentra UPZ 85 con un 46,1%, seguido de UPZ Occidental. El territorio Tintal sur de la UPZ 87 presenta algunas condiciones particulares que sin embargo siguen quedando sin sistematizar en informes y diagnósticos pues la intervención de la institucionalidad en este territorio es incipiente, lo que conlleva a una frágil representación del desarrollo humano, donde priman cosmovisiones de la identidad étnica y de la cultura de campesinado generado por una tradición de desplazamiento forzado en la que se ha levantado el principio de ciudadanía para la población del distrito. Situaciones de pobreza e inequidad social circunscriben al territorio Tintal Sur con una zona de alto riesgo, aunado a determinantes ambientales, de movilidad y seguridad. En cuarto lugar dentro de las violencias físicas se encuentra la UPZ 86 y por último la UPZ 49. Por etapa de ciclo vital y sexo se encuentra desagregado así: infancia: 20 mujeres y 13 hombres, juventud: 23 mujeres y 13 hombres, adultez: 28 mujeres y 1 hombres, persona mayor: 1 mujer.

En cuanto a las violencias emocionales se presenta un total de 100 casos durante el 2009, lo que representa el 10,3% de las notificaciones dentro de los actos violentos que afectan la salud mental de la población. Con relación a los demás territorios se encuentra que en primer lugar está la UPZ Central, en segundo puesto de mayor a menor está la UPZ Occidental, seguido de Tintal Sur, en cuarto y quinto lugar UPZ Porvenir y UPZ Apogeo, consecutivamente. De acuerdo a las etapas de ciclo vital y sexo se puede desagregar la información del territorio Tintal sur así: infancia: 20 mujeres y 16 hombres, juventud: 35 mujeres y 11 hombres, adultez: 12 mujeres y 2 hombres, persona mayor 3 mujeres y 1 hombres.

En abuso sexual se encuentran 65 casos con el total del 12,1% de las notificaciones por este tipo de violencia. De nuevo ocupa el tercer lugar en notificaciones en comparación con los demás territorios sociales. En infancia se notifican 19 mujeres y 6 hombres, juventud con 31 mujeres y 5 hombres, adultez con 4 mujeres y 0 casos para persona mayor.

La violencia económica presenta 14 casos con un total de 6,7% de las violencias notificadas por la coacción y manipulación del capital. En esta ocasión se ubica en cuarto lugar, abajo del territorio Porvenir, lo que podría deberse a que esta UPZ presenta características de ruralidad lo que conlleva a otro tipo de relaciones comerciales, donde sin embargo se continua validando el trabajo infantil como la preparación para una adultez productiva y la preservación de las tradiciones ancestrales de formación familiar. Por otro lado, el ejercicio laboral se realiza fuera del territorio lo que ocasiona la movilización por la localidad e incluso por el distrito capital, de acuerdo a la oportunidad de generar ingresos que garanticen las necesidades básicas y de esta manera satisfacer la ausencia de otros recursos por lo que se ven avocados a solucionar la inmediatez del día a día. Por etapa de ciclo vital y sexo se clasifica de la siguiente manera: infancia: 5 mujeres, juventud: 3 mujeres y 1 hombre, adultez: 2 mujeres y 2 hombres, persona mayor: 1 mujer.

²⁴² Hospital Pablo VI Bosa. Base de datos SIVIM. Vigilancia epidemiológica. Bogotá. 2009.

Por negligencia se reportaron 140 casos con un total del 13,1% dentro de las notificaciones por este tipo de violencia. Al relacionar estos datos con las demás UPZ se encuentra en tercer lugar siguiendo el orden presentado en violencias físicas, emocionales y sexuales. En infancia: 43 mujeres y 46 hombres, juventud: 22 mujeres y 19 hombres, adultez: 3 mujeres y 1 hombre, persona mayor con 4 mujeres.

Por abandono se encontraron 18 casos lo que representa el 8,8% de las notificaciones por esta violencia. Con relación a los demás territorios se encuentra en un tercer lugar. Por etapa de ciclo vital y sexo se encuentran los siguientes datos: infancia: 5 mujeres y 3 hombres, juventud: 4 mujeres y 4 hombres, adultez: 1 mujer, persona mayor 1 mujer.

3.7.4 NÚCLEO PROBLÉMICO

Débil participación ciudadana en el territorio relacionada con: la progresiva desarticulación entre los diferentes sectores sociales, agotamiento de las formas de participación existentes y disminución en la conformación de grupos y redes nuevas. Esta situación restringe la opinión de la comunidad en los escenarios donde se toman las decisiones, especialmente frente a proyectos de servicios sociales, equipamientos, infraestructura y movilidad, de manera paralela se genera su vez falta de credibilidad en los procesos de movilización social frente a la reivindicación de los derechos en la población de la UPZ TINTAL SUR

Este territorio presenta una situación de expansión urbana relativamente organizada y planeada al nororiente con el desarrollo de proyectos de vivienda de interés social en los límites con la UPZ Porvenir y por otro lado un sector que se encuentra entre una situación de ruralidad y urbanización ilegal donde además se encuentra el cabildo muisca. Este sector está identificado y priorizado debido al especial estado de vulnerabilidad y desigualdad social al que se enfrentan sus habitantes; esta particularidad hace que la gestión comunitaria se vea afectada por la fragmentación de los movimientos sociales ya que no se evidencia articulación de acciones entre sí. En este territorio se ha identificado la presencia de: 8 organizaciones juveniles, 1 organización por el derecho humano a la alimentación, 3 grupos étnicos afrodescendientes, 6 grupos relacionados con barras de equipos de fútbol y 3 consejos zonales de salud, no se identifica la conformación de formas organizativas nuevas o en proceso de consolidación.

Por otra parte las personas que participan en los diferentes espacios y organizaciones se concentran en el tema específico que moviliza a su organización, ya sea esta de cultura o salud rara vez se involucran en procesos diferentes y que involucran a otras organizaciones; de igual manera se encuentra un sentimiento generalizado de desilusión frente a la capacidad de gestión de estas formas de participación relacionadas con el interés particular que prima en las gestiones realizadas por los líderes o lideresas que se antepone al interés general y la baja respuesta a las necesidades planteadas en el territorio, además, el incumplimiento de compromisos adquiridos por instituciones públicas y privadas; esta situación da lugar a que los líderes de las organizaciones que se han mantenido durante un tiempo prolongado, se encuentren atravesando por etapas donde expresamente manifiestan cansancio y desgaste derivado por años de gestión social que ha producido resultados inferiores a las expectativas que inicialmente se tenían. No se evidencia que los habitantes de la UPZ Tintal encuentren en la participación el mecanismo de respuesta frente a las necesidades que se les presentan.

Se encuentra un planteamiento general donde la comunidad manifiesta que para las actividades que incluyen la participación ciudadana para generar procesos de toma de decisiones no se ha realizado una convocatoria eficaz y en ocasiones la información de la realización de eventos se conoce con muy poco tiempo de anterioridad disminuyendo la posibilidad de participar, de igual manera, la comunidad siente que los espacios a donde son convocados se convierten en escenarios más consultivos y menos decisorios.

3.7.5 NÚCLEO PROBLÉMICO

Presencia de conflictos ambientales reflejados en manejo inadecuado de residuos sólidos en conjuntos de propiedad horizontal, daño a fuentes hídricas como humedales, olores ofensivos de Ríos Tunjuelo y Bogotá, presencia de plagas, zancudos, roedores, alto riesgo de inundaciones, y poco mantenimiento de zonas verdes, canales de aguas y alcantarillado insuficiente y en mal estado y ausencia de zonas de recreación, condiciones de vivienda insalubre, que afecta a toda la población del territorio, favoreciendo el deterioro del ecosistema y ocasionando enfermedades respiratorias, virales e infecciosas.

En el sector hay amenazas por inundación, debido a la cercanía del río Tunjuelo. Existe contaminación atmosférica debido a los olores nauseabundos que ocasionan los vallados, colectores y ríos. En cuanto a la tenencia inadecuada de animales en esta UPZ hay presencia de especies de animales como: Aves, porcinos, caprinos, bovinos, con fines económicos.

Otro tipo de problemática en salud ambiental encontrado en la UPZ se basa en la afectación derivada del uso de aguas contaminadas en explotaciones agropecuarias, para lo cual se han desarrollado estudios locales recientes a finales del año 2008 e inicios del 2009, identificando 52 predios dedicados a explotaciones agropecuarias de los cuales se ha ratificado la presencia de metales pesados como Cromo y Plomo en hortalizas. La problemática radica en la afectación crónica de este tipo de elementos en la relación salud enfermedad y que puede ser magnificada con otros aspectos en el marco de la multi determinación.

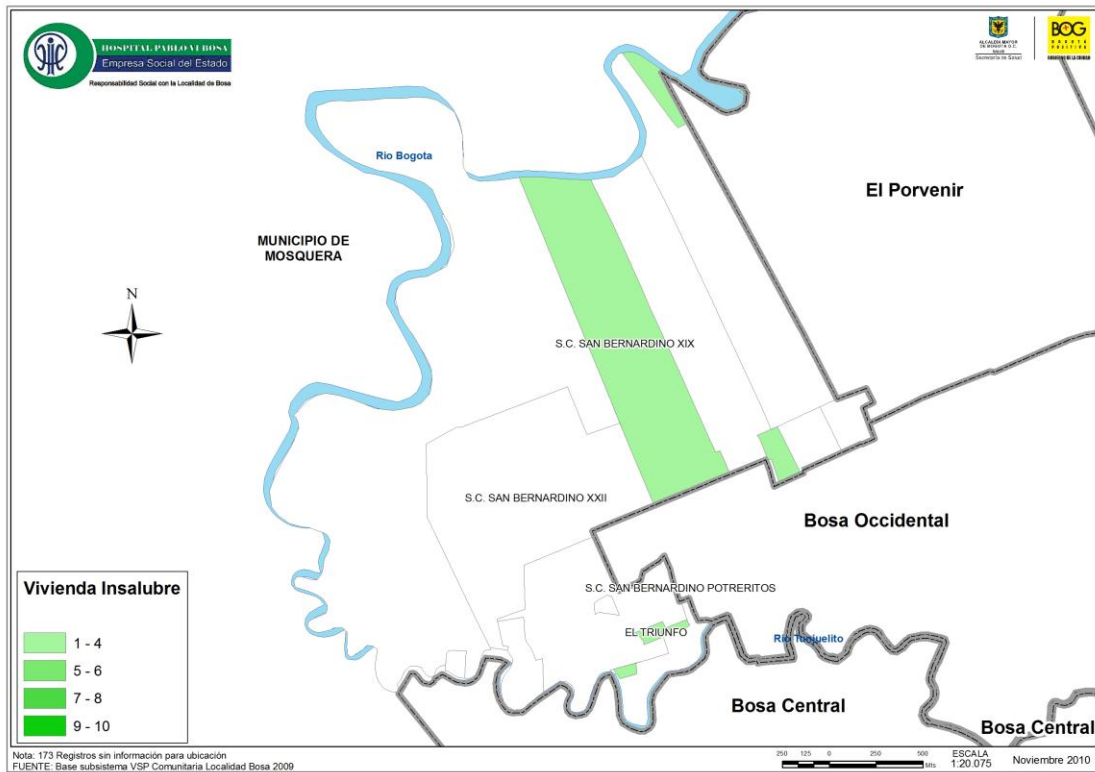
También se destaca que la comunidad utiliza plaguicidas sin un conocimiento técnico, sino más bien empírico, como consecuencia no existe el uso de elementos de protección personal necesarios para la aplicación de estos productos, ni la responsabilidad solidaria de el lavado y mucho menos de la disposición correcta de estos envases post consumo que después de ser usado su contenido se disponen de manera inadecuada para empacar alimentos, incineración a campo abierto o se desechan en el lecho del río.

La contaminación atmosférica se encuentra representada en las emisiones al aire de las pequeñas industrias transformadoras de plástico que emanan olores nauseabundos porque utilizan material reciclable sin un prelavado para el proceso del mismo, también existen emisiones contaminantes al aire producto de la quema de llantas para extraer algún tipo de material que puede representar un ingreso para el sustento de la familia.

La disposición de los residuos sólidos a pesar de contar con la empresa operadora de recolección de residuos "Ciudad Limpia" es inadecuada ya que muchas familias prefieren disponer la basura en la ribera del río Tunjuelo o en los cuerpos de agua residual de los vallados provisionales con que cuentan barrios como: San Bernardino y La vega provocando taponamiento de los mismos y generando un riesgo en épocas de invierno por encharcamiento y en época de verano por la generación de malos olores e insectos que pueden incidir de alguna manera en la

proliferación de enfermedades de la piel y respiratorias. Aunado a esta situación se encuentra la disposición indiscriminada de escombros en propiedad privada procedentes de diferentes partes de la ciudad sin los permisos correspondientes y/o incumpliendo el plan de manejo ambiental exigido para las escombreras por la Secretaria Distrital de Ambiente (SDA).

Mapa 72. Reporte de casos de vivienda insalubre al subsistema de vigilancia en salud pública comunitaria territorio tinto sur localidad bosa 2009



4 ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RESPUESTA

Dando continuidad al diagnóstico local en salud, se presenta el cuarto capítulo de análisis de la respuesta de las acciones desarrolladas por el Hospital Pablo VI Bosa durante el periodo 2009. La metodología aplicada para la recolección de la información consistió en el diligenciamiento de matrices donde se ubicaron las líneas de intervención, su objetivo y cobertura de acción para cada una de las etapas de ciclo vital. Además, se han tomado como referentes de análisis el enfoque diferencial, el territorio y la participación.

Es fundamental que cada año se haga un análisis profundo de la promoción y el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, haciendo seguimiento al aspecto asistencial y clínico de este derecho, pero también al enfoque planteado desde la Estrategia Promocional de la Calidad de Vida y Salud, EPCVyS, con respecto a los objetivos o alcances sociales de la prestación este servicio, los cuales apuntan a la adquisición de autonomía ciudadana y el diseño de condiciones sociales favorables para la implementación de proyectos de vida personales con calidad.

Por otra parte, el análisis de brecha debe fundamentarse en una reflexión que parta de la evaluación actualizada de la situación en salud, de las tendencias de salud en el país y sus factores determinantes, ofreciendo la posibilidad de identificar la inequidad en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.

Es importante hacer seguimiento a las tendencias y, en este sentido, evaluar el modo como se han movido a través de los años. Además, se necesita definir, uno, cómo está la localidad con respecto a los objetivos y metas planteados a nivel distrital, nacional y mundial en políticas públicas y acuerdos, dos, el nivel de cobertura a individuos, grupos, organizaciones y sectores con quienes se están implementando las acciones de salud pública desde la promoción, la prevención y la asistencia en servicios en salud.

Cabe resaltar la importancia de medir el avance en los procesos de movilización social en salud con poblaciones diferenciales, evaluar el posicionamiento político que se tiene en agendas locales de los núcleos problematizadores que se han priorizado desde los grupos funcionales de la institución, así como en los espacios locales donde el Hospital Pablo VI Bosa está activo y lidera el trabajo que se está desarrollando. Las acciones de respuesta instituciones estarán ordenadas siguiendo el ordenador de proyecto de desarrollo de la autonomía, transversalidades, ámbitos y componentes del plan de intervenciones colectivas.

Las transversalidades permiten ver la sobredeterminación de lo social y lo cultural, de manera que las categorías explicativas de lo humano aparezcan en cada ámbito en términos de la realización de derechos económicos, sociales y culturales. Los ejes transversales representan categorías de análisis relacionados con procesos estructurales que afectan todos los proyectos de desarrollo de autonomía en cada una de las etapas de ciclo vital y en los núcleos determinantes de la equidad en las condiciones de calidad de vida (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008).

Los Proyectos de desarrollo de la autonomía son planes a través de los cuáles se busca combatir las causas y determinantes que impiden el pleno disfrute de cada uno de los derechos sociales, de manera continua y permanente desde la gestación hasta la muerte (De Negri, 2004).

El análisis que se presenta a continuación va encaminado a responder a las siguientes preguntas orientadoras:

1. Condiciones de salud de la población en comparación con poblaciones en situaciones “óptimas”
2. ¿Se logran las metas y objetivos propuestos?
3. ¿Cómo son las oportunidades de la comunidad para acceder a esta intervención? Se dirige hacia la población frágil, vulnerable o hacia toda la población?
4. ¿Se potencian las capacidades y se promueven los derechos y el desarrollo de la comunidad con esta respuesta?
5. ¿La respuesta se da con pertinencia: metodologías, enfoque y tecnología adecuada?
6. Respuesta desigual de la sociedad: acceso, información, planes de beneficio diferentes, acciones, ofertas y calidad.
7. ¿En qué territorio se concentra la respuesta?
8. ¿Hay cooperación comunitaria? Respuestas comunitarias, se está generando autonomía en los individuos y colectivos?
9. ¿Qué falta para alcanzar las metas y qué tan lejos se está de alcanzarlas?
10. ¿El tiempo en el que se están alcanzando es adecuado o no deberían plantearse como derechos progresivos?

4.1 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NÚCLEO DE PRODUCTIVIDAD:

4.1.1 RESPUESTA INSTITUCIONAL:

4.1.1.1 Objetivos, Metas y Políticas

Dentro de los acuerdos mundiales el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) plantea en el primer objetivo “Erradicar la pobreza extrema y el hambre” y como meta propone lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.

A nivel nacional el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) en la temática de seguridad laboral y enfermedades de origen laboral proyecta las siguientes metas:

1. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional (Línea de base: 11,5 por cien mil. Fuente: Ministerio de la Protección Social 2005).
2. Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: Ministerio de la Protección Social 2005).

El Plan Nacional de Desarrollo (2006-2010) plantea:

1. Reducir la participación de la Población Económicamente Activa (PEA) de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) de 5 a 17 años, pasando del 7,2% de 2005 al 5,3% en el 2010.
2. En el Documento Visión Colombia 2019 (DANE) por su parte plantea reducir la participación de Población Económicamente Activa Total de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) entre 10 y 17 años del 6,7% de 2004 al 5% en 2010 y al 2,5% en 2019 teniendo en cuenta la línea de base.
3. Al 2012 se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo.
4. A 2011 se habrán identificado 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido. Contribuir a la Erradicación del trabajo infantil. (Línea de Base: 4.8 - Tasa de ocupación en menores de 18 años - Fuente DANE 2005)

El Programa de Salud al Trabajo en el Distrito Capital Bogotá planteó las siguientes metas al terminar la vigencia del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012:

- a. A 2012 se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades productivas informales del distrito capital.
- b. A 2011 evaluar el impacto de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” en términos de indicadores de salud y calidad de vida.
- c. A 2012 10.000 empresas del sector formal habrán sido sensibilizadas para la inclusión socio laboral de población en condición de discapacidad.
- d. A 2009 se contará con un plan de acción que responda a las necesidades de salud de la población trabajadora.
- e. A 2012 se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo.
- f. A 2012 se habrán identificado 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido.
- g. Contribuir a la Erradicación del trabajo infantil. (Línea de Base: 4.8 - Tasa de ocupación en menores de 18 años - Fuente DANE 2005). A 2015 eliminar el trabajo infantil en su totalidad en un plazo de 15 años.
- h. A 2012 se contará con un proyecto por localidad para el mejoramiento de las condiciones de trabajo auto gestionado por las redes de trabajadores.

4.1.1.2 Respuesta desde Gestión Local

La secretaría técnica de la Red de salud y trabajo estuvo a cargo de Gestión Local y participó en el Comité de Oportunidades y Potencialización de Habilidades Productivas, con el fin de generar un espacio de diálogo entre actores institucionales y comunitarios con respecto al tema de trabajo y productividad en lo local. Durante el 2009 se contó con la participación de 128 trabajadoras y trabajadores independientes y de organizaciones que de manera alterna asistieron a este espacio local. Se logró posicionar la temática de trabajo infantil y las diversas problemáticas de los trabajadores informales de la localidad y se profundizó en el análisis de la situación de productividad a través del planteamiento y descripción de núcleos problematizadores y temas generadores relacionados con la productividad y la seguridad laboral. Se establecieron estrategias de articulación intersectorial e intrainstitucional con el SENA, Secretaria de Integración Social, Centro Amar, Fundación Social, Personería Local, Secretaria de desarrollo Económico y Alcaldía, Cámara de Comercio de Bogotá y Fundación Social, para el posicionamiento de la temática de trabajo digno y decente, los resultados de estos análisis se llevaron a escenarios como el COVECOM, CLOPS y UAT logrando que se propusieran respuestas intersectoriales. Se participó en la Jornada Distrital por el Trabajo Digno y Decente con 100 participantes entre comunidad e instituciones. Se realizó un encuentro de actores económicos de la localidad de Bosa con la participación de 200 personas entre comunidad e instituciones. Adicionalmente se participó en la formación a 4 grupos de líderes en Salud y trabajo: con un total de 63 participantes (51 adultos, 9 jóvenes y 3 personas mayores). Con respecto al año anterior se aumento un grupo de líderes. El 46,8% de las acciones de fortalecimiento a procesos organizativos se ubicaron en UPZ Bosa Central, el 28,9% en UPZ 84 Bosa Occidental, el 14,7% en UPZ 49 Apogeo, en la UPZ 86 Porvenir el 8,5% de las acciones y tan solo el 1,1% de las acciones de fortalecimiento a procesos organizativos se ubicaron en la UPZ Tintal Sur.

4.1.1.3 Respuesta desde el Ámbito Laboral

Desde el ámbito laboral las acciones se orientaron hacia procesos para la promoción y preservación de la autonomía de los y las trabajadoras y la restitución de derechos. Se apoyó la formación de 3 grupos de líderes en salud y trabajo por sectores económicos con un total de 24 trabajadores (mujeres), con quienes se socializó el derecho al trabajo digno y decente en el marco de la participación ciudadana dando herramientas para que esta información sea replicada con trabajadores en otros contextos. Se realizó un ejercicio de fortalecimiento a procesos organizativos con 4 organizaciones: 2 de población étnica (Pijaos y Muiscas) y 2 de población en condición de discapacidad (Fundación CORPOCIMA y FUNDARTE) con avances significativos durante todo el año.

Se promovió la estrategia de entornos de trabajo saludables en UTIS generales, plazas de mercado, generando un diagnóstico inicial de las condiciones de salud y trabajo de las y los trabajadores intervenidos, se realizó asesoría técnica que permita minimizar los riesgos ocupacionales, se conformaron brigadas de salud y se establecieron planes de emergencias y se creó en la Plaza de mercado CORVEM el COPASO (Comité Paritario de Salud Ocupacional). En UTIS se realizó esta acción con 271 Unidades de Trabajo Informal, con un total de 756 trabajadoras y trabajadores caracterizados y asesorados (559 adultos, 56 persona mayor y 141 jóvenes). En UTIS de etnias y personas en condición de discapacidad se realizaron asesoría en 34 Unidades de trabajo Informal con un total de 34 trabajadoras y trabajadores con seguimiento. En Plazas De Mercado se desarrolló la intervención de las dos plazas de la localidad CORVEM (22 trabajadores) - CORPOBOC (97 trabajadores). Las intervenciones de UTIS se realizan principalmente en las UPZ Central y UPZ Tintal, UPZ Porvenir. Con las UTIS intervenidas en vigencias anteriores se realizó asesoría y seguimiento.

Con la población juvenil de 15 a 18 años se promovió la generación de condiciones de trabajo protegido, a través de la caracterización, sensibilización y seguimiento a 43 jóvenes; 21 mujeres y 22 hombres. Se realizó un diagnóstico de las condiciones de salud y trabajo, efectuando canalizaciones a servicios sociales, organizaciones de trabajadores juveniles y por último se sensibilizó al empleador para la generación de condiciones de trabajo protegido.

Con respecto al trabajo infantil se realizaron diversas acciones; por una parte el trabajo se dirigió a la identificación, caracterización, canalización, atención y seguimiento de 240 niños y niñas de los cuales 115 eran niñas y 125 eran niños. Se gestionó el acceso al sistema educativo si se encontraban desescolarizados y aseguramiento en salud. En el área familiar, se realizó sensibilización al padre, madre y/o acudiente para la desvinculación de la actividad económica, con la respectiva canalización a las familias a programas de productividad y empleabilidad. Se trabajo frente a la sensibilización para la prevención del trabajo infantil en 6 espacios distintos a la escuela con un total de 222 participantes padres de familia, niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo la participación de la comunidad, en espacios de reflexión para la apropiación del tema de trabajo infantil, en pro de los derechos de la infancia. Se realizó seguimiento a niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores desvinculados del trabajo en vigencias anteriores de manera aleatoria a través de visitas con el objeto de realizar monitoreo y evaluación de las acciones realizadas. En los casos donde se encontró que aún están vinculados a la actividad económica con una importante vulneración a sus derechos se reinició proceso con la familia. Se realizó un total de 50 seguimientos a niños y niñas trabajadores de vigencias anteriores, principalmente con población de las UPZ Central, UPZ Tintal Sur, UPZ Occidental Y UPZ Porvenir.

Es fundamental la articulación intersectorial para la prevención y erradicación del trabajo infantil. Se realizó contacto con 11 Instituciones locales, entre ellas se encuentra: PRONIÑO, Centro Amar, Subdirección Local, Opción Vida, Familia Viva, SED, IDIPRON, Policía Nacional, CAP- Maranatha, Alcaldía Local, IDRD). Se participó en 2 espacios locales (MLTI - Mesa Local de Trabajo Infantil), COIA - Comité de Infancia y Adolescencia), COVECOM, Comité de productividad y en los espacios Distritales de: la Mesa Distrital de trabajo Infantil (MDTI) y reunión proveedores de servicios (ACJ). Las acciones con niños, niñas y adolescentes escolarizados y desescolarizados y en situación de desplazamiento, se desarrollaron en las UPZ Central (72%), UPZ Tintal (6,9%) y UPZ Occidental (20,9%). En cuanto a la prevención y erradicación del trabajo infantil: se incluyeron las 4 etapas del ciclo vital: Infancia, juventud, Adulto y Persona mayor, así como Instituciones locales y Distritales, mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes escolarizados y desescolarizados, de los territorios UPZ Central , UPZ Tintal Sur, UPZ Occidental y UPZ Porvenir.

4.1.2 RESPUESTA INTERSECTORIAL:

4.1.2.1 Objetivos, Metas y Políticas

La implementación del decreto 101 de 2010 de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico a nivel Distrital que tiene como objetivos:

1. Consensuar, formular, gestionar, realizar seguimiento, evaluación y ajustes de la Política Pública de Desarrollo Económico para el desarrollo de estrategias, programas e instrumentos de gestión del Desarrollo Económico de la ciudad en el corto, mediano y largo plazo.

2. Promover las condiciones para la consolidación de un entorno que favorezca la competitividad, la productividad y el desarrollo de apuestas económicas articuladoras del tejido productivo en la Región Capital.
3. Promover la generación de empleo y emprendimientos, trabajo y la democratización de las oportunidades económicas.
4. Contribuir a la seguridad alimentaria a través de la generación de eficiencias en la cadena de abastecimiento de alimentos y el aprovechamiento económico sostenible en el entorno urbano, rural y regional.

La Secretaría Distrital de Desarrollo Económico propuso para la localidad de Bosa como meta a 2011 referir 199 personas o empresas a servicios de formación para el trabajo o formación para el emprendimiento con acciones que potencien la competitividad territorial a través de asesoría, información y acompañamiento en los proyectos y estrategias implementadas por el sector para la creación, crecimiento, y consolidación de empresas.

Registrar 1.283 personas en intermediación laboral con inversión que potencie la competitividad territorial, con asesoría, información y acompañamiento para el aprovechamiento y mejoramiento de las oportunidades de empleo en articulación con los esfuerzos y recursos locales.

Referenciar 314 personas o empresas para asesoría en procesos de fortalecimiento empresarial y financiamiento con Inversión que potencie la competitividad territorial. Promover las estrategias de financiamiento y bancarización para democratizar las oportunidades económicas y apoyar la participación en los espacios interinstitucionales en los cuales se promueven acciones conducentes a la divulgación de los servicios de desarrollo económico, en especial los comités de productividad con la finalidad de mejorar la condición productiva de los habitantes y de la localidad.

Orientar 1 fondo para la formulación de los proyectos de inversión de Desarrollo económico. Inversión que potencie la competitividad territorial, se apoyará la formulación, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión con cargo a los presupuestos de los fondos de desarrollo local, brindando la asesoría y asistencia técnica requerida.

Para la localidad de Bosa se asignó el 0.06% para esta vigencia de los recursos destinados para las localidades puesto que aproximadamente el 92% de los recursos que administra SDDE son administrados a nivel distrital.

Se propone al 2011 para la Localidad de Bosa a través del Programa de Misión Bogotá "Formando para el futuro", capacitar a 188 personas en competencias ciudadanas, laborales Generales y laborales específicas como respuesta a los problemas de subempleo y desempleo de los jóvenes.

Organización y regulación de actividades comerciales informales, desarrolladas en el espacio público, con el apoyo al finalizar el 2011 en la consolidación de 25 alternativas comerciales con acciones de logística, administración, gastos de operación y gestión de los formatos comerciales.

Formación y capacitación para el empleo de población informal y vulnerable, con la formación de 181 personas del sector informal en competencias laborales y productivas.

Formación y capacitación para el empleo de población informal y vulnerable, con la formación de 10 personas en situación de discapacidad, para el empleo o el emprendimiento.

Formación y capacitación para el empleo de población informal y vulnerable, al referenciar 60 personas a oportunidades de empleo, conforme a la demanda laboral identificada por el proceso de intermediación.
17.483.881

Apoyo al emprendimiento empresarial en el sector informal y en poblaciones específicas, asesorar 182 emprendedores o microempresarios para la gestión y acceso al crédito.

Fortalecer 6 unidades productivas y comerciales de microempresarios para su participación en eventos comerciales. \$ 1.973.684

Asesorar 12 microempresarios en aspectos administrativos y comerciales.

Formar 106 personas en situación de desplazamiento para el emprendimiento con entrega de capital semilla.

4.1.2.2 Secretaría de Desarrollo Económico – SDE

► Información y Conectividad - Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos

Este programa ofrece herramientas tecnológicas e información estratégica a los productores de alimentos, transportadores, trasformadores, operadores logísticos, distribuidores, organizaciones sociales de apoyo alimentario y consumidores, para facilitar oportunidades de acceso a la información oportuna y suficiente para los procesos de negociación, las transacciones de productos y servicios de la cadena de abastecimiento alimentario.

► Banca Capital

Conjunto de productos de financiamiento y servicios empresariales con el fin de impulsar nuevos proyectos de negocios y fortalecer los ya existentes dirigidos a comerciantes de Alimentos – Reposición de Inventarios – Tenderos, crédito para los empresarios dedicados al procesamiento, comercio y servicios del sector de alimentos en Bogotá D.C, dirigida a microempresarios que cumplan con los requisitos para poder acceder a créditos, como productores de alimentos, lotería entre otros.

► BOGOTA TRABAJA

Mecanismo que desarrolla la Estrategia Distrital para acercar la oferta y la demanda laboral con ferias de oportunidades laborales, líneas de Trabajo, sistema de Información para el Trabajo – Vitrina Virtual Bogotá Trabaja con apoyo de la página web www.bogotatrabaja.gov.co.

► Plaza de los Artesanos

Formular estrategias de formación y capacitación, que respondan a las necesidades del mercado laboral y permitan fortalecer la capacidad productiva de los empresarios de Mypimes Bogotanas y aprendices, a través de formación titulada y complementaria; apoyar su modelo de productividad y prestar servicios tecnológicos en el área de diseño en convenios con SENA en áreas de confección, marroquinería y diseño (clouster de la moda).

► Talk The Word

Desarrollo de habilidades comunicativas en inglés para fortalecimiento de competencias laborales para la población en edad de trabajar con ingresos menores a 4 SMLMV, vinculada o desempleada, con niveles de SISBEN 1, 2, 3. Preferiblemente que se desempeñen en sectores identificados como prioritarios para la exportación de servicios y la atracción de inversión en la ciudad. También se certifica en Nivel B2 a la población en edad de trabajar un servicio de formación en el idioma inglés con énfasis para certificación en el nivel B2 del Marco Común Europeo.

► UBÍKATE

Es el Sistema de Orientación Distrital coordinado por la Alcaldía Mayor y operado por la Corporación Maloka, busca que los ciudadanos reflexionen y proyecten su vida académica y laboral, reconociendo aspectos como habilidades, intereses, expectativas, necesidades propias y, en general, todos los recursos individuales que convierten en un potencial estudiante de un programa de formación y/o un aspirante a un trabajo.

4.1.3 RESPUESTA COMUNITARIA:

Aunque el trabajo informal en la localidad séptima de Bosa, así como en el resto del distrito, sea un fenómeno que requiere de toda la atención del estado por el grado de vulnerabilidad al que se ve expuesta a diario la población que presenta este tipo de actividad productiva.

Es de anotar que es este oficio el que dignifica a las personas que lo realizan permitiéndole suplir las necesidades básicas de sus núcleos familiares donde la pobreza hace que la familia se movilice buscando alternativas de generación de ingresos para el sustento diario.

Teniendo en cuenta que desde la implementación de estrategias como la de RBC (Rehabilitación Basada en Comunidad) ha propiciado que la comunidad de Bosa construya respuestas comunitarias a través de organizaciones sociales que han iniciado procesos de inclusión laboral a personas que presentan discapacidad o a cuidadores y a comunidades étnicas como Pijaos, Muiscas y Afros que viven en la localidad o han llegado en situación de desplazamiento. Estas acciones afirman que las comunidades han aportado de manera fundamental en la mejora de las condiciones laborales de grupos en fragilidad y vulnerabilidad, retomando conocimientos adquiridos y sus capacidades y que es importante la vinculación de líderes y grupos locales que conocen cómo es la situación particular y dan respuestas con pocos recursos obtenidos por autogestión, ofertando en muchos de los casos servicios culturales, gastronómicos, de ejecución de proyectos, entre otros que también generan ingresos, pero con la dificultad que en la mayoría de los casos no se realizan vinculaciones formales, sino temporales u ocasionales, aclarando que aunque no se está en la formalidad de la empleabilidad, si se mejora al menos momentáneamente el nivel de ingresos de algunas comunidades.

Es de destacar que las comunidades poco a poco se han ido organizando en distintas formas, lo cual les permite realizar abogacía en entidades como la Alcaldía Local, donde exigen cada vez que se ejecuten proyectos relacionados con impacto en la comunidad. Es necesario que se fortalezca cada vez más la respuesta a través de las organizaciones sociales, grupos de hecho y distintas formas organizativas que tiene la población, y se puedan ofertar bienes y servicios a través de la misma comunidad.

Actualmente se conocen diferentes proyectos en la localidad liderados por diferentes organizaciones comunitarias como: la Red de mujeres productoras Mujeres que genera alternativas productivas por medio de MUCREALPRO (Mujeres Creativas y Productivas) en tres líneas de trabajo: artesanías con residuos sólidos reciclables, maquina plana y fileteadora y tercera línea de agenciamiento político.

Las comunidades étnicas quienes formularon proyecto de productividad y que consistió en el fortalecimiento de las organizaciones étnicas articulando la salud ancestral con la salud occidental. Allí se realizaron ferias de medicina a nivel local y, la asociación de personas en condición de discapacidad que desarrolla un proyecto para estampados de camisetas.

A continuación se realiza una breve descripción de los territorios donde se da la respuesta comunitaria tomado del Proceso de GSlyP .

En la UPZ Occidental (84) la población del cabildo Pijao ubicado en esta UPZ para mejorar las condiciones productivas ha unido varias familias en torno a la elaboración de tamales y lechona. En la UPZ Central (85) como respuesta a las responsabilidades económicas que deben cumplir los y las ciudadanas el trabajo informal (la venta ambulante) es una alternativa para la ocupación y ejercicio del trabajo. La venta por catalogo de revistas de belleza y ropa también se constituyen en una alternativa para las amas de casa, de manera que su aporte es de utilidad para cubrir medianamente algunas necesidades como son el vestido y objetos personales propios de las mujeres. En la UPZ Porvenir (86) existen varias organizaciones como son: Asonucol, Fundanhelo, Construyendo Fortalezas, entre otras, que pertenecen a las redes alimentarias y operan comedores y en la UPZ Tintal Sur (87), ha realizado vías de hecho para que les entreguen un proyecto productivo.

4.1.4 ANÁLISIS DE BRECHA:

Las intervenciones están definidas por la SDS para cada localidad con unas metas y presupuestos específicos y esto limita la cobertura y la oportunidad de todas las personas que están laborando bajo esta modalidad de potenciar sus capacidades y de promover los derechos para un trabajo digno. Las acciones se aplican con metodologías pertinentes, pero se requieren acciones permanentes y continuas, con participación comunitaria e intersectorial que promuevan el desarrollo, la equidad, y la productividad de la localidad, y así se alcancen las metas propuestas establecidas en cumbres mundiales y que han sido adoptadas por el gobierno nacional y local. Las respuestas se concentran en los territorios donde hay mayor actividad económica es decir en las UPZ Central, Occidental, Porvenir sin embargo es importante en las próximas vigencias evaluar cómo se está desarrollando la caracterización de empresas y trabajadores y de esta manera se de una respuesta diferencial por territorio con los porcentajes presentados en el análisis de brecha.

Es difícil de establecer la brecha en la intervención con trabajadores informales pues debido a la dinámica laboral de la localidad y las altas cifras de desempleo e informalidad, es amplio el número de establecimientos que funcionan de manera temporal sin ser registrados ante la Cámara de Comercio de Bogotá. Es importante resaltar que la lógica del sector informal escapa a los sistemas de información oficiales existentes, por lo tanto los datos arrojados por éstos distan de la realidad que la localidad posee en este aspecto; es decir no se cuenta con un estudio de la informalidad en Bosa que de cuenta del número de habitantes ocupados que se encuentran dentro de la economía informal. Así que la brecha total no es precisa. Sin embargo al realizar el ejercicio se establece la

comparación de las empresas existentes y las que se asesoraron durante el 2009 se tomó como referencia un total de 6602 establecimientos de los cuáles tan solo 271 UTIS se asesoraron durante la vigencia 2009 y se podría plantear que la brecha estaría cercana al 95%; al comparar el número de habitantes ocupados 206.739 la población intervenida por la estrategia fueron tan solo 756 con una brecha de 99.7%. El seguimiento a UTIS atendidas en vigencias anteriores tuvo una brecha del 94% pues tan solo se llegó a 34 UTIS de 541 que fueron seguidas durante los años 2006 al 2008. Se identificó una alta movilidad de las UTIS en la localidad y sumando a esto al no contar con indicadores de medición de impacto no se puede evaluar si los planes implementados lograron los objetivos propuestos, pero es claro que las UTIS que se retoman de años anteriores son muy pocas.

Existen una serie de dificultades en cuanto a la aplicación de la estrategia como son la falta de credibilidad de la comunidad hacia las instituciones y los programas gubernamentales, pues se percibe que no se da respuesta a las necesidades reales de la comunidad. En los seguimientos de las UTIS se identifica que la baja remuneración o ganancia en las unidades productivas y las condiciones socioeconómicas no permiten que los empleadores y/o trabajadores implementen las recomendaciones de Entornos de Trabajo Saludable. La poca cultura del autocuidado aumenta el riesgo de enfermedades laborales y accidentes generados por el trabajo; los sistema de seguridad social y vinculación a protección no tienen en cuenta a la población que pertenece al SISBEN y sumado a esto se encontró resistencia por parte de algunos empleadores y trabajadores al cambio de régimen en salud, ya que sus ingresos mensuales no alcanzan a solventar el aporte y tampoco se ajusta a sus necesidades. Las intervenciones del ámbito van enfocadas solo a la promoción y a la prevención, pero en campo se ha detectado la necesidad de los trabajadores en cuanto a una atención resolutive en salud ocupacional; la cual no ha sido contemplada en los lineamientos del programa. Las intervenciones en salud mental son insuficientes pues un solo profesional de psicología no alcanza a dar respuesta frente a todos los casos observados. Para la intervención de trabajo y salud en UTIS se puede concluir que las condiciones de salud de la población trabajadora en la Localidad de Bosa son desiguales, inequitativas, puesto que las situaciones como el desempleo y la informalidad restringen el acceso a servicios de salud, seguridad social y protección en riesgos ocupacionales.

El trabajo realizado frente al trabajo infantil durante el 2009 logró caracterizar a 240 niños y niñas y tan solo se se llegó a 43 jóvenes con una proporción similar por género. Se identifica que en la localidad hay un total de 83.412 niños y niñas entre 5 a 11 años y de 12 a 17 años 64.858, y establecer la tasa real de ocupación de niños y niñas en la localidad es una tarea hipotética; la meta local se fija previamente por SDS y los profesionales que desarrollan esta línea no cuentan con tiempo suficiente para avanzar y aumentar la cobertura de esta acción. Llegar solo a 240 niños es un número mínimo frente a la meta establecida a nivel nacional de identificar 20.000 NN trabajadores al 2012. Con respecto a los jóvenes entre los 15 a los 18 años, la tasa de trabajo en jóvenes presenta las mismas dificultades para su cálculo. Pero si cabe anotar que se identificaron muy pocos jóvenes en situación de trabajo. Sin embargo los planes y acuerdos generados con las 11 instituciones locales han potenciado la identificación de la población que trabaja en edad de 5 a 9 años gracias a la sensibilización que se ha desarrollado con las instituciones. Las barreras siguen existiendo con las familias puesto que la situación y nivel socioeconómico y educativo pone por encima el sustento de sus familias que los derechos de los niños y mas aún cuando ellos tienen la percepción que el trabajo es formativo en valores y que no pone en riesgo la integridad o la vida, de igual forma el nivel educativo de los padres es bajo y por este motivo cuando realizan un análisis entre los costos que les genera el que sus hijos trabajen lo perciben bajos en comparación a los beneficios de obtener un ingreso adicional por el trabajo de ese NNA. Los NNA de igual forma perciben mayores beneficios al realizar la actividad económica en comparación con

los beneficios que pueden recibir al asistir al colegio, hace falta un fuerte vínculo entre el sector educativo y los niños y sus familias con el fin de combatir las barreras que impiden que los niños abandonen las actividades laborales. Los tiempos de seguimiento entre visitas a niños y jóvenes son muy largos y las familias requieren procesos de atención más cercanos, continuos con el fin de generar contingencias frente a la generación del comportamiento saludable de vincularse al sistema educativo y abandonar la actividad laboral en el caso de los NN. El espacio para las acciones de sensibilización diferentes al aula no es suficiente frente a las acciones que se debe hacer frente al tema de prevención primaria en salud con NN que están en riesgo de vinculación laboral.

El aporte de estas acciones frente a la reducción de la pobreza y el hambre es mínimo pues las acciones concretas en productividad en la localidad están beneficiando a un porcentaje reducido de personas. En los dos primeros años de implementación del Plan de Desarrollo y del Programa Salud al trabajo se tiene una ganancia fundamental frente a la consolidación y participación de organizaciones y trabajadores informales en la Red de Salud de Trabajadores, como un espacio de representatividad de los trabajadores locales, donde se promueven los derechos de los trabajadores, se forman líderes en salud y se hace seguimiento a Políticas y se facilita como espacio de control social frente a las intervenciones que se realizan con la comunidad trabajadora. No se tienen datos concretos frente a la reducción de muertes y accidentes laborales. Las acciones locales para proteger a la población joven que trabaja, a defender los derechos de los niños para que estos no tengan que cambiar sus actividades de formación, educación y recreación para generar ingresos para sus familias, prevención del abuso, explotación laboral especialmente en los niños y niñas es importante pero se concluye que la cobertura es muy baja frente a las metas nacionales de erradicar el trabajo infantil e ir reduciendo la tasa de participación de trabajo en jóvenes entre 15 y 18 años.

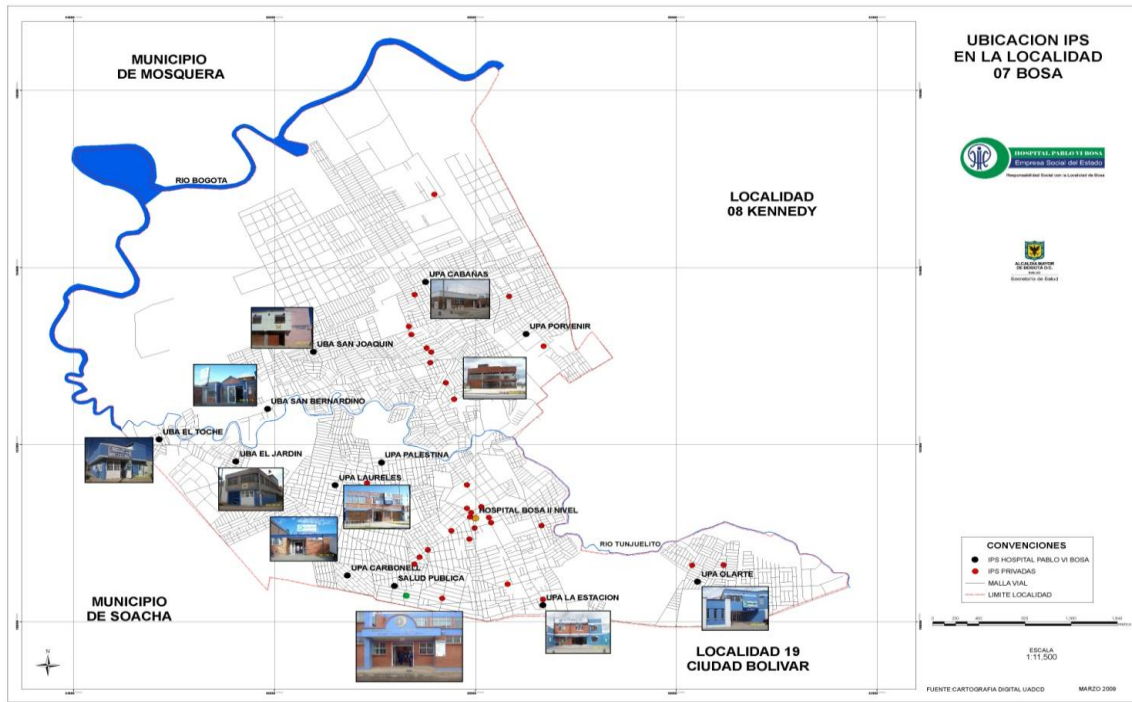
Para dar respuestas efectivas frente a la situación de trabajo en la localidad se requiere conocer primero la magnitud y ubicación de la problemática, para generar respuestas intersectoriales, pues la respuesta desde salud es limitada y requiere un proceso de articulación fuerte con las entidades competentes en el tema de garantía del trabajo y calidad del mismo.

4.2 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA AL NÚCLEO DE ACCESO Y RESTRICCIÓN A BIENES Y SERVICIOS

4.2.1 RESPUESTA INSTITUCIONAL AL NÚCLEO DE ACCESIBILIDAD DESDE EL ÁREA ASISTENCIAL.

El mapa 72. Da cuenta de la disponibilidad de centros de atención de servicios de Salud de la localidad de Bosa. Incluye Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas y públicas (UBAS y UPAS) del Hospital Pablo VI Bosa ESE.

Mapa 72. Ubicación de las IPS Públicas del Hospital Pablo VI Bosa.



► Atención a usuarios y usuarias por servicios del POS

Tabla 2: Atención en medicina por primera vez

ATENCIÓN EN MEDICINA PRIMERA VEZ														
SEDE	PERSONA MAYOR	GENERO			GENERO			GENERO			GENERO			TOTAL GENERAL
		M	H	INFANCIA	M	H	JUVENTUD	M	H	ADULTEZ	M	H		
CABANAS	573	389	184	3530	1838	1692	3309	2265	1044	2904	2040	864	10316	
CAMI	770	489	281	2949	1511	1438	4065	3038	1027	2681	1863	818	10465	
CARBONELL	180	128	52	1630	858	772	1774	1152	622	1194	850	344	4778	
EL TOCHE	40	29	11	234	106	128	408	277	131	217	136	81	899	
ESTACION	306	185	121	1521	744	777	1712	1091	621	1489	1036	453	5028	
GERIATRIA	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
JARDIN	52	24	28	725	369	356	631	199	432	329	101	228	1737	
LAURELES	216	153	63	1342	655	687	1541	989	552	1160	794	366	4259	
OLARTE	289	107	182	1323	607	716	1817	686	1131	1255	430	825	4684	
PALESTINA	306	182	124	1793	905	888	2123	1403	720	1454	972	482	5676	
PORVENIR	451	292	159	2843	1516	1327	2931	1909	1022	2032	1429	603	8257	
SAN BERNARDINO	96	40	56	906	420	486	951	255	696	498	145	353	2451	
SAN JOAQUIN	85	27	58	581	268	313	467	110	357	275	67	208	1408	
URGENCIAS	0	0	0	6	2	4	2	1	1	5	4	1	13	
Total general	3364			19384			21731			15493			59972	

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Oficina de mejoramiento. Informe de productividad. 2009

Durante el año 2009 se registro un total de 59972 usuarios atendidos dentro del servicio de Atención en Medicina por primera vez en el Hospital Pablo VI Bosa. Según los datos obtenidos por etapa de ciclo vital se atención 3364 personas pertenecientes a la etapa de Persona Mayor, de las cuales 2045 eran mujeres y 1319 hombres; en la etapa de ciclo adulto se registraron 15493 usuarios atendidos de los cuales 9867 eran mujeres y 5626 eran hombres. Dentro de la etapa de ciclo vital Juventud se atendieron 21731 usuarios atendidos de los cuales 13375 fueron mujeres y 8356 eran hombres y por ultimo en el ciclo vital Infancia se atendieron un total de 19384 menores de los cuales 9800 eran niñas y 9584 niños.

Por sede de atención de la ESE se registran en CAMI un total de 10465 personas atendidas en todas las etapas de ciclo vital, UPA Cabañas un total de 10316, UPA Porvenir 8257, UPA Palestina 5676, UPA La Estación 5028, UPA Carbonell 4778, UPA Olarte 4684, UPA Laureles 4259, UBA San Bernardino 2451, UBA Jardín 1737, UBA San Joaquín 1408, UBA El Toche 899, Urgencias 13, Geriatria 1.

Según el Territorio el número de usuarios atendidos por UPZ están distribuidos de la siguiente manera: UPZ Central 27814, UPZ Porvenir 18573, UPZ Apogeo 4684, UPZ Tintal Sur 2451, UPZ Occidental 1408. La cantidad de usuarios atendidos por UPZ se relaciona con el número de unidades de atención que se encuentran ubicadas dentro de cada una, así a mayor numero de sedes de la ESE por UPZ mayor número de usuarios atendidos en ese territorio, como es el caso de la Upz Central con 7 sedes de atención y UPZ porvenir con 2 sedes de atención.

4.2.2 RESPUESTA INSTITUCIONAL AL NÚCLEO DE ACCESIBILIDAD DESDE UN ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA

► PDA SALUD ORAL

POLÍTICAS, METAS Y OBJETIVOS:

La meta a nivel mundial en salud oral de la OMS corresponde al "Mejoramiento de la eficacia, eficiencia y equidad de los sistemas de salud oral en el sector público y aspectos claves del desempeño del sistema que a su vez conduzcan a una mejor salud oral, así como fortalecer el desarrollo sostenible de la salud oral"²⁴³. Así mismo, se aporta a los objetivos del milenio de forma indirecta a reducir la mortalidad infantil (objetivo 4) y mejorar la salud materna (objetivo 5) por medio de la inclusión de actividades en salud oral en el programa de *crecimiento y desarrollo y gestantes* en conjunto con la notificación de eventos de interés de salud pública en salud oral.

A nivel nacional se encuentra expuesta como tercer objetivo de las prioridades nacionales del periodo 2007-2010 en el Plan Nacional de Salud Pública con metas tales como:

²⁴³ Revisar bibliografía.

1. Lograr un índice del COP (Cariados, Obturados y Perdido) promedio a los doce años de edad menor al 2.3, lograr mantener el 60% de la dentición permanente en la población mayor a los 18 años de edad.
2. Desarrollar acciones de promoción de la salud y calidad de vida, para prevenir riesgos, recuperar y superar daños en la salud, así como la Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

La Política Pública a nivel distrital se materializa en un esfuerzo colectivo para generar en el presente respuestas conjuntas que nos permitan lograr el futuro que deseamos una ciudad protectora de la salud oral a través de prácticas protectoras de salud oral soportadas en:

1. Incrementar la cobertura del programa salud al colegio de 27 a 40 sedes educativas al año 2012,
2. incrementar la cobertura del programa salud al colegio de 9 a 16 jardines infantiles al año 2012.
3. Mantener la asistencia técnica a las IPS públicas al 100%.
4. Incrementar en un 25% la cobertura del programa de salud oral (flúor, sellantes, control placa, y detartraje) en la población afiliada a los regímenes contributivo, subsidiado, población pobre, vulnerable y regímenes especiales.
5. Incrementar en un 20% la cobertura en atención odontológica de mujeres gestantes y menores de 5 años afiliados al régimen subsidiado, contributivo, población pobre, vulnerable y regímenes especiales.
6. Realizar procesos de vigilancia en salud pública en el 100% de los eventos prioritarios y tomar medidas de prevención y control que correspondan. Monitorear las condiciones de salud oral y la práctica odontológica en el distrito capital por medio de vigilancia epidemiológica, investigación, ciencia y tecnología.
7. Avanzar en el monitoreo y evaluación de la gestión de calidad en lo que se refiere a la atención en salud oral y formular,
8. Implementar y monitorear anualmente que la ejecución del PIC se encuentre por encima del 90% (Numero de actividades realizadas/numero de actividades programadas), mantener el 100% de los servicios que ofrecen las UPAS y UBAS habilitadas.

Se adelantó durante el 2009 el posicionamiento de la salud oral en el ámbito IPS en todas las 10 UPAS y UBAS de la localidad, con profesionales en odontología y técnicos en higiene oral de todos los ámbitos, a través de concertación del plan de acción y plan de mejoramiento en salud oral en las cuatro etapas del ciclo vital. Se posicionó el tema de Políticas y actualizaciones en salud oral con la realización de cuatro capacitaciones anuales de política pública de salud oral, guías de práctica clínica de salud oral, cirugía básica y patología pulpar y periapical, atención al paciente en condición de discapacidad, estrategias AIEPI y atención según el enfoque de etapa de ciclo vital.

ÁMBITO ESCOLAR:

Durante el año 2009 se realizó la implementación y apropiación de hábitos higiénicos favorables y garantía del acceso y calidad de la atención para la protección y recuperación de la salud oral en niños y niñas escolares, sensibilización a padres de familia y docentes para apropiarse de las prácticas saludables en la comunidad escolar. Se trabajó en el 2009 con 14637 niños y niñas con acciones de promoción para la implementación de hábitos orales saludables con herramientas que permitan la autonomía y/o la creación de hábitos para el cuidado

de la salud, en 515 cursos de los colegios asignados por SDS, en las instituciones públicas educativas de toda la localidad.

Esta sensibilización se realiza mediante talleres lúdicos educativos para que los padres de familia y/o cuidadores y docentes tomen conciencia de la importancia de un correcto cepillado desde temprana edad. Una forma de evidenciar el impacto de las acciones realizadas en la comunidad escolar, es precisamente comparar los resultados obtenidos en los recuentos de placa bacteriana realizados mensualmente, donde se observa la apropiación de la técnica correcta de cepillado por parte de los niños y niñas.

Así mismo, se demuestra dicho impacto al comparar el resultado de las valoraciones visuales realizadas por el odontólogo para identificar necesidad de tratamiento. Estas valoraciones se realizan por medio de un *triage* (Este término se emplea para la selección de pacientes en distintas situaciones y ámbitos, en situación normal en las urgencias, así como en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o de desastre)²⁴⁴ con prioridades alta, media y baja, donde se evidencia el impacto de una canalización oportuna a los servicios de salud oral del POS en jardines y colegios.

ÁMBITO COMUNITARIO:

El objetivo de la intervención es desarrollar e implementar procesos pedagógicos que promuevan prácticas favorables en salud oral para el Distrito dentro de la estrategia de comunidades saludables en organizaciones comunitarias (comedores, Casas vecinales, clubes juveniles y HOBIS); esta intervención busca la implementación de prácticas saludables en el diario de las personas, construyendo de manera conjunta espacios acogedores, protectores de la vida, que recreen y fortalezcan con otros hábitos el desarrollo del individuo con sus redes sociales más cercanas, como transformadoras de su propia realidad, fortaleciendo habilidades y competencias sociales para trascender éstos espacios que también comparten algunas características de vulnerabilidad. En esta intervención se realiza en tres etapas: Planeación participativa y lectura de necesidades, monitoreos y valoraciones de salud oral así como la canalización al servicio de salud; talleres lúdicos educativos con la población; finalmente proceso de evaluación de canalizaciones efectivas e índices de placa bacteriana.

La brecha de esta intervención está dada por la cobertura, el tiempo de los profesionales, recursos insuficientes, no hay un proceso de formación permanente y estructurado que permita modificar conocimientos y prácticas y adicionalmente no se cuenta con materiales didácticos adecuados para brindar sensibilizaciones y talleres lúdicos con calidad que no solamente lleguen a la infancia sino se amplíen a etapas como adultez y persona mayor para fomentar técnicas de Autocuidado.

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA :

Desde este componente se implementa el subsistema de vigilancia en salud oral SISVESO en el 100% de las UPAS y UBAS de la ESE. Se inicia el proceso con 3 UPGDS centinelas (Unidades Primarias Generadoras de Datos) (Cabañas, Carbonell y Porvenir), a partir de Julio del 2009 con una meta de 80 notificaciones. Para la

²⁴⁴ OPS - Ministerio de la Protección Social Colombia. Martínez Duarte, Roberto, Manejo Prehospitalario. Triage de Campo. Guía para manejo de urgencias.2003,

implementación de este subsistema se requiere que los profesionales reciban capacitación teórico-práctico, de esta manera puedan contar con papelería, protocolos, condiciones óptimas en los consultorios e instrumental requerido (sonda WHO) para poder realizar la notificación respectiva.

Los odontólogos hacen entrega de 5 notificaciones semanales de usuarios consultantes por primera vez en el que se identifique cualquiera de los eventos de notificación (lesión mancha blanca, lesión mancha café, fluorosis, periodontitis, gingivitis). Se hace revisión crítica de las fichas por el epidemiólogo previo a la digitación, se depura la base de datos y se envía mensualmente a la SDS, empleando la información para análisis de situación de salud, boletines, diagnósticos y artículos. Se evidencia una brecha del 70% en instalación de UPGDS centinelas con sus correspondientes profesionales a cargo de las mismas, puesto que la Institución puede aportar mayor cantidad de notificaciones al mes que realmente permita establecer una línea de base del perfil de salud oral de la localidad para todas las UPZ, etapas de ciclo vital y grupos diferenciales.

Tabla 3: Odontología por primera vez

SEDE	PERSONA	GENERO		INFANCIA	GENERO		JUVENTUD	GENERO		ADULTEZ	GENERO		TOTAL
	MAYOR	M	H	0 a 9 años	M	H	10 a 26 años	M	H	27 a 59 años	M	H	
	>=60 años												
CABAÑAS	153	94	59	1061	537	524	1656	1233	423	1539	1133	406	4409
CAMI	8	4	4	103	49	54	400	370	30	215	185	30	726
CARBONELL	107	58	49	803	409	394	1435	1118	317	1118	803	315	3463
EL TOCHE	20	12	8	216	107	109	305	209	96	276	188	88	817
ESTACION	150	79	71	995	506	489	1602	1065	537	1814	1261	553	4561
LAURELES	127	81	46	608	310	298	1025	698	327	956	673	283	2716
OLARTE	108	47	61	598	284	314	967	323	644	1089	338	751	2762
PALESTINA	97	51	46	629	322	307	1173	808	365	1140	793	347	3039
PORVENIR	130	74	56	855	425	430	1511	1082	429	1386	1014	372	3882
SAN BERNAR	51	28	23	511	239	272	775	210	565	642	187	455	1979
URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Total General	951			6379			10850			10175			28355

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Oficina de mejoramiento. Informe de productividad. 2009

En el servicio de Odontología de Primera vez para el año 2009 se registra un total de 28355 usuarios atendidos, teniendo en cuenta que este total corresponde a datos obtenidos y consolidados de todas las sedes de atención de la ESE, excluyendo la UBA El Jardín, UBA San Joaquín donde no se prestan los servicios de Odontología

Según las Etapas de ciclo vital se atendieron 951 persona mayores de los cuales 528 fueron mujeres y 432 hombres; en la etapa de ciclo vital Adulto se registraron 10175 personas atendidas de las cuales 6575 fueron mujeres y 3600 hombres; en Juventud se atendieron 10850 usuarios de los cuales 7117 fueron mujeres y 3733 fueron hombres y por ultimo en el ciclo vital infancia se atendieron 6379 menores de los cuales 3188 fueron niñas y 3191 fueron niños. Según la sede de atención se registra el mayor número de usuarios atendidos en la UPA La Estación con 4561 usuarios, seguido de la UPA Cabañas con 4409 usuarios, UPA Porvenir con 3882, UPA Carbonell con 3463, UPA Palestina 3039, UPA Olarte 2762, UPA Laureles 2716, UBA San Bernardino 1979, UPA El Toche 817, CAMI 726 y Urgencias 1.

Según el territorio, se registra en la UPZ Central 10716 usuarios atendidos en el servicio de odontología de primera vez, seguido de la UPZ Porvenir con 8291 usuarios, UPZ Apogeo 2762 usuarios y UPZ Tintal Sur 1979 usuarios atendidos. En la UPZ Occidental no se tiene registros de atención ya que la sede que le corresponde por territorio es la UBA San Joaquín y esta no presta el servicio de odontología, al igual que la UBA el Jardín Ubicada en la UPZ central. Los usuarios que geográficamente residen cerca de estas unidades de atención son referidos a las unidades más cercanas que corresponde a la UBA El Toche, UPA Cabañas y UPA Porvenir lo que explica que el número de usuarios atendidos en estas sedes sea mayor en relación a otras unidades de atención.

La atención de promoción y prevención POS para el 2009 se resume en las atenciones de consulta: se realizó un total de 57079 atenciones por consulta externa de odontología. Para la etapa infancia se atendieron 11682 niños y niñas (20,4%), juventud 22647 (39,7%), adultez: 20494 (39,5%) y persona mayor: 2256 (3,9%). Del total de personas atendidas para las etapas de infancia, juventud, adultez aproximadamente entre el 40 y 47 % presentaron caries. La distribución por género es mayoritaria cerca al 72% de mujeres para jóvenes y adultos. En infancia y persona mayor fue similar por género. Así mismo se observa índice de morbilidad de etapa de ciclo vital de infancia con un total de 3887 de consulta por caries, en la etapa juventud 4918 de caries, 5952 en adultez y en etapa de ciclo vital persona mayor 454 casos. Es de notar que las actividades realizadas en promoción y prevención en salud oral fueron durante el 2009 de 102.211 de las cuales se realizaron: sellantes de fotocurado 23505, control placa 43791, detartraje con 20045 actividades y aplicación tópica de flúor 14870.

A la fecha no se evidencia brecha en comparación con lo que está presupuestado desde SDS y según los planes de beneficios establecidos para el régimen subsidiado y vinculado, se desarrollan acciones en todas las UPAS y UBAS del Hospital Pablo VI Bosa como corresponde a los lineamientos. Sin embargo, es evidente la necesidad de reforzar y continuar la verificación y auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud oral en los puntos de atención de la ESE donde hay se presta el servicio de odontología (CAMI- Geriatria, UPA Porvenir, UPA Olarte, UPA Cabañas, UPA Estación, UPA Carbonell, UPA Laureles, UPA Palestina, UBA San Bernardino, UBA El Toche).

► PDA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SSR

OBJETIVOS, METAS Y POLÍTICAS:

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM en salud sexual y reproductiva se orientan hacia la reducción de la mortalidad infantil y mejora de la salud materna, con metas claras en Colombia:

- Reducir a la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos.
- Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales.
- Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado a 95%.
- Para 2015, haber mantenido la prevalencia de la infección por VIH/SIDA por debajo de 1,2% en población de 15 a 49 años.
- Establecer una línea de base en el quinquenio 2005- 2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015.

- ▶ Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.
- ▶ Para 2010, aumentar en 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015, elevar esta cobertura en 30%.

A Nivel Distrital Bogotá Sana plantea para las localidades garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, para la infancia y adolescencia feliz y protegida integralmente con metas como:

- ▶ Prevención del embarazo en adolescentes
- ▶ Apoyar el diseño e implementación y evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el Distrito Capital propendiendo por la inclusión y el fomento de la calidad, la calidez, la eficiencia de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ▶ Desarrollo de estrategias con el fin de realizarla identificación y canalización efectiva de las adolescentes gestantes y lactantes escolarizadas en la localidad de Bosa.
- ▶ Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual).
- ▶ Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años.
- ▶ Lograr para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.
- ▶ Desarrollo de metodologías que fomenten la promoción de la salud sexual y reproductiva con el fin de transformar imaginarios y prácticas asociadas a la vivencia de la sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.
- ▶ Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 75% y a 65% entre la población de 15 a 19.
- ▶ Fortalecer la demanda a la asesoría y prueba voluntaria de VIH en la población gestante.
- ▶ Articulación con Vigilancia en Salud Pública y PyP para fortalecer el seguimiento a casos de VIH/SIDA, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y C y sus contactos.
- ▶ En Salud materna e infantil, reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos.
- ▶ Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por 1.000 nacidos vivos.
- ▶ Realizar seguimiento a remisiones efectivas a otros niveles de atención contratados para la atención integral de la gestante y su recién nacido en los casos de eventos intolerables en salud materno perinatal.

ÁMBITO IPS :

La coordinación del PDA de Salud Sexual y Reproductiva se realiza a través de intervenciones institucionales e intersectoriales que corresponden a las 6 líneas de Política pública nacional de salud sexual y reproductiva

clasificadas así: maternidad segura, planificación familiar, Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, Cáncer de cuello uterino, ITS, VIH/SIDA, Violencia doméstica y sexual.

Durante las asesorías técnicas se realiza inducción al personal nuevo (4 personas) y reinducción a los colaboradores antiguos (40 personas) frente a planes de beneficios para los SSR y de esta manera se brinda una orientación adecuada a los usuarios.

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD:

Se realizan asesorías técnicas en los puntos de atención y se hace acompañamiento a enfermeras Jefes y Médicos en consulta para solucionar dudas respecto a métodos de planificación y diligenciamiento de historias clínicas. Además se realizan inducciones a personal que ingresa al hospital y reinducción a personal que lo requiera. En subred materna se socializa Sentencia CT 355 sobre IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo). Se participa en mesa de sexualidad y género en donde se cuenta con la asistencia de actores locales como colegio CAFAM, Pro familia, ICBF, SDIS. Se participa en la organización de evento en Pro del mejoramiento de accesibilidad de los servicios en la población gestante que será direccionado a los líderes de toda la red suroccidente y Bogotá.

VIH/Infección de transmisión Sexual:

En el año 2009 se observó una cobertura en el grupo de subsidiados de un 37% y vinculados de 63% de una población general de 11885 asesorados, sin embargo no se tiene datos específicos de grupo etario de las poblaciones vulnerables. La propuesta de adelantar la caracterización de poblaciones étnicas, LGBT, desplazados y en condición de discapacidad en las historias clínicas que maneja el programa de SSR, es fundamental para avanzar en las estrategias de atención diferencial. La articulación con Vigilancia en Salud Pública para fortalecer el seguimiento a casos de VIH/SIDA, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y C, fue fundamental para lograr un adecuado seguimiento a las personas que se notifican con dichas patologías, así como el trabajo en equipo con el laboratorio institucional y el programa de enfermedades transmisibles, donde se revisan estrategias de articulación para la toma cruzada de coinfección, revisión del proceso de toma de prueba de tuberculina y VIH. Se realizan seguimientos de los pacientes con las patologías descritas. Por otra parte en relación a el diseño de políticas y programas se destaca la participación en la reformulación de la Política distrital de VIH.

MATERNIDAD SEGURA:

Implementación de estrategia de IEC "maternidad y paternidad responsable" para disminuir incidencia de embarazos no planeados, Proporcionar herramientas para incrementar la adherencia a los métodos de planificación, y Realizar acciones que aumenten los periodos intergenésicos. En conjunto se participó en jornada de la mujer orientando al grupo en los programas de promoción y prevención.

Es importante resaltar el trabajo que se desarrolla a través de la Red de Salud Materno Perinatal en donde el principal aporte fue el análisis de indicadores de cobertura e integridad. Las acciones se enfocan hacia los profesionales de la salud de todas las UPZ, en donde se realizó visitas de asesoría y asistencia técnica, y mediante la

identificación de puntos críticos en las 12 IPS públicas de la localidad de Bosa, se diseñaron e implementaron de planes de mejoramiento institucional. El Sistema informático perinatal (SIP) recoge Información mensual que sirve para identificar los problemas en salud materna infantil, permite y de acuerdo a los resultados obtenidos, planificar la atención y establecer mecanismos para facilitar la toma de decisiones.²⁴⁵ Adicionalmente se identifican espacios de análisis como son la reunión de coordinación trimestral de NODO institucional en SSR, en donde se socializan indicadores de sala situacional, INTEGRAL. Teniendo en cuenta los sistemas de información en la línea de ITS/VIH se elabora de manera mensual de seguimiento a los pacientes que han iniciado tratamiento o que fueron remitidos a instituciones de III nivel de atención, pacientes con seguimiento en consultas de control prenatal y métodos de anticoncepción adoptados en postparto. Con estos análisis se realizaron de manera permanente acciones de mejora en donde participaron Subgerencia, Subdirección Científica, Coordinadores asistenciales, Coordinador de Epidemiología, Coordinación de promoción y prevención, para establecer planes de mejora frente a estos.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO:

Fortalecer las habilidades y competencias de los profesionales de salud a través de proceso de Inducción y reinducción con el fin de mejorar la aplicabilidad del programa mediante la elaboración y seguimiento del plan de formación. Durante este periodo se trabajó con 9 IPS habilitadas y 3 IPS no habilitadas pero se sensibilizan para canalización de usuarias para el procedimiento. Esta acción está dirigida a informadores, facturadores, auxiliar de enfermera encargada del programa. Como actividades se cuenta con la participación en reunión distrital del programa de forma quincenal en la Secretaría Distrital de Salud con el objetivo de obtener retroalimentación el cumplimiento de las metas, y porcentaje de cobertura.

Actualización del Plan de Capacidades donde se evalúa a los profesionales de cada punto de atención en la implementación del programa de Cáncer Cervicouterino y actualización de Matriz de Actores donde se articula con entes internos y externos para lograr cumplimiento a la meta distrital de la Secretaría Distrital de Salud y lograr cumplir la cobertura de la población objeto de 25 a 69 años, para incluirla en el programa de Detección Precoz de Cáncer Cervicouterino.

Elaboración Informe cuali-cuantitativo de indicadores y coberturas junto con mejoramiento mensual y trimestral evaluando el cumplimiento de los indicadores del Programa de Cáncer Cervicouterino según la Norma Técnica del Programa de la Secretaría Distrital de Salud.

Durante el primer trimestre 2010 se sensibilizo y re direccionó a los programa de P y P, especialmente articulados con SSR Y Red Materno. A usuarias que asistieron en la semana "*por la salud de la mujer*" programa abanderado por la SDS como estrategia en el mes de la mujer para promoción del Autocuidado y canalización efectiva para la realización del procedimiento.

Seguimiento a la base de datos, por el aplicativo de la Secretaría Distrital de Salud para realizar seguimiento usuarias por esquema. En el 2009 se realizaba el seguimiento a población objeto de 25 a 69 años por IPS, según esquema para ser canalizada para toma de citología vaginal. Durante el primer trimestre del 2010 se realiza seguimiento a población objeto de mujeres de 25 a 69 años de acuerdo al aplicativo de la SDS, información que se

²⁴⁵ OPS/OMS. Fescina RH. Sistema de Información Perinatal. Historia Clínica Perinatal y formularios complementarios. Uruguay. 2010.

envía a cada punto para que la auxiliar del programa realice llamada telefónica para citar a las usuarias a la toma de citología.

Seguimiento reportes Anormales al 100% de casos. En el periodo del 2009 se realizo seguimiento a 1924 total, entrega efectiva del 1733 para un cumplimiento de entrega efectiva del 86 % y un seguimiento del 100% con visitas domiciliarias. Durante primer trimestre del 2010 se ha realizado seguimiento al 100% de los reportes de los cuales se ha realizado un entrega efectiva al 82% y el 18% se ha realizado seguimiento domiciliario.

SALUD MATERNO PERINATAL:

Socialización en reunión mensual de equipo funcional de red materno perinatal de los indicadores de cobertura e integridad, su análisis y coordinación institucional en la mejora de las debilidades que puedan identificarse. Realizar asesoría y asistencia técnica, mediante la identificación de dificultades técnicas y operativas en puntos críticos, retroalimentación a la IPS en función de sus condiciones particulares. Diseñar y promover la implementación de planes de mejoramiento institucional. Enviar a la Secretaría Distrital de Salud en medio físico y por internet, la información mensual, captada por el SIP en la ESE, aclarando la cobertura del periodo respectivo. Participación en las reuniones de coordinación trimestral de NODO institucional en SSR, en donde se socializa indicadores de sala situacional, INTEGRAL y se realizan acciones de mejora.

Se realiza reunión mensual con el equipo funcional de red materno perinatal para diseñar estrategias que conlleven a mejorar cobertura en servicios de SSR. Se realiza asistencia técnica al 100% de las IPS, en esta se realiza socialización por cada componente, se aplican listas de chequeo y se realiza revisión de insumos, sin embargo falta motivar mas al talento humano del sector salud ya que se presentan muchas rotaciones dentro del personal haciendo cada vez mas difícil la reinducción de todos los servicios de los derechos SSR. Durante reunión de Red Materna Perinatal se revisa la importancia del seguimiento a gestantes remitidas a III nivel para controles de su gestación por parte del departamento de referencia y contra referencia.

ÁMBITO ESCOLAR – SSR:

Las acciones promocionales en salud sexual y reproductiva se enfocan hacia el fortalecimiento de autonomía y la Re significación de conceptos, prácticas y relaciones en la vivencia de la sexualidad, Las acciones se desarrollan a través de módulos lúdico-pedagógicos con abordaje interdisciplinario bajo la metodología de grupos focales (2 mensuales), con el objeto de proporcionar a los jóvenes la información adecuada para la construcción de un proyecto de vida propio a partir de la reafirmación de la autonomía y del fortalecimiento de la autoestima. Como resultado del proceso se ha planteado que los estudiantes se conviertan en multiplicadores dentro de la comunidad educativa.

Además, el programa Salud al Colegio cuenta con la línea de atención a gestantes y lactantes posparto. En esta estrategia se da lugar a la identificación, caracterización y seguimiento a gestantes, lactantes y posparto, con quienes se activa la movilización de la ruta de atención en salud y programas de bienestar como bonos alimentarios y otros programas sociales. En el 2009 se realizaron 564 seguimientos a adolescentes gestantes de instituciones educativas en todas las UPZ de la localidad. Igualmente se evidencia que a pesar de los esfuerzos que se realizan desde la intervención las barreras de acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud dificultan la realización de los controles prenatales en los primeros meses de la gestación, aunado al reporte tardío por parte

del colegio hacia el ámbito escolar que está asociado a relaciones familiares rígidas, presión de grupo y estigma a los adolescentes que han iniciado su vida sexual.

En la intervención de SSR promocional para el ámbito escolar se están desarrollando tres módulos con sus respectivas sesiones entre los cuales se encuentran: Fortalecimiento de la autonomía para el desarrollo de una sexualidad sana y responsable, Reconocimiento a jóvenes como sujetos de derechos y deberes en salud y una mirada al interior, reconocimiento de cambios en la adolescencia y prevención de conductas sexuales de riesgo.

La brecha en el ámbito escolar obedece a la cobertura asignada por SDS para realizar las intervenciones. En cuanto a la pertinencia de la intervención con los adolescentes se rescata la importancia que se le está dando a actividades con un enfoque en valores y habilidades sociales que permitan la construcción de un proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo y la toma de decisiones asertivas frente a la sexualidad. Se evidencia también desinterés frente a la temática en algunas instituciones y esto puede estar relacionado con el abordaje metodológico por lo tanto se necesita un trabajo de campo más cercano y amigable con esta población para reconocer sus necesidades e intereses específicos de acuerdo a un enfoque diferencial a través de profesionales expertos en el tema.

ÁMBITO FAMILIAR – SSR:

Se desarrollo la estrategia “Gestantes de Alto Riesgo” orientada a favorecer la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los SSR, la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o síntoma de alarma, así como a fortalecer los vínculos familiares, de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia, amigos y familiares cercanos y significativos en ese momento vital. Al identificar una mujer gestante que presenta cualquiera de los criterios de riesgo biopsicosocial, serán población sujeta de la intervención para el fortalecimiento de su red primaria, por parte del profesional. Para el registro de las actividades se ha establecido un instrumento, ajustado para la identificación de condiciones biopsicosociales claves, así como el formato para consignar el plan familiar, las visitas de acompañamiento, los ajustes al plan concertado y el plan a seguir una vez se termine la gestación. El profesional que desarrolla esta intervención debe favorecer la integración de recursos en la respuesta a necesidades identificadas en la familia, aplicar la orientación familiar y comunitaria del programa y articular las acciones de protección a la población gestante y de recién nacidos. En el año 2009 la intervención se hizo en 666 mujeres gestantes de la localidad que fueron notificadas por Equipos Básicos de Salud y Vigilancia en Salud Pública Comunitaria; se trabajo según la política actual de salud pública del distrito y la estrategia Salud a su Casa logrando un trabajo de la mano con las gestantes donde se ve reflejado el vinculo creado entre la gestante y el profesional de enfermería, de esta forma el reconocimiento de la institución como ente regulador de salud en la zona. La atención y oportunidad en la consulta ha aumentado gracias a la continuidad de estrategias como la ruta de la salud, medicamentos cerca de casa, asignación de citas desde el micro territorio.

Se debe hacer un control seguimiento y verificación del 100% de las notificaciones de gestantes en riesgo para evitar mortalidad materna y así contribuir a las metas distritales.

El seguimiento a las gestantes de bajo riesgo se hace por medio de los 50 equipos Básicos de Salud EBS a su casa ubicados en el CAMI y las diferentes UPAS Y UBAS del Hospital Pablo VI los cuales se encuentran estructurados por un grupo interdisciplinario donde se encuentran médicos, enfermeros, promotores de salud y auxiliares de enfermería coordinados por el profesional de apoyo; los cuales permiten con su trabajo en terreno obtener un

número importante de gestantes de bajo riesgo que con su captación y visitas domiciliarias no solo mejoran su estado de salud sino que fortalecen a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolida un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia. En caso de identificar signos y síntomas de alarma o algún criterio de riesgo biopsicosocial inmediatamente los promotores y auxiliares de los equipos básicos de salud a su casa las reportan al PIC y recibirán un manejo integral por el grupo interdisciplinario según la problemática. En el 2009 se logro llegar a 1515 gestantes en bajo riesgo; durante todo este proceso se fortaleció el reconocimiento y exigibilidad del derecho que tiene toda mujer gestante a la atención en salud en forma oportuna y de calidad y el apoyo social requerido, se hizo los seguimientos de las gestantes tanto caracterizadas como no caracterizadas en los micro territorios, se realizó la educación general en influenza H1N1, se educó a grupos pequeños de gestantes de la localidad en derechos sexuales y reproductivos en la mujer gestante. Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2010, los equipos básicos de salud a su casa realizaron seguimientos a un promedio de 310 gestantes de bajo riesgo realizando la educación, demanda inducida pertinente en cada uno de los casos, al igual que seguimiento a las mismas en la asistencia a los programas correspondientes a promoción de la salud y prevención de la enfermedad y canalizándolas y a su familia a los servicios pertinentes para el mejoramiento de su condición de vida y salud. Dichas intervenciones han logrado un impacto social positivo, aumentando el reconocimiento del proyecto y aportando en la disminución de la morbi - mortalidad de la población gestante. Durante el periodo reportado se ha visto un aumento progresivo de la asistencia al control prenatal 1515 gestantes identificadas e intervenidas para mejorar la calidad de vida y propender por una buena gestación.

Las gestantes en bajo riesgo identificadas en los microterritorios de SASC por EBS se ubicaron en el territorio así: la UPZ 85: 705 gestantes en la UPZ 86: 148 gestantes, en la UPZ 87: 45 gestantes, UPZ 84 a 630 gestantes y en la UPZ 49 a 62 gestantes.

Dentro de la intervención que se hace a las gestantes de bajo riesgo está la educación no solo a las mismas sino a los integrantes de la familia o con quien conviven, es por esto que es necesario que los colaboradores tengan unas bases de conocimiento sólidas lo cual puede generar una intervención con mayor impacto, esto con procesos de capacitación, de inducción y reinducción.

AMBITO COMUNITARIO: Red Social Materno Infantil

Desde el ámbito comunitario la Red Social Materno Infantil pretende fortalecer las Redes Sociales Materno Perinatales para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud materna e infantil en las 20 localidades del D.C. La Red Social es una estrategia que coordina, moviliza, gestiona y articula acciones en pro de favorecer o mejorar la calidad de vida y salud del binomio Madre - hijo y sus familias, en torno al trabajo con la política de infancia, la política de cero indiferencia con la mortalidad materno, perinatal, eliminando las cuatro demoras en torno a la atención para dicha población. A través de actividades como elaboración de circuitos territoriales captando gestantes y niños hacia los servicios de salud, circuitos de reconocimiento institucional donde las gestantes y los niños reconocen geográfica la oferta institucional local, favoreciendo la respuesta institucional, realización de grupos focales para identificar la voz de las gestantes, los niños y sus familias frente a temas como demoras, signos de alarma, y temas en salud materno perinatal; Reuniones con los nodos institucionales y locales con el objetivo de posicionar acciones y gestionar respuestas institucionales; realización de jornadas para la movilización social en torno a la salud materno perinatal; en educación a la ciudadanía se aplican paquetes educativos en temas de salud materno perinatal, reforzando derechos y deberes, con el objetivo de empoderar a la comunidad en el tema; continuidad del trabajo con los grupos de apoyo social, generando vínculos y tejido a nivel

de la localidad. Aporta dentro de sus acciones al trabajo realizado por la transversalidad de Salud Sexual y reproductiva con las siguientes funciones:

- Desarrollo de Grupos Focales:

Con estos se pretende progresivamente, generar transformaciones en la forma de comprender, entender y vivir la realidad llevando a actuar conjuntamente en procesos de organización social. La construcción y gestión del conocimiento implica la sistematización de nuevas formas de entender los derechos sexuales y reproductivos los sentidos en la toma de decisiones en regulación de la fecundidad, la maternidad y los cuidados del recién nacido. A partir de lecturas contextuales, visualización de imaginarios colectivos, familiares e individuales, para pensar, comprender y actuar en torno a las acciones de mayor impacto en los determinantes sociales, "Sentidos de la maternidad y la paternidad", "identificación de barreras para el acceso a los métodos de regulación de la fecundidad", "reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos", "apropiación de los derechos sexuales y reproductivos", "1 y 2 demora en la atención según Deborah Maine". En el año 2009 se realizaron 2 grupos focales cada mes en los cuales se intervinieron 268 usuarios de la comunidad. Con el objetivo de desarrollar la autonomía de la población de la localidad 7° de Bosa. En el primer trimestre del 2010 se han realizado 2 grupos focales cada mes en los cuales se intervinieron 107 usuarios de la comunidad. Con el objetivo de desarrollar la autonomía de la población de la localidad 7° de Bosa.

- Unidades de Análisis de la Mortalidad o Morbilidad Severa Materna, Perinatal e Infantil:

En estas reuniones participan como valor agregado los siguientes colaboradores de la institución: Subgerente, Coordinador de SIRC, Oficina de Calidad, Oficina de atención al usuario, Coordinador de P y P, Vigilancia epidemiológica, Ref. de PDA de los ámbitos, líder de la IPS con la cual tuvo contacto la usuaria esto con el fin de realizar planes de mejoramiento dentro del proceso de acreditación y de esta forma tomar decisiones que promuevan la calidad de atención de nuestros usuarios y de esta forma aportar al cumplimiento de las metas a nivel distrital. Se realizaron dos jornadas de análisis de mortalidad materna perinatal con el enfoque de las cuatro demoras de Deborah Maine en donde se realizaron 3 análisis de mortalidad perinatal, 1 de muerte por ERA, 1 por muerte materna. En este trimestre se realizaron 4 análisis de mortalidad materna perinatal, en las cuales se evidencio presencia de las cuatro de moras por parte de la institución evidencia problemas en el acceso y la calidad en la atención en salud.

GESTIÓN LOCAL: RED SOCIAL MATERNO INFANTIL

Desarrollo de actividades con el fin de generar autonomía en la población de la localidad 7° de Bosa entorno a su salud sexual y reproductiva, basados en el reconocimiento y empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos. Con estos se pretende progresivamente, generar transformaciones en la forma de comprender, entender y vivir la realidad llevando a actuar conjuntamente en procesos de organización social.

El 93.3% de la población gestante, no participa en las diferentes actividades realizadas para la socialización de temas en salud sexual y reproductiva, existiendo debilidad en el empoderamiento de la política de salud sexual y reproductiva por parte de la población para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

La temática en ocasiones se presta para desarrollar actividades de tipo catedrático lo cual dificulta en desarrollo de la misma y la apropiación del tema por parte de la comunidad. El número de profesionales encargado para el desarrollo de las actividades es insuficiente con respecto a la población.

- Subcomité de Infancia:

En este se busca generar un espacio de diálogo entre actores institucionales y comunitarios con respecto a la relación materno - infantil a nivel local. En la participación en el subcomité de infancia se permite involucrar a las demás instituciones locales en la priorización de problemas en salud sexual y reproductiva. A este comité asisten: IDIPRON, SLIS, ICBF, SDIS, Casa de la justicia, CADEL, Comisaría de familia, diferentes fundaciones locales y la comunidad.

Dentro de las actividades realizadas se cuenta un recorrido por la UPZ occidental en los colegio San Bernardino, Kimy Pernia, Comedor comunitario, organización de la comparsa a desarrollar en la localidad en contra de la violencia, presentación del comité del niño trabajador, capacitación de IVE según la legislación Colombiana, intervención por la conmemoración de los 20 años de la declaración de los derechos de los niños y niñas. Se acompañó la entrega de la comisaría móvil en el sector dadas las altas cifras de violencia intrafamiliar en la localidad 7° de Bosa. Presentación del proyecto para la prevención, promisión y seguimiento a familias con violencia intrafamiliar, niños y niñas maltratadas en situación de mendicidad.

- Reunión Nodo:

A nivel local se realiza una reunión mensual del nodo local en la cual interactúan las diferentes instituciones que trabajan en pro de la política de salud sexual y reproductiva como: SDIS, ICBF, H PVI Bosa. Diseño de un formato que nos permita disminuir las barreras de acceso y mejorar el direccionamiento de la población a las diferentes instituciones.

- Foros Locales en Salud Materna Infantil:

Foro local sobre la situación de salud de los niños y las niñas, foro sobre la situación de la salud materna desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos y el enfoque de género, foro de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes. Para este se contó con la participación de 280 usuarios. En los cuales se identifico la problemática de las diferentes etapas de ciclo vital en relación a la salud sexual y reproductiva.

- Mesa Local de Sexualidad y Género:

Busca generar un espacio de diálogo entre actores institucionales y comunitarios con respecto al tema de sexualidad y genero a nivel local. La secretaría técnica fue llevada a cabo por el referente de SSR del ámbito IPS hasta el año 2009. Para este año la Secretaría Técnica está a cargo de la Referencia de la Red Social Materno Infantil de gestión local. Para este periodo estamos en la construcción del plan de acción.

- Sub Red de Servicios Sur Occidente:

Este espacio fue diseñado desde nivel central con el fin de integrar las acciones de los diferentes hospitales a nivel institucional pública y privada con el objetivo de mejorar la calidad en la atención en salud". Reuniones mensuales a nivel del grupo organizador y capacitaciones a los profesionales que trabajan en la atención materno infantil de los diferentes hospitales integradores de la Subred Suroccidente. Dentro de las actividades se realizaron iniciativas según focos: (Nutrición, regulación de la fecundidad, oferta de servicios, ambientes saludables.) acordados por la referente Distrital. Esta actividad se desarrolló en las instalaciones de la SLIS y se contó con la participación de 98

personas en su gran mayoría mujeres. Se logró la identificación y canalización efectiva de mujeres gestantes con necesidades urgentes en salud sexual y reproductiva. Se lleva a cabo la identificación y canalización de 30 mujeres gestantes con necesidades urgentes en salud sexual y reproductiva a programas del POS, Comedores comunitarios y SLIS.

- Grupo Funcional de Salud Sexual y Reproductiva:

En este se busca generar un espacio de diálogo entre actores institucionales con respecto al tema de materno infantil a nivel local. Basándonos en la política pública de salud sexual y reproductiva como eje orientador.

- Comité Materno Institucional:

En este espacio se desarrolla una reunión a nivel institucional en las cuales participan funcionarios a nivel directivo y operacional que permite tomar decisiones en pro de generar estrategias que permitan mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las familias de la localidad 7° de Bosa. En esta reunión se generan estrategias a nivel de capacitación, práctica y acompañamiento a los profesionales de la salud. Socializar el desarrollo de las rutas internas institucionales para el acceso a los servicios de las mujeres gestantes y los recién nacidos, los niños y las niñas: En esta intervención se da a conocer el portafolio de servicios a nivel del POS y PIC, y el proceso para acceder a los diferentes programas.

Tabla5: Planificación familiar

PLANIFICACION FAMILIAR																					
SEDE	PERSONA MAYOR		GENERO		INFANCIA		GENERO		ADOLESC. JOVEN		GENERO		JUVENTUD		GENERO		ADULTO		GENERO		TOTAL GENERAL
	>=60 años	M	H	0 a 9 años	M	H	10 a 18 años	M	H	19 a 26 años	M	H	27 a 59 años	M	H	M	H				
CABAÑAS	0	0	0	7	4	3	640	461	179	678	641	37	930	805	125						2255
CAMI	0	0	0	9	6	3	1083	803	280	1506	1467	39	1063	939	124						3661
CARBONELL	0	0	0	0	0	0	629	455	174	827	748	79	1099	961	138						2555
EL TOCHE	1	1	0	0	0	0	198	163	35	170	158	12	189	160	29						558
ESTACION	0	0	0	2	1	1	633	469	164	772	716	56	1275	1100	175						2682
GERIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0						1
JARDIN	0	0	0	0	0	0	209	58	151	261	12	249	232	33	199						702
LAURELES	0	0	0	4	4	0	533	380	153	827	753	74	1296	1129	167						2660
OLARTE	0	0	0	3	1	2	1054	389	665	719	104	615	1242	215	1027						3019
PALESTINA	0	0	0	1	1	0	580	469	111	857	810	47	831	742	89						2269
PORVENIR	0	0	0	2	1	1	696	462	234	679	637	42	815	708	107						2192
SAN BERNARDINO	0	0	0	8	3	5	302	84	218	420	13	407	370	34	336						1101
SAN JOAQUIN	0	0	0	0	0	0	242	49	193	351	16	335	379	34	345						972
URGENCIAS	0	0	0	1	1	0	169	169	0	553	553	0	154	154	0						877
Total general	0	0	0	37	22	15	6968	4411	2557	8620	6628	1992	9876	7015	2861						25504

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Oficina de mejoramiento. Informe de productividad. 2009

En el servicio de Planificación Familiar se atendieron en el año 2009, 25504 usuarios en el Hospital Pablo VI de Bosa. Estos datos corresponden al total casos atendidos en todas las unidades de atención de la ESE. Según la Etapa de ciclo vital, se registra atención y asesoría en planificación familiar a 9876 adultos de los cuales 7015 eran

mujeres y 2861 son hombres; en el ciclo vital Juventud se atendieron 8620 usuarios de los cuales 6628 eran mujeres y 1992 eran hombre. Adolescentes Jóvenes se atendieron 6968 de los cuales 4411 mujeres y 2557 hombres; Según la sede de atención se registra en CAMI 3661, UPA Olarte 3019, UPA Estación 2682, UPA Carbonell 2555, UPA Cabañas 2255 usuarios atendidos, UBA El toche 558, UBA El Jardín 702, UPA Laureles 2660, UPA Palestina 2269, UPA Porvenir 2192, San Bernardino 1101, san Joaquín 972

Según el territorio se registra en la UPZ Central 12405 usuarios atendidos, UPZ Porvenir 4447, UPZ Apogeo 3019, UPZ Tintal Sur 1101, UPZ Occidental 972. Los datos consolidados por cada UPZ van de acuerdo al número de sedes de la ESE que se encuentren dentro de la misma.

Tabla 6: Control Prenatal primera Vez

CONTROL PRENATAL PRIMERA VEZ				
SEDE	ADOLES. JOVEN	JUVENTUD	ADULTO	Total general
	10 a 18 años	19 a 26 años	27 a 59 años	
CABANAS	284	730	274	1288
CAMI	911	2496	1070	4477
CARBONELL	141	338	168	647
EL TOCHE	58	74	14	146
ESTACION	114	287	179	580
JARDÍN	40	103	40	183
LAURELES	70	176	119	365
OLARTE	65	200	87	352
PALESTINA	184	328	192	704
PORVENIR	352	914	378	1644
SAN BERNARDO	113	268	104	485
SAN JOAQUÍN	128	294	123	545
URGENCIAS		1		1
Total general	2460	6209	2748	11417

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Oficina de mejoramiento. Informe de productividad. 2009

En atención de control prenatal se registro en el año 2009, 11417 mujeres atendidas en el Hospital Pablo VI de Bosa. Estos datos corresponden al total casos atendidos en todas las unidades de atención de la ESE. Según el ciclo vital se registra 2460 mujeres Adultas atendidas, 6209 Jóvenes y 2460 Adolescentes Jóvenes. Según la sede de atención se registra 4477 personas atendidas en el Cami Pablo VI Bosa, UPA Porvenir 1644, UPA Cabañas 1288 , UPA Palestina 704, UPA Carbonell 647 ,UPA Estación 580, UBA San Joaquín 545, UBA San Bernardino 485, UPA Laureles 365, UPA Olarte 352, UPA El Toche 146 , UBA El Jardín 183.

En el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E, Primer Nivel de atención, se atiende integralmente la gestante por consulta Externa y en el CAMI se cuenta con el servicio gineco-obstetricia, lo cual permite dar una mejor respuesta a las gestantes de la localidad, con acciones que incluyen en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento; articulando la atención institucional desde una perspectiva transectorial, intersectorial y de participación social y comunitaria.

En primera instancia, el CAMI recepciona, identifica y atiende el mayor número de binomios de madre e hijos de la localidad. Contando con un servicio de Urgencias obstétricas, sala de relajación para nuestras maternas, sala de partos y hospitalización donde ingresan gestantes procedentes de IPS, UPAS, UBAS, SASC o voluntad propia.

De acuerdo al territorio se registra en la UPZ Central 6522 personas atendidas, UPZ Porvenir 2932, UPZ Occidental 545, UPZ Tintal Sur 485, UPZ Apogeo 352.

► PDA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Políticas, Objetivos y Metas:

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años. (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).
2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).
3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años. (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).
4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica - ERC. (Línea de base: por definir).
5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

ÁMBITO IPS:

Las enfermedades crónicas son seguidas e intervenidas a través del PDA del ámbito IPS a través de diferentes estrategias:

Desde la intervención del PDA de Enfermedades Crónicas se aporta a la construcción del informe de las 10 primeras de morbilidades por este tipo de enfermedades para determinar cuál es la primera causa de consulta en la institución. Se encontró que tanto para la adultez como para las personas mayores la hipertensión arterial fue el primer motivo de consulta en el año 2009. Las estadísticas son las siguientes: Adultez HTA 17%, hiperlipidemias 2%, gastritis 2%. Persona mayor: HTA 47%, EPOC 3%, diabetes 3%, hiperlipidemias 1%.

En cuanto a las acciones que se desarrollan desde el proyecto de desarrollo de la autonomía se encuentran: Visitas de asesoría y asistencia técnica en donde se aplica la lista de chequeo para evaluar la funcionalidad operativa y administrativa del programa en 12 IPS públicas. Las etapas en las cuáles se desarrollan es en adultez y persona mayor. Se realiza la actualización del plan de capacidades en donde se evalúa la actualización a los profesionales en cuanto al programa de enfermedades crónicas y actualización de matriz de actores en donde se busca con la articulación de entes internos y externos mejorar la calidad de atención a usuarios con patología crónica. Se actualizaron al 100% de los médicos que son referentes del programa en las 12 IPS. Seguimiento telefónico a

usuarios priorizados (con más de dos patologías crónicas, asistencia baja y con tensión arterial no controlada), y seguimiento telefónico a usuarios remitidos a II y III niveles de atención. Esta acción se empezó a desarrollar a partir del 2010 y se han seguido 197 usuarios priorizados, y 264 usuarios remitidos. Realización de planes de acción concertados con las IPS objeto de asesoría con el fin de buscar apropiación e implementación de los procesos y fortalecer la detección temprana de aparición de enfermedades Crónicas. Seguimiento a los mismos como estrategia para mejora continuamente en las actividades propuestas. Se trabajo con 12 IPS públicas. El Taller *Los amigos de PABLO VI* en donde se ejecutan actividades de promoción y prevención dirigidas a la población con patología crónica (HTA, diabetes, EPOC); este consta de 4 componentes que son: físico, educativo, lúdico y clínico.

La articulación con los diferentes componentes del PIC, a través del desarrollo de la matriz de actores y su correspondiente seguimiento, con el fin de conformar alianzas estrategias que permitan tener opciones para los pacientes con enfermedades Crónicas. En el 2009 82% de las articulaciones fueron desarrolladas. En el 2010 el 42% de las articulaciones se han desarrollado durante el primer trimestre. Realizar la recolección y consolidación de la información de las IPS públicas mediante la gestión de la información y presentación de informes trimestrales que dé cuenta de las metas planteadas para el manejo de usuarios con patología crónica 12 IPS objeto de asesoría. Se inicia en el año 2010 el acercamiento a organizaciones comunitarias para coordinar la sensibilización a comunidad y que sean actores fundamentales para la identificación de posibles casos de enfermedades crónicas y su correspondiente canalización al sistema de salud. Durante el primer trimestre se han sensibilizado 120 personas adulto: 40% y persona mayor: 60%.

ÁMBITO FAMILIAR:

Desde los programa para crónicos se trabaja con personas pertenecientes a las etapas del ciclo vital de adultez y persona mayor que tienen alguna condición de enfermedad crónica, sabiendo desde base que las enfermedades crónicas son aquellas que se desarrollan durante la vida y son silenciosas entre las que clasificamos para nuestro fin la hipertensión, la diabetes y el EPOC ya sean en sus niveles respectivos. El proceso que realizamos desde la estrategia salud a su casa es reconocer las personas con alguna condición de enfermedad crónica en nuestros 50 microterritorios. El cumplimiento de meta en el 2009 abarcado en la localidad de Bosa Fue de 3857, que acoge a población en general con alguna enfermedad crónica, de los cuales el 80 % son personas mayores, algunos hasta con dos diagnósticos de enfermedad crónica de manejo. Durante el primer trimestre del 2010 se observa que se le hizo seguimientos a 1098 crónicos de los cuales 869 son hipertensos y 229 diabéticos pertenecientes a los micro territorios de la UPA Palestina, estos se han canalizado a la UPA o a los distintos servicios de salud según la necesidad que, además hacen parte de los programas de crónicos del hospital Pablo VI de Bosa. Este grupo poblacional evidencia una adherencia a los programas con mayor satisfacción. Se caracterizaron 235 individuos de la etapa de ciclo vital persona mayor. En la UPZ 85 se caracterizaron 89, y en la UPZ 86 45 eventos y en la UPZ 87, 18 casos, en la UPZ 84, 59 casos, y en la UPZ 49, 24 casos. El apoyo de los diferentes grupos interdisciplinarios de manera organizada y programada nos permiten obtener unos mejores niveles de desarrollo de la enfermedad crónica y la distribución por agenda de profesional nos permite verse mas organizada.

► PDA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Políticas, Objetivos y Metas:

- Tasa de mortalidad e incidencia de paludismo.

- ▶ Tasa de prevalencia y mortalidad de tuberculosis.
- ▶ Ampliar el uso de medicamentos para VIH, tuberculosis y malaria.
- ▶ Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa progresiva.
- ▶ Reducción de las enfermedades transmisibles diagnosticada por lo menos el 70% de la incidencia estimada.
- ▶ Aumentar el 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva.
- ▶ Reducir en un 20% la mortalidad por tuberculosis que involucra a todos los ciclos vitales.
- ▶ Implementar la estrategia tratamiento acortado estrictamente supervisado por lo menos en el 50% de las localidades que integran el distrito capital.
- ▶ Mantener la prevalencia por debajo de 1 caso por cada 10.000 habitantes para cumplir con los compromisos nacionales e internacionales de eliminación de la lepra como problema de salud pública.
- ▶ Diagnosticar oportunamente y tratar el 100% de los casos importados de malaria, dengue, leishmaniasis y fiebre amarilla que provengan de zonas de transmisión.
- ▶ Reducir en 85% la mortalidad por malaria reducir los casos de mortalidad y dengue en un 80% reducir en un 45% la incidencia por malaria notificar al sistema de vigilancia todos los casos de las enfermedades transmitidas por vectores de vigilancia nacional e internacional que sean diagnosticados en el distrito capital.
- ▶ Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural para la promoción de estilos de vida saludable, búsqueda de sintomáticos respiratorios y de piel y prevención de las enfermedades transmisibles.

ÁMBITO IPS:

Se realizan acciones que van dirigidas a la detección, control y tratamiento de enfermedades transmisibles a través de diferentes actividades: Realización planes de acción concertados con las 30 IPS objeto de asesoría con el fin de buscar apropiación e implementación de los procesos y fortalecer la detección temprana de los eventos transmisibles. Seguimiento a los mismos como estrategia para mejorar continuamente en las actividades propuestas. Coordinar y gestionar acciones para el funcionamiento del programa nivel local a través de espacios de reunión con IPS locales para actualizar en las temáticas de interés del programa. Realizar la recolección y consolidación de la información de las IPS públicas y privadas de carácter local mediante la gestión de la información y presentación de informes trimestrales que dé cuenta de las metas planteadas para el manejo de usuarios con sospecha y diagnóstico de las enfermedades transmisibles. 30 IPS programadas para el 2009 y se llevó a cabo trabajo con el 100% de las instituciones con las que se desarrollan los planes de acción. Se ha realizado la programación requerida para dar continuidad a las actividades propuestas del programa de enfermedades transmisibles. Se realizó la programación de los planes de acción de acuerdo a lo concertado con cada IPS con el fin de fortalecer el programa en cada una de ellas.

Seguimiento a usuarios del programa con diagnóstico de enfermedades transmisibles para mejorar la adherencia al tratamiento a través de la realización de seguimientos telefónicos y visitas en el hogar a pacientes para mejorar condiciones de vida y salud.

Realizar articulación con los diferentes componentes del PIC a través del desarrollo de la matriz de actores y su correspondiente seguimiento con el fin de conformar alianzas estratégicas que permitan tener opciones para los pacientes con enfermedades transmisibles con mayor énfasis en tuberculosis.

Participar de espacios de capacitación con SDS que permitan fortalecer las habilidades y competencias del personal que trabaja la temática del programa a nivel institucional como mecanismo garante de aplicabilidad de normatividad vigente no solo a nivel PIC sino a nivel de los IPS intervenidas, así mismo sensibilizar al personal de salud sobre la estrategia ALTO a la Tuberculosis de manera que infieran positivamente en la atención de los usuarios de este programa.

Realizar la recolección y consolidación de la información de las IPS públicas y privadas de carácter local mediante la gestión de la información y presentación de informes trimestrales que dé cuenta de las metas planteadas para el manejo de usuarios con sospecha y diagnóstico de las enfermedades transmisibles.

Coordinar y gestionar acciones para el funcionamiento del programa nivel local a través de espacios de reunión con IPS locales con profesionales de salud, para actualizar en las temáticas de interés del programa.

Acercamiento a organizaciones comunitarias para coordinar la sensibilización a comunidad y que sean actores fundamentales para la identificación de posibles casos de enfermedades transmisibles y su correspondiente canalización al sistema de salud.

Coordinar los medicamentos al nivel central para realizar la correspondiente gestión de insumos a nivel local con las IPS que requieran de los mismos que permitan mejorar la accesibilidad de los usuarios con sospecha de enfermedad transmisibles en cuanto a insumos, horarios, papelería, realización de pruebas de laboratorio. Realizar la actualización de *kardex* que garantice el manejo idóneo de tales insumos.

Seguimiento a Canalización de pacientes diagnosticados para fortalecer los procesos de registro para remisión, y seguimiento pacientes con aseguradoras en las IPS públicas y privadas con funcionamiento a nivel local, acompañado de un seguimiento a la correcta administración de tratamiento.

Coordinar la vigilancia epidemiológica de los eventos transmisibles objeto de intervención mediante una adecuada coordinación con vigilancia epidemiológica, revisión de fichas de notificación, trabajo en revisión de bases de datos, la revisión y realización de visitas de campo de eventos notificados que aseguren la actualización periódica de bases de datos y la concordancia de la información de SIVIGILA distrital.

Actualización en forma periódica registro de información del programa que permita la concordancia óptima a nivel distrital con el sistema de vigilancia epidemiológica. 100% cobertura forma periódica en la institución.

Realizar asesoría y asistencia Técnica a las IPS definidas y concertadas con SDS donde se monitorea el funcionamiento de los programas objeto de la intervención desde la estructura, proceso y resultado, resaltando los aspectos operativos y conceptuales, mediante la aplicación de una lista de chequeo que evalúa la adherencia de las mismas al programa.

Realización de un diagnóstico local del programa donde se evidencia el trabajo desarrollado desde todo el contexto de interés del programa del año inmediatamente anterior y evidencia las fortalezas y oportunidades de mejora a desarrollar.

ÁMBITO FAMILIAR:

Desde la estrategia de Salud a su Casa las actividades del programa de Enfermedades Transmisibles se desarrollan a partir de la búsqueda activa de casos, casa a casa, búsqueda que se realiza en los 50 microterritorios caracterizados en la Localidad por parte de los Gestores de Salud. Posterior a la identificación del caso, los gestores realizan notificación del evento en el formato de notificación de eventos prioritarios, este formato se entrega al profesional de apoyo de cada equipo, el cual a su vez hace entrega al profesional encargado del programa desde la Estrategia Salud a su Casa. Esta notificación se entrega al Referente de Enfermedades Transmisibles del ámbito IPS quien es el encargado de verificar si el usuario se encuentra con tratamiento y seguimiento por parte del Hospital. Desde Salud a su Casa se continúan realizando seguimientos periódicos del usuario con el fin de evaluar adherencia programa, al tratamiento y asistencia periódica a los servicios de salud.

► SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN**Políticas, Objetivos y Metas:**

- ▶ Objetivo de Desarrollo del Milenio 1: Combatir el hambre y la desnutrición Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.
- ▶ Prevalencia de niños menores de 5 años de peso inferior a lo normal.
- ▶ Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (subnutrición).
- ▶ ODM 4: Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.
- ▶ ODM 5: Mejorar la salud materna: la nutrición de las mujeres en estado gestacional o lactantes son elementos claves en términos del mantenimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, ya que contar con los requerimientos de energía necesarios garantizar condiciones de salud tanto en la etapa de gestación como de crecimiento, lo que puede llevar a garantizar el cumplimiento de las metas en otros objetivos como la lucha contra enfermedades transmisibles, la igualdad entre los géneros y el logro de cobertura universal en educación básica primaria.
- ▶ La meta general de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas, sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.
- ▶ Política Pública Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SEGURIDAD ALIMENTARIA): Aumentar la cobertura de los niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles a 1.306.074 (acum.) en 2010. Línea de base: 1.006.640 en 2006 (acum.)
- ▶ Lograr que en los establecimientos educativos oficiales que atiendan mayoritariamente a la población pobre y vulnerable, según lo defina el SISBEN, se alcance la cobertura universal con programas de alimentación escolar en 2015.

- ▶ Mantener la cobertura de Adultos mayores beneficiados con complemento alimentario.
- ▶ Consolidar como mínimo una red territorial de seguridad alimentaria y nutricional en cada departamento a 2015.
- ▶ CONPES 091/2006: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.
- ▶ Reducir a 3% los niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad). Línea de base 1990: 10%.
- ▶ CONPES 113 /2008. Reducir a 7.5% las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria. Línea de base 1990: 17%
- ▶ Reducir la desnutrición global de niños y niñas menores de 5 años a 4.9% en 2010 y a 2.1% en 2015, a nivel nacional. Línea de base 7% en 2005.
- ▶ A 2011 monitorear la reducción de desnutrición global en niños menores de 5 años. (Línea de base: 9.3%. Fuente: ENSIN 2007).
- ▶ Reducir la desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años a 9.6% en 2010 y a 6% en 2015, a nivel nacional. Línea de base 12% en 2005.
- ▶ Disminuir la prevalencia de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años a 1% en 2010 y a 0.7% en 2015. Línea de base 1.3% en 2005. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- ▶ Reducir a 17 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 5 años
- ▶ Reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 1 año Reducir a 1 la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda
- ▶ Reducir a 23,7 la tasa de mortalidad en menores de 5 años, Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, Reducir a 9,9 la tasa de mortalidad de menores de 1 año, Reducir a 40 la tasa de mortalidad materna
- ▶ Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, Reducir a 7,5 el índice de desnutrición global en niñas y niños menores de 5 años, Aumentar a 6 meses el periodo de lactancia materna exclusiva.
- ▶ A 2011 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI.
- ▶ Cumplir por encima del 80% con los estándares de adherencia al programa materno infantil.
- ▶ A 2011 monitorear la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (Línea de base: 4.1 por cien mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2006.
- ▶ Reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 17 muertes por 1000 nacidos vivos. Línea de base 1990: 37.4 muertes por 1000 nacidos.

- ▶ Establecer al interior de los Ministerios de Protección Social, Cultura, Educación y del Instituto Colombiano del Deporte, planes, programas y proyectos orientados a la promoción de la actividad física y estilos de vida saludables.
- ▶ Las metas del Plan Nacional de Desarrollo, las cuales hacen parte del Plan Nacional de Salud Pública implican a 2011 aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años. (Línea de base: 26%. Y a 2011 aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años.
- ▶ Reducir a 3% los niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad). Línea de base 1990: 10% Línea de base 2006: 395.925 Meta 2010: 400.000. Reducir la desnutrición global de niños y niñas menores de 5 años a 4.9% en 2010.
- ▶ Reducir la tasa de mortalidad materna a 45 por 100000 nacidos vivos, reducir a 19.2% el promedio de gestantes con bajo peso en el 2010 y a 16.5% al 2015 a nivel nacional, línea de base gestantes con bajo peso 20.7% en 2005.
- ▶ Reducir la proporción de gestantes con obesidad en el 2010 a 6% y 4% al 2015. Línea de base gestantes con obesidad 7% en 2005,
- ▶ Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 14 muertes por 1000 nacidos vivos. Línea de base 1990: 30.8 muertes por 1000 nacidos.
- ▶ Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos (Línea de base 2006: 52.9 por cien mil. Fuente: SDS 2006).
- ▶ A 2011 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base 2005: 19.8 por mil nacidos vivos. Fuente: SDS 2006).
- ▶ Reducir la tasa de mortalidad materna a 40 por 100000 nacidos vivos
- ▶ Al 2011 se habrán generado procesos con participación social en salud en el 100% de los ámbitos de vida cotidiana.
- ▶ Al 2011 se habrán divulgado el 100% de las políticas de salud pública en espacios interinstitucionales, interinstitucionales, intersectoriales y comunitarios, desarrollar acciones de educación alimentaria y nutricional en 10 grupos o comedores comunitarios por semestre.
- ▶ Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años Tasa de mortalidad por desnutrición (x100.000 en niños y niñas menores de 5 años).
- ▶ Reducir a 7,5% la prevalencia de desnutrición global en niñas y niños menores de 5 años Prevalencia de desnutrición global en niñas y niños menores de 5 años.
- ▶ Aumentar a 6 meses el periodo de lactancia materna exclusiva Periodo de lactancia materna exclusiva.
- ▶ Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer tasa de bajo peso al nacer.
- ▶ Reducir a 20% en 2015 la anemia en niños y niñas menores de cinco años.

- ▶ Reducir el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional a 32% en 2010 y a 23.9% en 2015. Línea de base 37.6% en 2005.
- ▶ El lineamiento del programa de suplementación con micronutrientes define la meta: 18.000 niños y niñas en colegios y 4.000 en jardines.
- ▶ Reducir a 1 la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda:
- ▶ Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (x 100.000 menores de 5 años)
- ▶ Reducir a 23,7 la tasa de mortalidad en menores de 5 años Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 100.000 nacidos vivos)
- ▶ Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años Tasa de mortalidad por desnutrición (x 100.000 en niños y niñas menores de 5 años).
- ▶ Cubrir 734 sedes educativas con el Programa Salud al Colegio.
- ▶ Brindar alimentación a 685.000 estudiantes de colegios distritales con suministro diario de refrigerio.
- ▶ Suministrar 165.000 comidas calientes diarias a estudiantes de colegios distritales.
- ▶ Diseñar un sistema de seguimiento para evaluar y mostrar los resultados en términos nutricionales de los estudiantes de los colegios distritales.
- ▶ Capacitar a 20.000 actores de la cadena de abastecimiento para desarrollar prácticas que garanticen la calidad e inocuidad de los alimentos.
- ▶ La meta local para el 2009 fue realizar 15 visitas epidemiológicas de campo a recién nacidos con bajo peso, 51 visitas a menores de 5 años con déficit de peso, 33 visitas a gestantes con bajo peso gestacional.

Las Estrategias y programas nutricionales efectivos y la vigilancia en salud pública contemplan acciones como: Articulación de estrategias nutricionales de intervención con la inmunización y el manejo eficaz de las enfermedades prevalentes en la infancia, incorporando la participación comunitaria en su implementación. Diseñar mecanismos y promover la disposición oportuna y suficiente de insumos críticos para la atención, incluyendo medicamentos para el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario orientadas a mejorar las competencias de las familias en la prevención y manejo primario de las enfermedades diarreica, respiratoria agudas y el cuidado integral del desarrollo.

La meta general de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.

Esas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo.

Las metas del Plan Nacional de Desarrollo, las cuales hacen parte del Plan Nacional de Salud Pública implican:

- ▶ A 2011 aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años.

- ▶ A 2011 aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años.
- ▶ Teniendo en cuenta las metas de desarrollo del milenio se determina: Establecer al interior de los Ministerios de Protección Social, Cultura, Educación y del Instituto Colombiano del Deporte, planes, programas y proyectos orientados a la promoción de la actividad física y estilos de vida saludables. Como en el Plan de Desarrollo Distrital las metas nacionales no quedaron incluidas, será necesario que a través de los planes de los diferentes sectores dichas metas se desarrollen.
- ▶ En el Plan Distrital de Salud que recoge los proyectos del sector salud del Plan de Desarrollo, en el Programa Bogotá sana, se materializan los recursos en los ejes del Plan de Acciones Colectivas para contribuir con dos metas: 1. Incrementar la cobertura de acciones de promoción de actividad física en las personas de 18 a 64 años. 2. Diseñar e implementar un programa de promoción de actividad física en la población menor de 18 años.
- ▶ En el plan Decenal de Educación 2006- 2016 se establece la formulación y desarrollo de políticas intersectoriales y programas transversales que orienten la actividad física y los estilos de vida saludables, como condición inherente a los procesos de aprendizaje y al desarrollo cognitivo y humano de toda la comunidad.
- ▶ Desde el sector salud se determinó en el Plan Distrital de Salud la siguiente meta: “A 2012 haber implementado el programa de promoción de actividad física en los ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17 años de las veinte localidades del Distrito Capital.
- ▶ Existe una Política Distrital de deporte, recreación y actividad física 2009-2019 “Bogotá más activa” y plantea la necesidad de desarrollar acciones coordinadas durante los próximos 10 años e con el fin de fortalecer la educación para una vida activa.

COMPONENTE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL - SISVAN:

El Sistema De Vigilancia Alimentaria Y Nutricional –SISVAN– es un sistema que aporta información actual y oportuna sobre la situación alimentaria y nutricional de la población, focalizando hacia la más vulnerable. Además, es insumo útil para orientar las intervenciones de promoción y prevención y evitar la duplicidad de acciones, lo cual mejora la cobertura de los programas que buscan disminuir la desnutrición en el Distrito.²⁴⁶

La Vigilancia en Salud Pública a través del subsistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se encarga de la notificación, intervención y seguimiento a los casos de bajo peso al nacer, menores de diez años en bajo Peso/Talla y bajo peso gestacional. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD que son IPS públicas o privadas y los profesionales que atienden consulta de crecimiento y desarrollo, medicina general, consultas de control de prenatal, vacunación, encargadas del diligenciamiento de fichas de notificación mensual que aportan información para la actualización y seguimiento de la tendencia del estado nutricional de los tres grupos priorizados, el

246 SDS. Dirección de Salud Pública. Protocolo SISVAN. 2010.

correspondiente análisis y aporte para toma de decisiones en espacios institucionales e intersectoriales. Durante el 2009 se recibió información de 18 UPGD. Después de ingresar la información al sistema de información, la población se clasifica como niños con déficit de peso para la talla, riesgo de peso para la talla normal y sobrepeso. Se priorizan los niños y niñas menores de 5 años con déficit de peso para la talla. Se priorizan acciones en menores de cinco años y gestantes adolescentes y recién nacidos con bajo peso al nacer (menores de 2500 gramos con 37 semanas de edad gestacional de la Localidad de Bosa.

De acuerdo a la meta establecida por SDS se realizan Intervenciones Epidemiológicas de Campo IEC donde a través de la intervención nutricional inicial se busca identificar los determinantes relacionados con la desnutrición a través de estrategias de educación alimentaria y nutricional y remisiones a servicios de salud y apoyo alimentario. La intervención de control se realiza para evaluar ganancia de peso y efectividad la canalización a programas de apoyo alimentario y servicios de salud. Así mismo, se cuenta con un sistema interlocal y local de notificación de recién nacidos de bajo peso, estos casos son priorizados para intervención según su régimen de afiliación "FFD y EPS-S". Para fortalecer el funcionamiento del subsistema se realizan asistencias técnicas mensuales, a las IPS privadas y públicas para el fortalecimiento de la notificación a través de los formatos de captura de la ficha SISVAN. A su vez se sensibiliza a los profesionales de la salud en la detección temprana y oportuna de los casos de desnutrición clásica tipo Marasmo, Kwashiorkor o mortalidades por desnutrición. Se realiza capacitación en lectura e interpretación de los estándares de crecimiento y de la ganancia de peso en gestantes.

Se cuenta con una base de datos local donde se ingresan de manera permanente las fichas de notificación en las bases de menores de 10 años, gestantes, y recién nacidos. Esta base esté sujeta a depuración por un técnico en sistemas, nutricionista y epidemiólogo de Vigilancia en Salud Pública, quienes se encargan de garantizar la calidad de la información y elaborar los informes de situación nutricional de la localidad.

Al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se notificaron durante el 2009, 25028 niños menores de 10 años con déficit de peso para la talla, de los cuáles se intervinieron 453 a través de las IEC. El total de niños con bajo peso para la talla fue equivalente al 4.4% (1103) del total de niños y niñas notificados, logrando una cobertura del 41% (453) de los casos. En el caso de las gestantes el total de notificadas fueron 9.044, de las cuales el 40.1% (3622) fueron identificadas con bajo peso; logrando tan solo una cobertura del 8.5%, es decir 311 casos con IEC. Para los Recién nacidos de bajo peso se contó con una notificación de 280 casos con una cobertura del 42.8% (120).

AMBITO ESCOLAR:

Dentro Se realizó fortalecimiento e inducción a los Grupos de Apoyo de Vigilancia Nutricional, tamizaje nutricional en Colegios Centinela Fernando Mazuera, Claretiano, CAFAM Naranjos, Liceo San Pablo. Después de esta fase se realizó análisis de la información y presentación de resultados a la comunidad educativa. Trabajo articulado con la línea SAN para la elaboración e implementación del Plan de Intervención Colectiva en los colegios centinela.

- Toma de datos para vigilancia alimentaria y nutricional en colegios centinela elegidos en la localidad:

Operativos de campo valoración nutricional a escolares del grado preescolar a once comprendidos en edades de 4 a 18 años. Diseño y aplicación de encuestas, Socialización de resultados en espacios locales y de la comunidad educativa. Acciones en educación alimentaria y nutricional en el marco de los planes de intervención en los colegios centinela:

- Tamizaje nutricional:

Tamizado Nutricional a 11004 niños de primaria y bachillerato. Niños, niñas y jóvenes: El total de niños y niñas valorados de 6 a 9 años correspondió a un total de 4191 menores; en la etapa juventud se tamizaron 6810 jóvenes de 10 a 19 años. Realización de acciones en educación alimentaria y nutricional y Escolares: 319; Niños y niñas de preescolar: 158; Padres, madres de familia, docentes: 121. Aplicación de 578 encuestas de consumo a escolares. La valoración se realizó en la UPZ 85 o Central. La fase de Tamizado Nutricional se realizó en los Colegios Centinela Fernando Mazuera, Claretiano, CAFAM Naranjos, Liceo San Pablo.

- Promoción de alimentación saludable:

Junto con los docentes, se promueve desde temprana edad la importancia de los alimentos y la función que cumplen en el organismo. Para fortalecer el vínculo familiar se crean estrategias comunicativas que motivan al Padre de Familia a promover la alimentación en familia, manteniendo las buenas costumbres. También se desarrollan acciones con manipuladores de alimentos, teniendo en cuenta el interés de promover el consumo de alimentos saludables. Contando con el refrigerio y el almuerzo escolar que se les suministra a los estudiantes, se realiza un acercamiento a las tiendas y comedores escolares para fortalecer y mejorar el servicio que prestan a los niños y niñas, ya que este se constituye como el principal expendio de alimentos para la comunidad educativa. En la sensibilización con Padres de Familia se logra mejorar la capacidad de compra, la configuración de un buen ambiente y vínculo familiar a la hora de comer. Se informa la importancia de involucrar al niño en esta formación. A través de los encuentros de saberes con docentes en el momento de establecer un intercambio de conocimientos, actitudes y destrezas en principio, se actualiza y orienta al docente sobre temas que están involucrados con su salud y bienestar como: enfermedades prevalentes en el adulto, como evitarlas y controlarlas y actitudes de autocuidado. Va dirigido a las etapas de infancia y juventud, no obstante se ha trabajado también con docentes y padres de familia. Durante el año 2009 se abordaron 721 docentes formados, distribuidos en el territorio así: UPZ 85: 207, UPZ 84: 292, UPZ 86: 22, UPZ 87: 109 y UPZ 49: 91. Asimismo, el total de padres y madres sensibilizados fue de 2120: UPZ 85: 991, UPZ 84: 906, UPZ 86: 34, UPZ 87: 89 y UPZ 49: 100.

- Suplementación de micronutrientes:

Consiste en suministrar la suplementación con vitamina A a niños y niñas menores de cinco años de los jardines infantiles, y el suministro del sulfato ferroso a niños, niñas y jóvenes entre 6 y 14 años en colegios. Este proceso se desarrolló en 2 fases durante el año: la primera de Abril a Julio y la segunda de Agosto a Noviembre de 2009. Adicionalmente se desarrollaron acciones de información y sensibilización dirigidas a docentes y padres en la primera fase y actividad lúdica con obra de títeres a niños y niñas de la comunidad educativa en la segunda fase.

Se realizó el proceso con 28 sedes de colegios y 47 de jardines, se realizó socialización con padres de familia y docentes acerca del programa, objetivo, población objeto y metodología durante todo el año escolar, se inició la primera fase con una adherencia aceptable, que permitió el acercamiento a la población infantil y así mismo el impacto permanente a la salud y sus hábitos de vida cotidiana.

Un total de 22180 niños y niñas menores de 14 años fueron suplementados efectivamente con sulfato ferroso. En la localidad se suplementaron 17386 niños y niñas en colegios y jardines, de los cuales 8.858 son niños, y 8528 son niñas. Se realizó la suplementación con vitamina A a 4413 niños y niñas menores de cinco años de los jardines infantiles. Se adelantaron charlas informativas en los jardines a 315 docentes, a 1.461 padres de familia y, a través de obra de títeres, a 4.550 niños y niñas. En colegios se realizó el proceso de sensibilización a niños y niñas entre los 6 a 9 años con una cobertura de 12570 niños y niñas sensibilizados a través de diferentes dinámicas

establecidas en las instituciones educativas. Es así que los padres de familia y docentes sensibilizados para el segundo ciclo de infancia y juventud (comprendido entre las edades de 10 a 14 años, para el proceso de suplementación) fue de 3836 y 717 respectivamente. Jóvenes suplementados entre 10 y 14 años con una cobertura de 5.130, de los cuales 2.568 son niños y 2.562 son niñas.

- Fortalecimiento de la actividad física en el ámbito escolar:

Desde el ámbito escolar se está realizando la implementación de programas de actividad física dirigidos a los grupos poblacionales de las comunidades educativas, en los cuales se pretende incentivar la práctica de la misma como un hábito cotidiano y saludable que mejora la calidad de vida y salud de las personas a través de su práctica frecuente. Realizando sensibilizaciones en hábitos saludables, alimentación sana y formas cotidianas para la actividad física se pretende modificar los hábitos hacia prácticas cotidianas de Autocuidado que integradas a los currículos institucionales propendan por la modificación de conductas en docentes, estudiantes y padres de familia hacia la prevención de enfermedades crónicas derivadas del sedentarismo, la inactividad física y los hábitos incorrectos que se observan en la población objeto de las intervenciones, así como el uso adecuado del tiempo libre con fines de movimiento y productividad.

Para el año 2009 se acordó con las instituciones realizar un trabajo fuerte de sensibilización con los docentes y personal administrativo. Ya que la manifestación del sedentarismo y otras problemáticas asociadas son muy frecuentes, se hace importante lograr la concientización de la verdadera importancia de la práctica de la actividad física tanto a nivel personal e institucional. Se realizan encuentros con los estudiantes que los sensibilizan y motivan hacia la práctica de la actividad física con juegos recreo-deportivos, de manera que esto sea parte importante de su vida diaria, contribuyendo a desarrollar de forma directa e indirecta exigencias rutinarias en relación a esfuerzos cognitivos. Los encuentros lúdico-pedagógicos permiten abordar diferentes temáticas acerca de la importancia de la práctica de la actividad física articulando otros componentes como la línea 106, alimentación saludable, acciones promocionales.

Las instituciones educativas objeto de la intervención son aquellas a las cuales, en la planeación participativa, según la lectura de necesidades que se realiza en el inicio del año escolar, deciden adoptar el componente dentro del programa de salud al colegio, y por lineamiento de la SDS son el número de sedes a intervenir durante el año. El número de docentes que participan de las estrategias implementadas para el componente de actividad física son los correspondientes a las sedes que priorizan los encuentros y depende de la convocatoria realizada por la IED y la participación voluntaria de los mismos, los encuentros se ven afectados por las dinámicas institucionales y los tiempos para realizar los encuentros. Los estudiantes que participan del proceso no eran la población principal a intervenir durante el año 2009, para el cual se pretendía la inserción curricular de programas de actividad física iniciando con la sensibilización a docentes de las instituciones.

Se realiza formación en pausas activas, de manera que sean ellos quienes las dinamizan al interior de la institución. Se han creado estrategias comunicativas de información y educación para aumentar su conocimiento, motivación y apoyo hacia la participación de diferentes eventos relacionados con la actividad física. Se realizan encuentros de saberes con docentes que nos permiten abordar diferentes temáticas acerca de la importancia de la práctica de la actividad física en la educación y acciones de enseñanza-aprendizaje. Para ello se implementan encuentros lúdico-pedagógicos con los niños que nos permiten abordar diferentes temáticas acerca de la importancia de la práctica de la actividad física, y una alimentación saludable. También se crean estrategias comunicativas de información y educación para aumentar su conocimiento, motivación y apoyo hacia la participación de diferentes eventos

relacionados con la actividad física. El total de población que participó de la intervención fueron 980 docentes y 700 niños, niñas y jóvenes sensibilizados en 34 sedes.

La metodología empleada para los encuentros involucra la lúdica, el juego y la actividad física como medio importante para mejorar el aprendizaje y acrecentar la motivación de estudiantes y docentes en las aulas de clase, priorizando como mínimo 5 estrategias en cada institución educativa de las delimitadas por la SDS, con amplitud de temas de sensibilización en prácticas de cuidado cotidiano y actividad física, enfatizando en la frecuencia ideal para su práctica y la adopción de ésta como un hábito cotidiano y saludable.

ESTRATEGIAS AIEPI-IAMI-IAFI-ERA:

En ámbito escolar se intervinieron 2586 niños y niñas menores de 4 años, docentes de jardines y cuidadores. Se formaron 44 docentes de jardines de la SLIS como agentes comunitarios en salud, cubriendo a 11 jardines e indirectamente llegando a 2005 niños y niñas. se realizaron actividades de sensibilización e información con 537 cuidadores y cuidadoras usuarios y usuarias de estos jardines. A través de este proceso se ha orientado la organización de la atención infantil mediante la implementación y mantenimiento de las estrategias definiendo aspectos administrativos y técnicos que la fortalezcan.

En ámbito comunitario y Salud a su Casa (SASC) la cobertura de esta intervención debe relacionarse así: 12180 niños y niñas intervenidas de forma directa. 180 Agentes Comunitarios en salud formados (120 ACS nuevos y 60 de reentrenamiento). Se realizaron tres ciclos de capacitación en la Estrategia AIEPI Comunitario con promotores de salud a su casa, madres FAMI y líderes y lideresas comunitarias, con el fin de promover las transformaciones necesarias para la promoción de la salud y prevención y atención temprana de las enfermedades prevalentes de la infancia mediante actividades de abogacía, información, comunicación y seguimiento concertada con los Agentes Comunitarios en Salud.

Finalmente en IPS, El Hospital Pablo VI Bosa coordinó con ICBF y SDIS el plan de trabajo y acciones para prevención y manejo de la ERA a nivel de cuidadores, docentes, niños y niñas, padres y madres de familia. Se realizaron actividades educativas con relación a la prevención y manejo de enfermedades respiratorias a 527 cuidadores y cuidadoras, de igual manera actividades educativas con relación a la prevención y manejo de enfermedades respiratorias a 191 adultos cuidadores y cuidadoras de niños y niñas menores de 5 años en todas las UPZ de la Localidad.

Desarrollo del curso ERA para profesionales de salud (médicos, enfermeras y terapeutas respiratorios); se capacitaron a 82 profesionales en curso ERA. Se desarrollaron acciones de inducción y reinducción en las estrategias IAMI-IAFI-AIEPI-ERA con el 100% de colaboradores asistenciales, de apoyo y administrativos pertenecientes al Hospital Pablo VI Bosa, con la capacitación de 214 profesionales de los cuales 108 se les dio inducción y 106 reinducción alcanzando un promedio del 99.5% de cumplimiento.

La formación del talento humano asistencial nuevo de consulta externa y urgencias en las estrategias AIEPI, IAMI, IAFI y ERA es fundamental para garantizar que todo el personal conozca las estrategias; se capacitaron 19 profesionales en el primer ciclo y 18 en el segundo ciclo. Se realizaron visitas de asesoría y asistencia técnica en los 12 puntos de atención del Hospital Pablo VI Bosa aplicando las listas de chequeo y posterior semaforización de los hallazgos. Se realizaron durante el año 2009 6 visitas a cada punto de atención, a partir de la aplicación y análisis de las listas de chequeo del programa de crecimiento y desarrollo de las estrategias se logro una adherencia del 81%.

Desde la coordinación de las estrategias se elaboran Boletines trimestrales de la situación materno-infantil y de avance en la implementación de las estrategias para la ESE. Así también, se elaboró un informe trimestral de ejecución, seguimiento y evaluación del plan de acción de ámbito con plan de mejora.

Se lideró la jornada local del Mes Mundial de la Lactancia Materna con la participación de 300 madres gestantes y lactantes y niños y niñas menores de 5 años y adultos de todas las UPZ. En el año 2009 se realizaron dos ciclos de capacitación, dirigido a auxiliares de enfermería capacitando a 50 auxiliares de enfermería.

Toda la población capacitada es del ciclo vital adultez y se ha llegado a diferentes perfiles como son médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, informadores y facturadores, dirigido a cuidadores, personal de salud y de entidades públicas y privadas, a través de las siguientes acciones:

10512 niños y niñas intervenidas de forma indirecta. Se capacitaron 214 profesionales de salud de los cuales 108 se les dio inducción y 106 reinducción alcanzando un promedio del 99.5% de cumplimiento.

Se realizaron durante el año 2009 6 visitas a cada punto de atención, a partir de la aplicación y análisis de las listas de chequeo del programa de crecimiento y desarrollo y de las estrategias; logrando una adherencia del 81%. A partir de ello se ha contribuido en generar mejores condiciones de calidad, calidez y amigabilidad en la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población materna e infantil a través de la integración y fortalecimiento de las estrategias AIEPI-IAMI-IAFI-ERA.

ÁMBITO LABORAL:

- Estrategia Integrada de Promoción de Prácticas Alimentarias Saludables, Actividad Física, la Salud Mental y Entornos Saludables, para Trabajadores y Trabajadores en la Economía Informal:

Cuyo propósito fue contribuir a la promoción de condiciones favorables de vida y salud en la cotidianidad de las personas vinculadas a la Economía Esta acción se incluyó en el año 2010 con un total de 12 grupos a formar (6 primer trimestre y 6 segundo trimestre). Se incluye población trabajadora informal que ha tenido intervención desde al ámbito laboral en alguna de sus líneas de acción: integrantes de la asociación juvenil ACJ, de plazas de mercado CORPOBOC, de la comunidad muisca y las demás etnias. De este modo se ha acogido principalmente a la comunidad de las etapas de juventud, adultez y persona mayor del ciclo vital. Se realiza la Promoción de prácticas alimentarias saludables, actividad física y salud mental en 12 grupos de trabajadores y trabajadoras informales (120 personas) de la localidad de Bosa. 256 UTIS (número de trabajadores y trabajadoras informales de Bosa por etapa de ciclo) no fue posible establecer el número. 6 grupos integrados por 70 trabajadores y trabajadoras informales los cuales se encontraban distribuidos así: 24 jóvenes, 38 adultos y 8 personas mayores. Se han adelantado acciones en gran parte de la localidad, principalmente en las UPZ 84, 85 y 87.

AMBITO COMUNITARIO:

- Tú Vales:

Desde la estrategia TU VALES se implementan programas de promoción de actividad física, espacios libres de humo y el consumo de frutas y verduras en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. El programa TU VALES desarrollado en la localidad de Bosa por el Hospital Pablo VI, busca incentivar en la población el consumo de una alimentación balanceada, principalmente la inclusión en la dieta cotidiana de frutas y verduras. TU VALES se fundamenta en un modelo que incluye los componentes de información, comunicación, educación y soporte social enmarcados en un

enfoque de acciones basadas en comunidad. El modelo de TU VALES fue construido conjuntamente con las comunidades y evaluado en su efectividad a través de varias investigaciones, por ello se reconoce que es bien aceptado socialmente y tiene resultados favorables en las prácticas cotidianas.

El proceso de TU VALES parte de la identificación, acercamiento y concertación con grupos comunitarios, desarrollando posteriormente un total 23 sesiones de dos horas de duración cada una, en los componentes de alimentación, actividad física, espacios libres de humo y lidera cambios. En cada sesión se realiza una exploración de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de los participantes relacionados con las temáticas, conversatorios y discusión sobre aspectos conceptuales, y realización de actividades lúdicas y prácticas que permiten el desarrollo de habilidades con ejercicios como planeación de menús adecuados y económicos, realización de recetas. Este programa se desarrolla principalmente con mujeres cuidadores de hogar, madres comunitarias, FAMI y agricultores urbanos, buscando complementar las acciones educativas en las cuatro áreas con proyectos afines desarrollados a nivel local y distrital.

El componente de actividad física se desarrolla a través de 7 sesiones de Interacción con cada grupo, se realiza a través de metodología teórico-práctica, y se trabaja cada tema con los componentes de información, comunicación, educación y soporte social, los temas de cada sesión dan herramientas y alternativas conceptuales y técnicas para empezar a realizar la actividad física a través de diferentes actividades que se ajustan y /o adaptan al cotidiano y a las condiciones sociales, culturales y del entorno de la población intervenida. de la población intervenida.

El programa TU VALES se implementa exclusivamente con población del ciclo vital de adultez.

El programa “Promoción Del Derecho a la Alimentación Y Prácticas Alimentarias Saludables En Organizaciones Y Grupos Comunitarios”, se desarrolló con 1163 personas adultas de grupos y comedores comunitarios: 1007 mujeres y 156 hombres 152 personas, 42 hombres, 110 mujeres; participantes de grupos, programas y proyectos comunitarios desarrollados en la localidad en relación a algún eje de la SAN (ejemplo: tenderos, beneficiarios de comedores comunitarios, vendedores de plazas, consejeros zonales).

- Ámbito comunitario: muévete:

La propuesta desde este ámbito Implementar programas en el 2010 para grupos promotores de actividad física en todas las localidades, en jóvenes, adultos y personas mayores entre los 18 y 64 años, para el Distrito. El objetivo de esta intervención es construir o fortalecer procesos sociopolíticos para abogar por el mejoramiento de la calidad de vida y salud a través de la promoción de condiciones que faciliten la práctica de actividad física con colectivos de los territorios locales. Las acciones desarrolladas son fortalecimiento técnico a las organizaciones o grupos organizados en torno a los conceptos de actividad física, deporte, ejercicio, beneficios, determinantes, espacios públicos, deberes y derechos, normatividad, abogacía y liderazgo y promoción de la participación comunitaria; Establecimiento de planes o programas de acción en torno de la práctica de la actividad física; Acompañamiento y evaluación a eventos de promoción de la actividad física promovido por las organizaciones. Sistematización de la experiencia con las organizaciones durante el año.

Teniendo en cuenta que a través de otros programas como TU VALES, es clara la necesidad de trascender a otras esferas que permitan al individuo realizar procesos de autogestión y abogacía para facilitar la promoción de la misma (A.F.). Desde el Ámbito Comunitario se desarrolla una intervención en la Localidad de Bosa desde el año 2009 que tiene como objetivo Construir y/o fortalecer procesos socio políticos para abogar por el mejoramiento de la calidad de vida y salud, a través de la promoción de condiciones que facilitan la práctica de actividad física, con

colectivos de los territorios de las localidades del distrito capital. Se realizó el proceso con 3 organizaciones o grupos comunitarios. Las actividades de la estrategia MUEVETE se realizaron en los barrios: Rincón de San José, La Esperanza, Tropezón, La Amistad, El Palmar que corresponden a los territorios de las UPZ 85 Central, 84 Occidental y 87 Tintal Sur

- Promoción del Derecho a la Alimentación y Prácticas Alimentarias Saludables en Organizaciones y Grupos Comunitarios:

Se desarrollan acciones de formación e intercambio de saberes en organizaciones y grupos comunitarios relacionados con algún eje de la SAN en lo local, a partir de temáticas que promuevan el desarrollo de habilidades para el ejercicio del Derecho a la alimentación y la promoción de prácticas alimentarias saludables.

Entre los objetivos de estos modos de intervención pueden nombrarse: Hacer gestión social con actores comunitarios para mejorar la accesibilidad a alimentos saludables en el territorio. Desarrollar un proceso que integre los diferentes actores (cuidadoras de hogar, tenderos, vivanderos de plazas de mercado, unidades de servicio de atención alimentaria, programas de agricultura urbana, etc.) en el escenario comunitario que favorezcan condiciones alimentaria y nutricional; Desarrollar acciones de formación e intercambio de saberes en organizaciones y grupos comunitarios relacionados con algún eje de la SAN en lo local, a partir de temáticas que promuevan el desarrollo de habilidades para el ejercicio del Derecho a la Alimentación y la promoción de prácticas alimentarias saludables con adultos/as participantes de grupos, programas y proyectos comunitarios. El objetivo planteado de realizar educación alimentaria y nutricional a 1163 personas participantes de comedores comunitarios y organizaciones sociales. 1007 mujeres, 156 hombres. Las acciones son planeadas para la participación de toda la localidad, principalmente en las UPZ's 85 y 84. En relación a la estrategia de la transversalización del derecho humano a la alimentación se evidencia que el trabajo desarrollado con dos grupos de líderes y lideresas es insuficiente unido a que las horas dispuestas para el proceso pedagógico no permite construir un grupo consolidado y sólido que pueda movilizar y hacer justiciable el derecho.

- Promoción de la alimentación saludable en población materno infantil:

Se abordaron madres gestantes y lactantes jóvenes y adultas de Bosa intervenidas y desarrollo de actividades con el fin de generar autonomía en la población de la localidad 7° de Bosa entorno a su alimentación saludable, en población materno infantil basados en el reconocimiento de sus necesidades y dificultades en el componente alimentario. Con esto se pretende que progresivamente, se generen transformaciones en las prácticas alimentarias de la familia y comprender, entender la realidad y sensibilizar en conjunto sobre la relación costo beneficio de los alimentos en las diferentes etapas de la vida gestación, lactancia e infancia.

La participación es condicionada por el proceso de protocolo de atención de las gestantes y motivadas por regalos de empresas que acompañan en proceso con productos del cuidado del bebe. Otras madres, en su mayoría participan activamente en los encuentros de saberes desarrollando temas del interés de las madres, por la rotación de las madres en los grupos no se logra un buen grado de empoderamiento de los temas desarrollados, la ausencia del seguimiento de gestantes y lactantes hace difícil evidenciar un impacto en el bienestar de las madres y el recién nacido. El número de profesionales encargados para el desarrollo de las actividades es insuficiente con respecto a la población.

Teniendo en cuenta la brecha tan alta de la intervención, se evidencia la necesidad garantizar la intervención al total de la población o de al menos 80% de la población gestante de la localidad con el fin de desarrollar autonomía basados en la exigibilidad del derecho a la salud, alimentación y nutrición de las madres y sus hijos.

Aun siendo más importante dados los resultados de los indicadores de bajo peso gestacional y peso al nacer Lo cual hace necesario el aumento en el número de personal técnico y profesional para el desarrollo de esta actividad, y alcanzar una cobertura de mayor impacto. Las temáticas priorizadas por las gestantes y a SDS como son lactancia Materna, alimentación complementaria, alimentación adecuada familiar, sucedáneos de la leche materna y alimentación complementaria y manejo adecuado de la alimentación del niño enfermo. En ocasiones se presta para desarrollar actividades de tipo catedrático, dialogo de saberes la ausencia de evaluaciones finales dificulta la medición de la apropiación del tema por parte de la comunidad. Adicionalmente la baja periodicidad en las acciones de educación alimentaria y nutricional no permite evaluar el impacto de la intervención en las gestantes.

- Gestión social con actores comunitarios para mejorar la accesibilidad a alimentos saludables en el territorio:

Dentro de las actividades se encuentra: Diseñar estrategias e implementar acciones que promuevan de manera sostenible practicas alimentarias saludables en la población habitante en la localidad de Bosa por medio de procesos de concertación con los actores comunitarios e institucionales que intervienen en la accesibilidad de alimentos en el territorio. Identificar los diferentes actores y sus relaciones dentro de la oferta y demanda de alimentos en los territorios específicos y definidos dentro de la estrategia de Gestión Social Integral y Participación en la localidad de Bosa. Desarrollar un proceso que integre los diferentes actores (cuidadoras de hogar, tenderos, vivanderos de plazas de mercado, unidades de servicio de atención alimentaria, programas de agricultura urbana, etc.) en el escenario comunitario que favorezcan condiciones alimentaria y nutricional. Desarrollo de acciones de formación e intercambio de saberes en organizaciones y grupos comunitarios relacionados con algún eje de la SAN en lo local, a partir de temáticas que promuevan el desarrollo de habilidades para el ejercicio del Derecho a la alimentación y la promoción de prácticas alimentarias saludables. Reconocer capacidades, potencialidades y necesidades en relación a la accesibilidad de alimentos saludables en los territorios sociales. Identificar los temas convocantes para los diferentes sectores y actores por territorio, que favorezcan alianzas y generación de estrategias. (Sostenibilidad) Fortalecimiento de micro redes sociales y comunitarias para la generación de respuestas focalizadas que permitan mayor accesibilidad de alimentos saludables por la población. (Sostenibilidad) Diseñar estrategias e implementar acciones que promuevan de manera sostenible practicas alimentarias saludables en la población habitante en la localidad de Bosa por medio de procesos de concertación con los actores comunitarios e institucionales que intervienen en la accesibilidad de alimentos en el territorio.

Los grupos participantes en las acciones se ubican en todas las UPZ, estando concentradas en la UPZ Central y Occidental. Línea base: 1159 tiendas y supermercados existentes en las cinco UPZ, así: UPZ Apogeo 105, Bosa Central 460, Bosa Occidental 346, Porvenir 128, Tintal Sur 120; actores de la demanda 554269. 32 tenderos caracterizados actores de oferta (1159) y actores de la demanda (554269).

Entendiendo la determinación de brechas en salud: Este tipo de análisis es de corte cuantitativo, y permite hacer una comparación entre las acciones que se realizan en un periodo de tiempo con respecto a la población que podría ser objeto de la intervención ya sea porque cumple con los criterios de inclusión o está dentro del grupo de edad objetivo; entonces la brecha de la intervención se reporta sobre el 100%. Según el porcentaje de brecha del 100% esto evidencia no suficiencia en la intervención. La intervención es pertinente ya que responde al marco normativo nacional, distrital y local; el objetivo planteado en la línea técnica aporta a la política de SAN; sin embargo, la metodología planteada no es suficiente para lo que pretende.

AMBITO FAMILIAR:

- Visitas a familias de los microterritorios SASC:

La respuesta que se ha dado a través del ámbito familiar se enfoca en la identificación de las familias y los determinantes que influyen en su Seguridad Alimentaria y Nutricional, estableciendo las necesidades que sobre la misma se tienen con el fin de realizar gestión y abogacía con los distintos actores locales para dar una respuesta integral de acuerdo a las particularidades de las familias. De este modo se logra, además, la promoción y adopción de prácticas alimentarias saludables en los microterritorios, a través de las visitas realizadas a las familias por los equipos de SASC.

En la visita realizada se aplica un instrumento elaborado para identificar la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la familia, se brinda educación alimentaria y nutricional, se realiza demanda inducida a los integrantes de la familia que lo requieran y se gestiona la vinculación a programas de apoyo alimentario en la localidad. Al 30 % de las visitas se les realizó un seguimiento domiciliario por parte del profesional de los cuales surgieron 45 planes de mejoramiento para cada familia. Se realiza gestión transectorial liderada por profesionales de las distintas instituciones como SLIS, ICBF e IDIPRON, a través de las cuales se gestiona la vinculación a programas de apoyo alimentario a los usuarios que lo requieran pertenecientes a todas las etapas de ciclo vital.

Para profundizar en la construcción del conocimiento se llevan a cabo sesiones de capacitación en temas de alimentación y nutrición con los gestores de SASC, con el fin de replicar la información brindada por el profesional a las familias en los microterritorios de SASC a través de los seguimientos periódicos que realizan a las mismas. Las temáticas seleccionadas fueron: 1. Desnutrición, 2. Alimentación del escolar, 3. Hipertensión arterial, 4. Dislipidemias y Diabetes, 5. Obesidad y 6. Manipulación de alimentos. Se hizo acompañamiento en campo a 20 gestores de SASC: con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos y la habilidad para brindar información en alimentación y nutrición de acuerdo a las particularidades encontradas en cada familia.

En el 2009 la intervención de SAN hizo Visitas a 300 familias por parte del profesional en nutrición a partir de la notificación periódica por parte de los equipos de SASC, las intervenciones del ámbito familiar y demás ámbitos del PIC, principalmente escolar y vigilancia epidemiológica correspondiente a personas de todas las etapas de ciclo vital.

Las visitas se distribuyeron en la mayoría de los microterritorios de SASC de la localidad, sin embargo, aquellos en los cuales se llevaron a cabo la mayoría de visitas fueron: Nº 46 La Azucena (8,6 %), Nº 4 El Toche (7,7 %), Nº 50 Estación II (7 %), Nº 36 Palestina (6,3 %) y Nº 22 La Estanzuela (5 %), ubicadas en su mayoría en la UPZ 85 central, para un total de 152 visitas en la UPZ 85, En la UPZ 86 se intervino un caso en la UPZ 87 34 casos , en la UPZ 84 2 casos y en la UPZ 49 se intervinieron 5 casos.

GESTIÓN LOCAL:

Las acciones implementadas buscaron la participación y beneficio de los integrantes de cada una de las etapas del ciclo vital. El profesional de nutrición y dietética que pertenece al componente de Gestión Local se encuentra encargado de la secretaría técnica del Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Desde allí tiene que ejecutar las siguientes acciones: planear las sesiones según el plan operativo, realizar convocatoria y agenda, organizar las temáticas, favorecer el cumplimiento de los compromisos adquiridos y participar en los diferentes sectores y organizaciones. Además, dicho profesional promueve la construcción de conocimiento con los asistentes a este espacio local, pues éste se configura como un espacio de análisis donde se pretende generar información para la toma de decisiones a nivel local con respecto a la situación alimentaria y nutricional de la localidad desde

los cuatro ejes de la Política Distrital. Por lo cual se requiere avanzar en la mirada de los programas de apoyo alimentarios, en los proyectos relacionados, en las rutas de canalización, entre otros. La coordinación de las reuniones del grupo funcional de la transversalidad de SAN de la ESE está en cabeza de Gestión Local, desde donde se coordina la realización de agendas mensuales y las convocatorias, con el fin de dar cumplimiento al plan de acción, para el cual se incorporan los análisis de indicadores de SISVAN y los balances del plan operativo. Uno de los ejes fundamentales de la Gestión Local SAN es el fortalecimiento e implementación de la estrategia de movilización social por el derecho humano a la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional. Este fue un proceso pedagógico que se llevó a cabo con 4 grupos de líderes y lideresas de la localidad, al cual asistieron mujeres del programa FAMI, con quienes se aplicó y consolidó un instrumento de lectura de situaciones de INSAN, el cual permitió desarrollar acciones prácticas que aterrizarán el proceso formativo. Con respecto al proceso de formación con el grupo de Consejeros Zonales, se logró definir el conjunto de temáticas del proceso de formación, así como las acciones prácticas que desarrollarán, las cuales están dirigidas a procesos de agricultura urbana. Todos son adultos de grupos de madres FAMI, y concejeros y concejeras zonales.

Otra de las acciones desde el equipo de SAN es la tarea de aportar a la realización de la propuesta para la transversalización del Derecho Humano a la Alimentación, en la redefinición de los alcances y pertinencia de la propuesta en la que prima una afectación positiva de determinantes que dificultan la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos con base en el derecho humano a la alimentación y que además se articula con entornos saludables, vigilancia comunitaria, TU VALES y Movilización Social a través de la transversalización del derecho, por medio de la construcción de una propuesta de redes de producción y consumo de alimentos basadas en agricultura urbana y economía solidaria. Esta intervención está dirigida a los profesionales de la transversalidad de SAN. A nivel organizacional se contó, durante el 2009, con la asistencia de aproximadamente 20 personas por mes. Los asistentes pertenecen, en general, a la etapa del ciclo vital de adultez, entre los cuales se encuentran representantes de organizaciones como Multired Alimentaria, FUNDANELO y Construyendo Fortalezas. Asimismo se cuenta con participantes de comedores comunitarios, madres comunitarias, tenderos, profesionales de SDDE, SLIS, Fundación social, Alcaldía, IDIPRON, ICBF, DILE, UNAL. Las sesiones ordinarias se han realizado en la UPZ central (CADEL). 2 grupos de líderes y lideresas de 30 horas para crear estrategia de movilización. Hombres y mujeres lideresas de la localidad que trabajen el tema de seguridad alimentaria nutricional: Madres FAMI y concejeros zonales/. Población comunera de los cabildos muisca de Bosa, CIPRIC Calarcá y población afro. 13 Profesionales de nutrición, ciencias sociales y ingeniera de alimentos. Participación en espacios locales para realizar abogacía en el derecho humano a la alimentación. Comité de oportunidades, Red de mujeres trabajadoras, Red de vendedores informales, comité de adultez, mesas territoriales de calidad de vida y salud.

Las acciones han sido pensadas para lograr incidencia en la población, las instalaciones y las instituciones de toda la localidad que tienen vínculos con el tema de seguridad alimentaria. Los grupos participantes en la estrategia de movilización social son del Palmar, Llano Oriental y Estación, sectores pertenecientes a la UPZ 85, Bosa Centro. Las movilizaciones desde el Foro local se hicieron en las UPZ's 85 o Central y 87 o Tintal Sur.

Desde la transversalidad de SAN se participó con gran interés y aportes en los grupos técnicos de análisis por etapa de ciclo vital, en especial de infancia y adultez, en donde se aportó al núcleo problemático de accesibilidad y oportunidad, nivel de ingresos y acceso al sector productivo. A través del grupo funcional de la Transversalidad se ejecutó la construcción del consolidado de la respuesta institucional, teniendo en cuenta sus lineamientos y análisis basados en la pertinencia, la suficiencia, la integralidad y el déficit. De igual manera en estas reuniones se analizaron algunos de los indicadores de SAN; y con base en ellos se diseñaron propuestas teniendo en cuenta las

competencias y líneas de trabajo. Además de programar, se realizaron reuniones con referentes en torno al tema de canalizaciones y en busca de aportes a las etapas de ciclo vital.

- Mobilización social por el derecho humano a la alimentación:

353547 Población de Bosa entre 15 a 60 años, hombres y mujeres lideresas de la localidad que trabajen el tema de seguridad alimentaria nutricional / organizaciones sociales que trabajen en temas articulados a la SAN / comedores comunitarios que participan en los programas de SIS. Representantes de: Multired alimentaria, Fundanhelo, construyendo fortalezas, participantes de comedores comunitarios, madres comunitarias, tenderos, profesionales de SDDE, SLIS, Fundación social, IDIPRON, DILE, ICBF, Convenio UNAL.

En relación a la estrategia de la transversalización del derecho humano a la alimentación se evidencia que el trabajo desarrollado con dos grupos de líderes y lideresas es insuficiente, unido a que las horas dispuestas para el proceso pedagógico no permite construir un grupo consolidado y sólido que pueda movilizar y hacer justiciable el derecho. El sector salud debe mantener la secretaria técnica del comité local de SAN ya que esto permite desarrollar la ejecución de la política pública de SAN y articular interinstitucionalmente las acciones, lo que debe mejorar es el lenguaje común y el compromiso de todos los sectores públicos para poder avanzar en el cumplimiento de las metas que se relacionan con el tema alimentario y nutricional. La transversalización del derecho humano a la alimentación como forma de concienciación y movilización a los actores locales en vía a la gestión social integral.

Durante el año 2009 se participó en procesos de movilización social a través de la organización de la Semana de la Alimentación, realizada en octubre de 2009 y del foro local "Organizaciones comunitarias e instituciones hacia la consolidación de redes alimentarias locales". Se contó con la asistencia de más o menos 120 personas participantes de los comedores comunitarios al foro, y más de 200 a las movilizaciones, las cuales fueron 3 en total, y tuvieron despliegue en la UPZ Central, Tintal y Central. De igual manera se logró articulación intersectorial y comunitaria para la celebración de la semana ambiental y de la lactancia materna. Se realizó abogacía y posicionamiento político en espacios como el Comité de Oportunidades, encuentros étnicos, ferias de productividad y en el Foro Humedal Tibanica, en donde se ha vinculado el tema de SAN.

- Transversalidad Actividad Física:

La Dirección de Salud Pública ha adelantado un proceso de gestión a nivel distrital y local tendiente a la construcción de planes que articularan las acciones de diferentes sectores para la promoción de la práctica de la Actividad Física y participó activamente en conjunto con la Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte, en la construcción de una Política Pública Distrital de deporte, recreación y actividad física para 2009 a 2019, la cual permitió contar con lineamientos de acción para avanzar en la estructuración de diez planes locales de A.F, como insumos para la construcción da vigencia 2010 de un plan distrital que materialice los objetivos de la política. En el año 2010, se realizará la priorización de las alternativas distritales y locales a diez años. En este sentido la meta local propende la participación en el diseño y la operatividad de un plan local, con alcances relacionados con la generación de conocimientos, representaciones y prácticas sociales que favorezcan la recreación, la práctica de la actividad física y el deporte; propiciando que los grupos comunitarios organizados aporten cambios normativos y políticos del contexto local.

Se propenderá por que las instituciones y organizaciones sociales y comunitarias que son nodos de la red de AF y la deben constituir sean: Planeación local, Consejo local de Planeación, Secretaria de Cultura Recreación y Deporte y sus organismos adscritos, especialmente el Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDR, Departamento

Administrativo de Bienestar Social – DABS, Hospital E.S.E., Centro Administrativo de Educación Local - CADEL, Red de Docentes de Educación Física, Comités Locales de Deporte, Universidades, Redes de mujeres, Líderes comunitarios de diferentes grupos poblacionales como jóvenes, adultos mayores, mujeres, líderes deportivos, líderes de escuelas de formación deportiva, Centro Local de movilidad, Misión Bogotá, Policía comunitaria, Instituto de Desarrollo Urbano – IDU, Defensoría del espacio público, Organizaciones de Ecoturismo, Juntas de Acción Comunal– JAC, etc. Juntas Administradoras Locales, Delegados del Alcalde Local.

La práctica de Actividad Física en la localidad está mediada por el acceso a los espacios propicios para las practicas activas, derivado de la inseguridad, la escases de zonas verdes, equipamientos recreativos y deportivos, en las diferentes UPZ de la localidad, la falta de conocimiento sobre planes y programas relacionados con la práctica de A.F, que se ven reflejados en la falta de participación de la comunidad en los espacios en los cuales se promociona la práctica de la Actividad Física. Sumado a esto, se identifica la falta de conocimiento sobre los beneficios de la práctica de A.F y el desinterés generalizado por la adopción de hábitos saludables relacionados con la integración del movimiento en la cotidianidad del individuo; del mismo modo, se evidencia una relación del individuo con los mecanismos locales que existen para fortalecer dicha práctica en el entorno social.

La gestión local para la promoción de la actividad física busca realizar acuerdos intersectoriales, generar y fortalecer una red promotora de actividad física e incidir en las decisiones públicas, a fin de lograr respuestas transectorialmente construidas, para potenciar o modificar las condiciones ambientales y sociales que favorecen o limitan la vivencia de necesidades de calidad de vida y salud, de las poblaciones en los territorios de la localidad que son mediadas por la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte.

Para facilitar los procesos de gestión en torno a la promoción de las practicas activas, se promovió en la localidad de Bosa la conformación de la mesa local de Actividad Física que tiene como objetivo Desarrollar procesos de gestión y movilización social que concreten una respuesta integral a la problemática local en torno a la recreación, actividad física y deporte, la definición de acuerdos de sentidos compartidos para la construcción de planes locales, donde confluyen representantes de redes secundarias comunitarias y la red secundaria institucional. La Secretaria de Cultura Recreación y Deporte lidero el proceso de elaboración de los planes locales de deportes, recreación y Actividad Física a fin de concebir una agenda de gestión local decenal (2009- 2019), que tenga la fuerza de mandato ciudadano, sobre deportes, recreación, actividad física, escenarios recreo deportivos y parques para la Localidad de Bosa; que integre la participación distrital- estatal, la de la empresa privada, la de empresas de economía mixta, organizaciones no gubernamentales y la de la propia comunidad. Para esto la mesa local de actividad física, participo activamente donde los integrantes hacen parte del equipo técnico de este plan, para la elaboración de este plan también se contó con la participación de la comunidad y de diferentes sectores a nivel local. Este trabajo fue dirigido por la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte y la Universidad Pedagógica Nacional, donde los lineamientos y objetivos expresados en la política son base fundamental en la elaboración de los Planes Locales.

Primer Taller : Total participantes: 58 personas, Rangos de edad: de 14 a 63 años - De 14 a 16: 15 - De 17 y 18: 9 - De 19 a 26: 10 - De 27 a 35: 9 De 36 a 50: 11 De más de 51: 4, Organizaciones participantes: 20; Colegios (6): IED San Bernardino, IED Brasilia Bosa, Colegio Alfonso López Michelsen, IED El Porvenir, Colegio Fernando Mazuera (JT), Colegio Carlos Pizarro) Entidades distritales: 5: SCR D, IDR D, Hospital Pablo VI (Programa “Muévete Bogotá”, “Programa Tu Vales”), Dirección Local, Gerencia Mujer y Género Universidades: 1 Universidad Pedagógica Nacional, Organizaciones/ Colectivos sociales: 8 (CORPOSUR, FUNREC, Casa Claret, Comité de Etnias, Clubes deportivos, Pacto Juvenil, Consejo Local de juventud y Cabildo Muisca), Mesas de trabajo conformadas: 9

Segundo Taller: Total de participantes: 24 (no hay información que nos permita diferenciar por etapa de ciclo vital), Organizaciones participantes: 9, Colegios: 2 Colegio Brasilia y Colegio El Porvenir. Entidades distritales: 3.

Secretaría de salud (Hospital Pablo VI), I.D.R.D., Secretaría de Educación (Dirección Local). Universidades: 1 Universidad Pedagógica Nacional. Organizaciones/ Colectivos sociales: 3 Casa Claret, fundación Recrearte, JAC, NJ. Mesas de trabajo conformadas: 5

Tercer Taller: Total de Participantes: 33, Organizaciones participantes: 12, Colegios: 4 Colegio Brasilia y Colegio El Porvenir. Colegio Alfonso López Michelsen, Colegio Carlos Pizarro. Entidades distritales: 5. Secretaría de salud (Hospital Pablo VI), I.D.R.D., Secretaría de Educación (Dirección Local), Consejo Local De Juventud, Secretaría de cultura recreación y deporte. Universidades: 1 Universidad Pedagógica Nacional. Organizaciones/ Colectivos sociales: 2 Casa Claret, Solaris, Mesas de trabajo conformadas: 6

Cuarto Taller: Total de participantes: 25 organizaciones participantes: 9, Colegios: 1 Colegio Brasilia, Entidades distritales: 4. Secretaría de salud (Hospital Pablo VI), I.D.R.D., Secretaría de Educación (Dirección Local), Funrec, JAC, Universidades: 1 Universidad Pedagógica Nacional, Organizaciones/ Colectivos sociales: 4 Fundación ADPED Pasión fantasía 2008Fundación Cultural Chiminigagua, Asoc. Avanzar.

La estructuración funcional de la Mesa local de recreación, actividad física y deporte que se ha venido construyendo intersectorialmente en los espacios mensuales de reunión, ha sido un proceso lento y permanente, que ha trazado el rumbo de la mesa y de otros nodos, entre los actores que participaron activamente se encuentran: CADEL-CED, IDRD, MISION BOGOTA, ASOJUNTAS, CASA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE BOSA,

CONSEJO LOCAL DE DISCAPACIDAD, FUNDACION NUEVO AMANECER, HOSPITAL PABLO VI BOSA, CENTRO LOCAL DE MOVILIDAD.

Tabla 1. Educación Individual en Salud por Nutrición

EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR NUTRICION			GENERO	
SERVICIO	ETAPA DE CICLO VITAL	SEDE	F	M
EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR NUTRICION	PERSONA MAYOR (M =60 años)	CABAÑAS	9	4
	ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		24	7
	JUVENTUD (10-26)		28	6
	INFANCIA (0-9 AÑOS)		9	6
	TOTAL		70	23
	PERSONA MAYOR (M =60 años)	CAMI	7	5
	ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		35	12
	JUVENTUD (10-26)		39	6
	INFANCIA (0-9 AÑOS)		7	8
	TOTAL		88	31
	PERSONA MAYOR (M =60 años)	CARBONEL	4	3
	ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		11	8
	JUVENTUD (10-26)		10	3
	INFANCIA (0-9 AÑOS)		4	6
	TOTAL		29	20
	PERSONA MAYOR (M =60 años)	EL TOCHE	1	0
	ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		8	5
	JUVENTUD (10-26)		8	1
	INFANCIA (0-9 AÑOS)		2	5
	TOTAL		19	11
	PERSONA MAYOR (M =60 años)	ESTACION	7	7
	ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		18	10
	JUVENTUD (10-26)		19	4
	INFANCIA (0-9 AÑOS)		6	6
	TOTAL		50	27
	PERSONA MAYOR (M =60 años)	JARDIN	3	0
	ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		5	2
	JUVENTUD (10-26)		7	2
INFANCIA (0-9 AÑOS)	3		3	
TOTAL	18		7	
PERSONA MAYOR (M =60 años)	LAURELES	10	5	
ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		18	5	
JUVENTUD (10-26)		19	3	
INFANCIA (0-9 AÑOS)		5	6	
TOTAL		52	19	
PERSONA MAYOR (M =60 años)	OLARTE	8	5	
ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		13	7	
JUVENTUD (10-26)		13	6	
INFANCIA (0-9 AÑOS)		6	6	
TOTAL		40	24	
PERSONA MAYOR (M =60 años)	PALESTINA	6	6	
ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		15	6	
JUVENTUD (10-26)		10	4	
INFANCIA (0-9 AÑOS)		4	5	
TOTAL		35	21	
PERSONA MAYOR (M =60 años)	PORVENIR	13	8	
ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		26	10	
JUVENTUD (10-26)		28	7	
INFANCIA (0-9 AÑOS)		7	7	
TOTAL		74	32	
PERSONA MAYOR (M =60 años)	SAN BERNARDINO	4	4	
ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		17	7	
JUVENTUD (10-26)		26	7	
INFANCIA (0-9 AÑOS)		7	7	
TOTAL		54	35	
PERSONA MAYOR (M =60 años)	SAN JOAQUIN	5	3	
ADULTEZ (27 A 59 AÑOS)		18	5	
JUVENTUD (10-26)		23	5	
INFANCIA (0-9 AÑOS)		7	6	
TOTAL		53	19	

Fuente: Hospital Pablo Vi Bosa. Oficina de mejoramiento. Informe de productividad. 2009

Durante el año 2009 se atendieron 841 usuarios en el servicio de educación individual en salud por nutrición en el Hospital Pablo VI de Bosa ESE teniendo en cuenta que este servicio se prestó en todas las sedes de atención de la ESE. Se encontró que 221 de las usuarias eran gestantes y 5 usuarios hacían parte del programa PyP de TBC. De acuerdo al género se atendieron 581 mujeres y 260 hombres. Según la etapa del ciclo vital se atendieron 127

Personas Mayores de las cuales 77 fueron mujeres y 50 hombres. Dentro de la etapa de ciclo vital de juventud se atendieron 284 usuarios de los cuales 230 fueron mujeres y 54 hombres. En lo que se refiere a los adultos se atendieron 292 personas de las cuales 208 fueron mujeres y 84 fueron hombres y, finalmente para la etapa de ciclo vital infancia se atendieron 138 menores, de los cuales 66 fueron niñas y 72 niños.

La sede que registra mayor número de usuarios atendidos es el CAMI con 119 usuarios, seguido de UPA Porvenir con 106 usuarios, UPA Cabañas 93 usuarios, UBA San Bernardino 79, UPA La Estación 77, UBA San Joaquín 72, UPA Laureles 71, UPA Olarte 64, UPA Palestina 56, UPA Carbonell 49, UBA El Toche 30, UBA El Jardín 25.

Según la Distribución por UPZ se registra, 427 usuarios atendidos en la UPZ Central, 199 usuarios atendidos en la UPZ El porvenir, 79 usuarios atendidos en la UPZ Tintal, 72 usuarios atendidos en la UPZ Occidental Y 64 usuarios atendidos en la UPZ Apogeo. El número de usuarios atendidos por UPZ está directamente relacionado con el número de sedes o centros de atención de la ESE distribuidas por territorios, como es el caso de la UPZ central donde se encuentran ubicadas 7 centros de atención en salud y la UPZ el Porvenir donde se encuentran dos puntos de atención y son las UPZ que registran el mayor número de usuarios atendidos.

Tabla 4: Atención en crecimiento y desarrollo

ATENCIÓN EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
SEDE	INFANCIA	GENERO	
	0 a 9 años	M	H
CABAÑAS	1886	905	981
CAMI	1469	674	795
CARBONELL	946	458	488
EL TOCHE	70	27	43
ESTACION	751	321	430
JARDÍN	338	188	150
LAURELES	742	314	428
OLARTE	791	371	420
PALESTINA	1025	492	533
PORVENIR	1649	832	817
SAN BERNARDINO	510	282	228
SAN JOAQUIN	266	130	136
URGENCIAS	1	0	1
Total general	10444	4994	5450

Fuente: Hospital Pablo VI Bosa. Oficina de mejoramiento. Informe de productividad. 2009

En el servicio de Atención en crecimiento y Desarrollo, se registraron en el 2009 un total de 10440 usuarios atendidos en el Hospital Pablo VI Bosa. Este registro es el total de todos los usuarios atendidos en las unidades de atención de la ESE. Según los datos obtenidos por Etapa de ciclo y teniendo en cuenta que este servicio es exclusivo de para menores de 0 a 9 años de edad se registraron 4994 niñas atendidas y 5450 niños.

Según la sede de atención se registra en la UPA Porvenir 1649 menores atendidos, seguido de UPA Porvenir 1649, UPA Cabañas 1469, UPA Palestina 1025, UPA Carbonell 946, UPA Olarte 791, UPA Estación 751, UPA Laureles 742,

UBA San Bernardino 510, UBA El Jardín 338, UBA San Joaquín 266, UBA El Toche 70 y Urgencias 1 usuario atendido en este servicio.

De acuerdo al número de usuarios atendidos por Territorios se registra en la UPZ Central un total de 4590, UPZ El Porvenir 3535, UPZ Apogeo 791, UPZ Tintal Sur 510, UPZ Occidental 266. Este registro de usuarios por UPZ es proporcional al número de unidades de atención en salud del Hospital Pablo VI ubicadas por territorio, así en la UPZ central se cuenta con el mayor número de sedes de atención y es la que registra mayor número de usuarios atendidos en crecimiento y desarrollo.

4.2.3 PROGRAMAS BANDERA: ARTICULACIÓN PIC - POS

Como parte de la política institucional de responsabilidad social con la población de la localidad séptima de Bosa, la ESE ha venido ejecutando durante el 2009 unos programas especiales encaminados a dar una respuesta integral a las necesidades en salud priorizadas con la comunidad, cuya intervención articula las acciones tanto asistenciales como de salud pública. La proyección de estos programas va encaminada a ofrecer respuestas a la población, que por causas de cobertura del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), no alcanzamos a brindar la oportunidad de nuestros servicios en salud.

SALUD AL COLEGIO

UPA CABAÑAS

El Hospital Pablo VI, basado en los principios de coherencia, integralidad, equidad, participación, corresponsabilidad, solidaridad y sostenibilidad del programa “Salud al Colegio”, y en su experiencia local, evidencia la necesidad de fortalecer en la localidad el programa Salud al Colegio a través de la construcción de un programa bandera institucional integral que permita la articulación entre las acciones colectivas (promocionales y preventivas) y las acciones individuales (preventivas-asistenciales) en salud en busca de mejorar la calidad de vida, educación y salud de las comunidades educativas de la localidad.

En el marco internacional el programa se fundamenta en la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio apuntando a los objetivos: Reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades, Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

En el marco nacional el programa se fundamenta en el Plan Nacional de Salud Pública Decreto 3039 de 2007 en la línea de promoción de la salud y calidad de vida, estableciendo como prioridades nacionales: la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental y las lesiones violentas evitables, las enfermedades transmisibles, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente.

En el marco Distrital El programa SALUD AL COLEGIO, se encuentra fundamentado en el del Plan de Desarrollo del Distrito Capital 2008-2011 “Bogotá Positiva: para vivir mejor”, bajo el objetivo estructurante de ciudad de

derechos, el programa “Bogotá Sana” que busca garantizar el derecho a la salud a través de un enfoque de promoción, prevención y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, teniendo en cuenta los principios de Coherencia, Integralidad, Equidad, participación, Corresponsabilidad, Solidaridad, Sostenibilidad.

► **Objetivos**

- Fortalecer la articulación de las actividades colectivas e individuales desarrolladas por el Hospital, con el fin de potencializar la efectividad de las acciones, del recurso humano y de los resultados.
- Promover la salud y calidad de vida en las comunidades educativas de la localidad desarrollando procesos en promoción y prevención, dirigidos a fortalecer y consolidar una cultura de salud.
- Apoyar los procesos y prácticas pedagógicas de las instituciones educativas para promover la construcción de prácticas, valores y saberes favorables a la protección y cuidado de la vida y la salud.
- Gestionar recursos para fortalecer el programa local Salud al Colegio, que permitan avanzar en el acceso de las comunidades educativas al programa.

PROGRAMA BANDERA: PROTEGIENDO LA VIDA EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL

CAMI PABLO VI BOSA

El Hospital Pablo VI Bosa E.S.E, atiende integralmente la gestante por consulta Externa y el CAMI cuenta con el servicio gineco-obstetricia y un equipo humano competente, sensible y comprometido, lo cual permite dar una mejor respuesta a las gestantes de la localidad, con acciones que incluyen promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, articulando la atención intrainstitucional en una perspectiva transectorial, intersectorial y de participación social y comunitaria.

En primera instancia el CAMI recepciona, identifica y atiende el mayor número de binomios de madre e hijos de la localidad. Contando con un servicio de Urgencias obstétricas, sala de relajación para nuestras maternas, sala de partos y hospitalización donde ingresan gestantes procedentes de IPS, UPAS, UBAS, SASC o voluntad propia.

El programa bandera “Protegiendo la vida en la atención Materno Infantil” tiene como objetivo brindar una atención integral con captación temprana en el proceso de gestación, identificando riesgos relacionados con el embarazo con el fin de intervenir de manera asertiva y oportuna, logrando la ocurrencia de partos y nacimientos en óptimas condiciones y un adecuado desarrollo de los niños de la localidad.

En el Hospital Pablo VI Bosa, cumplimos la normativa y los lineamientos legales de las gestantes dados por el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Salud de Bogotá, en acorde con las disposiciones de la Alcaldía Distrital, a continuación presentamos las normas para la población gestante:

► **DERECHOS DE LAS GESTANTES Y MADRES EN EL SGSSS**

- Constitución Política de Colombia
- Ley 100 de 1993 y su Reglamentación
- Ley 972 de 2005 Atención de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.
- Decretos 1011 y Res.1043, 1445 y 1446/2006 Garantía de la Calidad
- Decreto 4444 de 2006 Resolución N° 4905 de 2006
- Acuerdo 350 y 356 de 2007
- Ley 1122 de 2007 Reforma del SGSSS
- Decreto 3039 de 2007 Adopta el Plan Nacional de Salud Pública
- Resolución 769 de 2008 Adopta las Normas de Planificación Familiar

► **Propósitos:**

- Lograr adherencia al programa por parte de la población gestante de la localidad de Bosa.
- Controlar y vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo bio-psico-sociales que incidan en el mencionado proceso, a través de la consulta y seguimiento periódico de las gestantes que ingresan al programa.
- Ofrecer educación personalizada y/o colectiva a la pareja y la familia de la gestante, que permita iniciar un vínculo afectivo adecuado y determinar factores de riesgo, permitiendo un desarrollo positivo de la gestación.
- Realizar a todas las gestante Accesoría en Planificación Familiar durante y después de su proceso de gestación, con el fin de evitar nuevos embarazos.
- Fortalecer las capacidades y conocimiento de los profesionales involucrados con la atención materno perinatal y niños a través de capacitaciones continuadas.
- Contribuir al trabajo conjunto en Red Sur Occidente, en pro de la calidad en la atención de la gestante.

PROGRAMA BANDERA: PROMOVRIENDO EL BUEN TRATO PARA MANTENER LA SALUD MENTAL

UPA CARBONELL

Entre los antecedentes de la historia de las violencias en Bosa, se observa como la aglomeración de diferentes etnias, culturas y normas sociales surgidas del desplazamiento forzado, la falta de satisfacción de las necesidades primarias, el hacinamiento, la reorganización familiar, la pérdida de autoridad de los protectores, la falta de compromiso en asumir los roles moderadores de la conducta de los niños y niñas, entre otros factores han ido construyendo en nuestra localidad hogares permisivos y descuidados generando un incremento en la violencia

pasiva como la negligencia y posteriormente al crecer los hijos se utilizan mecanismos más agresivos ocasionando el maltrato físico para tratar de contener el comportamiento generado tras años de permisividad en la mayoría de estas situaciones.

en procura de mejorar las condiciones de vida de los habitantes de la localidad de Bosa, el Hospital Pablo VI Bosa plantea a través del desarrollo de programas y proyectos que vayan mas allá de la prestación de servicios asistenciales de salud, dar respuesta a las realidades de la comunidad enfocando su accionar en la articulación e integración de acciones desde lo promocional, preventivo, asistencial y en el trabajo intersectorial.

El objetivo del programa bandera “Promoviendo el buen trato para mantener la salud mental” es disminuir el impacto que tienen las problemáticas de violencias en la población de la localidad y de esta manera mejorar la calidad de vida de estas personas, sus familias y la comunidad, generando un entorno de bienestar que le permita al individuo el adecuado desarrollo de su autonomía.

La población objeto son las personas de la localidad de Bosa afectada por problemas de violencia que haya sido identificada a través de atención directa (consulta), visitas familiares por grupos de SASC y/o a través de notificación

► **Acciones**

- Desarrollo de actividades dirigidas a usuarios y colaboradores de la UPA Carbonell, tendientes a promover el buen trato con el fin de disminuir las manifestaciones de violencia.
- Realización actividades colectivas tendientes a promover el buen trato en las familias de usuarios intervenidos por esta problemática.
- Dar respuesta a casos identificados de violencia en la localidad a través de atención terapéutica
- Realizar gestión con instituciones que atienden problemática relacionada con violencia s en la localidad con el fin de trabajar articuladamente y poder brindar una respuesta efectiva a la comunidad.
- Medir el conocimiento de la Línea 106 por parte de los usuarios de la UPA Carbonell
- Identificar la recordación de los TIPS del Buen Trato por parte de los usuarios de la UPA Carbonell
- Identificar la adherencia de familias intervenidas por casos de violencia a terapias grupales
- Canalización de casos intervenidos por SIVIM

PROGRAMA BANDERA: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y DISCAPACIDAD

UPA ESTACIÓN

Los preceptos adoptados y adaptados por el equipo Distrital y Local de la transversalidad de discapacidad de la SDS en coherencia con el enfoque de derechos frente a la discapacidad desde el enfoque de rehabilitación Institucional y la Rehabilitación Basada en Comunidad, tiene como fin contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en situación de discapacidad y de su entorno mediante el ejercicio de la ciudadanía bajo los principios de equidad, autonomía y participación con un sentido democrático, para de esta manera, facilitar la inclusión y la participación de la población en situación de discapacidad en todos los ciclos vitales.

La Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, es una iniciativa de origen comunitario, que surge ante los déficits de respuesta de los Estados frente a las necesidades de las personas en condición de discapacidad. En Bogotá, se asume como una estrategia de acción dialógica entre el estado, la comunidad y las personas que mira hacia el desarrollo social desde la perspectiva del sujeto de derechos y la esencia de la participación social como eje del desarrollo de las personas y los pueblos.

La rehabilitación institucional o funcional se refiere a una estrategia que tiene como centro de actuación la persona con discapacidad, su familia y su entorno en un ambiente institucional; a su vez la OPS (1998), define la rehabilitación como el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, físicos, psíquicos, educacionales, sociales, profesionales y ocupacionales, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como las medidas que busquen prevenir la discapacidad.

El objetivo general del programa bandera “Estimulación temprana y discapacidad” es Contribuir a la integración social de las personas con discapacidad de la localidad de Bosa a través de diferentes intervenciones a nivel individual y colectivo; fortaleciendo el desarrollo de la autonomía, el ejercicio de los derechos y así aportar al mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

La Población objeto son personas en condición de discapacidad y en riesgo de esta en todas las etapas de ciclo vital: niños, niñas, jóvenes, adultos y persona mayor de la localidad de Bosa y sus familias.

Marco Normativo

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad celebrada en Agosto de 2006 en la sede de las Naciones Unidas, establece el compromiso y la puesta en marcha de políticas, leyes, medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos y la abolición de las leyes, costumbres y practicas de discriminación hacia la población con discapacidad.

El Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007), en su enfoque poblacional considera a la discapacidad como una de las poblaciones a intervenir de manera individual y colectiva. En el objetivo seis relacionado con disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades propone promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables e identifica como meta disminuir la prevalencia de la discapacidad en el país, teniendo como línea de base el 6,4% de prevalencia identificado en el Censo – Dane, 2005.

En el plan de desarrollo Bogotá Positiva se propone Bogotá como escenario de acciones políticas integrales que acompañan la construcción de proyectos de vida, donde el libre desarrollo de la personalidad sea compatible con la formación e inserción laboral de los individuos, como garante de bienestar para las familias. El Distrito Capital se fortalece como espacio ciudadano de defensa de lo público donde concurren el desarrollo económico con lo social y lo ambiental, hacia un modelo sostenible de ciudad, responsable con los habitantes de hoy y del mañana.

La Política Publica Distrital de Discapacidad contempla dos propósitos fundamentales: la promoción de la calidad de vida y la inclusión de la persona con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadores; mediante la definición de cuatro dimensiones que promueven, restituyen y garantizan el ejercicio de los derechos: Dimensión de Desarrollo de Capacidades y Oportunidades, Dimensión de Ciudadanía Activa, Dimensión Cultural Simbólica, Dimensión Entorno, Territorio y Medio Ambiente.

PROGRAMA BANDERA: COMUNIDAD EN ACCIÓN

UPA EL JARDÍN

La plataforma estratégica institucional 2009 – 2012 del Hospital Pablo VI Bosa plantea seis políticas fundamentadas en la responsabilidad social, una de ellas es la relación con usuarios y comunidad, por lo que el problema planteado se relaciona con el desempeño de la institución de manera transversal a partir de los lineamientos de Participación y Servicio al Ciudadano.

- Coordinación con la Alcaldía Local, Dirección Local de Educación, Unidad de Salud pública del Hospital PABLO VI Bosa, Centro Zonal ICBF, Centro Operativo Local SIS, COPACO.
- Fortalecimiento de consejos zonales comunitarios como apoyo a APS, en los microterritorios donde se implementa salud a su hogar.
- Proyectos de ámbito comunitario PAB 2006 – 2007.
- Proyecto “FORTALECIMIENTO DE LA CIUDADANÍA DEN LOS TERRITORIOS DE APS” ejecutado en el año 2007 en la localidad de Bosa con recurso del fondo de desarrollo Local 2006.
- Proyecto “FORTALECIMIENTO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD EN LOS MICROTERRITORIOS DE SALUD A SU CASA, ejecución año 2009, recursos 2008. BOSA en ejecución actual.

El Objetivo del programa bandera “COMUNIDAD EN ACCION” es Fortalecer la acción comunitaria: por medio del empoderamiento del individuo y de los colectivos para la movilización social y el ejercicio de la ciudadanía. Esta acción comunitaria o participación integral es entendida como: ‘Un proceso de movilización por medio del cual la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones (técnicos) identifica (concilie), prepara (planea, organiza), ejecuta (dirige, controla) y evalúa proyectos de y para su desarrollo”.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

- Realización de sesiones a de asesoría y apoyo técnico, donde participan (Consejos zonales y COPACO) para la exigibilidad del derecho, la autonomía y el ejercicio responsable de la ciudadanía en salud en la localidad séptima – Bosa. (Ver FORMATO PE-02).
- Actualización de planes comunitarios, determinando las necesidades actuales, favoreciendo y priorizando acciones en pro del bienestar comunitario con especial énfasis en proyectos productivos. (Ver FORMATO PE-02).

- A nivel de los planes comunitarios, es importante tener en cuenta que esta actividad es desarrollada de acuerdo a las necesidades, las cuales son determinadas por cada consejo zonal Y COPACO en el transcurso de su ejecución. (se anexa Ejemplos de posibles talleres de capacitación)
- Implementación un proceso de acompañamiento y Asesoría que genere en los consejeros zonales acciones para lograr el reconocimiento formal por sus comunidades e instituciones. (Ver FORMATO PE-02).

► **FASES DEL PROCESO:**

FASE 1:

El proceso parte inicialmente del ejercicio de convocatoria, a las personas para integrar los consejos zonales comunitarios conformación de grupos, inducción al proceso, proceso de matrícula.

FASE 2:

formación y capacitación a los líderes, como ejercicio de recuperación histórica del barrio o barrios que componen el microterritorio, a partir de un trabajo conjunto de investigación por parte de los líderes comunitarios de material documental escrito, videos, entrevistas, artículos, registros fotográficos y para algunos casos su experiencia propia de la conformación y evolución de sus barrios.

FASE 3

Corresponde al proceso de cartografía social, que incluye un trabajo de georeferenciación local, identificación de generalidades a nivel distrital, ubicación de la localidad, UPZ, límites, cuerpos y fuentes de agua, vías de acceso, infraestructura de servicios públicos, zonas verdes, recreativas, respuesta social, entre otros y fortalecer de la misma forma la identificación y reconocimiento de sus redes sociales entre otros,

FASE 4

En esta fase se inicia con el proceso de elaboración y formulación de planes de acción conjuntos por microterritorio, donde a partir del diagnóstico se establecen necesidades o problemáticas y se definen los pasos a seguir con las instituciones que hacen parte de la red, definir el trabajo de cada uno de ellos y las acciones a ejecutar, a partir de esa identificación se avanza en la construcción de alternativas de solución de acuerdo a lo que cada microterritorio plantea como necesario y prioritario. posteriormente y adicional al proceso se realiza el seguimiento a todas las acciones planteadas y sobre las mismas se construyen las alternativas para cada microterritorio.

PROGRAMA BANDERA: RINCON DEL JOVEN

UPA LAURELES

El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normatizados en las Resoluciones 412 y 3384 de 2000. Sin embargo, aplicar el concepto de servicios amigables desarrollado en el capítulo anterior requiere que también lo enmarquemos en la atención y prestación de servicios con calidad. Es necesario que todos los actores involucrados en la producción de servicios de salud se sientan motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad. Es cierto que existen estándares de calidad y que la misma ha sido ampliamente reglamentada, pero no hay duda de que se trata de una característica de valoración subjetiva, que se obtiene únicamente si quien provee el servicio o producto le imprime esa cualidad

Un servicio de salud amigable constituye una “forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud”. Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes y jóvenes) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y **promueve** alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos

El Objetivo General del programa Bandera “RINCON DEL JOVEN” es implementar procesos participativos, ejercicio de ciudadanía y promoción de los derechos fundamentales, con énfasis en el derecho a la salud, definidos en la política pública de los y las jóvenes, y a partir de la generación de un espacio permanente de encuentro, en el marco de la Estrategia promocional de la calidad de vida y salud.

► POBLACION OBJETO

La Población objeto son personas en etapa de ciclo vital juventud 10 – 26 años. Las estrategias serán focalizadas desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y rehabilitación. Y el trabajo de articulación transectorial e Intersectorial.

► Oferta de servicios integrales

- Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.
- Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.

► Organización de servicios de extensión

- Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.
- Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.
- Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.
- Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.

- ▶ Este componente involucra tres niveles: participación juvenil, coordinación intra e intersectorial y participación social y comunitaria:

1. Accesibilidad geográfica e infraestructura Sin diferenciación específica Se comparte la infraestructura con el servicio de salud, pero tiene espacio exclusivo para adolescentes Es un espacio físico independiente; por sí mismo puede conformar una IPS

2. Identificación del servicio Existe señal visible dentro de la institución, que indica que el servicio atiende a jóvenes Existe señal visible dentro de la institución, que indica que el servicio atiende a jóvenes La institución de salud cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación.

3. Ambiente Sin diferenciación específica El ambiente físico da la bienvenida a adolescentes y jóvenes Existe una decoración llamativa para adolescentes y jóvenes.

PROGRAMA BANDERA: MEDICINA ALTERNATIVA

UPA OLARTE

Desde esta perspectiva que comprende la integralidad de las acciones de salud es evidente que la inclusión de otras opciones terapéuticas se constituye en una herramienta más para propender por el mejoramiento de la calidad de vida de la población de la ciudad. Las iniciativas disponibles para promocionar la salud, prevenir y tratar la enfermedad, y mitigar sus efectos, no se deben limitar a un solo sistema médico hegemónico, sino que por el contrario, deben enriquecerse con otras respuestas acordes con las necesidades crecientes en todos los ámbitos del proceso salud-enfermedad.

Por otra parte, desde una perspectiva de derechos, que entiende el derecho a la salud como un derecho fundamental que incluye el acceso a los mejores servicios sociales y sanitarios posibles, es un imperativo ético construir mecanismos que permitan a las poblaciones más vulnerables de la ciudad acceder a la MA/TC y a sus

evidentes beneficios. De acuerdo con la misma SDS el acceso limitado de la mayoría de la población de la ciudad a los servicios de salud es uno de los mayores problemas de inequidad en salud de Bogotá, por lo que el desarrollo de alternativas terapéuticas económicas, seguras y eficaces es prioritario para continuar avanzando en la disminución de las brechas existentes y en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población bogotana.

Por esta razón el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. ha implementado una consulta de medicina alternativa en la UPA Olarte con acogida creciente dentro de la población de la localidad. Desde el año 2006 viene así funcionando una experiencia que se constituye en muchos sentidos en pionera a nivel local y distrital, arrojando diferentes enseñanzas alrededor de los retos que imponen la adecuación de servicios y modelos de atención no convencionales en el marco de una legislación incompleta y un sistema de salud basado en el imperativo económico

El programa bandera de la UPA Olarte se adscribe así en una iniciativa distrital, nacional y mundial. En ella se articulan acciones de gestión extra institucional en la medida que participa en la construcción de una política distrital con una amplia serie de actores en el grupo funcional de la SDS de MA/TC (universidades, E.S.E., SDS, institutos de MA/TC) con actividades de fortalecimiento y gestión interna en pro de construir un servicio de MA/TC que beneficie no sólo a los usuarios de la UPA Olarte sino a un amplio número de usuarios del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.

El objetivo del programa Bandera “MEDICINA ALTERNATIVA” es prestar el servicio de MA/TC dentro de la consulta externa de la UPA Olarte como una opción de tratamiento a las enfermedades crónicas y el dolor en la localidad de BOSA.

Se contemplan como propósitos del programa:

- Disminuir barreras de acceso a la MA/TC y brechas de inequidad asociadas.
- Brindar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientadas al mejoramiento de la calidad de vida a través de la MA/TC.
- Fomentar en su población consultante la implementación de hábitos de vida saludables.
- Avanzar en la articulación eficiente de diferentes áreas del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.
- Aportar al proceso de construcción de la política distrital de MA/TC a través de la articulación del programa con las acciones emprendidas desde la SDS y las otras cuatro áreas demostrativas del distrito.
- Brindar un espacio de construcción y transmisión de conocimiento alrededor de la implementación de la MA/TC.
- Consolidar al Hospital Pablo VI BOSA E.S.E. como una institución líder en la oferta de servicios de MA/TC en la ciudad.

► **POBLACIÓN OBJETO**

La población beneficiaria del programa bandera de la UPA Olarte incluye:

Usuarios del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. que deseen acceder a una opción económica, segura y eficiente para el tratamiento integral de su enfermedad.

Pacientes con dolor crónico habitualmente manejado en primer nivel de complejidad.

Personas en condición de discapacidad especialmente motora relacionada con dolor (neuropático y nociceptivo).

Usuarios del programa de crónicos del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. que deseen acceder a la MA/TC como parte de su esquema cotidiano de tratamiento.

Profesionales y funcionarios del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.

► **ACTIVIDADES Y METAS:**

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES	META
------------	-------------	------

Articulación intrainstitucional	Consolidación del grupo funcional de la E.S.E., posicionamiento del programa bandera en el hospital.	1 grupo funcional consolidado. La totalidad de líderes y referentes conoce el programa.
Articulación intrasectorial y transectorial	Participación en el grupo funcional de la SDS y sus actividades.	1 grupo funcional de la E.S.E. líder del proceso en distrito.
Articulación transectorial	Suscripción de convenios docente asistenciales alrededor del programa	1 convenio celebrado con 1 entidad pública y 1 privada.
Documentación	Sistematización y documentación del proceso	1 documento final y documentos parciales según convenio con SDS.
Articulación intrainstitucional	Diseño de mecanismos de remisión y articulación con POS y PIC	1 sistema de articulación del programa.
Articulación intrainstitucional	Sensibilización a profesionales del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. sobre MA/TC	Actividades en todas las UPAs y UBAs y en PIC.
Articulación intrainstitucional	Sensibilización y articulación con equipos de Salud a su Casa	Todos los promotores en por lo menos la UPA Olarte entienden la MA/TC y la articulan en su quehacer diario, remitiendo .Ousuarios al programa.
Atención curativa	Atención con MA/TC a los usuarios que libremente accedan al programa	De acuerdo a demanda de usuarios
Atención curativa	Atención con MA/TC a los usuarios del programa de crónicos de la institución que deseen complementar sus tratamientos con MA/TC	De acuerdo a demanda de usuarios
Atención curativa	Atención con MA/TC a los pacientes con dolor crónico en la clínica de dolor	De acuerdo a demanda de usuarios
Prevención de la enfermedad en	Atención con MA/TC a los usuarios del programa de crónicos de la institución que deseen complementar sus tratamientos con	De acuerdo a demanda de usuarios

persona mayor	MA/TC	
Promoción de la salud en persona mayor y pacientes con dolor crónico	Atención con MA/TC	De acuerdo a demanda de usuarios
Generación de conocimiento	Participación en discusiones de grupo funcional, recolección de información a partir de la experiencia de MA/TC	De acuerdo a demanda de usuarios
Diseño	Diseño de un programa de capacitación articulado con el servicio de MA/TC	De acuerdo a demanda de usuarios

PROGRAMA BANDERA: PABLITO TE DA LA MANO

UPA PALESTINA

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática que afecta a los niños, niñas y adolescentes ocasionando diversas consecuencias personales, sociales, familiares y económicas. Puede darse en niños, niñas en adolescentes y adultos, sin importar condición social, política, económica o barrial. Por ser entonces un problema que nos toca a todos, las soluciones también involucran a todos y podemos contribuir al fortalecimiento de las habilidades para la vida, la capacidad de tolerar las frustraciones, el saber postergar la gratificación, el desarrollo del espíritu crítico y el manejo de las emociones los cuales sin duda actuaran como protectores.

Desde esta perspectiva el punto de partida de las acciones educativas con foco en la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas es el acercamiento al contexto de los niños, las niñas y los jóvenes, en este se hablara de las SPA, facilitando la información y discusión de la problemática del consumo de drogas en la localidad.

El Objetivo del programa Bandera “PABLITO TE DA LA MANO” es fomentar en los jóvenes de la localidad de Bosa, mejores condiciones de salud a través de la detección e intervención temprana del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas

Como propósitos del programa se plantean:

- Desarrollar acciones educativas con grupos de jóvenes con capacidad de liderazgo de la localidad, para potenciar los factores protectores hacia el consumo de sustancias psicoactivas y fortalecer la autonomía a fin de que se conviertan en multiplicadores.
- Dar respuesta a casos de jóvenes identificados con factores de riesgo o consumo incipiente de sustancias psicoactivas

- Realizar gestión con instituciones que atienden problemática relacionada con consumo e sustancias psicoactivas para apoyo y canalización de casos identificados en la localidad

POBLACIÓN OBJETO

Población de la localidad de Bosa perteneciente al ciclo vital del Joven, afectada por problemas de riesgo o consumo insipiente de sustancias psicoactivas (SPA) que haya sido identificada a través de atención directa (consulta), visitas familiares por grupos de SASC, ámbitos de vida cotidiana y/o a través de notificación.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

CATEGORÍA	ACTIVIDAD	RESPONSABILIDAD	META
Promoción de la salud	Acciones educativas con grupos focales de niños, niñas y jóvenes tendientes a potenciar los factores protectores para fortalecer la autonomía	Salud pública – Ámbito escolar (acciones promocionales)	15 Grupos focales
	Encuentros de Aprendizaje significativo	Líder Centro de atención – Salud Pública (Referente PDA Salud Mental)	2 grupos formados (año)
Prevención de la enfermedad	Intervención psicosocial con casos identificados de consumo de SPA	Salud pública -Ámbito Familiar (Intervención psicosocial)	60 casos (12 mes)
Articulación transectorial	Gestión con instituciones que atienden problemática relacionada con consumo de SPA en el Distrito	Referente de intervención psicosocial	50% de Instituciones que atienden la problemática
	Canalización de casos atendidos a través de intervención psicosocial	Profesionales de Intervención psicosocial	canalización superior al 80% de casos atendidos

PROGRAMA BANDERA: RECONOCIENDO LAS DIFERENCIAS, PRESERVANDO DE LAS CULTURAS

UBA SAN BERNARDINO

En el contexto de la Salud Pública y el trabajo realizado por el equipo de la transversalidad de etnias desde la ESE, 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 tanto la etnia²⁴⁷ se define

Como Bogotá, Bosa vive una realidad culturalmente plural. La localidad cuenta con poblaciones altamente diversas que comparten un espacio pero mantienen características socioculturales particulares que enriquecen a la ciudad y a la localidad, pero a la vez mantienen diversas necesidades originadas para algunos por el proceso de desplazamiento y exclusión en sus territorios originarios. En materia de salud la Constitución de 1991 y las leyes de la República consagran la necesidad de un enfoque diferencial que permita mejorar la calidad de vida y salud de las poblaciones étnicas respetando su cultura, a partir de sus usos y costumbres. Sin embargo, las experiencias de este tipo en el país se encuentran especialmente circunscritas a comunidades rurales o en zonas exclusivamente indígenas, enfrentando por ello otro tipo de retos, muy diferentes a los que se presentan cotidianamente en un contexto urbano como el de la localidad.

Por ello el reto de construir un Enfoque Diferencial de trabajo, propio y desde la institución, en especial desde sus centros de atención, donde se incluyera una actitud investigativa, ejecutiva, administrativa y respetuosa por los indígenas, afrodescendientes y gitanos/Rom de Bosa significó para el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. un largo proceso de acercamiento, discusión y acuerdo con las organizaciones y sus líderes, caracterizando con el tiempo el trabajo del grupo de etnias de las institución y del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. en general.

El Objetivo del programa Bandera “RECONOCIENDO LAS CULTURAS Y PRESERVANDO LAS DIFERENCIA” es reconocer la diversidad étnica con sus propios usos y costumbres entorno al proceso de salud – enfermedad, integrando las acciones que se hacen desde la atención primaria en salud con los procesos desarrollados con las poblaciones étnicas en la localidad de Bosa.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Etapa 1

- Acción : Proceso de sensibilización con colaboradores internos de la UBA Y UPA
-

- Actividad 1: Taller sobre contexto del trabajo con etnias y la ESE
- Actividad 2: Taller sobre marco conceptual y normativo desde las Etnias
- Actividad 3: Taller sobre enfoque diferencial desde varios ámbitos de la vida cotidiana
- Actividad 4: Taller sobre la relación de la etnia con la salud
- Actividad 5: Encuentro con líderes Étnicos y colaboradores.

Etapa 2.

- Acción: Apoyo a las acciones de salud desde el centro de atención
- Actividad 1: Diagnostico del proceso de aseguramiento de las etnias
- Actividad 2: exposición de una galería de fotos de las etnias en el centro de atención
- Actividad 3: Taller sobre ley 100 y el SGSSS y socialización del proceso de aseguramiento
- Actividad 4: Orientación a usuarios étnicos en los servicios en salud
- Actividad 5: Apoyo al censo étnico
- Actividad 6. Apoyo al equipo de APS
- Actividad 7: Salidas de campo para hacer lectura de necesidades

ETAPA 3

- Acción : Trabajo de Articulación con la comunidad étnica
- Actividad 1: Taller de derechos a la comunidad étnica
- Actividad 2: Taller de deberes y derechos de la ESE
- Actividad 3: Como ser la SSR en las etnias
- Actividad 4: Que pasa con la salud mental en las etnias
- Actividad 5: Las plantas medicinales, sus usos en la familia étnica

ETAPA 4

- Acción: Realización de proyectos: diseño de propuesta de huerta intercultural de acuerdo a los territorios étnicos.

RESPONSABLES

Se ha determinado que los responsables del proyecto sea el líder de la UBA San Bernardino, con el acompañamiento de la transversalidad de etnias de la ESE.

PROGRAMA BANDERA: ENTORNOS SALUDABLES

UBA SAN JOAQUÍN

Los propósitos planteados son:

La organización mundial de la salud OMS, considera que los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”.

Fundamental de intervención en las localidades, constituyen un mecanismo de aproximación de las instituciones de salud dedicadas a la promoción y prevención, con la realidad de los habitantes de los espacios territoriales sobre los cuales aplican sus servicios.

En vista de las experiencias distritales y locales de intervención comunitaria, se hace necesario la aplicación de nuevas metodologías o proyectos con los cuales sea posible el mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios de los servicios de salud.

El Hospital Pablo VI Bosa a través de la gerencia y dentro de las metas institucionales del plan de gobierno, adopta el plan de entornos como modelo de atención e intervención comunitaria en procura del mejoramiento de las condiciones de vida de sus usuarios desde la mirada de la promoción y prevención.

Es así como se encuentra el desarrollo del programa “Entornos Saludables” para la UBA San Joaquín, como eje fundamental de trabajo y modelo piloto de intervención para UPAS y UBAS que forman parte de la red de atención del Hospital Pablo VI Bosa.

El desarrollo de este programa en el centro de atención San Joaquín obedece a las condiciones propias de su zona de cobertura, en la cual se registran diversas deficiencias que intervienen en la salud y bienestar de la comunidad.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia
- Ley 9 de 1979
- Plan Nacional De Desarrollo
- Plan Distrital de desarrollo

El Objetivo del programa Bandera es Fomentar en la comunidad apropiación por su entorno mediante intervenciones en salud y ambiente fortaleciendo la educación ambiental y participación comunitaria.

- Estructurar un programa de plan de entornos como modelo de implementación para el centro de salud San Joaquín y aplicación en todos los centros de atención del Hospital Pablo VI Bosa, interviniendo algunos factores de casos de enfermedad originados por condiciones higiénico sanitarias y ambientales poco favorables en hogares de pacientes atendidos, identificados o priorizados, toda vez que inciden en la salud de la comunidad.

- Desarrollar proyectos de investigación con los cuales se involucren los factores ambientales que inciden sobre la salud de la comunidad.
- Diseñar e implementar estrategias de intervención para la atención de las enfermedades desarrolladas a partir de la exposición a condiciones higiénico- sanitarias poco favorables.
- Efectuar el mantenimiento de las acciones desarrolladas en agricultura urbana como fortalecimiento de los procesos de autoproducción para autoconsumo y mejoramiento de la seguridad alimentaria en los hogares de las familias vinculadas.
- Fomentar el acceso a los procesos educativos haciendo uso del centro demostrativo de agricultura urbana construido en el centro de atención Estación.
- Desarrollar proyectos enfocados hacia el mejoramiento de las condiciones comunitarias del entorno.
- Desarrollar intervenciones educativas en el centro de atención para el personal asistencial de manera que sea posible la difusión del programa y los proyectos asociados al mismo.

POBLACIÓN OBJETO

La población priorizada del programa bandera se encuentra constituida por los habitantes de la zona de influencia o cobertura del centro de atención San Joaquín en los microterritorios número 6, 10 y 15. Conformados por los Barrios San Joaquín, Villas del Progreso, San Jorge, San Bernardino, Jazmín, El Divino Niño, La Independencia, La Arrinconada II, Chico Sur, La Concepción y Ciudadela La Libertad.

Los grupos poblacionales a vincular se han de definir específicamente de acuerdo a la naturaleza y objeto de los proyectos a desarrollar en el centro de atención con relación a la construcción de los entornos saludables.

De manera general se tiene la presencia, según la información suministrada por los equipos de atención de salud a su hogar, de 2007 infantes, 5681 jóvenes, 6011 adultos, 929 personas mayores, todos estos constituyen 14628 personas habitantes de la zona de influencia del centro de atención San Joaquín.

PROGRAMA BANDERA: CENTRO INTEGRAL DE SALUD

UBA EL TOCHE

MARCO NORMATIVO

Se ha implementado un Centro Integral de Salud, con el cual el Hospital Pablo VI Bosa I Nivel, pretende desarrollar un punto de atención que vaya más allá de una UBA (Unidad Básica de Atención), aprovechando las experiencias exitosas del Hospital, para generar alto impacto social, con estructura auto sostenible y alineada con las políticas de la administración distrital. Respondiendo no solo a las necesidades de salud del microterritorio, sino además a las necesidades de educación, vivienda, apoyo y consolidación de redes sociales. Se busca generar calidad de vida y no solo brindar atenciones asistenciales de calidad a los usuarios dentro de la población objetivo. De una manera integral y gracias a la experiencia del hospital en la gestión comunitaria se esta consolidando una estrategia que genera ciudadanía en salud.

El Objetivo General del programa bandera “CENTRO INTEGRAL DE SALUD” es Desarrollar un punto de atención que vaya más allá de una UBA (Unidad Básica de Atención), generando alto impacto social, con estructura auto sostenible y alineada con las políticas de la administración Distrital. Respondiendo no solo a las necesidades de salud del microterritorio, sino además a las necesidades de educación, vivienda, apoyo y consolidación de redes sociales. Se busca generar calidad de vida y no solo brindar atenciones asistenciales de calidad a los usuarios dentro de la población objetivo.

Los propósitos están enfocados en :

- Mejorar las condiciones para la prestación de los servicios de salud de Medicina General, Enfermería, Salud Oral y Vacunación.
- Estudiar la posibilidad de adecuar y habilitar el servicio de toma de citologías.
- Inclusión Escolar para menores trabajadores o desescolarizados en alianza con Secretaria Distrital de Educación.
- Apoyar en la conformación de sectores productivos a fin de mejorar ingresos de la población que habita en el sector, con el espacio para recibir capacitación u otras actividades que encaminen a la formación

Al evaluar el plan institucional se encuentra la siguiente relación de actividades:

REALIZADAS	PREVISTAS
	Inclusión escolar para menores trabajadores o desescolarizados.
Consolidación de grupo de base comunitaria	Monitoreo uno a uno de las familias que se benefician del proyecto favoreciendo el reconocimiento de los derechos y deberes en salud y el ejercicio de la ciudadanía.
Recopilación de la historia barrial	Mantenimiento del proceso como espacio articulador y gestor de iniciativas para el desarrollo
Elaboración de cartografía social como aporte al diagnóstico zonal	Capacitación laboral para tercera edad, en alianza con la Fundación Saldarriaga Concha.
Caracterización de las familias a través de la estrategia Salud a su hogar.	Rehabilitación y capacitación laboral para población discapacitada en alianza con el Centro de Rehabilitación Teletón.
Inventario Barrial	Rehabilitación Basada en Comunidad en alianza con el Centro de Rehabilitación Teletón.

Formulación de plan de acción conjunto microterritorial
Capacitación básica y especializada en temas de salud; Brigadas barriales, control social, Agentes comunitarios AIEPI – Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, Primer respondiente, comunicación asertiva, política distrital de salud, derechos y deberes en salud entre otros.
Apadrinamiento de cuadras y /o manzanas del barrio
Fortalecimiento de la comunidad a través de actividades masivas, lúdicas y educativas y entrega de incentivos comunitarios
Apadrinamiento de cuadras y /o manzanas del barrio
Fortalecimiento de la comunidad a través de actividades masivas, lúdicas y educativas y entrega de incentivos comunitarios

4.2.4 ANÁLISIS DE LA BRECHA:

4.2.4.1 Análisis de la Brecha PDA de Salud Oral

En cuanto a Salud Oral, La caries es el segundo diagnóstico de morbilidad local, esto manifiesta que la situación de higiene oral y en general la salud oral en la localidad es deficiente y que un bajo porcentaje de la población capitada con el Hospital Pablo VI Bosa asistió a la consulta en salud oral y en este sentido la demanda de servicios es muy baja con respecto a la población que tiene puerta de entrada y pueden acceder a los servicios; la proporción por género presenta el mismo comportamiento que en otros servicios donde más del 50% de los usuarios son mujeres. El nivel educativo y socioeconómico de las personas de la localidad se puede relacionar con la falta de Autocuidado, pues se ponen de manifiesta las barreras educativas y culturales que permiten cumplir con las metas de las Políticas nacionales y distritales, pues a pesar de que se desarrollan programas de promoción de la salud oral y prevención se quedan cortos en las intervenciones dirigidas a los grupos que presentan mayor riesgo como son los niños y niñas y las gestantes; las acciones formativas que se están desarrollando con estos grupos son limitadas en cuanto a la cobertura local y por territorios (UPZ), y las metodologías y estructura de los programas no permiten evaluar si realmente están modificando conocimientos, actitudes y prácticas y hay una falta de articulación que no permite integralidad de los programas que llegan a todos los miembros de las familias y contextos locales, tampoco se plantean indicadores de seguimiento que permitan evaluar el impacto de los programas en el tiempo. En conclusión se puede plantear que las acciones de salud oral son fragmentadas y se llega únicamente a grupos institucionales o a familias de microterritorios caracterizados, quedando por fuera de las intervenciones las

personas que no asisten a programas locales, o viven en sectores no caracterizados o pertenecen al régimen contributivo y las acciones que son responsabilidad del primer nivel no llegan a la población de manera equitativa.

4.2.4.2 Análisis de la brecha PDA de Salud Sexual y Reproductiva

En Salud Sexual y reproductiva (SSR), se evidencia una gran debilidad frente a protocolos, consensos y actualizaciones en SSR por parte de los profesionales de salud, déficit de información en la comunidad educativa, padres, jóvenes.

Las intervenciones no son suficientes y los indicadores de embarazo en adolescentes por el contrario presentan una tendencia al aumento. Por otra parte no todas las y los jóvenes cuentan con la oportunidad de que estos programas lleguen de manera colectiva a sus espacios escolares y de esta manera se logre el acceso universal a los programas de SSR. La orientación de los programas de salud sexual y reproductiva es desde la problematización y no desde una realidad que potencie la autonomía. Las acciones se concentran en el territorio en Bosa Occidental y Bosa Central pues es donde hay más establecimientos educativos, sin embargo es allí donde se debe evaluar cuál es la situación en los territorios donde no se está interviniendo de la misma manera.

Sumado a las brechas de las acciones formativas, la situación de embarazo en adolescentes está totalmente relacionada con las barreras de acceso a los métodos de planificación familiar por el aseguramiento, respuesta de PYP Desde el ámbito escolar es claro que la intervención es mínima ante la población joven existente en la localidad debido a factores como la capacidad de cobertura, capacidad de profesionales, presupuesto asignado, entre otros.

El programa bandera de servicios amigables Rincón del Joven para el 2009 solamente funcionó en una sede del Hospital y es importante que servicios como este lleguen a todo el territorio o por lo menos se expanda a otros centros donde se observó una demanda mayor de consultas en salud sexual y reproductiva.

En las Historias Clínicas no se cuenta con variables diferenciales como son Orientación Sexual e Identidad de Género, Etnias, Discapacidad y de esta manera poder orientar la consulta y los servicios con enfoque diferencial.

Para el PDA de Salud Sexual y Reproductiva la brecha fue calculada de la siguiente manera:

▶ *Menores de 10 años:*

Total de población: niños y niñas de 10 años para el 2009 fue de 110.031

Prevalencia de déficit de peso para la talla: 19.6%

Población que se debería intervenir:

21.567 niños y niñas en riesgo de desnutrición menores de 10 años de la localidad

55166 Niños y niñas menores de 5 años de la localidad

▶ *Recién nacidos*

10668 recién nacidos 2009 según estadísticas vitales

▶ *Gestantes*

39,9 = 4256 gestante de bajo peso

$10668 * 12,2\% (/100 = 1302$ con bajo peso" 8950 Gestantes caracterizadas SISVAN * $39,9\%/100 = 3571$. 25.028 datos de niños y niñas menores de 10 años registradas en EPIINFO * $19,6\%/100 = 4905$ 25028 menores de 10 años notificados al SISVAN. 17671 menores de 5 años (objeto de intervención) - $19,6\%$ (porcentaje de niños y niñas con DNT aguda y de riesgo) indicador P/T) de prevalencia de DNT y aguda = 3463. Se realizaron 728 visitas a gestantes con bajo peso, 1104 visitas a cuidadores de menores de 5 años con desnutrición aguda; 120 visitas a recién nacidos con bajo peso.

$1104/21567 * 100 = 5,1$ Brecha $94,9\%$ (niños y niñas en DNT aguda y a riesgo menor menores de 10 años). Niños y niñas menores de 10 años. $1104/4905 * 100 = 22,5$. Brecha $77,5$. $1104/3463$ (menores de 5 años) = $31,9$. Brecha $68,1$

Gestantes $728/4256 * 100 = 17,1\%$ Brecha: $82,9$ Gestantes $728/3571 * 100 = 20,4$ Brecha $79,6$ $120/1302 * 100 = 9,2\%$ Brecha $90,7$

► *Recién nacidos*

Recién nacidos $120/186 * 100$ (bajos pesos notificados) = $64,5\%$ Brecha 35% " $1104/3463$ (menores de 5 años) = $31,9$ Brecha $68,1$

Aunque la notificación del SISVAN está dada para menores de años total de gestantes que asisten a control de crecimiento y desarrollo y control prenatal; se priorizan acciones en menores de cinco años y gestantes de adolescentes. La brecha de bajo peso al nacer está dada por los sistemas de notificación e información, teniendo en cuenta que las bases de estadísticas vitales consideran niños menores de 2500 gr, sin tener en cuenta las semanas de gestación. La respuesta es insuficiente dado que la restricción desde la SDS, no logro captar o identificar al 100% de la población local. Hay restricción técnica de grupos organizados o organizaciones sociales o comunitarias. El SISVAN es un Sistema a nivel Distrital, que opera en cada una de las localidades, el cual brinda información desde hace 12 años de la situación alimentaria y nutricional de la población menor de 10 años, gestantes, escolares y recién nacidos. Con intervención individual (grupo familiar, cuidadoras etc.) del déficit de peso de los grupos anteriormente mencionados, de esta manera brindar orientaciones nutricionales, en la etapa de ciclo infancia con canalizaciones a programas de apoyo alimentario o servicios médicos según el caso.

► *Mortalidad materna:*

2181 seguimientos a gestantes/179917 población caracterizada* $100 = 1,2\%$ la brecha existente es del $75,7\%$ lo cual evidencia una inconsistencia en la intervención por los criterios de inclusión y por la inestabilidad de la población. La brecha del $75,7\%$ de la población gestante, por su dinámica de movilidad (flotante), No caracterización de sus familias por la misma inestabilidad no permiten su captación y adherencia a los seguimientos, lo cual impide un control y seguimiento frente a la problemática presentada.

La brecha del $75,7\%$ evidencia una falla en el seguimiento a las gestantes por parte de los equipos básicos de SASC lo que genera fallas en la accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad de las diferentes intervenciones a las mismas.

El $75,7\%$ de la población gestante no tiene un seguimiento oportuno por parte de los equipos básicos de salud a su casa, es por esto que no participa en las diferentes actividades realizadas para su bienestar como son la movilización de temas en salud sexual y reproductiva, la accesibilidad a los servicios de salud y la continuidad en su control existiendo debilidad en el empolvoramiento de su estado y tratamiento. Teniendo en cuenta la brecha se

evidencia la necesidad de intervención al total de la población gestante de la localidad con el fin de generar un impacto positivo en las metas distritales y nacionales. Lo cual hace necesario el aumento en el número de personal técnico y profesional para el desarrollo de esta actividad.

La rotación del personal técnico y profesional en el desarrollo de actividades de seguimiento impide una continuidad efectiva en el seguimiento. Existen barreras de acceso a nivel geográfico que impiden el desplazamiento a los diferentes niveles de atención dadas también por los problemas económicos de la población. El nivel educativo de la población de la localidad se convierte en una barrera para acceder a los servicios de salud. El continuo reporte de las gestantes de la localidad por parte de los diferentes ámbitos a salud a su casa puede permitir una captación y un seguimiento adecuado a las mismas en la localidad.

4.2.4.3 Análisis de brecha PDA Transmisibles

En lo que se refiere a transmisibles, durante el primer trimestre 2010 se realizó seguimiento a 15 usuarios con diagnóstico de tuberculosis y 1 caso de lepra con seguimiento. En los seguimientos realizados según etapa de ciclo "TUBERCULOSIS: INFANCIA: 1.5% con 1 caso, JUVENTUD: 3.03% con 2 casos. ADULTO: 54.5% con 36 casos, PERSONA MAYOR: 41% con 27 casos. LEPRO: ADULTO: 100% con 1 caso. Pacientes con diagnóstico de tuberculosis del total de casos el 15.1 pertenecen al régimen vinculado(n=10); el 37.8% al régimen contributivo (n=25) y el 46.9% al régimen subsidiado (n=31). El 57.3% es de sexo masculino mientras el 42.4% es sexo femenino (n=28).

156 Personas en espacios de fortalecimiento de habilidades y competencias. 79 Personas sensibilizadas con estrategia alto a la tuberculosis participando de espacios. El 85% corresponde a la etapa de adultez y 15% a juventud; esta intervención está dirigida a profesionales de salud como médicos 22%, enfermeras 3.2%, bacteriólogas 7.69%, promotores 16%, Auxiliares de enfermería 30.6%; personal administrativo 16.6% y otros profesionales 2.5% de ellos el 82% mujeres y 18% de hombres.

Realización mensual de pacientes con diagnóstico de tuberculosis como mecanismos fortalecedor de las acciones institucionales en el manejo del tratamiento del paciente y promoviendo la adherencia al mismo. Se realizaron 6 en el año con periodicidad bimensual. Se han realizado 4 durante el año con periodicidad mensual. Por etapa de ciclo vital para Juventud se presentó 1 caso (7%), adulto: 64%, y persona mayor: 28.7%. Usuarios atendidos con diagnóstico de tuberculosis a nivel local de ellos el 71.4%(n=10) hombres y el 28.5% mujeres.(n=4). En las UPZ Occidental y UPZ Porvenir.

Durante el año se sensibilizaron 1015 personas. Durante el primer trimestre se han sensibilizado 232 personas. Los participantes fueron un 40% de adultos y 60% persona mayor, usuarios de salas de espera de los puntos de atención.

100% cobertura forma periódica en la institución.

Para el año 2009 los registros de casos probables, sospechosos o confirmados de Enfermedades Transmisibles fueron muy bajos en relación a la población que habita en la Localidad de Bosa, lo que nos deja concluir que la búsqueda activa de casos no se está realizando de forma adecuada, falta capacitar a los gestores sobre el tema y falta articulación con el Ámbito IPS para identificar que usuarios caracterizados se encontraron desde los servicios de consulta externa y no han sido identificados por los Gestores de Salud a su Casa para realizar sus respectivos seguimientos; articulación que permitirá identificar a otros usuarios no caracterizados y que requieran seguimiento por adherencia a tratamientos. Los casos son notificados por los EBS generalmente en adultez y persona mayor

un caso en la UPZ 85 caracterizado, perteneciente al microterritorio 18 y el otro en la UPZ 86 del microterritorio 86. Se debe fortalecer la capacitación del talento humano (Gestores de Salud) en el tema de Enfermedades Transmisibles, porque la constante rotación del personal influye en que la búsqueda activa de casos no se esté realizando de forma adecuada. Se debe socializar la importancia del programa y el proceso de notificación de los casos con el fin de agilizar los posteriores seguimientos de los eventos. Capacitar a la comunidad a partir de los núcleos de gestión sobre la incidencia de estas enfermedades, sus complicaciones y el impacto que estas traen para una Localidad con las características de Bosa. Fortalecer la articulación con el Ámbito IPS para realizar seguimientos de manera oportuna y que impacten en el mejoramiento de la Calidad de Vida de la comunidad.

4.2.4.4 Análisis de la brecha Transversalidad de Seguridad Alimentaria y nutricional (SAN)

En lo que respecta a la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), no se puede dar respuesta al 100% de los casos ya que la meta desde SDS está asignada de acuerdo a un presupuesto sectorial y local. El régimen de afiliación es una barrera puesto que solamente se pueden atender desde salud pública, personas que se encuentre como vinculados o que estén capitadas con el FFD. Un sistema de Vigilancia Salud Pública es limitado en cuanto a que la información no es universal, y al ser parcializada no siempre se puede extrapolar a la población en general pues el conocimiento del evento de malnutrición y la información del total de la población es de difícil consecución y se debe apoyar en otro tipo de metodologías. Se debe evaluar el proceso, los instrumentos, la consolidación del sistema, no son sistemas universales e impiden conocer muchas veces la incidencia real de una enfermedad, pero, aun así, los datos sirven para evaluar tendencias y detectar alteraciones. Se han observado dificultades en cuanto a la disponibilidad de datos y actualización de la información. Es importante resaltar que se desconoce la información de niños o menores que no asisten a servicios de salud o de educación de primera infancia donde se lleva un registro para vigilancia. Análisis de determinantes y correlación de variables poco estudiadas que podrían orientar intervenciones nutricionales y de programas de educación alimentaria y nutricional.

156923 población de la localidad de Bosa entre los 4 a 19 años

11004 escolares de los grados 0 a once valorados nutricionalmente matriculados en los 5 colegios centinela

10827 datos de base depurada de EPIINFO 6,0, SISVAN escolar.

La brecha es del 93% según la población total de la localidad por grupo de edad de 4 a 19 años

93,2% según base de datos de SISVAN escolar.

Es insuficiente el número de colegios centinela pues se abarca aproximadamente un 10% de la población escolar de Bosa. La intervención de vigilancia en el escolar aunque permite evidenciar la situación de peso y talla de los escolares haciendo análisis de indicadores nutricionales, las actividades no permiten realizar un seguimiento individual de los niños y niñas detectados con algún tipo de malnutrición ni tampoco existe voluntades por parte de la comunidad educativa en favorecer el proceso puesto que queda aislado de los procesos de salud al colegio, siendo difícil abrir espacios en los colegios sin pertenecer al equipo. Adicionalmente, los planes de intervención de cada uno de los colegios centinela deben estar ligados con otros procesos del ámbito escolar. En relación a los colegios privados específicamente el claretiano, se evidencian barreras en la ejecución de actividades puesto que

no se permiten realizar programas como muévete escolar ya que solo se llegan a los colegios públicos por lineamiento.

Cuando se habla de buscar cambios o mejorar las situaciones identificadas se necesita unificar acciones con otras entidades para que apoyen la educación alimentaria y nutricional con una misma visión

Con la aplicación de la lectura de necesidades se pudo contribuir al diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional. Esto permite que el programa se ajuste a las necesidades de la IED y el logro de orientar las acciones educativas de manera más acertada

Según el estimado para el 2009 de la población de Bosa para Etapa de Ciclo de infancia es de: 138.322 22.245 niños y niñas efectivos en el programa de suplementación con micronutrientes. 22.000 niños y niñas de colegios y jardines de la localidad de Bosa 2009 22.245 niños y niñas efectivos en el programa/138.322 niños y niñas de la localidad *100 = 16% -100: Brecha de 84%. 22.245 niños y niñas suplementados/32.438 niños y niñas matriculados hasta el grado 5 en colegios públicos*100=68.5%22.000 niños meta local/22245 niños y niñas efectivos en el programa*100=98.8%

La problemática evidenciada con el programa de suplementación radica en la creación de imaginarios de enfermedad por parte de los padres de familia, en donde los niños y niñas reflejan en la consulta médica o simplemente en el diligenciamiento de las autorizaciones no les permiten el ingreso al programa; por otro lado la participación pasiva de los docentes frente al proceso. A partir del resultado de la brecha, se evidencia falta de adherencia al programa de suplementación por parte de los padres de familia y de los escolares, por tanto se crea la necesidad de intervenir directamente a estos mediante los programas de PYP, y de esta manera sensibilizarlos más a cerca de los beneficios tanto físicos como cognoscitivos que le traerá al niño o niña la inclusión al programa; por otra parte mejorar la disponibilidad de recursos para el mantenimiento del proceso en las instituciones educativas. Las actividades de sensibilización desarrolladas a los padres de familia, docentes y niños y niñas tienden a ser monótonas por la permanencia del proceso por varios años en las instituciones, frecuentemente en los mega colegios, es por esta razón que la tendencia de cobertura es variable. Y se evidencia poca adherencia en dichos colegios.

- ▶ 54095 niños y niñas menores de 4 años. 24000 niños y niñas menores de 4 años 18270 niños y niñas menores de 4 años. $12180 / 54095 * 100 = 22.5\%$. Brecha: 77,5%. $12180 / 24000 * 100 = 50.75\%$ $12180 / 18270 * 100 = 66\%$.
- ▶ 17320 niños y niñas menores de 4 años 11560 niños y niñas menores de 4 años $10512 / 54095 * 100 = 19.4\%$, $10512 / 17320 * 100 = 61\%$ $10512 / 11560 * 100 = 90\%$. La brecha se presenta por la alta rotación del personal asistencial que no permite la continuidad del proceso. Constantemente llegan funcionarios nuevos a la institución los cuales se deben capacitar en las Estrategias y sólo se tienen contemplados dos ciclos de capacitación y en algunas ocasiones el intervalo para incluirlos en estos procesos de formación puede demorar. El tiempo de los profesionales para el desarrollo de las actividades está de acuerdo con los lineamientos. Específicamente para la dinámica del Hospital se requiere un profesional que lidere el programa de crecimiento y desarrollo dada la importancia y complejidad de este proceso. La metodología que se plantea cumple con los parámetros de acuerdo al abordaje del AIEPI Clínico dirigido a médicos y enfermeras. Faltaría replantear el curso Conversando con las madres dirigido a auxiliares de enfermería ya que tiene el mismo enfoque del clínico y este va dirigido hacia la comunicación. Diseñar módulos y piezas comunicativas con metodologías creativas que permitan difundir de forma clara la información sobre prácticas saludables.

- ▶ 21200 niños y niñas menores de 4 años (106 jardines en la localidad de Bosa) 5320 niños y niñas menores de 4 años, docentes de jardines y cuidadores $2586/54095*100 = 4.8\%$. $2586/21200*100= 2.2\%$ $2586/5320*100 = 48.6\%$. La brecha se presenta ya que en el escenario de jardines solamente está contratado un profesional de medio tiempo para llevar a cabo el gran número de actividades contempladas en los 11 jardines en que se realiza la intervención. No es suficiente el tiempo del profesional para desarrollar las actividades, ni tampoco el número de jardines planteado como meta ya que es insuficiente frente a la demanda en la localidad, la cual cuenta con 106 jardines.
- ▶ La metodología que se plantea cumple con los parámetros de acuerdo al abordaje del AIEPI Comunitario. Falta revisar los instrumentos con los que se evalúa la implementación de la Estrategia en los jardines.
- ▶ La brecha se presenta en los niños y niñas intervenidas por el hospital, ya que en las familias intervenidas, en muchas ocasiones, los niños y niñas menores de cinco años no se encuentran en el domicilio en el momento de la visita, pues están en el jardín; por otro lado, se encuentra que la rotación entre los promotores y auxiliares de enfermería de los equipos de Salud A Su Casa es alto por distintos motivos lo que no permite la continuidad en el proceso. También se identifica que la mayoría de las familias que viven en la localidad de Bosa son familias flotantes que cambian de microterritorio en la localidad y fuera de ella. Teniendo en cuenta la brecha se evidencia que se debe reforzar las acciones de la estrategia con el fin de fortalecer familia y comunidad afianzando los conocimientos que imparten desde la estrategia de AIEPI y así disminuir los riesgos en los menores de cinco años en la localidad de Bosa. Para ello es importante que en el equipo de Salud A Su Casa se cuenten con dos profesionales de tiempo completo para realizar el seguimiento y acompañamiento en las visitas de AIEPI en el ámbito familiar.
- ▶ Igualmente, se hace necesario en el ámbito comunitario dar mayor cobertura en cuanto a la formación de nuevos agentes comunitarios ya que tan sólo en el año se llevan a cabo dos cursos de capacitación que no cubre la gran demanda por parte de la población directa e indirecta (niños y niñas menores de 5 años), que se beneficia con la estrategia. Las visitas y los conocimientos que los agentes comunitarios imparten a la comunidad cumplen con las expectativas ya que el talento humano que trabaja en conjunto con la comunidad es competente e idóneo; Es importante mencionar que aunque los equipos de salud a su casa son competentes, en algunas ocasiones no se logra realizar de la forma más adecuada la visita de AIEPI, debido a las metas altas que tienen que cumplir.
- ▶ Revisar las metodologías que se están aplicando para generar autonomía en las familias, cuidadores y cuidadores de la población menor de cinco años de la localidad de Bosa. Por medio de piezas comunicativas de consulta para la familia y comunidad.

“TU VALES” es un programa comunitario, diseñado con metodología de acciones basadas en comunidad que se ha estructurado a partir de diversos estudios de investigación que dan evidencia de su efectividad. Desde su validación y evaluación como una acción costo-efectiva, a partir del año 2006 se implementa en Bosa y en las demás Localidades del Distrito beneficiando a personas cuidadoras, a sus familias y población de padres de familia bajo su influencia, como una de las respuestas integradas para lograr mejorar u obtener condiciones favorables desde la vida cotidiana de las personas, el programa se desarrolla a través de sesiones teórico -prácticas permitiendo que manera vivencial las personas aprendan, conozcan y construyan, se Benefician las personas participantes pero además promueve que lo aprendido sea extensivo al núcleo familiar, por lo tanto se precisa que las etapas de Infancia y Persona Mayor reciben beneficio indirecto del programa.

12 grupos al año de trabajadores y trabajadoras informales de la localidad de Bosa. Debido a que la intervención es ofertada por primera vez en la localidad aún se mantiene una brecha bastante amplia en cobertura. Es necesario seguir implementando la estrategia integrada en diferentes grupos de mujeres y hombres con trabajo informal. La suficiencia en la intervención es actualmente poco significativa ya que sólo se ha intervenido a 70 personas con los primeros seis grupos.

A partir del total de mujeres en edad adulta que se encuentra en la pirámide poblacional 2009 - 2010 de la localidad: 134.203 mujeres entre el año 2006 y el primer semestre de 2010 se han incluido, 2140 beneficiarios directos y 11 944 beneficiarios indirectos en el programa tú vales. 49.131 mujeres en edad adulta cuidadoras de hogar en la localidad de Bosa. Este número poblacional se obtiene a partir del total de mujeres en edad adulta que se encuentra en la pirámide poblacional 2009 - 2010 de la localidad (134.203 mujeres) menos la tasa de ocupación de las mujeres de Bosa que es del 36.6% puesto que el programa está diseñado para mujeres cuidadoras de hogar sin una ocupación laboral que les dé la posibilidad de capacitarse durante aproximadamente 3 meses, dos veces por semana, personas participantes $2140/49.131 * 100 = 4.35\%$.

Teniendo en cuenta los valores identificados se puede determinar: El programa TU VALES se desarrolla con grupos comunitarios organizados de mujeres adultas cuidadoras de hogar, madres comunitarias o grupos de personas que se encuentren interesados por el mejoramiento de la calidad de vida propia, de sus familias y de sus comunidades, con índices de ocupación laboral bajos, para que tengan la posibilidad de asistir de forma continua durante todo el proceso.

El número de grupos que se conforman por semestre, así como el número de participantes por grupo, está sujeto a las metas y actividades que se disponen por lineamiento de la S.D.S, y a los tiempos de ejecución para cada profesional. El porcentaje de deserción de las personas que inician el programa es de aproximadamente el 27,2 %, a causas de ocupaciones de hogar, obtención de empleo, desinterés, entre otras.

El Programa Tu Vales por estar realizando intervenciones tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito laboral resulta suficiente para la población objeto. Por otra parte se ha evidenciado que en el último año resulta más difícil lograr el interés y convocatoria de las comunidades principalmente debido a que sus intereses se concentran en ocupar su tiempo en actividades que les representen una ganancia monetaria o la obtención de recursos que suplan sus necesidades primarias.

En Bogotá, solo el 12% de los habitantes realizan actividad física en tiempo libre o de recreación durante treinta minutos al menos 5 días a la semana, y lo hacen trotando por la mañana, en paseos con la familia, jugando en el parque de su barrio o practicando un deporte. Las diferencias por sexo, nivel socioeconómico y educativo se mantienen similares a las de la actividad física global. El análisis en profundidad de las prácticas de actividad física en la localidad de Bosa comprende la estructura económica, política y social, y valores culturales. La escasa práctica de la actividad física en los grupos humanos es producto de los inadecuados procesos de planificación urbana, el incremento del transporte motorizado, el uso de la informatización y las tecnologías de comunicación, los trabajos y pasatiempos, que cada vez requieren de menos esfuerzo físico y proveen de mayores comodidades. La urbanización desordenada, en la medida en que genera condiciones de movilidad urbana mediada por el uso de automotores; desestimula otras alternativas urbanísticas como ciclo rutas, limitan la práctica de la actividad física a la hora de transportarse y esto se reconoce como un factor deteriorante de la calidad de vida. La recreación y el uso del tiempo libre mediado por juegos computarizados y televisión llevan a largas jornadas de inactividad física en los niños, niñas y adolescentes, y a deterioro temprano de la agudeza visual. La inactividad física combinada con

consumos alimentarios con exceso de calorías lleva a sobrepeso y obesidad temprana en los niños. La inseguridad en la ciclo rutas, las vías públicas y los parques de la localidad cohiben a los niños de hacer desplazamientos a las instituciones educativas caminando o en bicicleta. Por tales motivos se ve limitada la participación y motivación hacia la práctica de actividad física cotidiana en los entornos propicios de la localidad.

Teniendo en cuenta la Brecha se puede determinar la necesidad en ampliación de las intervenciones desde el componente de actividad física, tanto en número de sedes como en la población objeto de las intervenciones, para el 2009 se realizaron 102 encuentros con docentes de las diferentes instituciones, evidenciando que el tiempo y la frecuencia para dichos encuentros debe ser mayor e incluir cobertura de estudiantes para la sensibilización en prácticas cotidianas saludables y actividad física dentro de los planes y programas institucionales, los cuales ligados al currículo podrán transversalizar la actividad física hacia el uso adecuado del tiempo libre y los patrones de cuidado personal en la prevención de enfermedades crónicas.

Organizaciones o grupos comunitarios (población entre 18 a 64 años): total 60. 3 organizaciones o grupos comunitarios organizaciones o grupos comunitarios $3/60*100 = 5\%$. Organizaciones o grupos comunitarios $3/60$ organizaciones o grupos comunitarios $3/60*100 = 95\%$ organizaciones o grupos comunitarios $3/60*100 = 95\%$. Se desarrolla el proceso con organizaciones o grupos comunitarios que se encuentren interesados en realizar abogacía frente a la promoción de la actividad física. La meta del año 2009 fue baja teniendo en cuenta que es una línea de intervención nueva, pero para el 2010 incrementa a 11 grupos comunitarios.

9 entidades locales ENTIDADES LOCALES PARA EL POSICIONAMIENTO DE AF $9/24*100. 37,5\%$. ENTIDADES LOCALES PARA EL POSICIONAMIENTO DE AF $9/24$. ENTIDADES LOCALES PARA EL POSICIONAMIENTO DE AF $15/24*100. 62,5\%$ ENTIDADES LOCALES PARA EL POSICIONAMIENTO DE AF $15/24. 62,5\%$.

Teniendo en cuenta que el componente de Actividad física inicia su posicionamiento en las redes sociales a partir del año 2006 con la participación de las entidades centrales y posteriormente con la conformación de las estrategias y propuestas locales, la brecha esta dada por el inicio de la convocatoria hacia la participación de las entidades locales para la generación inicial de la propuesta local de AF y su posicionamiento en la mesa local de AF, para lo cual no se contó con representación permanente de todas las entidades, derivada de la convocatoria y el desconocimiento en los espacios generados para dicho fin.

Las organizaciones comunitarias, sociales e institucionales, relacionadas con la promoción de la actividad física, el deporte, la recreación y el esparcimiento en la localidad de Bosa, convergen como instancia de asesoría, de acompañamiento, información y socialización de las propuestas locales. La participación en los espacios sociales para la toma de decisiones relacionadas con la AF local han sido de gran importancia, teniendo en cuenta que desde la coordinación de gestión local se realiza seguimiento, evaluación, asesoría y apoyo al referente de la transversalidad de actividad física durante el proceso, con el fin de cumplir adecuadamente con los productos de manera eficaz y efectiva, evaluando objetivos alcanzados y avances en las líneas de acción de la transversalidad..

A partir del análisis realizado se plantea la posibilidad de organizar desde los niveles centrales la estructuración del consejo local de AF con delimitación de acuerdos y responsabilidades de las entidades para la participación activa de las mismas en la toma de decisiones y planteamiento de planes y programas que promuevan la práctica de actividad física en todos los espacios sociales y en los ámbitos de vida de la población. En este mismo sentido, mediante el manejo de referencias conceptuales relacionadas con el trabajo intersectorial y la potencialización de las redes sociales secundarias, se espera que las acciones en este proceso lleven al reconocimiento de actores relevantes involucrados a hacer parte del consejo local de AF. Dadas las circunstancias que se han evidenciado durante el proceso de gestión local se hace necesario la posibilidad de contar con tiempo completo para la gestión

en lo local, ya que en ocasiones los cruces de agenda dificultan la participación en espacios propicios para posicionar los temas relacionados con las prácticas activas y de la misma manera poder generar un apoyo acorde a las necesidades del programa MUÉVETE comunidad del ámbito comunitario.

De acuerdo a lo plasmado anteriormente es claro que debe incrementarse el número de intervenciones con las organizaciones para el cumplimiento de las metas, lo cual implica contar con tiempos completos y dedicación exclusiva a este proceso. Lo anterior debido a que los tiempos y frecuencia para el acompañamiento técnico debe ser mayor partiendo de que se requiere de una participación local en conjunto con el referente de ésta línea y apropiación conceptual de acuerdo a la demanda de cada organización. Las diferentes organizaciones o grupos comunitarios reciben favorablemente el acompañamiento técnico en aras de la estructuración de proyectos que faciliten la promoción de la actividad física, sin embargo consideran pertinente apropiar herramientas relacionadas con la práctica para transmitir las a la población objeto.

4.2.5 RESPUESTA INTERSECTORIAL:

4.2.5.1 SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE:

► PROYECTOS, ACCIONES Y PRESUPUESTO:

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL LOCAL Articulación local - Gestores locales de cultura \$39.880.000.

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN LOCAL fortalecimiento a la organización \$750.000. Articulación local - Apoyos profesionales \$27.120.000.

FOMENTO A LAS PRÁCTICAS ARTÍSTICAS, CULTURALES Y PATRIMONIALES Oferta cultural y artística – Feria de servicio al ciudadano- 4 grupos artísticos de Bosa \$3.205.400 Convocatoria localidades culturalmente activas – Estímulos- tres grupos artísticos \$24.000.000 Alianzas estratégicas – convenio acofartes – diplomado en pedagogía artística \$5.000.000 Alianzas estratégicas – Casas de la cultura \$15.000.000 Biodiversidad, librerías itinerantes, Paraderos para libros para parques, Barrio bienal, Cinemateca itinerante \$9.877.800 Convocatoria Comparsa _desfile Metropolitano 1 organización cultural \$18.000.000 Convocatoria Comparsas de niños y niñas (2 organizaciones culturales) \$20.000.000 Apoyo Concertado Tifac -Musica 1 organización cultural \$22.000.000.

INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN LOCAL Cooperación e intercambio con localidades – Observatorio de culturas \$4.099.075 impresión, distribución periódico Ciudad Viva \$1.412.520.

4.2.5.2 INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE- SUBDIRECCION TECNICA DE PARQUES-LOCALIDAD

► PROYECTOS, ACCIONES Y PRESUPUESTO:

Proyecto 470: Alcanzar 50.000 participantes anuales en eventos de visibilización de poblaciones y grupos sociales Alcanzar 50.000 participantes anuales en eventos de visibilización de poblaciones y grupos sociales. Alcanzar

50.000 participantes en actividades de visibilización de grupos sociales y poblacionales. gestores locales de cultura 39.880.000. Profesionales de apoyo local. 27.120.000.

Alcanzar 20.000 participantes anuales en actividades artísticas, culturales y del patrimonio. Alcanzar 20.000 participantes anuales en actividades artísticas, culturales y del patrimonio. Feria del Ciudadano. 3.205.400. Convenio Acofartes – Casa de la Cultura. 5.000.000. Casa de la Cultura. 15.000.000.

Implementar 1 estrategia para el fortalecimiento de la gestión de organización del sector cultural, que mejore su generación de procesos asociativos conducentes a la promoción de sus capitales social, político y económico. Implementar 1 estrategia para el fortalecimiento de la gestión de organización del sector cultural, que mejore su generación de procesos asociativos conducentes a la promoción de sus capitales social, político y económico. Fortalecimiento a la Organización, 750.000.

Proyecto 209:

Aumentar a 350 mil personas el nivel de lecturabilidad del periódico Ciudad Viva. (línea de base 268.000). Mantener en 310.000 el nivel de lecturabilidad del periódico Ciudad Viva. Periódico cultural. 1.412.520.

Proyecto 479:

Elaboración de 3 anuarios de las mediciones realizadas por la Oficina Observatorio de Culturas. Elaboración de 1 Anuario con las mediciones realizadas por el Observatorio de Culturas en el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2009 y el 30 de septiembre de 2010. Cooperación e Intercambio con localidades y otras instancias. 4.099.075.

► PROGRAMAS DE RESTAURACIÓN Y PRESERVACIÓN:

PARQUE ZONAL LA ESPERANZA: Parque con actual contratación de 6 meses para realizar los diseños del parque (en enero se culmina el contrato de diseños). Se construirá dicho parque con aporte de valorización posiblemente en el año 2012. A la fecha se tiene programada para la última semana de septiembre reunión de concertación de diseños del parque con la comunidad.

PARQUE METROPOLITANO PORVENIR: Parque con actual contratación de 6 meses para realizar los diseños del parque (en enero se culmina el contrato de diseños). A la fecha se tiene programada para la semana del 26 de septiembre reunión de concertación de diseños del parque con la comunidad. Las personas que se quieran vincular al proceso de veeduría ciudadana de dicho contrato puede comunicarse con Liliana Cruz o estar pendientes de la reunión q se realice para la concertación.

PARQUES EN CONSTRUCCION:

PARQUE ZONAL TINGUA TIBANIKA: La segunda fase del parque se entrega a la comunidad durante la semana del 20 de septiembre. La inauguración es el día 2 de Octubre contando con la participación del IDR y otras instancias locales. Las personas q se quieran vincular al comité de sostenibilidad del parque puede comunicarse con Liliana Cruz.

La localidad cuenta con 120 parques dentro de los que se incluye escala zonal, vecinal y de bolsillo.

- Los de mayor área recreo deportiva son:

PARQUES ZONALES Y METROPOLITANOS BOSA

PARQUE ZONAL PALESTINA (BOSA CENTRAL)

PARQUE ZONAL LOS NARANJOS (BOSA CENTRAL)

PARQUE ZONAL CLARELANDIA (BOSA CENTRAL)

PARQUE ZONAL AUTOPISTA SUR PAVCO (APOGEO)

PARQUE METROPOLITANO EL RECREO (PORVENIR)

PARQUE ZONAL SAN JOSE DE MARYLAND EL RIO (BOSA OCCIDENTAL): Este parque se encuentra sin servicio a la comunidad por no contar con servicio de acueducto q abastezca los baños del coliseo. A la fecha se está trabajando en un convenio entre IDRD y Empresa de Acueducto con el fin de realizar apertura del parque para finales del año 2010.

El IDRD no tiene presupuesto establecido para cada UPZ, se maneja por programas, y estos se manejan de acuerdo a cada necesidad en los territorios y a la demanda que hay en el acceso en este caso a la oferta recreativa

► PROGRAMAS POBLACIONALES:

RECREACIÓN PARA LA INFANCIA Y LA JUVENTUD:

Son programas y eventos organizados para el uso y disfrute de la numerosa población en edad escolar de Bogotá, con prioridad para planteles públicos de estratos 1 y 2. En coordinación con los centros docentes y previa inscripción durante los primeros meses del año, se establece un calendario de actividades que se desarrollan principalmente en parques y escenarios del Sistema Distrital.

Primera Infancia 0-6 años, Infancia 7 a 12 años y Juventud 13 a 25 años.

RECREACION PARA ADULTOS MAYORES:

Programa dirigido a los Adultos Mayores con actividades diseñadas para facilitar la integración, teniendo en cuenta las posibilidades y habilidades de cada participante con el fin de mejorar la calidad de vida generando una nueva percepción en cada adulto mayor respecto a que la edad no es sinónimo de inactividad sino por lo contrario de demostrar su saber es indispensable en la construcción de ciudad.

- Vivencias de Vida: Actividades orientadas al fortalecimiento de las tradiciones y la cultura colombiana: Narrativo (coplas, mitos y leyendas, rondas); Artístico (danza, manualidades, cine- teatro, viejoteca)
- Canita al Juego: Encuentros recreo deportivos, donde se resaltan los valores de la cooperación, sana competencia y colaboración entre los participantes: rana y tejo, lanzamiento al aron, festival de juegos.
- Jornadas Recreo pedagógicas: reuniones mensuales con los líderes de los grupos que permite la interacción de las acciones en los grupos y con el IDRD.
- Actividad Física Recreativa: acciones físicas que permiten el mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor. Gimnasia: (habilidades y destrezas básicas de movimiento, , flexibilidad, resistencia aeróbica, fuerza, coordinación general y segmentaria, higiene postural, respiración y relajación). Caminatas (ecológicas, culturales, nocturnas) Campamento distrital.

- Celebración Mes del Adulto Mayor: Actividades lúdico- recreativas en las que el adulto mayor es protagonista activo de la celebración en su mes. Pasaporte Vital: tarjeta de incentivos para adultos mayores de 55 años mujeres, 60 hombres y pensionados de cualquier edad, donde se ofrecen descuentos en actividades recreativas, deportivas, culturales, turismo y otros servicios adicionales. Entrega permanente en los SUPERCADE de cada localidad y en la oficina de pasaporte vital.

RECREACION PARA PERSONAS CON LIMITACION:

Vivencias de Vida: Actividades orientadas al fortalecimiento de las tradiciones y la cultura colombiana: Narrativo (coplas, mitos y leyendas, rondas); Artístico (danza, manualidades, cine- teatro, viejoteca

Canita al Juego: Encuentros recreo deportivos, donde se resaltan los valores de la cooperación, sana competencia y colaboración entre los participantes: rana y tejo, lanzamiento al aron, festival de juegos.

Jornadas Recreo pedagógicas: reuniones mensuales con los líderes de los grupos que permite la interacción de las acciones en los grupos y con el IDRD.

Actividad Física Recreativa: acciones físicas que permiten el mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor. Gimnasia: (habilidades y destrezas básicas de movimiento, , flexibilidad, resistencia aeróbica, fuerza, coordinación general y segmentaria, higiene postural, respiración y relajación). Caminatas (ecológicas, culturales, nocturnas) Campamento distrital.

Celebración Mes del Adulto Mayor: Actividades lúdico- recreativas en las que el adulto mayor es protagonista activo de la celebración en su mes.

Pasaporte Vital: tarjeta de incentivos para adultos mayores de 55 años mujeres, 60 hombres y pensionados de cualquier edad, donde se ofrecen descuentos en actividades recreativas, deportivas, culturales, turismo y otros servicios adicionales. Entrega permanente en los SUPERCADE de cada localidad y en la oficina de pasaporte vital.

4.2.5.3 INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR BOSA

▶ PROGRAMAS Y COBERTURA:

- Suministrar 146.000 apoyos alimentarios diarios priorizando en población vulnerable, en puntos distribuidos por toda la Localidad.

DESAYUNOS INFANTILES TIPO I: 461

DESAYUNOS INFANTILES TIPO II: 4154

RECUPERACION NUTRICIONAL AMBULATORIA: 870.

MATERNO INFANTIL: 258

ORGANISMOS DE SALUD: 160.

- 685,000 estudiantes de colegios distritales con suministro diario de refrigerios:

DESAYUNO ESCOLAR: 18228

- Suministrar 165,000 comidas calientes diarios a estudiantes de colegios distritales.

ALMUERZO ESCOLAR: 3724.

- atención y apoyo a mujeres gestantes, madres lactantes y niñas y niños hasta los dos años, para el fortalecimiento de vínculos afectivos que apoyen el desarrollo de los niños, la promoción de prácticas de crianza adecuadas y la prevención del maltrato infantil.

HOGAR COMUNITARIO FAMI: 1632.

- Atención a niños y niñas de 6 meses a 5 años, mediante actividades nutricionales, pedagógicas, de cuidado físico, formación a padres de familia.

HCB - FAMILIARES TIEMPO COMPLETO: 5460.

HCB - GRUPALES TIEMPO COMPLETO: 312.

HCB – EMPRESARIALES: 26.

HOGARES INFANTILES: 597.

LACTANTES Y PREESCOLARES: 775

HOGARES FELICES PARA LA PAZ –DESPLAZADOS: 36.

JUVENTUD:

- Actividades grupales que permitan el desarrollo del talento humano en aspectos culturales, deportivos, artísticos y productivos; sesiones educativas que permitan reflexiones sobre la familia, los padres, la etapa de desarrollo en la que se encuentran, sus intereses, necesidades; acciones para apoyar el mejoramiento de las relaciones entre los miembros del club con espacios escolares y laborales.

CLUBES PREJUVENILES: 360.

CLUBES JUVENILES: 540.

INFANCIA – JUVENTUD:

- Restablecimiento de Derechos Garantizar la atención integral a las niñas, niños y adolescentes con medida de protección legal y la efectividad del proceso definido para restituir su derecho a la familia.

NNA con declaratoria de vulneración de derechos: 1400

NNA con declaratoria de adaptabilidad: 4

Hogares Sustitutos: 55

Hogares Amigos: 9

Instituciones Protección Seminternado: 46.

Instituciones Protección Externado: 56.

Niños y niñas entregados en adopción: 5.

Raciones de emergencia y Operación Prolongada de Socorro y Recuperación en Unidades Móviles: 11003.

4.2.5.4 MOVILIDAD- Centro Local de Movilidad- *Fines:*

► **OBJETIVOS:**

- *Promocionar la Cultura Ciudadana:* Aumento percepción de riesgo y de la corresponsabilidad
- Disminuir las necesidades de movilización de los ciudadanos.
- Fortalecer la relación entre el nivel Central y Local
- Aumentar la relación confianza entre comunidad y Entidad
- Fortalecer los canales de comunicación: Comunidad / Sector movilidad/ Autoridad Local. (Alcalde Local).
- Generar una movilidad segura.

Estrategias:

► **Acciones Informativas:**

Información actividades realizadas o a realizar Orientación sobre procedimientos para adelantar trámites:

1. Orientación sobre servicios y tramites: *SIM, Patios y Grúas, Señalización, Semaforización, Cierres de Vías, Cursos descuentos 25 %, entre otros.*
2. Seguimientos radicados: Correspondencia.
3. Coordinación reuniones: SDM / Autoridades Locales.
4. Operativos Pedagógicos, coordinación con PONAL para operativos.
5. Ferias de Servicio al Ciudadano
6. Atención personalizada

► **Acciones Formativas:**

Formación en Plan Maestro de Movilidad, Movilidad segura, Participación en Movilidad.

1. Capacitación Plan Maestro de Movilidad: *SITP, Movilidad No Motorizada, Movilidad Futura.*
2. Capacitación Participación en Movilidad
3. Capacitación Dispositivos de Seguridad

► **Acciones Participativas:**

Procesos de participación y sostenibilidad: Acercamiento a la comunidad, Concertación y priorización, Ejecución y seguimiento de agenda

1. Encuentro Comunitario: *Acercamiento, Priorización de problemáticas y ejecución y seguimiento de acciones: AGENDA PARTICIPATIVA.*

2. Recorridos comunidades y autoridades Locales: *Asesoría Técnica*

3. Comités Comunitarios de Seguridad Vial

4. Conformación de una Red de Movilidad

4.2.5.5 SUBDIRECCIÓN LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL BOSA

▶ OBJETIVOS:

- Aumentar a 41% las tasas de cobertura de atención en educación inicial en el distrito. Atender progresivamente el nivel de educación preescolar a partir de los tres años de edad

▶ COBERTURA:

Ampliación de cobertura en territorio occidental: 60

Territorio central: 416

Territorio tinal: 0

Territorio apogeo: 0

Territorio porvenir: 319

Total cobertura Bosa: 795.

▶ OBJETIVOS:

- Atender 4,000 niños y niñas en primera infancia en condición de discapacidad en los jardines del distrito

▶ COBERTURA:

Territorio Occidental: 9

Territorio central: 26

Territorio tinal: 1

Territorio apogeo: 7

Territorio porvenir: 5

Total cobertura bosa: 48

▶ OBJETIVOS:

- Fortalecer 5 cabildos indígenas a través de acciones afirmativas

▶ **COBERTURA:**

Apertura de un jardín del cabildo muisca "uba rhuba" con cobertura de 77 niños y niñas en los niveles, maternal, caminadores, párvulos, prejardin y jardín.

▶ **OBJETIVOS:**

- Garantizar 41,900 cupos gratuitos en educación inicial para los niños y niñas en primera infancia.

▶ **COBERTURA:**

Territorio occidental: 1417

Territorio central: 2975

Territorio tintal: 197

Territorio apogeo: 290

Territorio porvenir: 1018

Total cobertura Bosa: 5897

▶ **OBJETIVOS:**

- Definir los lineamientos pedagógicos distritales que orientarán el componente de educación inicial para la atención integral en primera infancia según el artículo 29 de la ley 1098 de 2006.

▶ **COBERTURA:**

El 100% de los jardines de la localidad de bosa cuentan con un proyecto pedagógico y se encuentran a la espera del aval. Se desarrollan salidas pedagógicas que se constituyen en la parte vivencial de los lineamientos pedagógicos.

▶ **OBJETIVOS:**

- Formar 200,000 familias en atención integral a la primera infancia y educación inicial.

▶ **COBERTURA:**

Se formaron en total 5,267 familias de los niños y niñas que asisten a jardines de la localidad durante el año 2009.

▶ **OBJETIVOS:**

- Formar 100% de las maestras de los jardines oficiales en detección, prevención y remisión de casos de violencias.

▶ **COBERTURA:**

Se ha formado el 10% de maestras de los jardines oficiales de la localidad. Otro 10% se encuentra en proceso de formación.

▶ **OBJETIVOS:**

- Reducir a 7,5% la prevalencia de desnutrición global en niñas y niños menores de 5 años. Se garantizará el monitoreo de talla y peso de todos los niños y niñas que asisten a jardines infantiles a través de la asesoría y control de la educación inicial.

► **COBERTURA:**

Se cumple con la toma de talla y peso de los niños y niñas de los jardines dos veces en el año 2009. Para el año 2010 se inicia en el mes de marzo la toma de talla y peso. Se continúa con el suministro de micro-nutrientes en los jardines y se complementan los recesos en los jardines con la entrega de apoyo alimentario y bono de fin de año intercambiable por alimentos.

► **OBJETIVOS:**

- Garantizar que todos los jardines infantiles de la ciudad presten los servicios de educación inicial en ambientes seguros que propicien el desarrollo integral de las niñas y los niños menores de 5 años, dando cumplimiento a la resolución 243 y la resolución 1001.

► **COBERTURA:**

Para el año 2009 se implementa la resolución 325 de 26 de abril de 2009. se inician y termina obras de reestructuración y construcción de plantas físicas en los jardines Antonia santos, Humberto valencia, san pablo de Calamo, la libertad, asovivir y porvenir, con una inversión superior a los 7,000,000,000 millones de pesos. para el año 2010 se encuentran en proceso los jardines laureles, la cabaña y los bulliciosos. el 100% de los jardines de la localidad de bosa cuentan con el PEC (plan de emergencia y contingencia) y con el plan de saneamiento ambiental.

► **OBJETIVOS:**

- se continuará fomentado la lactancia materna a través de las salas amigas de la familia lactante. Formación a gestoras y gestores para que promuevan el cumplimiento de los derechos de una alimentación y nutrición de los niños y las niñas desde el nacimiento. Acreditación y acompañamiento a las salas amigas de la familia lactantes.

► **COBERTURA:**

Acreditación en salas amigas: en territorio occidental: 3 jardines; territorio central: 3 jardines; territorio tintal: 0 ; territorio apogeo: 1 jardín; territorio porvenir:0 total salas amigas acreditadas bosa:7.

Atención Integral para Adultos en Condición de Discapacidad:

Atención para 45 adultos entre los 18 y 50 años de edad, con discapacidad cognitiva moderada y severa con bajo nivel de funcionalidad para contribuir al mantenimiento de competencias adaptativas que faciliten su interacción en el entorno familiar y social y el fortalecimiento de sus relaciones con el sistema familiar y comunitario.

Atención para 60 adultos entre los 18 y los 45 años de edad, con discapacidad cognitiva leve o moderada con nivel de funcionalidad medio y alto para contribuir al desarrollo de competencias ocupacionales que faciliten su posible integración al ámbito laboral.

Asignación de cupos para niños de 0 a 6 años en condición de discapacidad en los jardines infantiles propios, jardines cofinanciados y casas vecinales, de acuerdo a valoración del equipo de inclusión y según la disponibilidad de cupos existentes en la localidad.

Atención integral a familias, cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad en Centros de Respiro:

Atención para 100 cuidadores de personas en condición de discapacidad Actividades:

-Resignificación del proyecto de Vida de familias, cuidadoras y cuidadores de Personas Con Discapacidad. - componente de inclusión a la vida Cultural, a través de talleres dirigidos los días Martes y Viernes en el horario de la mañana.

-Acompañamiento psicosocial a familias a través de visitas Domiciliarias.

-Equipo de trabajo compuesto por: 1(Un) fisioterapeuta.1 (Un) trabajadora social 1(Un) psicóloga 1(Un) terapeuta Ocupacional, 1(Un) Psicopedagogo, 1 (Un) Auxiliar de Enfermería, 1 (Un) Técnica en Sistemas, 1 (Un) Comunicador Social.

Atención integral a personas en situación de inseguridad alimentaria y nutricional en comedores comunitarios:

En la UPZ Occidental se contó con un total de 2656 cupos finales para comedores distribuidos así de acuerdo a la fuente de recursos: 6 Secretaría distrital de integración social, 5 fondo de desarrollo local y 1 Instituto colombiano de bienestar familiar.

En la UPZ Central se identifica un total de 576 cupos finales para 2 comedores financiados por el fondo de desarrollo local y 1 por ICBF.

En la UPZ Apogeo se hallan 450 cupos distribuidos en 1 comedor financiado por el FDL y 1 por SDIS.

En la UPZ Tintal Sur se reconocen 180 cupos en el comedor Kasay financiado por ICBF.

En la UPZ Porvenir se encuentra el total de 1015 cupos finales en 4 comedores cuya fuente de recursos es FDL y 2 comedores por ICBF.

Atención integral a personas con discapacidad severa en situación de inseguridad alimentaria y nutricional a través de canasta complementaria

Entrega mensual de 571 canastas alimentarias y asignación de cupos en los comedores comunitarios.

Atención integral a familias en situación de inseguridad alimentaria y nutricional a través de canasta complementaria

Se propicia la inclusión social de personas y familias en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social suministrando alimentación servida y realización otras actividades de participación social y comunitaria. En la Modalidad de Canasta complementaria se atiende a familias que debido a circunstancias espaciales como dispersión territorial, inexistencia de infraestructura sanitaria, características culturales y/o étnicas requieren que la prestación del servicio se haga de forma diferente a la de comedor comunitario.

Las canastas complementarias se desagregan en 571 para personas en condición de discapacidad, 125 canastas indígenas, 486 financiadas por SDIS, 8400 por FDL.

Subsidios económicos para personas mayores

Personas mayores con una edad que supere la edad de pensión vigente menos tres años (Hombres mayores de 57 años y mujeres mayores de 52).

BOSA CENTRAL: Cobertura Total Territorio en el Subcomponente Apoyos Vitales (2849) Se espera un aumento de cobertura de 900 cupos, para un total de 3749. Grupos de taller Territorios para Viejos y Viejas Abuelos(as) Subsidiados(as) Actual (63), para un total de 68. 2 Grupos de taller para Cuidadores de Personas Subsidiadas. 5 Talleres para personas mayores no Subsidiadas. 4 Conversatorios Intergeneracionales. 5 Dinamizadores Operativos. 5 Dinamizadores GSI. 30 Dinamizadores Redes. 1674 Cobertura Total Territorio en el Subcomponente Apoyos Vitales.

BOSA OCCIDENTAL: 31 Grupos de taller Territorios para Viejos y Viejas Abuelos(as) Subsidiados(as). 2 Grupos de taller para Cuidadores de Personas Subsidiadas. 5 Talleres para personas mayores no Subsidiadas. 3 Conversatorios Intergeneracionales. Dato Anual. 489 Cobertura Total Territorio en el Subcomponente Apoyos Vitales.

PORVENIR: 8 Grupos de taller Territorios para Viejos y Viejas Abuelos(as) Subsidiados(as). 2 Talleres para personas mayores no Subsidiadas. 2 Conversatorios Intergeneracionales. Dato Anual. 234 Cobertura Total Territorio en el Subcomponente Apoyos Vitales.

TINTAL SUR: 2 Grupos de taller para Cuidadores de Personas Subsidiadas. 9 Grupos de taller Territorios para Viejos y Viejas Abuelos(as) Subsidiados(as). 2 Conversatorios Intergeneracionales. Dato Anual. 255 Cobertura Total Territorio en el Subcomponente Apoyos Vitales.

APOGEO: 11 Grupos de taller Territorios para Viejos y Viejas Abuelos(as) Subsidiados(as). 2 Talleres para personas mayores no Subsidiadas. 2 Conversatorios Intergeneracionales. Dato Anual.

4.2.5.6 DIRECCIÓN LOCAL DE EDUCACIÓN (DEL):

GESTIÓN DE LOS COLEGIOS:

Apoyar la operación de los colegios: La SED garantiza los recursos que se transfieren por concepto de gratuidad y por los fondos de reposición para aumentar la capacidad de gestión del colegio.

ADMINISTRACIÓN DE LOS COLEGIOS Y PREVENCIÓN

Coordinar con los niveles central e institucional la administración de las plantas físicas, dotaciones y mobiliario (Manual de mantenimiento de los colegios)

Diseñar estrategias de prevención y atención de situaciones de emergencia institucional y local

TERRITORIALIZACIÓN

- Coordinar con el nivel central la territorialización de programas y proyectos.
- Dirigir la formulación, ejecución y evaluación del Plan Educativo Local.
- Coordinar y concertar con las autoridades locales la identificación y formulación de proyectos educativos en los planes de inversión local
- Gestionar recursos públicos y privados para el desarrollo de la política educativa (Gratuidad, permanencia, calidad y pertinencia)

ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

- Ejecutar los procesos de ubicación, traslado y novedades del personal docente y administrativo en coordinación con el nivel central-
- Coordinar y controlar la aplicación de sistemas de evaluación del desempeño del personal docente y administrativo.

LEGALIZACIÓN, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

- Atender los trámites de legalización de instituciones de educación formal, para el trabajo y el desarrollo humano.
- Aprobar tarifas de costos educativos de colegios privados
- Apoyar la gestión y desarrollo del POA de Inspección y vigilancia.
- Atención de quejas y reclamos

SISTEMA DE INFORMACIÓN EDUCATIVO LOCAL (SIEL)

- Organizar, dirigir y operar el SIEL (Caracterización de poblaciones).
- Atender o tramitar las propuestas de la comunidad y de los colegios (Establecer niveles de satisfacción, detectar frecuencias, presentar estudios e investigaciones).
- Atender la demanda de cupos y consolidar el registro de cobertura (Movilidad de estudiantes, proyección de la oferta por UPZ's).

GESTIÓN DEL PEI Y DE LA PARTICIPACIÓN

- Orientar y apoyar a los colegios en la renovación de los PEI y los procesos de innovación e investigación.
- Fomentar y promover los procesos de participación social en los colegios y la localidad (Gobiernos escolares, presupuestos participativos, Programas

Población en edad escolar:

La Secretaria de Educación Distrital garantiza el derecho a la educación a niños, niñas y adolescentes entre 4 y 17 años. Sin embargo, también atiende jóvenes y adultos, con la prestación del servicio educativo en la jornada nocturna en primaria, secundaria y media en los colegios: NUEVO CHILE, CEDID SAN PABLO, PABLO DE TARSO Y FERNANDO MAZUERA VILLEGAS.

MATRICULA DE ACUERDO A MODALIDAD DEL COLEGIO:

En las instituciones oficiales se presentó un total de 83981 estudiantes, en los colegios en concesión se presentaron 7571 estudiantes, en los colegios con convenios un total de 23060 estudiantes para un total general de 114612.

CALIDAD Y NIVEL DE LA EDUCACION EN BOSA:

Según el número de estudiantes registrados en el sistema de matriculas, el lugar que ocupa la localidad en cuanto a escolaridad se refiere, frente a otras localidades en el Distrito Capital es el **TERCER PUESTO**.

El promedio de la deserción escolar en la localidad esta aproximadamente en el 10% y se registra, especialmente en los cursos de educación media, debido a problemas económicos y la necesidad de salir a trabajar. Teniendo en

cuenta esta situación la Secretaria de Educación ha implementado estrategias tales como subsidio de transporte, subsidio a la asistencia, restaurante escolar, transporte intra e interlocal, entre otras.

En cuanto a los subsidios condicionados a la asistencia escolar, incluyendo subsidios de transporte bajo esta misma condición se contó con un total de 13375 cupos. Se realiza el proceso de verificación de asistencia de los cinco ciclos del año del subsidios Educativo, de transporte, de familias en acción y del IPES.

Se realiza las planillas de corrección de reporte para los beneficiarios con inconvenientes de fallas y ciclos.

Se realiza con el instituto de la economía "IPES", el seguimiento de matrículas y la Continuidad del convenio.

En lo relacionado al transporte escolar se tiene en cuenta los estudiantes beneficiarios de la ruta escolar cuyos cupos han sido asignados a ruta fuera de la localidad un total de 950 estudiantes, asignados a ruta dentro de Bosa un total de 1616 estudiantes.

También es esta área se efectúa:

- Notificación de Resoluciones Docentes y Administrativos
- Elaboración y seguimiento a tareas solicitadas a colegios - Semáforo de tareas.
- Registro de Adolescentes Gestantes y Lactantes.

Lo referente al apoyo alimentario se contó con 34720 cupos en los comedores escolares, 33070 cupos en refrigerios y 7676 cupos para colegios en concesión, generando un total general de 75466 cupos.

ATENCION AL CIUDADANO

Orientar a los usuarios y brindar información de manera amable y efectiva de acuerdo con los procedimientos establecidos por la SED.

Atender al usuario interno y externo en cuanto a sus solicitudes o quejas, reclamos y sugerencias de acuerdo con los procedimientos establecidos por la SED.

Radicar, revisar, clasificar, distribuir los documentos y/o correspondencia de acuerdo con las normas, del sistema de información y los procedimientos respectivos.

Entrega de correspondencia y / o material a las Instituciones Educativas de la Localidad de Bosa

Elaborar e interpretar cuadros, estadísticas e informes sobre actividades desarrolladas, con la oportunidad y periodicidad requeridas

Informar al superior inmediato de forma oportuna, sobre las inconsistencias o anomalías relacionadas con los asuntos o documentos encomendados

Mantener actualizada la base de datos relacionada con la correspondencia.

Relacionar correspondencia para enviarla por correo certificado de acuerdo con los procedimientos establecidos por la SED.

Actualizar semanalmente la información contenida en las carteleras del área.

4.2.5.7 SECRETARIA DISTRITAL DE HABITAT.

Centro Hábitat Bosa. En éste lugar obtendrá información acerca de las ciudadelas, subsidios y mecanismos de financiación para adquirir una opción de vivienda digna. Para garantizar el acceso a una vivienda y un hábitat digno, impulsamos ciudadelas para que las familias adquieran una solución habitacional sin tener que recurrir a los urbanizadores piratas.

SERVICIOS DEL SECTOR EN LA LOCALIDAD

- SUBSIDIO DISTRITAL DE VIVIENDA.

Es un aporte en dinero o especie que hace el Distrito a un hogar para completar los recursos propios (ahorro, crédito) y lograr el cierre financiero que le permita adquirir, construir o mejorar una solución de vivienda. Existen tres tipos de subsidios, adquisición de vivienda, construcción y mejoramiento estructural.

- VENTANILLA UNICA DE LA CONSTRUCCION – SUPERCADÉ VIRTUAL HABITAT.

El SuperCade Virtual es el supermercado electrónico de servicios y trámites públicos en Bogotá. Dentro de él se encuentra el Módulo Hábitat que cuenta con la herramienta “Ventanilla Única de la Construcción”, donde se podrá solicitar en línea sus trámites, agendar citas con las entidades competentes, hacer seguimiento de sus solicitudes y gradualmente, obtener la respuesta de las mismas.

- CONTROL A LAVENTA Y AL ARRENDAMIENTO DE VIVIENDA.

A través de la Subsecretaría de Inspección, Vigilancia y Control de Vivienda se realiza el seguimiento al desarrollo de los proyectos y al cumplimiento de las normas en esta materia para proteger a los compradores o arrendatarios de vivienda, en la localidad de Bosa se tienen identificados 28 Polígonos de Monitoreo con el objeto de realizar el debido control, seguimiento y aviso a la Autoridad Local.

- SECTOR HABITAT.

Conjunto de entidades públicas que, de conformidad con su naturaleza jurídica, su objeto, estructura y recursos, contribuyen al logro de los objetivos fijados en las normas de ordenamiento territorial, en los planes de desarrollo y en los demás instrumentos que orientan la gestión del ordenamiento territorial en sus elementos habitacional, de mejoramiento integral, de provisión de servicios públicos y de gestión del territorio urbano y rural.

El Sector Hábitat está integrado por la Secretaría Distrital del Hábitat, cabeza del Sector y por las siguientes entidades:

Entidades adscritas:

Establecimiento público: Caja de Vivienda Popular. Unidad Administrativa Especial: Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.

Entidades vinculadas:

Empresa Industrial y Comercial: Empresa de Renovación Urbana – ERU. Empresa Industrial y Comercial: Metrovivienda. Empresa de Servicios Públicos: Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - EAAB –ESP.

Entidades con vinculación especial:

Empresa de Servicios Públicos: Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá S.A.-ETB-ESP. Empresa de Servicios Públicos: Empresa de Energía de Bogotá S.A. - EEB - ESP.

- **CAJA DE VIVIENDA POPULAR.**

Entidad que contribuye al desarrollo de la política del Hábitat, a través del mejoramiento de barrios; en la localidad de Bosa se tienen identificadas dos UPZ de Mejoramiento Integral – entre ellas la Occidental y la Central, las cuales son objeto de la aplicación de la Política Pública de Intervención Integral de Barrios. Asimismo ejecuta las obras de intervención física a escala barrial que han sido seleccionadas por la Entidad y la Autoridad Local.

En el tema de Reasentamiento de familias, retoma el proceso que prioriza la Dirección de Prevención y Atención de Emergencias, para los hogares que se encuentren en Alto Riesgo No Mitigable. Además realiza el acompañamiento técnico, social y jurídico a quienes se les determine el Mejoramiento de Vivienda.

En lo relacionado a la de Titulación de predios, coordina el proceso social, técnico, jurídico y financiero a los ciudadanos que requieren atención. Mediante la participación ciudadana y un talento humano efectivo, con el propósito de elevar la calidad de vida de las comunidades más vulnerables y la construcción de una mejor ciudad integrada a la Ciudad.

- **UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS.**

La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, en su oferta de institucional ofrece tres Unidades de Servicio: Manejo Integral de Residuos Sólidos, Servicios Funerarios y Alumbrado Público.

- **MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS.**

El Servicio Público de Aseo, para la localidad de Bosa es prestado por la concesión de Aseo CIUDAD LIMPIA E.S.P., proceso que se cumple de acuerdo a los horarios y las frecuencias establecidas y principalmente consiste en:

Recolección domiciliaria de basuras a residencias y empresas.

Recolección de desechos patógenos a establecimientos de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios odontológicos, etc).

Transporte de basuras y disposición de las mismas en el lugar de destino (relleno sanitario- escombrera).

Barrido de calles y avenidas.

Limpieza y barrido de áreas públicas (Parques, Zonas verdes.)

El Plan de Relaciones con la Comunidad, promueve la participación y el compromiso de la comunidad en los temas referentes al aseo, al manejo adecuado de residuos y a la separación en la fuente / reciclaje, mediante actividades planeadas para cada uno de los diferentes tipos de usuarios, con el objeto de Generar cambios de conducta en los usuarios frente al manejo integral de residuos que favorezcan las condiciones de aseo en la Localidad de Bosa.

- **SERVICIO DE ALUMBRADO PÚBLICO.**

El servicio público consistente en la iluminación de las vías públicas, parques públicos, y demás espacios de libre circulación, con el objeto de proporcionar la visibilidad adecuada para el normal desarrollo de las actividades en los

senderos peatonales y públicos, calles y avenidas de tránsito vehicular, a través de los componentes del servicio: suministro, mantenimiento y expansión.

SUMINISTRO: Es la cantidad de energía eléctrica que el municipio o distrito contrata con una empresa de servicios públicos para dotar a sus habitantes del servicio de alumbrado público.

MANTENIMIENTO: Es la revisión y reparación periódica de todos los dispositivos y redes involucrados en el servicio de alumbrado público, de tal manera que pueda garantizarse a la comunidad del municipio un servicio eficiente y eficaz, por acciones de hurto, apagado o destrucción del inmobiliario urbano.

EXPANSION: Es la extensión de nuevas redes y transformadores exclusivos de alumbrado público por el desarrollo vial o urbanístico del municipio o por el redimensionamiento del sistema existente.

- **SERVICIO FUNERARIO Y CEMENTERIOS.**

El Sector Hábitat, a través de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, dentro de su misión debe garantizar la eficiente prestación del Servicio de destino final, razón por la cual avanza en la modernización, mejoramiento los cuatros equipamientos de propiedad del Distritales, e incorporar a sus servicios los de atención funeraria (Trámites Legales, Salas de Velación, Laboratorio de Tanatoplaxia, Culto y Transporte), con el objeto de atender la demanda y en especial de los sectores más vulnerables, con las tarifas más económicas del mercado, dando cumplimiento al Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios Decreto 313 de 2006.

De otra parte, con el objeto de prestar un servicio con calidad, aplica y controla el Registro Único Funerario, en todos los equipamientos de la ciudad, en la localidad de Bosa se identifica; un Cementerio de escala urbana (Matatigres o Cementerio del Sur), un Parque Cementerio (Serafín/ presta el Servicio para el sur de la Ciudad) de escala metropolitana y dos funerarias legalmente establecidas.

- **METROVIVIENDA.**

Entidad del Sector que contribuir a la construcción social de un hábitat digno en la ciudad - región, mediante la gestión y provisión de suelo urbanizado, la promoción de proyectos de vivienda de interés social y el apoyo a las familias para el acceso y tenencia segura de la vivienda. Actualmente se encuentran en proceso de aprobación y estudio los Planes Parciales de Campo Verde, la Palestina y el Edén.

En las instalaciones ubicadas en el Centro Hábitat de Bosa, los ciudadanos encuentran un punto de atención que atiende la oferta y la demanda de vivienda de interés social y el desarrollo del componente de gestión integral en temas de convivencia, vecindad y pedagogía social al interior de las Ciudadelas el Provenir y el Recreo, proyectos que albergaran cerca de 9600 familias y que actualmente se encuentran en una ocupación real del 90%.

Con el fin de aunar esfuerzos en beneficio de la comunidad, continuaremos prestando apoyo en el Equipo Conductor o quien haga sus veces en las próximas reuniones que se desarrollen en función de la GSI de la Localidad de Bosa.

4.2.6 RESPUESTA COMUNITARIA

En la UPZ apogeo el comité local de discapacidad junto con las organizaciones sociales ha manifestado la problemática a nivel local y distrital en relación a la dificultad para la movilización de las personas con discapacidad, por falta de rampas dentro de los colegios y vías peatonales, transporte público no adaptado para las personas en sillas de ruedas.

En la UPZ occidental algunas organizaciones sociales operan comedores comunitarios para contrarrestar los problemas de malnutrición; algunos funcionan en los salones de las juntas de Acción comunal y en las casas de los líderes y lideresas. Los comedores que operan son: hogar santa teresita de Jesús, Buenos días Colombia, comunidad y familia entre otros, y pertenecen a las dos redes alimentarias de la localidad

Dentro de las organizaciones comunitarias se encuentran: Corpobida, Adico, Fundamil (operador de Comedor), Hecho a su imagen, CAB de ACJ (Centro de Atención de jóvenes).

La comunidad ha solicitado nuevos colegios, jardines y comedores comunitarios a la alcaldía debido a que la demanda de cupos supera la oferta. Así mismo, se han solicitado subsidios para vivienda o construcción, programas de vivienda con menos requisitos para su adquisición.

La comunidad de la UPZ central se preocupa por participar en las actividades que se programen en el proyecto de canasta alimentaria ya sean capacitaciones, talleres entre otros. Sin embargo no entienden el tema del derecho a la alimentación porque lo ven como responsabilidad de cada una de las familias.

En la UPZ se encuentran varias organizaciones sociales y comunitarias que hacen parte del movimiento alimentario de Bosa conformado por los nodos de Semillas de Esperanza Vida y Paz, Multired Alimentaria de Bosa, Digna Vida, colectivo Juvenil Sopa y Seco; las redes alimentarias (ASORED, CORPOCOM) que hacen proceso de autogestión, trabajan en soberanía y autonomía alimentaria, operan comedores comunitarios de base, tienen iniciativas en agricultura urbana y tiendas comunitarias que tienen los participantes de los comedores comunitarios para mejorar la productividad.

Debido a los problemas de acceso al agua potable que existe en los barrios san Bernardino y San José la comunidad realiza conectividad del acueducto con mangueras para acceder al agua potable.

La utilización adecuada de puentes peatonales por parte de la comunidad ha disminuido los accidentes en las vías principales y facilita la movilidad en el sector.

Los y las Ciudadanas se acogen a los programas de vivienda de interés social, se evidencian casolotes, o viviendas construidas por autoconstrucción debido a la falta de vivienda propia.

En la UPZ porvenir se encuentran operando comedores varias organizaciones como: Asonucol, Fundanhelo, Construyendo Fortalezas, JAC Santafe, entre otras, que pertenecen a las redes alimentarias y trabajan procesos de autogestión con juntas de acción comunal y organizaciones eclesíásticas.

4.3 NUCLEO PROBLEMÁTICO DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA

4.3.1 OBJETIVOS, METAS Y POLÍTICAS

Para este acápite, se hará una exploración sucinta del marco normativo, que engloba el tema de exclusión social y violencias desde el punto de vista de la salud pública en todos los niveles territoriales.

Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, Desde este núcleo problematizador, se dirige a:

No. 3 Promover la Igualdad de Género y la Autonomía de la Mujer La meta universal es eliminar las desigualdades en educación primaria y secundaria entre los géneros, desde el año 2005 y en todos los niveles antes del 2015. A nivel nacional, la meta se define para mejorar la capacidad de evaluación que permite orientar políticas y programas de manera acertada hacia la disminución de la violencia contra la mujer, ya que los instrumentos de monitoreo son deficientes. Los avances realizados se generan desde la violencia basada en género VBG, medición que se realiza y se implementa desde el sistema de información de violencia intrafamiliar SIVIM, evidenciando la violencia de pareja y sus características.

No. 4 Reducir la mortalidad materna La meta universal es: Reducir en dos terceras partes desde 1990 a 2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años. Las metas nacionales consta de tres, a su haber: I. Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 17 muertes por 1000 nacidos vivos, contando con una línea base de 1990: 37.4 muertes por 1000 nacidos; II. Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 14 muertes por 1.000 nacidos vivos. Línea de base 1990: 30,8 muertes por 1.000 nacidos; III. Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país. Línea de base 1994: 92%, promedio de la vacunación del PAI. Este objetivo permite poner a la palestra los déficits y avances en los servicios de salud, calidad y oportunidad en la atención y la calidad y consumo de los alimentos incluyendo el agua. Es de gran importancia saber que la población pobre debe ocupar el primer lugar en orden de prioridades, determinando fuertemente las condiciones de pobreza y la posibilidad de sobrevivencia de los menores de 5 años.

No. 5 Mejorar la salud materna La meta universal es: reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. Así la meta nacional se ajusta a: I. Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. Línea de base 1998: 100 por 100.000 nacidos vivos; II. Incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%; III. Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. Línea de base 1990: 76,3% atención institucional del parto; 80,6% atención del parto por personal calificado; IV. Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%. Línea de base 1995: 59% y 38,3 %, respectivamente. V. Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12,8%; VI. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres. Línea de base 1990: 13 por 100.000 mujeres.

Desde la transversalidad de discapacidad el cual se encuentra en el eje de exclusión se direcciona desde los ODM en: **No. 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**

Desde los objetivos del milenio no existe un objetivo claro que señale la exclusión, violencia y discriminación, en relación con la población étnica, si bien hay normatividad explícita como: FALTA LA JURISPRUDENCIA

Conferencia, convenios y Declaraciones internacionales

En el marco institucional existe otros acuerdos de obligatorio cumplimiento a los estados partes. El siguiente, es un cuadro que resume los más importantes acuerdos ratificados por el Estado colombiano, relacionados con el núcleo problemáticos de exclusión social y violencias.

VIOLENCIAS HACIAS LAS MUJERES		
Conferencias	Convención	Declaraciones
Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993)	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW	Declaración de Derechos Humanos de la Asamblea General de Naciones Unidas
Conferencia del Cairo	Convención sobre los derechos políticos de la mujer (1952)	
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)	Convenio 100 de 1953 de la OIT, relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor	
Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México, 1975)	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará, Brasil 1994)	
SALUD MENTAL Y INFANCIA Y ADOLESCENCIA		
	Convención Internacional de los Derechos del Niño	

Jurisprudencia Nacional

La salud mental aporta o contribuye indirectamente a los objetivos del milenio a reducir la mortalidad infantil (objetivo 4) y mejorar la salud materna (objetivo 5) por medio de la inclusión de actividades de salud mental en conjunto con la notificación de eventos de interés de salud pública para mejorar algunos determinantes sociales, línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

A nivel nacional los sistemas de Vigilancia aportan información para contribuir al análisis de la situación de salud siendo parte de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública, entendiendo este como un proceso analítico-sintético que permite explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes.

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

b. Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.

c. Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las entidades promotoras de salud - EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, secretarías de desarrollo social, personerías, organizaciones internacionales y organizaciones de base comunitaria.

d. Formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, pastoral social etc.) y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.

Contribuir a los objetivos del milenio en cuanto a reducir la mortalidad infantil (objetivo 4) y mejorar la salud materna (objetivo 5) por medio de la inclusión de actividades de salud mental en conjunto con la notificación de eventos de interés de salud pública para mejorar algunos determinantes sociales.

"Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento: Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

El Plan Nacional de Salud Pública, entiende "la salud mental de las familias como un foco indispensable para la formación de individuos idóneos, funcionales y capaces de aportar a la sociedad. A demás, centra sus esfuerzos en intervenir oportunamente en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia, brindar apoyo psicológico y abordar todas las problemáticas plasmadas en el CIE -10 y fomentar cambios en las interacciones personales como medio para solucionar problemas y promover un incremento en el bienestar psicológico, tanto individual, como familiar."

"En Bogotá, la política de salud para el periodo 2008-2012, partió de un balance de la salud en la ciudad, tanto desde el punto de vista de la situación de calidad de vida y salud de la población como de la respuesta social e institucional existentes. El desarrollo Salud a su hogar, entendido como un modelo de APS con enfoque familiar y comunitario para Bogotá, implicó el inicio de cambios profundos en el modo de atención y de gestión de la salud. El punto de partida consistió en ubicar territorios específicos para organizar la respuesta a partir de las necesidades sociales. Dentro de las prioridades del Plan de Salud Distrito Capital 2008 – 2012., la Salud Mental se

determinó como un componente integral y fundamental del desarrollo humano, que favorece en los individuos, familias y comunidades el ejercicio de la libertad con relación a las decisiones que toman en el marco de sus deseos, necesidades y posibilita la participación para hacer de su realidad una experiencia que les permita propender por una mejor calidad de vida y salud. La respuesta a las necesidades en salud mental de la población se contextualiza en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Dentro del Plan de Desarrollo 2008 – 2012 Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, se orienta en el marco de la intervención de psicosocial, cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud A Su Casa; reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes; y Para el 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas.

Dentro del decreto 3039 política nacional de salud pública dentro de la estrategia para mejorar la salud mental, en la línea de política número 1: b. Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.

Dentro del plan de desarrollo 2008-2012 "Bogotá positiva para vivir mejor", dentro de sus programas: Bogotá sana, garantía del aseguramiento y atención en salud, fortalecimiento y provisión de los servicios de salud, habla de la salud en general pero no se encuentra explícito la salud mental. Cumplir mensualmente con 86 paquetes de salud mental completos por los cuatro centros de salud dispuestos para la atención de los paquetes de salud mental (violencia intrafamiliar e intervención en crisis).

Desde el tema de discapacidad, se evidencia las diferentes metas y compromisos desarrollados del PDD META1.

Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.

- Desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada.
- Promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención
- Desarrollar programas de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.
- Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: MPS 2005). "A 2011 10.000 empresas del sector formal habrán sido sensibilizadas para la inclusión socio laboral de población en condición de discapacidad. Ejecución de Asesoría a 50 Empresas del sector formal de la localidad para la Inclusión de personas en condición de discapacidad en edad productiva.

A 2011 se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades de trabajo informal del Distrito Capital.

A 2011 se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades de trabajo informal del Distrito Capital.

A 2011 lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizada en el registro de discapacidad, 2 grupos por semestre, con procesos de participación social con un número de 20 personas en promedio por grupo.

Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa, intentando de canalizar la mayor cantidad de personas y en las distintas UPZ que conforman la localidad.

Cuando hacemos referencia a las metas distritales encontramos: “A 2011 lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizadas en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores”, la cual hace parte de la categoría de restitución de la autonomía del ámbito.

De la misma manera encontramos la meta local, la cual consiste en lograr el ejercicio del derecho a la salud y educación de la población, reconociendo a los ciudadanos y ciudadanas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores como prioridad para lograr inclusión social.

Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas y culturales.

Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población Colombiana y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores, con base en investigaciones y en la información generada por el sistema de información de salud.

A 2011 contar con políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud, gestionados con participación activa de ciudadanos y comunidad organizada.

A 2011 tener implementada la política de Discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables y la inclusión de esta población de acuerdo al Plan de Acción (Línea de base: 5%. Fuente: DANE 2005).

Des la Transversalidad de etnias se encuentra un marco normativo nacional de la siguiente manera: Ley 70 y auto 05 de sentencia T-025 de la Honorable Corte Constitucional/ y los autos 004 y 005 que establecen el estado de discriminación y violación de los DDHH de las poblaciones étnicas en condición de desplazamiento Plan de Desarrollo Distrital/ Decreto 192/2010 Plan de acciones afirmativas/ Espacio de reconocimiento de comunidades afro desde la Consultiva/ Política pública de etnias/ Construcción (en proceso) de la política pública de salud para las etnias. El plan de desarrollo local 2008/2012 “Bosa cultura y productiva participa por una Bogotá productiva artículo 2 numeral 6 “ La administración local potenciara la capacidad de los grupos heterogéneos reconociendo las particularidades étnicas. Ferias, decreto del CLOPS según información de la alcaldía local se estima que hay 40.000 afros en la localidad.

Para las étnicas específicamente indígenas, la constitución política art.1 define a Colombia como una sociedad participativa. Art. 7 reconoce y protege la diversidad étnica de la nación. En el Art. 40 Numeral 1 toda persona tiene derecho a elegir y ser elegido. Decreto Ministerial 1757 de 1994 sobre las formas de participación social en salud. Auto 004 que protege a comunidades indígenas desplazadas Plan de Desarrollo Distrital. Plan de Salud del Distrito. Políticas y Lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud. Plan de Desarrollo Local De Bosa 2009-2012. Titulo 1. Objetivo. General del Plan y principios de Política Pública Art.6 “La administración local potenciara las capacidades de los grupos heterogéneos reconociendo las particularidades étnicas, culturales” Art. 7 el gobierno Local le apostará a la construcción local de la política pública de interculturalidad como proceso horizontal de entendimiento entre los grupos étnicos y culturales reconociendo y contribuyendo a la manifestación y aplicación de los diversos saberes usos y costumbres.

Ley	Sentencias	Acuerdos	Decretos
Ley 51 de 1981	Sentencia C-507 de 2004	Acuerdo 381 de 2009	Decreto Distrital 550 de 2006
Ley 248 de 1995	Sentencia C-371 de 2000	Acuerdo 091 de 2003,	Decreto 166 de 2010 política pública distrital de mujeres
Ley 1257 de 2008	Sentencia C-804 de 2006, estableció el uso del lenguaje incluyente		
Ley 294 de 1996 reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal,	Sentencia T-088 de 2008		
SALUD MENTAL, INFANCIA Y ADOSLENCIA			
ley 12 de 1991			Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes en Bogotá
			Decreto 3039
EXCLUSIÓN			
Ley 70 de 1993	auto 05/2008	Plan de Desarrollo Distrital Decreto 192	Acuerdos 245 de 2006
	sentencia T-025		Acuerdo 239 de 2006
	Auto 04		
			acuerdo 137 de 2004

4.3.2 RESPUESTA INSTITUCIONAL

4.3.2.1 Gestión Local

"Dentro del plan de desarrollo 2008-2012 "Bogotá positiva para vivir mejor", dentro de sus programas: Bogotá sana, garantía del aseguramiento y atención en salud, fortalecimiento y provisión de los servicios de salud, habla en general, sin ser específico en salud mental. La intervención de gestión local del PDA de salud mental y red de buen trato busca liderar el posicionamiento de la salud mental y abordaje integral de las violencias a nivel ESE y de manera intersectorial.

A nivel distrital el Programa Bogotá Sana, se orienta a la garantía del derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas. Garantía del aseguramiento y atención en salud. Garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud, vinculando la población en condición de vulnerabilidad y garantizando el derecho a la atención en salud de toda la población.

Bogotá positiva con las mujeres y la equidad de género, se caracteriza por generar un reconocimiento, garantía y restitución de los derechos de las mujeres y garantizar las condiciones para el ejercicio efectivo de los mismos. El decreto 3039 plantea como una prioridad en salud a La salud mental y las lesiones violentas evitables, definiendo los efectos de la violencia y lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, las que generan mayor morbi-mortalidad. El suicidio es la principal manifestación de lesiones externas auto infligidas que predomina en la población de adultos jóvenes.

Para ello se ha desarrollado desde el acuerdo 166 de 2010 la política pública de mujer del distrito, acciones a implementar desde el derecho a la salud plena para las mujeres, el cual, tiene como objetivo implementar la transversalización de la perspectiva de género en los procesos de la ESE y posicionar en la agenda pública local el tema con el fin de realizar respuestas transectoriales para mejorar la calidad de vida de las mujeres en el territorio.

Desde la transversalidad de género se realiza articulación Local-Distrital en el marco del enfoque de género y de derechos de las mujeres. Acompañamiento a la agenda social de las mujeres, posicionamiento de la política pública de mujer y género y de los temas priorizados dentro del componente. Sensibilizar en temas generadores en salud para las mujeres con perspectiva de género: Mesa local de Sexualidad y Género, comité local de mujer y género, Comité de Derechos Humanos, Red de Mujeres Productoras, Comité de productividad, Comité Local de Etnias, Nodo de Red Materno Infantil, Red del Buen Trato, Comité Local De Mujer Y Género, organizaciones de mujeres COMUJEB, Mesa Local De Sexualidad Y Género, mujeres indígenas lideresas.

La transversalidad de discapacidad el hospital Pablo VI Bosa desde Gestión local es el encargado de la participación, organización y fortalecimiento del Consejo Local de Discapacidad (CLD) como una red social, en el que deben participar 15 miembros según acuerdo 137 de 2004, llevando la Secretaría técnica de este espacio, promoviendo la inclusión o sostenibilidad del tema de la Discapacidad en el Plan de Desarrollo Local y participar en actividades dirigidas hacia la visibilización de la discapacidad en los local. A pesar de no existir brecha, se evidencia que la participación en este espacio no es autónoma, solo por dar cumplimiento a una norma pero no hay verdadero empoderamiento de algunos miembros del CLD como el gobierno local y de instituciones como el DLE, Secretaria de Movilidad e IDRD. El CLD no cuenta con un espacio donde se pueda dar asesoría a las familias, no es

reconocido aún por la comunidad, ni tienen información de la representación que ellos y sus familias tienen en este espacio. El tiempo dado por lineamiento para la Secretaría Técnica de este espacio es insuficiente y se requiere mayor compromiso y trabajo de los demás sectores.

4.3.2.2 Vigilancia en salud pública “vigilancia de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales”, SIVIM

Los casos se catalogan de acuerdo al riesgo vital implicado en la violencia; de tal modo que los casos de abuso sexual y maltrato infantil severos como son casos de desnutrición clínica severa o violencia con huella física reciente son tipificados como prioritarios y tienen una duración de 8 horas; mientras que los de bajo riesgo vital como negligencia, abandono, maltrato económico o emocional son catalogados como casos control o los casos de maltrato físico con proceso legal y medidas de protección para las víctimas teniendo una duración de 4 horas.

Las asistencias técnicas a las IPS privadas y públicas en el diligenciamiento adecuado de la ficha SIVIM, se sensibiliza a los profesionales de la salud en la detección temprana y oportuna de los casos y la respectiva ruta de atención, esta actividad pretende fortalecer la notificación y captura de los casos, con miras a la restitución de los derechos de las víctimas así mismo disminuir los índices de tolerancia ante las violencias y se realiza búsqueda activa para la detección de casos no notificados.

Desde el sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Delitos Sexual SIVIM durante el año 2009 se notificaron a SIVIM 1137 casos de los cuales 216 fueron de abuso sexual y 921 fueron de otras violencias; de estos casos se realizaron 397 seguimientos prioritarios a casos de abuso sexual y/o maltrato infantil severo y 362 controles a casos con bajo riesgo vital; 114 de estos casos se remitieron a otras localidades dado que los niños viven en otra localidad, 105 casos no se pudieron realizar intervenciones dado que las direcciones y teléfonos reportados en la ficha SIVIM no existen o no respondieron al momento del seguimiento y 158 casos no fueron intervenidos por falta de cobertura en las metas asignadas por SDS. En el año 2010 durante el primer trimestre se reportaron 294 casos, de los cuales se realizaron 49 casos prioritarios a casos de alto riesgo vital, 164 controles a casos de baja complejidad vital, 19 fueron remitidos a otras localidades, 39 fueron fallidos dado que no fue posible realizar el seguimiento por falta de datos de ubicación y 23 no fueron intervenidos.

4.3.2.3 Ámbito Familiar

► Psicosocial

La intervención logró cambios significativos al interior del contexto familiar tanto en su dinámica como en la adherencia y el conocimiento de sus derechos y deberes; por otra parte se evidenció el interés de los miembros de la familia para acceder a los servicios de salud prestados a nivel distrital, generando un impacto favorable a nivel individual y familiar en los casos abordados. Dentro de los aspectos más importantes evidenciados a partir de la intervención a nivel local fue el mayor cubrimiento y notificación de casos, siendo este un indicador que evidencia mayor información por parte de la población como también la educación y sensibilización logrando que la población sea más participe y conozca la ruta de atención para las diferentes problemáticas detectadas en el hogar. La justificación de la intervención psicosocial, radica en la necesidad percibida por la comunidad quien evidencia sus problemáticas en un contexto de derechos, en este caso en particular propendiendo por el adecuado desarrollo de la autonomía y toma de decisiones, la participación, la calidad de vida y la salud mental; se da

respuesta por medio de un equipo de profesionales de la psicología, haciendo una detección inicial de necesidades para posteriormente implementar planes de acción frente a las problemáticas previamente identificadas y de esta forma contribuir a la calidad de vida del núcleo familiar. El proceso realizado durante el año 2009 en la Intervención Psicosocial ofreció un cambio positivo para 1111 familias que habitan en la localidad de Bosa.

De acuerdo con los porcentajes obtenidos y el número de personas abordadas en el primer semestre del año 2010 en las tablas y graficas anteriores se evidencia que en el ciclo de infancia hubo una menor incidencia de casos presentándose durante el mes de enero y febrero un porcentaje del 9 % y durante el mes de marzo del 0 %. En cuanto a la etapa del ciclo vital de juventud se identifica que es la etapa del ciclo vital que mayor cantidad de casos reporta superando durante todos los meses más del 45 % de casos reportados, ya que durante el mes de enero hubo un porcentaje de 61%, un porcentaje de 58 % durante el mes de febrero y en marzo un total de 75%; con respecto a la etapa del ciclo vital de adultez se evidencia un alto porcentaje de notificación segunda etapa vital con mas porcentaje de casos ya que durante el mes de enero hubo un porcentaje de 26%, en febrero un porcentaje de 32% y en marzo un porcentaje de 19%; finalmente en la etapa del ciclo vital de persona mayor se presenta una baja notificación ya que durante el mes de enero solo hubo un 4% durante el mes de febrero un porcentaje de 12 % y finalmente durante el mes de marzo un porcentaje del 6 %. La intervención aportó a 47 gestantes y a 125 infantes logrando cambios positivos. La intervención aportó a 413 jóvenes logrando cambios positivos. La intervención aporoto a 434 adultos logrando cambios positivos. La intervención aportó a 92 persona mayor logrando cambios positivos pero se llega a toda la población de la localidad según casos notificados siempre siguiendo lineamientos de la SDS. Según los datos se evidencia que en la UPZ 85 (central), se reportaron un total de 504 intervenciones de las cuales 174 son caracterizados y 330 no se encuentran caracterizados, por lo cual representan un 45% del total de familias abordadas durante el 2009. Con respecto a la UPZ 86 (occidental), se reportaron un total de 202 intervenciones de las cuales 37 están caracterizadas y 165 no se encuentran caracterizadas, por lo cual representan un 18 % del total de familias abordadas durante el 2009. Con respecto a la UPZ 87 (Tintal Sur) se reportaron un total de 53 intervenciones de los cuales 12 son caracterizados y 41 no se encuentran caracterizados, por lo cual representa un 5 % del total de familias abordadas durante el 2009. Con respecto a la UPZ 84, (Porvenir) se reportaron un total de 295 intervenciones, de la cuales 82 se encuentran caracterizadas y 213 no se encuentran caracterizadas por lo cual representan un 27 % del total de familias abordadas durante el 2009. Finalmente con respecto a la UPZ 49 (Oriental) se reportaron un total de 57 intervenciones de las cuales el 11 se encuentran caracterizadas y 46 no se encuentran caracterizadas, por lo cual representa un 5% del total de familias abordadas durante el 2009. Es importante fortalecer los medios para que tanto los funcionarios de la ESE como la comunidad desarrollen estrategias efectivas para la canalización y reporte de casos en la localidad. Una estrategia que se plantea es el desarrollo de medios efectivos de información en donde se capacite y sensibilice a la comunidad sobre las diferentes problemáticas y situaciones a las cuales están expuestas. Por otra parte a los promotores de salud a su casa enfatizarles sobre la importancia del reporte y canalización de las familias a los diferentes servicios que ofrece la ESE. Es importante capacitar a los psicólogos en aspectos puntuales como lo son intervención en crisis, conocimiento de las diferentes entidades e instituciones que respalden y fortalezcan las intervenciones, implementar diferentes programas para prevenir el consumo de spa en los jóvenes, de rehabilitación y ayudas para habitantes de calle.

► **Conducta suicida**

La intervención de conducta suicida en la localidad de Bosa busca una estabilización de la dinámica Familiar frente al evento de conducta suicida. Logrando cambios positivos en las familias intervenidas. Desde la notificación, en primer lugar se realiza un primer contacto telefónico, con el ánimo de verificar la información, luego identificar si es posible el nivel de riesgo del evento; leve moderado o severo; el caso de intento los casos de

intento moderado y severo no debe pasar un tiempo mayor a 24 horas para atenderlo. Se aclara que si el número telefónico está herrado, se verifica yendo a la dirección que aparece, en la ficha de remisión, para darlo como exitoso o fallido según sea el caso. Actualmente en tiempos y de acuerdo a lineamiento como está planteada la intervención, hay factores que no favorecen la intervención, inicialmente uno de tiempos, ya que se debe ajustarse a unos tiempos y según lineamiento de psicosocial; pero en la práctica y en la realidad no cubre las necesidades de los habitantes de la localidad que presentan el evento; primero por el tipo de evento, el cual requiere por lo menos de dos a tres hora, con diligenciamiento de instrumento, y por lineamiento establecen que debe tomar tiempo de 45 minutos. Se analiza que durante el año 2009 a las familias, (206). Se prestó la primera ayuda, con estabilización de la dinámica familiar, concientizándolos de la importancia de la integración de cada uno de los miembros en el proceso de superación del evento; que actúan como constructores en el fortalecimiento de los vínculos afectivos, reestructurando relaciones fracturadas, reconstruyendo espacios perdidos en la familia. Para el año 2010 se han recibido 94 notificaciones de las cuales el 61% es efectiva y se le ha hecho intervención. Las etapas de ciclo fueron 17 niños, 3 gestantes y 204 jóvenes.

La intervención se hizo en 66 individuos pertenecientes a etapa de ciclo vital adultez, la intervención se hizo en 5 individuos pertenecientes persona mayor. Los datos permiten evidenciar no solo que la población adulta y joven es la de mayor notificación y abordaje, sino que la población infantil y de persona mayor es la de menor abordaje y cabe preguntarse si este bajo número de casos abordado con relación a los que sobresalen, es realmente porque no se presentan tantos casos en estas etapas o porque son poblaciones altamente vulnerables y con poca voz para hacer la notificación de situaciones problema. Se considera la necesidad de aumentar la movilización de la intervención, aumentar la prevención en articulación con otros ámbitos y otras líneas de intervención, para que realmente se puedan oír las voces de etapas que pueden estar en alto riesgo por las condiciones y características mismas de su ciclo vital. Las intervenciones se realizan en toda la localidad no se tiene el dato por UPZ pero si se intervinieron casos en 118 Barrios de la localidad. Se analiza que durante el año 2009 a las familias, (206). Se prestó la primera ayuda, con estabilización de la dinámica familiar, concientizándolos de la importancia de la integración de cada uno de los miembros en el proceso de superación del evento; que actúan como constructores en el fortalecimiento de los vínculos afectivos, reestructurando relaciones fracturadas, reconstruyendo espacios perdidos en la familia. De otra parte los casos fallidos que se presentan por falta de información de los usuarios, información incompleta de UPGD, información herrada, usuarios que no responden, o no les interesa el ofrecimiento al apoyo Psicológico.

► Plurimodal

Teniendo en cuenta que la intervención plurimodal impacta a la población con el objetivo de promocionar la salud mental de diversas formas que aprovechan las potencialidades de las familias, se implementó en el mes de enero del presente año, un proceso enfocado al cumplimiento de las metas y lineamientos correspondientes al mes. Las acciones implementadas permitieron conocer de alguna manera las necesidades de las familias de la localidad de Bosa mediante la priorización de los focos de interés. Las 650 familias que ingresaron durante la vigencia Febrero-Diciembre del 2009, priorizaron las temáticas así: (se describe según foco de interés) Como primer foco de interés 247 familias escogieron el tema Pautas de Crianza con un porcentaje del 38 %, seguido del tema Resolución de conflictos y comunicación asertiva con un total de 98 familias correspondiente a un 15%, estas fueron las temas priorizados con mayor frecuencia. En el primer trimestre del 2010 se ha trabajado con 352 familias de las cuales 160 pertenecen a los microterritorios de salud a su casa y 108 familias han terminado todo el proceso. De la población total de las personas que ingresaron a la intervención plurimodal en la localidad de Bosa correspondiente a 325 familias el 35 % corresponde a la etapa del ciclo vital a infancia.

De la población total de las personas que ingresaron a la intervención plurimodal en la localidad de Bosa correspondiente a 325 familias encontramos el 9% corresponde a la etapa del ciclo vital Juventud. De la población total de las personas que ingresaron a la intervención plurimodal en la localidad de Bosa correspondiente a 325 familias encontramos que el 47 % corresponde a la etapa del ciclo vital adulto; el 35 % corresponde a la etapa del ciclo vital a infancia; 11 % corresponde a la etapa del ciclo vital Persona mayor; y el 9% corresponde a la etapa del ciclo vital Juventud. De la población total de las personas que ingresaron a la intervención plurimodal en la localidad de Bosa correspondiente a 325 familias encontramos que el 47 % corresponde a la etapa del ciclo vital adulto; el 35 % corresponde a la etapa del ciclo vital a infancia; 11 % corresponde a la etapa del ciclo vital Persona mayor; y el 9% corresponde a la etapa del ciclo vital Juventud se evidencia que de las familias abordadas, el 65% no tienen ningún grupo población (190) con 229 personas; el 19% corresponden a madres gestantes y lactantes (MGL) con 67; el 13.35% son servidores públicos (SPU) con 47; el 1.42% son cabezas de familias (247) con la participación de 5 familias; el 0,85% Personas en Condición de Discapacidad (PCD), equivalentes a 3 familias y 0.28% personas en situación de desplazamiento que equivale a 1 familia para un total de 352 familias que participaron en el proceso en este I trimestre. Para el 2010 en la UPZ 86 se hicieron 12 intervenciones en la UPZ 85 se dieron 311 eventos, en la UPZ 86 con 18 eventos y en la UPZ 87 se intervinieron 11 familias en las diferentes UPZ de la localidad de Bosa que corresponden a los siguientes porcentajes; con un 89 % de las familias abordadas, pertenecientes a la UPZ Central; el 5% a la UPZ 86 Porvenir; y el 3% a las UPZ 84 Occidental y 87 Tintal sur. Para el 2009 El mayor porcentaje de atención de familias por UPZ fue en la 85 o UPZ Central, con un total de 82%, correspondiente a 532 familias. Seguido de UPZ occidental con un 16% que equivale a 106 familias, continuando con la UPZ 86 Porvenir con el 1% correspondiente a 7 familias y por último la UPZ Tintal Sur con el 1% correspondiente a 6 familias.

4.3.2.4 Ámbito Comunitario

► Proceso de reflexión colectiva

Busca generar espacios de reflexión y sensibilización frente a la gestión de ambientes más protectores y solidarios para niños, niñas y adolescentes así como sensibilizar y visibilizar la vulneración de derechos que hay detrás de las peores formas de trabajo infantil y la Explotación sexual comercial. Afianzada en 10 colegios de la localidad (205) 8 jardines infantiles (95), 3 comedores comunitarios (70) y 3 organizaciones sin ánimo de lucro (50), para este rango durante el 2009 se incluye la intervención en 20 UTIS en el análisis hecho hasta el mes de abril de 2010, se hizo sensibilización a 6 colegios de la localidad equivalentes a 135 personas entre NNA y padres de familia, atención a 85 NN de la UAES familia viva, 45 orientadores escolares de la localidad, 25 NNA de centro amar, 15 NNA de IDIPRON, 6 Cafés Internet equivalentes a 22 personas y 6 moteles equivalentes a 12 personas sensibilizadas en Explotación Sexual y Comercial de Niños Niñas y Adolescentes - ESCNNA.

► Divulgación de los servicios que presta la línea 106 “amiga de los niños niñas y adolescentes

Busca dar a conocer a los niños, niñas y adolescentes que cuentan con un espacio de comunicación en donde pueden contar con una red de apoyo psicosocial especializada en niños, niñas y adolescentes. Todo el proceso de reflexión hace énfasis en la activación de la línea 106. Dentro de la sensibilización especificada en los procesos de reflexión colectiva es necesario precisar que todas las intervenciones localizan y enfatizan la intervención de la línea 106.

► **Promoción de la Salud Mental en la Comunidad-Comunidades Saludables**

En el componente de ciudad protectora y amigable se avanzó en el Diseño de propuestas pedagógicas, para prevenir accidentes en colegios, a través de actividades lúdicas. Se logro el diseño de estrategias para la prevención de accidentes, a través de la sensibilización de 1184 niñas y niños estudiantes de colegios distritales de la localidad.

Fortalecer el proceso de multiplicadores que participaron en el proyecto. Se formaron 52 multiplicadores de los grados 8 y 9 de las IED que participaron en el desarrollo del proyecto.

Sensibilizar nuevos estudiantes de grado cero y primero en prevención de accidentes, de las IED seleccionados.

Diseñar metodología comunitaria para la prevención de la conducta suicida, en IED con mayor problemática en la localidad. Se conformaran grupos de estudiantes, docentes, padres y madres de familia, para conformar redes de apoyo para la prevención juventud y adulto estudiantes de grados 7, 8 y 9 grado y padres de familia y docentes de las IED seleccionadas.

► **Estrategias para la promoción en salud mental**

Se avanzó en el Diseño de propuestas y actividades que permitan la re significación y la promoción de la salud mental en grupos de de la comunidad que serán entrenados para ser multiplicadores de información en el año 2009 la estrategia no se implementaba diseñar estrategias para fortalecimiento de redes enfocándose en instituciones educativas para formar grupos de multiplicadores en prevención conducta suicida y promoción de la salud mental con etapas juventud y adultez donde participaron estudiantes, docentes y padres.

Ejecutar junto con la comunidad estrategias de prevención en conductas suicida y temática de interés según etapa ciclo vital, ejecutar talleres que contengan la información que la población a intervenir requiera y cubra su necesidad para fortalecer las relaciones familiares y habilidades personales.

► **Intervención en salud mental con casos canalizados por el ámbito u otros actores sociales**

Se realiza intervención de primer nivel con los niños, niñas y adolescentes trabajadores y actores de su contexto en donde el profesional de salud mental del ámbito laboral una lectura del contexto y define según criterio profesional, los modos y niveles de intervención, ofreciendo una respuesta que favorezca el fortalecimiento de los vínculos y la activación de redes. Se ha trabajado en UPZ Tintal Sur y UPZ Porvenir.

4.3.2.5 **Ámbito Escolar**

► **Acciones promocionales inclusión social y convivencia**

Desde el eje de acciones promocionales inicialmente se realiza un proceso de identificación de la población desplazada. Posteriormente se realiza un ejercicio de inclusión social de la población a los grupos focales con quienes se genera un ejercicio de orientación para la creación de proyectos de vida que promuevan el ejercicio de la autonomía. Formación a los niños, niñas y jóvenes en identificación de los tipos de violencia intrafamiliar y ejercicio de los derechos. Específicamente frente a la problemática de barras bravas y tribus urbanas se realizo la semana del arco iris en la cual se sensibilizo frente al tema de la tolerancia y convivencia. Presentación de testimonio de vida de líder de las barras bravas. Para la respuesta a la problemática de violencia y maltrato se realiza un proceso inicial con el grupo gestor y continuando con docentes en el cual se da a conocer las rutas de atención y adecuado diligenciamiento de formatos. Después se prosigue a un proceso de capacitación en la

identificación de signos de alarma del abuso sexual y maltrato infantil. Con padres y madres de familia se realizan talleres de prevención de las violencias en los cuales se crean espacios de socialización entre padres y madres y se brindan herramientas alternativas para castigar sin utilizar el castigo físico o emocional.

El número de participantes en actividades de Inclusión Social y Convivencia fueron 4836 niñas y niños, jóvenes y docentes, repartidos así. UPZ 85: 2676, UPZ 84: 1028, UPZ 49, 87 y 86: 1132. Jóvenes en grupos sociales 416, repartidos así: UPZ 85: 95 y UPZ 49,87 y 86: 321, pertenecientes a población en situación de desplazamiento, a comunidad étnica, LGBT, tribus urbanas, Barras Futboleras, estudiantes, docentes y padres de familia.

LÍNEA 106

Se realiza formación en 34 sedes de colegios distritales de la localidad en prevención de las violencias con los grupos promotores de la línea 106 conformados por aproximadamente 15 estudiantes. Brindando herramientas para la prevención del abuso sexual y otros tipos de maltrato infantil, capacitando a los niños para identificar las partes íntimas de su cuerpo, el secreto que se debe guardar, así como el qué hacer y qué no hacer cuando están siendo abusados. Se trabaja en primera instancia con el grupo promotor conformado por niñas, niños y adolescentes buscando con encuentros mensuales el fortalecimiento de competencias de los niños y las niñas y el fortalecimiento de redes en el contexto escolar, movilizand así acciones en pro de la salud mental de los niños y las niñas. Así mismo, se logra la divulgación de los servicios de la línea 106 en las 34 instituciones educativas y en los 11 jardines que integran Salud al Colegio. Desde jardines se realiza trabajo en 11 instituciones a través del componente de Promoción del Buen Trato y se dirigen acciones a padres de familia y docentes promoviendo pautas y hábitos que favorecen el sano desarrollo y bienestar de niños y niñas en espacios libres de violencia; este proceso se refuerza con la movilización de la ruta de atención en violencias y la divulgación de la línea distrital 106, con los niños y niñas con el objetivo de brindar posibilidades y acceso a la restitución de los derechos. Así mismo se realizan acciones que a pesar de no ser directamente desarrolladas con los estudiantes inciden en la prevención de las violencias y permiten que este ciclo vital se vea beneficiado. Por ejemplo el trabajo con padres y madres de familia que se realiza con talleres de hábitos e higiene personal para prevenir la negligencia.

Con docentes se trabaja en herramientas para el manejo del estrés y trabajo en equipo con el fin de disminuir la carga emocional y permitir que al interactuar con los niños y niñas se promueva el buen trato. Así mismo se realiza movilización de la ruta de acción ante las violencias con el fin de identificar casos de menores violentados, esto se realiza tanto con el par educativo como con el grupo gestor de la institución y se realiza seguimiento SIVIM Sistema de Vigilancia a la Violencia y el Maltrato Intrafamiliar por parte de la psicóloga del ámbito escolar. Desde gestión se realiza invitación a participar al antiguo SIF con el fin de realizar articulación interinstitucional y capacitación en prevención de las violencias.

Se cuenta con 508 niños y niñas formados en promoción de la línea 106 pertenecientes a la UPZ 85: 152, UPZ 84: 176, UPZ 49, 86 y 87: 180, y con 404 docentes sensibilizados en prevención de la conducta suicida. Además se han hecho 337 seguimientos a casos de violencia reportados por las IED. En jardines con promoción del buen trato se ha logrado la participación de 400 padres de familia y 125 docentes formados, así como a 333 niños y niñas sensibilizados.

MOVILIZACIÓN DE RUTAS DE VIOLENCIAS

Para la respuesta a la problemática de violencia y maltrato se realiza un proceso inicial con el grupo gestor y continuando con docentes en el cual se da a conocer las rutas de atención y adecuado diligenciamiento de formatos. 337 reportes para seguimiento a casos, 207 corresponden a casos de violencia intrafamiliar, 70 casos a

conducta suicida y 60 casos a orientación psicosocial. En el año se realizaron 207 seguimientos a casos de maltrato infantil, Abuso sexual y violencia intrafamiliar; de los casos seguidos 122 de los casos son prioritarios donde 51 de ellos corresponden a abuso sexual, 71 a casos de violencia física y emocional, 85 son casos de negligencia respectivamente.

ACCIONES PROMOCIONALES SPA

Desde acciones promocionales se realiza la implementación de un modulo de prevención del consumo de psicoactivos con el desarrollo de diferentes temáticas, los encuentros con los grupos focales se llevan a cabo 2 veces al mes dependiendo las dinámicas institucionales. Se desarrollan ferias en los colegios que priorizaron la temática de SPA llamadas “Vivir con Sentido” en las que se hace trabajo con las sensaciones y emociones. Estas se realizan una vez al año. Además se realizan cine foros y charlas específicas de drogodependencias con estudiantes y docentes.

En las acciones promocionales de prevención de consumo de SPA se trabajó con 5964 jóvenes, repartidos de la siguiente manera: UPZ 85: 4295, UPZ 84: 1114, UPZ 49,87 y 86: 555.

El número de participantes en actividades de Inclusión Social y Convivencia fueron 4836 niñas y niños, jóvenes y docentes, repartidos así. UPZ 85: 2676, UPZ 84: 1028, UPZ 49, 87 y 86: 1132. Jóvenes en grupos sociales 416, repartidos así: UPZ 85: 95 y UPZ 49,87 y 86: 321, pertenecientes a población en situación de desplazamiento, a comunidad étnica, LGBT, tribus urbanas, Barras Futboleras, estudiantes, docentes y padres de familia.

Se cuenta con 508 niños y niñas formados en promoción de la línea 106 pertenecientes a la UPZ 85: 152, UPZ 84: 176, UPZ 49, 86 y 87: 180, y con 404 docentes sensibilizados en prevención de la conducta suicida. Además se han hecho 337 seguimientos a casos de violencia reportados por las IED. En jardines con promoción del buen trato se ha logrado la participación de 400 padres de familia y 125 docentes formados, así como a 333 niños y niñas sensibilizados.

4.3.2.6 Ámbito IPS

Promover el PDA de salud mental en las IPS de la red pública y privada, fortaleciendo su posicionamiento y fortalecimiento y haciendo partícipes a los prestadores y coordinando dicha acción en el marco del Comité de Salud Mental de la ESE. En Salud Mental desde el ámbito IPS el hospital tiene contratado el paquete de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato al menor y delitos sexuales, dando de esta manera atención psicoterapéutica a los miembros de la familia que lo requieren. Este paquete se ofrece en cuatro puntos de atención de la localidad séptima de Bosa: UBA San Bernardino, UPA Palestina, UPA Carbonell y CAMI consulta externa.

En el 2009 los paquetes de atención en salud mental desde el pos que se atendieron fueron 984, se evidencia ampliación de las coberturas para el servicio específicamente en CAMI, Palestina y San Bernardino se atiende en el horario de la mañana, Carbonell en el horario de la tarde y todos los sábados y dos sábados al mes en Palestina y San Bernardino.

Eventos de violencias, en este programa se brindó la información de violencias y se construyeron propuestas de acciones para lograr el objetivo. En cuanto al segundo programa se lleva a cabo en la UPA Palestina y la temática

principal es consumo de sustancias psicoactivas el cual está dividido en acciones educativas de promoción y prevención, en este programa se brindó información general de la problemática en la localidad que aunque no se tienen datos específicos se evidencia la necesidad de construir propuestas para dar respuesta a esta problemática, ya que, en la localidad no se cuenta con Instituciones a las cuales se pueda canalizar este evento.

Participación en el encuentro de Salud Mental de la subred sur en donde se realizó contextualización de la Salud Mental en donde se rescata la importancia de realizar intercambio de experiencias y propuestas para no llegar solamente al daño o al riesgo sino a la promoción de la Salud Mental.

Participación en la socialización y el evento del convenio 565 entre el ministerio de la protección social y la Organización Mundial de la Salud para las migraciones. “Atención integral a las mujeres en situación de desplazamiento y sus grupos familiares”. Se llevo a cabo la revisión de la Política Nacional del campo de la Salud Mental cuyo objetivo es propiciar la salud mental y su capacidad transformadora conjugando acciones que desde múltiples lugares garanticen el cumplimiento de los derechos, incidan sobre el capital simbólico, faciliten relaciones más equitativas e incluyentes, aminoren el sufrimiento, restauren el bienestar emocional y permitan a los colombianos incrementar su capital global y gozar de una mejor vida en el desarrollo, cuyas estrategias son la gestión social y política, articulación y concurrencia, provisión de intervenciones y servicios.

Se realizó la capacitación sobre sistematización de la información como una estrategia investigativa y como aporte a la construcción del conocimiento asumiéndose como un proceso, de corte crítico que genera modelos y formas de acción.

Participación en capacitación de la promoción del buen trato y la prevención de la violencia sexual desde el sector salud, este partió del hecho de que la violencia sexual atenta contra los derechos sexuales y reproductivos, vulnera la libertad y los derechos fundamentales y que además la prevención es parte importante para disminuir su incidencia, repetición y secuelas y asistencia al encuentro Distrital para la socialización de estrategias comunitarias para la detección, prevención y atención integral de la violencia y la prevención del embarazo. En articulación con la UNFPA y SAC se realiza con el grupo GAPP una capacitación en derechos sexuales y reproductivos y prevención del abuso sexual generando de esta manera en los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento de su cuerpo, de su sexualidad, de sus derechos y de la garantía de los mismos y del respeto por sí mismo y del otro.

Para los meses de Octubre a Diciembre se realizan las rutas de atención integral a violencias tanto del CAMI como de urgencias específicamente para los casos de Violencia Sexual, asalto sexual y Violencia Intrafamiliar.

Se llevó a cabo posicionamiento en lo Institucional apoyando el proceso de acreditación en donde se brindó y socializó la información de Salud Mental haciéndose evidente que son necesarias las diferentes intervenciones para dar respuesta a las necesidades de la comunidad.

Se realiza un acercamiento a las políticas públicas de salud mental.

En el comité de Salud Mental se han realizado seguimientos a las acciones del PDA de Salud Mental generando mejoras; se creó una estrategia con el fin de reforzar comportamientos y conductas positivas en los diferentes colaboradores del PIC así mismo reforzar el buen trato dentro del mismo, el cual permite de una u otra manera lograr además posicionar el comité y la Salud Mental en sí.

Se han mantenido las inducciones a los profesionales que ingresan a las intervenciones de Salud Mental permitiendo una mejor comprensión y línea técnica del PDA incluyendo POS y UEL, articulación con ISA para el análisis de información de Salud Mental específicamente frente a los indicadores de Salud Mental Institucionales, al

seguimiento que se realiza en los puntos de atención del POS y se brindan aportes para evaluación Institucional que se realizará a los profesionales (psicólogas) del POS en guía de manejo de psicología y protocolo de atención de la violencia sexual desde el sector salud y con discapacidad con el fin de contribuir al bienestar de los y las profesionales y agentes de cambio de esta transversalidad.

Análisis de los grupos focales que se realizaron durante el proceso de sala situacional de Salud Mental teniendo en cuenta problemáticas enunciadas, problemáticas críticas, determinantes, respuesta social y propuestas de los grupos en las temáticas generales de conducta suicida, abuso sexual y consumo de sustancias psicoactivas; realización de los programas de la UPA carbonell y Palestina.

Socialización de las rutas integrales ante las violencias en todos los centros de Salud del Hospital Pablo VI Bosa a todo el personal, esta se realiza en articulación con el ámbito Instituciones Saludables y Amigables Participación en la organización y ejecución del II Encuentro de Salud Mental el cual fue liderado y ejecutado por los profesionales del PDA de Salud Mental de gestión local de las diferentes localidades.

Socialización del marco situacional de la Salud Mental en la Red del buen trato/Comité Operativo de Infancia y Adolescencia y participación en la misma.

En el 2009 se sensibilizaron los colaboradores de los centros que atención que tiene a cargo el hospital pablo VI. Es importante mencionar que la sensibilización se hace a los colaboradores de las IPS pero cuando nuevamente se asiste para revisar el proceso como va, se evidencia rotación constante de los colaboradores por tanto es muy difícil medir este proceso.

Es cuanto a este aspecto se está cumpliendo lo esperado en cuanto a las IPS públicas, pero en cuanto a las IPS privadas se evidencian barreras por tiempo y personal para llevar a cabo las sensibilizaciones de salud mental genera un poco de dificultad la rotación del personal de los centros de atención para la concienciación de la información en salud mental que se hace bimensualmente y cuando se realiza la siguiente sensibilización ya el personal en su mayoría es nuevo y hay que reiniciar el proceso, por tanto en de gran dificultad tener una continuidad en el tiempo en cuanto a los esperado trabajar en los temas de salud mental.

Las colaboradores de que están a cargo del proceso de salud mental IPS son dos profesionales de psicología cada una con una carga laboral de cuatro horas, las cuales se distribuyen las visitas de sensibilización para llevar a cabo en el mes, con la periodicidad programada para las IPS públicas pero el tiempo no es suficiente para cubrir las IPS privadas en cuanto al proceso de sensibilización A pesar de las dificultades que se han evidenciado en el proceso de sensibilización es importante resaltar que la implementación del mismo es de gran importancia para posicionar la salud mental tanto para las y los colaboradores, por ende que ellos lo irradian a las personas que les prestan el servicio en cada centro de atención, puesto que permite tener una mirada diferente a las problemáticas actuales que se están evidenciando en este campo y así poder hacer la canalización pertinente y necesaria que detecten. Elaboración de un folleto para los colaboradores que este en cada centro para que cuando llegue personal nuevo pueda actualizarse con respecto al programa de salud mental mientras se vuelve a ser el acompañamiento de sensibilización. Ser más constante con la articulación con las otras líneas de intervención para el fortalecimiento y reconocimiento de las rutas de salud mental para canalizar a los usuarios a los servicios que tanto el PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) como el pos prestan para la población con necesidad del servicio.

4.3.2.7 Transversalidades

► Género mujer

La transversalización del enfoque de género en Intervenciones PIC es una de las prioridades desde la intervención. Dada la complejidad de la estructura del PIC la apuesta desde el componente es acompañar procesos desde la Gestión Local de otros PDA y TVS en dicho componente y los ámbitos de vida cotidiana y vigilancia, a partir de los grupos de coordinación técnica poblacional. Cada uno de estos, acorde a los procesos de articulación gestionados desde el nivel distrital y que serán retroalimentados periódicamente al nivel local. Sensibilizar sobre el enfoque de género, a los diferentes procesos de la ESE, con el fin de que las acciones adquieran e intervengan con ella, las que se sensibilizó fueron: SIVIM, COVE, UAT, bacteriólogas y enfermeras auxiliares, Ámbito comunitario, ámbito laboral, ámbito escolar, vigilancia epidemiológica, equipo TVS de desplazados, TVS de discapacidad, medio ambiente, grupo de TVS de equidad.

En la localidad se desarrolló un proyecto promocional sobre imaginarios de las y los servidores públicos de salud y mujeres de la comunidad sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en: COVE, grupo de salud mental, mesa de sexualidad y género, comité de mujer y género, grupo funcional de infancia, grupo de psicosocial. Sensibilización sobre violencia contra las mujeres, se participa en el plantón coordinado dos veces al año y se hace una semana de muestra artística sobre violencia contra las mujeres en: casa de la justicia, tres organizaciones de mujeres, Upas y UBAS de la ESE, Salud pública, Subdirección de integración social, funcionarios y funcionarias del Hospital Bosa II Nivel: participaron en estos espacios hombres y mujeres de las etapas de ciclo vital juventud, adultez y persona mayor, desplazados, etnias, mujeres trabajadoras del hogar, gestantes adolescentes, mujeres cuidadoras ICBF.

► OSIG Orientación Sexual e Identidad de Género

Transversalidad de género, componente de identidad de género y orientación sexual direcciona sus acciones hacia la principal problemática que se presenta en personas de los sectores LGBTI, es la discriminación a razón de su identidad de género y su orientación sexual. 2. La ya mencionada situación de discriminación se presenta en problemas de acceso a los servicios sociales en salud. 3. Por ser una problemática asociada equivocadamente a problemas psicológicos, existe una respuesta equivocada en el sector salud, frente a las necesidades de la comunidad.

1. Concienciaciones a servidoras y servidores públicos de la ESE Pablo VI Bosa, y de otras instituciones de la localidad. Dicha concienciación tiene el objetivo de borrar imaginarios negativos con respecto a las personas de los sectores LGBT con el fin de que la atención dentro de las instituciones a estas personas sea efectiva y con enfoque diferencial.
2. Fortalecimiento a grupos y organizaciones sociales conformados por personas de los sectores LGBTI para promoción de la política pública para la garantía plena y los derechos de las personas de estos sectores, como acción positiva para la exigibilidad de sus derechos.
3. Consolidación de espacios locales que permitan la promoción de la Política pública LGBT para la garantía plena y los derechos de las personas de estos sectores, como lo es el Café por la Diversidad sexual Bosa, que tiene el propósito de difundir e implementar información importante para la comunidad en un espacio informal y tranquilo.
4. Construcción de estrategias ludico-pedagógicas para la implementación de variables importantes dentro de las dinámicas que se requieran (una estrategia lúdico pedagógica de fortalecimiento en derechos (a la salud plena, a

la no discriminación, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía, derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos económicos, sociales y culturales (DESC), a la afiliación de la pareja al SGSSS) dirigida a personas, organizaciones y redes comunitarias de los sectores LGBT.

Garantizar el ejercicio pleno de los derechos a las personas de los sectores LGBT como parte de la producción, gestión social y bienestar colectivo de la ciudad. En el Plan de desarrollo territorial aparece el principio No 6: Diversidad: La administración local potenciará las capacidades de los grupos heterogéneos, reconociendo las particularidades étnicas, culturales, de edad, de sexo, identidad de género u orientación sexual, religiosa o política. En virtud de ello la política pública y la atención de las necesidades contendrán acciones afirmativas y se orientarán a desnaturalizar las discriminaciones.

Se tiene conocimiento de personas de estos sectores en la localidad en la etapa de ciclo vital adultez, juventud y niñez, no se tiene conocimiento de personas mayores pertenecientes al grupo de personas de los sectores LGBTI. Cuando inicia la intervención desde la transversalidad de género en su componente de identidad de género y orientación sexual, se encontraban georeferenciados un grupo de personas que se ubican principalmente en la UPZ Central. Entre este grupo encontramos personas de las etapas de ciclo vital Adultez y Juventud. Principalmente encontramos Mujeres trans, aunque también se contaba con la presencia de un hombre trans, en menos número y en menos número a las mujeres lesbianas, hombres gay. El trabajo sobre identidad de género y orientación sexual se centra dentro de la Localidad de Bosa principalmente en tres grupos así: Personas de los sectores LGBT (Para fortalecimiento y socialización de la Política Pública LGBT), Servidoras y Servidores Públicos (Para concienciación sobre la perspectiva de género y de orientaciones sexuales e identidades de género no normativas y socialización de la Política Pública LGBT), y a personas de la comunidad en general para concienciar y socialización de la Política Pública LGBTI)

En la localidad de Bosa, se encuentran caracterizadas personas de los sectores LGBTI en las UPZ Tintal Sur, Centro y occidente por el momento. Se han tenido en cuenta las personas que se han localizado dentro los dos grupos de intervención que se tienen en la Localidad de Bosa. Así se han localizado dentro del grupo STOP Colectivo Diverso LGBT de Bosa y en el Café por la Diversidad Sexual Bosa. Dentro de las personas de los sectores LGBT que se han caracterizado en la Localidad de Bosa, encontramos aquellas personas que asisten asiduamente a los dos grupos de intervención que tenemos georeferenciados en este momento a saber: Café por la Diversidad Sexual Bosa y STOP Colectivo Diverso LGBT de Bosa. Se han localizado algunas otras personas que están participando dentro de un proceso de promoción a la educación impulsado por Canapro, de quienes no podríamos dar respuesta sobre su situación de aseguramiento en salud y demás, ya que no se ha entablado con ellos y ellas una relación directa con el Hospital. También se hace necesario anotar que la visibilización de las personas de los sectores LGBT implica un problema para la seguridad de esta persona de la cual las instituciones y específicamente el Hospital Pablo VI Bosa, no podría hacerse responsable por lo tanto, no se puede abarcar a las personas de este sector, totalmente. Cuando hablamos de servicios diferenciales para las personas de los sectores LGBTI de la Localidad de Bosa, se hace necesario encontrar una apuesta porque todos los servicios que se ofrecen en salud se condicionen a las diferencias que tienen las personas de estos sectores, de esta forma, se busca por lo tanto que en el marco de cada una de las necesidades de las personas LGBT se puedan suplir de acuerdo a sus necesidades básicas y específicas. Acondicionando los servicios que ya se tienen a sus singularidades y creando nuevos servicios que vayan de acuerdo a sus necesidades específicas.

► Etnias

En la intervención de etnias se propone la promoción de espacios comunitarios que propicien el intercambio de saberes y experiencias de las comunidades étnicas relacionadas con la salud ambiental desde la perspectiva étnica y de diversidad cultural. Desde esta perspectiva también se busca propiciar espacios de intercambio de experiencias interétnicas así como buscar las repuestas sociales a las mismas. Se realizan actividades, donde se generen espacios de encuentro, transversalizando temas de interés como medicina tradicional, mujeres, niños, ambiente, avanzar en la caracterización y lectura de necesidades de cada una de las comunidades étnicas; se desarrollan procesos de sensibilización al interior y exterior de la ESE sobre enfoque diferencial; apoyar los procesos de participación étnicas e interétnicas; construir procesos de concertación sobre el tema de salud orientado hacia los aportes para la política pública en salud para comunidades étnicas. En el tema de la transectorialidad se promueven acciones que contribuyan al proceso de GSI local.

El trabajo desarrollado con etnias avanzó frente a la consulta, concertación e implementación de acciones afirmativas en salud para la comunidad afro del Distrito. Se participó en el comité de etnias de la localidad, dando espacio a las organizaciones afro; para lograr la visibilización en otros espacios interétnicos (feria étnica, festival local afrocolombiano, Conmemoración 21 de mayo día de la afrocolombianidad) 2009-2010. Se participo de forma intermitente en el COVECOM y se notificaron casos de la población afrocolombiana. 14 jóvenes y 12 jóvenes en el 2010. Actualización de lectura de necesidades de la población afro. 2009-2010 participaron en este proceso 599 personas de menores de 65 años y 646 en el 2010. Se realizó un proceso de sensibilización con 20 equipos de funcionarios de Salud a Su Casa de la E.S.E sobre enfoque diferencial a un total de 100 personas y 20 en el 2010.

Por otra parte se realizó acompañamiento y fortalecimiento de cinco organizaciones afro. (2009-2010) en las UPZ Centro, Occidental, Porvenir y Tintal Sur. También se logra el fortalecimiento a 30 jóvenes étnicos afrocolombianos independientes y organizados y 10 en 2010 en toda la localidad.

Se hizo un acercamiento para la construcción de la Política Pública en Salud, componente afro 2010; se apoya el fortalecimiento a 15 mujeres de la etnia afro independientes; se hizo seguimiento a familias y casos particulares, canalizados a procesos de promoción y prevención para el 2010 con un total de 23 remisiones.

Sistematización de datos y análisis de determinación en salud como aporte al diagnóstico en salud. Se logró también hacer un proceso de identificación de líderes étnicos en Salud al Colegio con un total de 60 funcionarios del sector educativo y 8 en el 2010.

En el año 2010 se empieza a desarrollar un trabajo frente a las etnias indígenas con el fortalecimiento de la red social del pueblo Pijao Natagaima, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento del proceso organizativo existente en la comunidad Pijao de origen Coyaima y Natagaima asentado en la localidad de Bosa. Las acciones se proponen como una caracterización inicial de la comunidad recogiendo la lectura de necesidades, fortalecer el proceso de liderazgo al interior del cabildo; fortalecer trabajos de niños, jóvenes y mujeres hacia la recuperación y mantenimiento de sus usos y costumbres; avanzar en el proceso de de análisis en torno a la salud y la medicina tradicional. En estas acciones participan todas las etapas de la Comunidad Pijao en toda la localidad.

ETINIAS AFRO

El trabajo desarrollado con etnias avanzó frente a la consulta, concertación e implementación de acciones afirmativas en salud para la Comunidad Afro del Distrito. Se participó en el comité de etnias de la localidad, dando espacio a las organizaciones afro; para lograr la visibilización en otros espacios interétnicos (feria étnica, festival

local afrocolombiano, Conmemoración 21 de mayo día de la afrocolombianidad) 2009-2010. Participaron 38 jóvenes y 21 adultos de la etnia afrodescendiente de las 5 UPZ's de la Localidad.

Se participó de forma intermitente en el COVECOM y se notificaron casos de la población afrocolombiana. Participaron en este proceso 599 personas de menores de 65 años y 646 en el 2010. Se realizó un proceso de sensibilización con 20 equipos de funcionarios de Salud a Su Casa de la E.S.E sobre enfoque diferencial a un total de 100 personas y 20 en el 2010.

Por otra parte se realizó acompañamiento y fortalecimiento de cinco organizaciones afro. (2009-2010) en las UPZ Centro, Occidental, Porvenir y Tintal Sur. También se logra el fortalecimiento a 30 jóvenes étnicos afrocolombianos independientes y organizados y 10 en 2010 en toda la localidad.

Se hizo un acercamiento para la construcción de la Política Pública En Salud, componente afro 2010.

Se apoya el fortalecimiento a 15 mujeres etnia afro independientes; Seguimiento a familias y casos particulares, canalizados a procesos de promoción y prevención para el 2010 con un total de 23 remisiones.

Sistematización de datos y análisis de determinación en salud como aporte al diagnóstico en salud. Se logró también hacer un proceso de identificación de líderes étnicos en Salud al Colegio con un total de 60 funcionarios del sector educativo y 8 en el 2010.

ETNIAS PIJAOS

El cabildo contó en 2009 un censo de 250 núcleos familiares. En la actualidad funcionan como cabildo sin este reconocimiento, y gestionan acciones tendientes a resolver sus necesidades como población desplazada. Mantienen una relación estrecha con su territorio ancestral. El número de profesionales y promotores no existía en el 2009, ni había una intervención especializada para la población Pijao en la localidad. Desde el objetivo del milenio no hay referencia específica a lo étnico, a nivel Nacional se resalta la diversidad étnica y pluralista; en los Distrital y local se plantea la intervención a las comunidades étnicas para nuestro caso la comunidad Pijao.

Sin embargo el no reconocimiento por parte del Ministerio del Interior de esta comunidad étnica genera la invisibilización de la misma ya que impide el acceso a programas, proyectos de orden Nacional y Distrital, vale la pena rescatar que el ministerio reconoció al cabildo Indígena Pijao de Usme hecho que según el ministerio impide dar reconocimiento a dos organizaciones de una misma comunidad. Como Cabildo Indígena CIPRIC CALARCA se han tomado la tarea de identificar a los 318 núcleos familiares y un número aproximado por personas de 1000. Con el fin de resaltar y hacer prevalecer su origen Indígena y por ende los derechos que esto implica. Lo han realizado participando en espacios locales y distritales en donde con argumentos y trabajo han hecho que se reconozcan y se visibilicen frente a las demás comunidades indígenas existentes en el Distrito e instituciones locales recibiendo apoyo y servicios de las mismas como la Secretaria Integral Social, el Hospital Pablo VI Bosa

► Discapacidad

La respuesta que se da desde salud al colegio a las y los niños y jóvenes en condición de discapacidad está enfocada a promover la inclusión social del niño y la niña con necesidades educativas especiales, con el fin de que pueda alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de autonomía, su calidad de vida y de participación a partir de respuestas oportunas que se le den a sus dificultades de aprendizaje transitorias.

En el escenario escolar se detectó un déficit en la formación y herramientas que tienen los docentes para la inclusión de los niños y niñas dificultades que presentan problemas en rendimiento escolar. Desde el sector salud

se presenta una gran dificultad con las remisiones del equipo Salud al Colegio a las entidades de salud contributivas y subsidiadas y estas fallas en la gestión se convierte en barrera para el aprendizaje y seguimiento de los alumnos; los padres de familia no tienen información pertinente para saber lo que sucede con sus hijos y cómo manejarlo en el hogar. Es importante dar mayor cobertura a las instituciones desde esta intervención puesto que solo se canalizaron 4 niños y niñas durante el 2009, y es fundamental identificar a tiempo a todos los alumnos, que requieren adaptaciones a sus necesidades especiales y de esta manera potencializar sus capacidades.

Las actividades implementadas desde el Ámbito Escolar han sido las siguientes:

1. Sensibilización y detección de necesidades educativas transitorias o permanentes en colegios privados y públicos del distrito: Acompañamiento técnico a maestros (as) con la socialización de los signos de alerta escolar y la prueba tamiz, aplicación de la prueba por parte de los docentes a los menores identificados con signos de alerta, seguimiento casos de menores identificados en el año inmediatamente anterior con el fin de generar estrategias que posibiliten la integración al medio escolar y social de niños y niñas que presentan limitaciones en su proceso escolar o que corren algún riesgo, realizando acompañamiento a padres y docentes, brindándoles tips de manejo para ser implementados en el aula escolar y en el hogar.

Se trabajó con 1551 niños y niñas identificados con Necesidades Escolares Especiales, con procesos de promoción, canalización, de los cuales 853 casos fueron efectivos.

2. Acompañamiento en la inclusión escolar del niño y la niña con discapacidad para la promoción de la autonomía: Se realiza esta acción en 16 instituciones educativas de la localidad con: formación a docentes, identificación de la red de amigos (escolares y padres de familia) identificación de menores junto con el Agente de Cambio.

3. Movilización de la ruta de acción para la identificación canalización y seguimiento de niños y niñas con necesidades transitorias o definitivas. Esta constituye una herramienta para fortalecer la capacidad de respuesta de los sectores ante las necesidades sociales cotidianas que se presentan en el escenario escolar. Se realiza divulgación y monitoreo a la movilización y respuesta oportuna de las aseguradoras subsidiadas o contributivas a las cuales están afiliados los niños y niñas remitidos a los servicios requeridos. Esto es posible en los encuentros con los padres de familia quienes socializan cómo han sido las respuestas.

4. Acompañamiento para la garantía del derecho a la salud de la población con discapacidad desescolarizada e integrada en el escenario: Esta acción está orientada a la identificación de los niños o las niñas con discapacidad escolarizados que requieren apoyos complementarios por parte de los servicios de salud u otros que potencien su calidad de vida. Estos menores se identifican en los colegios y se remiten al ámbito familiar y a ayudas técnicas si lo requieren. También se hace acompañamiento a padres de familia y docentes sobre alternativas de manejo en casa y en el colegio (tips). Por último realizan remisiones intra-institucionales a SIVIM y Psicosocial a las familias que evidencian negligencia.

Desde el componente de Gestión Local se participa en la adopción e implementación del plan de análisis distrital de salud y calidad de vida de la población con discapacidad y actualización del diagnóstico local desde el enfoque diferencial en articulación con el componente de vigilancia en la ESE. Se busca el fortalecimiento de la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública y con la actualización de información esta sea tomada en cuenta para la toma de decisiones y ajuste de las acciones. Los tiempos por lineamiento con que se cuentan para el análisis de determinación en salud y elaboración de informes para el sistema de VSP de discapacidad no es suficiente y debe integrar en este proceso de construcción del conocimiento a toda la

transversalidad. No se cuenta con información de las instituciones a nivel local que desarrollan acciones con la población en condición de discapacidad.

Se trabajó también para el fortalecimiento de los espacios e instancias de participación para las personas en condición de discapacidad

Para garantizar los derechos en salud y la integración de las personas y sus familias se desarrolla un programa en atención integral en salud para personas en condición de discapacidad a través del Banco de Ayudas Técnicas.

Desde gestión local se apoya el proceso de inducción, re inducción y formación para facilitadores de RBC al interior de la ESE y con el nivel central. Esta actividad está dirigida a los facilitadores de RBC (profesionales y agentes de cambio) del Hospital.

Una de las tareas de Gestión Local es la construcción y fortalecimiento de la red de RBC se está llevando a cabo desde el Consejo Local de Discapacidad (CLD) y la estrategia de RBC con la participación activa de los agentes de cambio del Hospital Palo VI Bosa y demás instituciones y organizaciones locales de acuerdo a la competencia. La red de RBC se fortalece con la voluntad de otros sectores que trabajan a favor de las personas y familias en condición de discapacidad, de las mismas personas con discapacidad, organizaciones y comunidad en general. Si estas redes se fortalecen el trabajo dirigido hacia la exigibilidad de los derechos será más efectivo.

Otra de las acciones fundamentales es desarrollar la estrategia de comunicación Inclusiva para posicionar el tema de la discapacidad y de la Estrategia RBC en las localidades, en el marco de la implementación de la política y el plan distrital de discapacidad. Se elabora un informe mensual de resultados de la estrategia de comunicaciones, dirigido a la comunidad en general y colaboradores y colaboradoras del Hospital Pablo VI y a pesar de no contar con recursos para la elaboración de piezas comunicativas, se ha venido fortaleciendo cada vez mas esta estrategia comunicativa desde los agentes de cambio y profesionales de la RBC con apoyo de la oficina de comunicaciones del Hospital. Para dar a conocer el tema de la discapacidad y la RBC tanto al interior del hospital, a nivel local y distrital, es necesario continuar con esta estrategia y se sugiere la destinación de recursos locales para realizar piezas comunicativas que permitan trascender el tema de discapacidad a otros niveles.

Desde la coordinación de la transversalidad se debe liderar la reunión de la transversalidad al interior de la ESE para la fortalecimiento del equipo y armonización con otros ámbitos y grupos técnicos; de igual manera se debe participar en las reuniones de grupos funcionales para generar aportes en cada etapa de ciclo vital y realizar reuniones con el equipo técnico de seguimiento y articulación de acciones y agentes de cambio. El tiempo para la asistencia a estos espacios no es suficiente y en muchos momentos es insuficiente para generar articulación con otras transversalidades y PDA.

-Participación en la adopción e implementación del plan de análisis distrital de salud y calidad de vida de la población en condición de discapacidad y actualización del diagnóstico local, coordinado con el componente de vigilancia en la ESE (aportes desde el proceso de registro y caracterización de la población con discapacidad y otras fuentes primarias y secundarias). El objetivo principal es apoyar según lo dispuesto por el componente de Gestión, en el ajuste del Diagnóstico Local. Es un documento de análisis que se basa en el proceso de registro y localización de personas con discapacidad durante los años 2005-2007 (16313 personas con discapacidad) de todas las etapas de ciclo en las 5 UPZ's.

-Contribuir en el desarrollo de la agenda de inducción, re inducción y formación para facilitadores de rehabilitación Basada en Comunidad RBC al interior de la ESE y con el nivel central. Es una actividad dirigida a los facilitadores de RBC del Hospital Pablo VI Bosa, especialmente los Profesionales y agentes de cambio de RBC.

-Participar en la construcción y fortalecimiento de la red de Rehabilitación Basada en Comunidad y en el proceso de fortalecimiento de agentes de cambio en coordinación con el nivel central. La acción se dirigió a los 10 agentes de cambio vinculados al Hospital Pablo VI Bosa. Durante el 2010 se organizó la dinámica por comités desde el Consejo Local de Discapacidad en el que participan los 6 consejeros de discapacidad, 8 delegados de instituciones, invitados de comunidad, agentes de cambio y profesionales de RBC de acuerdo a la dinámica de cada comité abierto para toda la población aunque predomina la participación de población adulta y algunos jóvenes. La intervención va dirigida a población en condición de discapacidad y sus familias, así como a los funcionarios de instituciones en las 5 UPZ.

-Participar en la formulación e implementación del plan local de discapacidad según lineamientos del Sistema Distrital de Discapacidad (Formulación en el primer trimestre de 2010). Es un documento que construye el Consejo Local de Discapacidad y reúne las acciones que desarrollan las instituciones locales dirigidas a las personas en condición de discapacidad en un periodo de 4 años (2008-2012). Lo anterior acoge todas las etapas del ciclo vital.

-Participar en la formulación, implementación y evaluación del plan operativo anual del consejo local de discapacidad. (Formulación en el Primer trimestre de 2010). Es un documento que construye el Consejo Local de Discapacidad y reúne las acciones que desarrollará el Consejo durante el año para dar respuesta al plan de acción local.

-Participar en las reuniones ordinarias y extraordinarias del Consejo Local de Discapacidad (CLD) y promover la inclusión o sostenibilidad del tema de la Discapacidad en el plan de Desarrollo Local, haciendo abogacía frente al posicionamiento de la situación de discapacidad en la localidad. Se participa en reuniones mensuales de CLD y extraordinarias de acuerdo a la dinámica del CLD, en la que asisten los miembros del Consejo según acuerdo 137 de 2004.

-Asesoría Técnica a los proyectos de inversión social de los fondos de desarrollo local relacionados con Discapacidad (UEL Salud). Se realiza de acuerdo a la dinámica de cada comité del CLD. Se acogen todas las etapas del ciclo vital de la población en condición de discapacidad en las 5 UPZ's.

-Participar en las actividades del mes de la discapacidad en los niveles local y distrital (Acuerdos 245 y 239 de 2006). Aproximadamente 290 personas en condición de discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores y comunidad en general de las 5 UPZ, participaron en las actividades del mes de la discapacidad en el mes de Octubre.

-Desarrollar la Estrategia De Comunicación Inclusiva para posicionar el tema de la discapacidad y de la Estrategia RBC en las localidades, en el marco de la implementación de la política y el plan distrital de discapacidad. Se realizó por medio de un sociodrama en encuentro de familias, 4 programas radiales y artículos en intranet y charlas a usuarios en salas de espera de los diferentes centros de atención del Hospital Pablo VI dando a conocer la estrategia de RBC; también se realizó un sociodrama en encuentro de familias dando a conocer la estrategia de RBC. Con esta actividad se llegó a población de todas las etapas del ciclo vital de las 5 UPZ's.

Articular la implementación de la Política Pública Distrital de discapacidad, las acciones de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad el plan distrital de discapacidad y la gestión de la transversalidad con las mesas territoriales de calidad de vida y salud.

-Orientar la reunión mensual del grupo técnico de la transversalidad para el fortalecimiento del equipo y armonización con otros ámbitos y grupos. Ésta intervención va dirigida a profesionales y agentes de cambio facilitadores de RBC.

La asesoría domiciliaria tiene énfasis en orientar a las familias en la construcción de modelos de actividades en sus ambientes naturales de acuerdo a su situación de discapacidad. Su objetivo está dirigido a la promoción de la autonomía funcional como punto de partida para el desarrollo de la autonomía social-económica y política, pilares de la inclusión social. Los planteamientos de esta intervención responden a los preceptos de la estrategia promocional de calidad de vida, la participación activa de la familia y lograr los cambios estructurales que lleven a una participación real en la comunidad, reconociendo y aprovechando sus potencialidades y fortalezas, empoderando sus derechos y deberes, su propia iniciativa y su desarrollo social.

En el 2009 se realizaron 93 asesorías domiciliarias correspondientes al 35% de las visitas programadas para personas en condición de discapacidad en el ciclo vital adulto dado el hecho que son estas personas las que más se han registrado para la realización del proceso y son las que más han canalizado los otros ámbitos, se encuentran varias personas en este ciclo que presentan condición de discapacidad por enfermedad general, accidentes de trabajo y accidentes de tránsito, le sigue el ciclo vital de juventud con 78 asesorías realizadas correspondientes al 28%, en donde se presenta situación de discapacidad por enfermedad general más que todo, se encuentra el ciclo vital de persona mayor con 70 asesorías realizadas correspondientes al 25% de la meta programada en donde la situación de discapacidad se da por enfermedades propias de la edad como las enfermedades crónicas o las del sistema músculo esquelético y cardio-respiratorio y por último encontramos el ciclo vital de infancia con 32 asesorías realizadas correspondientes al 11% en donde la discapacidad se presenta por sucesos durante el embarazo o el parto y enfermedades congénitas o genéticas entre otras.

Durante el primer trimestre del 2010 se observa que se les hizo seguimientos a 66 personas con discapacidad en los microterritorios de la UPA cabaña. Éstas se han canalizado a la UPA o a los distintos servicios de salud según necesidad que tengan.

La intervención de discapacidad hizo seguimientos 145 en la UPZ 85, 22 intervenciones en la UPZ 86, 19 intervenciones en la UPZ 87, 78 intervenciones en la UPZ 84 y 9 intervenciones en la UPZ 49.

Se evidencia que en la UPZ central se concentra el mayor número de personas con discapacidad intervenidas en el proceso dado el hecho que es un territorio que se encuentra más cercano a Salud Pública a donde las personas se dirigen para hacer la notificación de las personas con discapacidad para comenzar su proceso de asesorías domiciliarias, es la UPZ que tiene mayor cubrimiento motivo por el cual es de donde más canalizan los otros ámbitos. Sigue la UPZ occidental con 78 casos en donde se encuentran varios barrios reconocidos de donde también se reciben canalizaciones para llevar a cabo las asesorías domiciliarias, en la UPZ Tintal Sur se encuentran 19 casos y en la UPZ Apogeo 9 casos, siendo estas últimas en donde menos se han presentado casos o donde menos han sido reportados por la comunidad y por las integrantes de estas familias.

En cuanto a la vigilancia en salud pública se desarrolló se implementaron el fortalecimiento de la política pública de discapacidad en el distrito capital en los centros de salud concertados con la Secretaría Distrital de Salud una vez a la semana en cada lugar: CAMI Pablo VI Bosa, UPA Cabañas, UBA San Bernardino, para quienes tienen la posibilidad de desplazamiento. Para aquellas personas que padecen una discapacidad severa, la caracterización se realiza en el domicilio del paciente, además de jornadas en instituciones educativas y en otras instituciones locales como en la Subdirección de Integración Social de Bosa de acuerdo por demanda.

En el 2009 se caracterizaron 106 niños y niñas; el 59.0% (63 personas) eran niños y el 41.0% 43 niñas; según el territorio donde viven en la UPZ 49: 1mujer; UPZ 84: 22 hombres y 15 mujeres; UPZ 85: 31 hombres y 18 mujeres; UPZ 86: 6 hombres y 5 mujeres; UPZ 87: 2 hombres y 3 mujeres y 2 hombres y una mujer que tuvieron localización imprecisa.

Para el 2010 el 59.0% (17 personas) hombres y el 41.0% (41 personas) mujeres; UPZ 49 2 mujeres; UPZ 84 7 hombres y 9 mujeres; UPZ 85 12 hombres y 5 mujeres; UPZ 86 4 hombres y una mujer; UPZ 87 un hombre.

En el 2009 235 jóvenes y adultos fueron caracterizados: el 61% (144 personas) hombres y el 39.0% (91 personas) mujeres, UPZ 49 solo 6 hombres, UPZ 84 50 hombres y 24 mujeres; UPZ 85 54 hombres y 49 mujeres; UPZ 86 13 hombres y 6 mujeres; UPZ 87 11 mujeres y 9 hombres y 10 hombres y 3 mujeres no tuvieron localización precisa.

Infancia: 46 ; el 50 % hombres y el 50 % mujeres (23 personas cada uno); UPZ 49 una mujer; UPZ84 11 hombres y 10 mujeres; UPZ 85 en el mismo número 9 hombres y mujeres; UPZ 86 un hombre y una mujer; UPZ 87 2 mujeres y de otras localidades 2 hombres. 33; el 54,5% (18 personas) y el 45,5%(15 personas), UPZ 49 2 mujeres, UPZ 84 5 hombres y 9 mujeres; UPZ 85 9 hombres y 3 mujeres; UPZ 86 3 hombres y una mujer; UPZ 87 1 hombre, otras localidades en esta etapa no se presento ninguno.

Juventud: 86; el 54.6% (47 personas) hombres y el 45.3% (39 personas) mujeres; UPZ 49 3 hombres y 2 mujeres; UPZ 84 14 hombres y 10 mujeres; UPZ 85 19 hombres y 16 mujeres; UPZ 86 en igual número un hombre y una mujer; UPZ 87 2 hombres y 3 mujeres, otras localidades 2 hombres y 4 mujeres 44; El 61,4% (27 personas) y el 38,6%(17 personas); UPZ 49 una mujer; UPZ 84 15 hombres y 5 mujeres; UPZ 85 8 hombres y 9 mujeres; UPZ 86 3 hombres; UPZ 87 un hombre y 2 mujeres; otras localidades en esta etapa no se presento ninguno.

Adulthood: 88; el 46.5% (41 personas) eran hombres y el 53.4% (47 personas) eran mujeres; UPZ 49 un hombre; UPZ 84 9 hombres y 14 mujeres; UPZ 85 25 hombres y lo mismo en mujeres; UPZ 86 2 hombres y 5 mujeres; UPZ 87 4 hombres y 2 mujeres y otras localidades una mujer 61; el 57,4% (35 personas) y el 42,6% (26 personas); UPZ 49 una mujer; UPZ 84 13 hombres y 8 mujeres ; UPZ 85 14 hombres y 12 mujeres ; UPZ 86 3 hombres y 2 mujeres; UPZ 87 3 hombres y 2 mujeres, en esta etapa de otras localidades si se hallaron 2 hombres y una mujer.

Persona Mayor: 41; el 29.3% (12 personas) hombres y el 70.7% (29 mujeres); UPZ 49 una mujer; UPZ 84 6 hombres y 10 mujeres; UPZ 85 5 hombres y 14 mujeres; UPZ 86 un hombre y 2 mujeres; UPZ 87 2 mujeres y otras localidades ningún caso.

El total de reportes para esta etapa fue de 33; el 33,3%(33 personas) hombres y el 66,6% (22 personas) mujeres distribuidas en las UPZ así: UPZ 49 un hombre; UPZ 84 4 hombres y 6 mujeres; UPZ 85 4 hombres y 8 mujeres; UPZ 86 2 hombres y 4 mujeres; UPZ 87 4 mujeres y de otras localidades ninguna.

Desde el ámbito laboral se pretende movilizar acciones para la Promoción y preservación de la autonomía en Trabajadores y trabajadoras con discapacidad informales a través de la información en derechos y el fortalecimiento de la participación y organización social: orienta a asesorar y prestar asistencia técnica para la elaboración y ejecución de planes de mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores y trabajadoras informales con discapacidad, por medio de la información en derechos y el fortalecimiento de la participación y organización social para la preservación de la autonomía, el mejoramiento de las condiciones de vida y la promoción de la inclusión social.

Se intervinieron 51 trabajadores informales en condición de discapacidad: 35 adultos, 8 personas mayores y 8 jóvenes. No se tiene la información desagregada por UPZ.

Desde una mirada promocional se promueve la prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo en población trabajadora en la Economía Informal para sensibilizar, informar y atenuar el impacto de las

limitaciones permanentes que pueden presentar las y los trabajadores informales. Se realizaron 8 talleres de sensibilización a un total de 33 trabajadores (10 jóvenes y 23 adultos) en la UPZ Central.

Respecto al año inmediatamente anterior se logró la ampliación de cobertura en 1 taller para el 2010, es decir 9 talleres; de los cuales ya se han ejecutado 5 en Unidades De Trabajo Informal remitidas por el ámbito laboral.

Una de las tareas en las cuáles el Hospital ha liderado desde la transversalidad de discapacidad es la Asesoría a Empresas para la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector formal: La asesoría a empresas se centra en la promoción del derecho al trabajo de los hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva. Este proceso se realiza a través de jornadas de información, sensibilización y motivación a las empresas del sector formal con acciones dirigidas a las gerencias, administradores, jefes, para la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector formal, desde la perspectiva de responsabilidad social.

Se ejecutó asesoría a 50 empresas del sector formal de la localidad para la inclusión de personas en condición de discapacidad en edad productiva en la UPZ Central para el año 2010 se logro incrementar cobertura a 15 empresas más respecto al año anterior; es decir se realizara asesoría a 65 empresas del sector formal de la localidad. Durante el periodo enero-marzo de 2010 se han realizado 22 asesorías a empresas formales.

Se hace seguimiento a empresas asesoradas para la inclusión laboral de trabajadores con discapacidad a través del plan de acción concertado con las empresas asesoradas y sensibilizadas en la vigencia 2009, que mostraron avances significativos en la disminución de barreras físicas y actitudinales para la posible vinculación laboral de personas con discapacidad, desde la perspectiva de la responsabilidad social.

Esta intervención nace en el año 2010, en el cual se negociaron 10 seguimientos a empresas que hayan tenido proceso en el 2009. Para el periodo enero-marzo se realizaron 3 seguimientos a estas empresas.

La intervención de discapacidad en el ámbito comunitario busca fortalecer conocimientos en discapacidad, con el fin de incidir en la calidad de vida y participación social de las personas en condición de discapacidad y sus familias. Se forman a las personas en condición de discapacidad y sus familias en conceptos sobre discapacidad y brindan herramientas sociales, para construir sujetos políticos garantes de derechos, con proyección y continuidad de la acción a más UPZ, zonas de calidad de vida y sectores de la localidad.

Población caracterizada 16313 personas en condición de discapacidad, y la brecha esta dada porque aún no ha sido caracterizada la población total a nivel local en el registro el total de la población en condición de discapacidad, ya que esta situación atiende a diferentes determinantes sociales, que hacen que la discapacidad se adquiera y por ende crezca aun más la población con esta condición.

Teniendo en cuenta el alto índice de la población que nace y adquiere la condición de discapacidad se evidencia una gran necesidad de implementar el apoyo y aporte de otros profesionales y programas tanto para registrar a la población con discapacidad como para generar, ejecutar y evaluar programas y proyectos que estén acorde con el tipo de necesidad plasmada en los diferentes contextos donde se realizan este tipo de lecturas.

Desde el ámbito IPS se desarrolló durante el 2009, un espacio de sensibilización con madres gestantes donde se sensibilizó acerca de las alteraciones que durante esta etapa pueden llevar a presentar una discapacidad. El total de participantes fue equivalente a 416. No se maneja una meta mensual si se participa en un espacio mensual. Al hacer el análisis de brecha en cuanto a cobertura de acciones se encontró que del total de menores nacidos vivos en la localidad equivalente a 10668 solo se alcanzó una cobertura del 4,2%, es decir que la diferencia fue

equivalente al 95,8%. Frente a la temática de sensibilización en identificación de signos y síntomas desde el ámbito fue amplio pues del total de recién nacidos se llegó a un total de 8675 es decir que la brecha fue del 2,3%.

4.3.3 RESPUESTA INTERSECTORIAL

Las instituciones que participan en las reuniones programadas con las redes de buen trato a nivel distrital, realizan análisis y propuestas frente a las problemáticas de seguridad y violencia pero esto es insuficiente en la medida que acontecen otros eventos relacionados con el núcleo problematizador dificultando la construcción profunda de respuestas necesarias para el tema de: "Salud mental".

4.3.3.1 Articulación y gestión con actores sociales e intersectoriales:

► **Violencia intervención explotación sexual y peores formas de trabajo**

Operar acciones que den cuenta de los compromisos adquiridos en el Plan Nacional para La Prevención y Erradicación de la Explotación Comercial de Niños, Niñas Y Adolescentes Y los planes del Distrito para la prevención de los mismos. Participan en esta articulación la mesa local de trabajo infantil, grupo funcional de infancia y de juventud, red del buen trato, PDA salud mental, IDIPRON, centro amar, PRONIÑO, Centro amar Bosa. PRONIÑO, familia viva, DILE, Policía Nacional, red del buen trato COIA, mesa local de trabajo infantil, IDIPRON, línea 106, ámbito IPS; salud sexual y reproductiva, grupo funcional de infancia, intervención SIVIM y PSICOSOCIAL, PDA salud mental, atención integral SDIS, bienestar familiar.

Frente a eventos de Explotación sexual o peores formas de trabajo infantil, se activa la respuesta social que sea pertinente en articulación con otros actores instituciones. No existía para el 2009 la activación de la ruta puesto que no se hizo seguimiento a Niños Niñas y Adolescentes en PFTI Peores Formas de Trabajo Infantil o ESCNNA por el grado de complejidad de los casos se espera que en la ruta de atención en salud mental desde el ámbito laboral se inicie un proceso que active las líneas de atención local, de esta forma los 12 casos atendidos presentan activación de ruta de atención y apoyo local e intrainstitucional.

► **Vigilancia de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, SIVIM**

Participación activa cada viernes en el Comité de Atención a Víctimas de Abuso Sexual, el cual tiene como fin realizar análisis de los casos y fortalecer la red interinstitucional en beneficio de la atención integral a las víctimas; de tal manera que se realizan las canalizaciones directamente a los representantes de las diferentes instituciones generándose el compromiso de retroalimentar periódicamente el estado de los casos allí abordados. De dicho espacio participan representantes de Policía, IDIPRON, ICBF, Comisaría de Familia, Subdirección de Integración Local, Subdirección Local de Educación, Casa de la Igualdad, ESE Bosa II Nivel, ONG's, entre otras.

4.3.3.2 Casas de igualdad de oportunidades para las mujeres

Son espacios de la Administración Distrital para promover la participación de las mujeres, fortalecer sus organizaciones sociales y fomentar el aprendizaje de la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres.

¿Qué puede encontrar en las Casas?

- Jornadas de sensibilización y visibilización de los derechos humanos de las mujeres, de sus aportes a la construcción de la ciudad, de su cultura y sus dinámicas sociales.
- Difusión de la ruta institucional para la prevención y la atención de las violencias contra las mujeres.
- Orientación jurídica para mujeres con enfoque de derechos y perspectiva de género.
- Acompañamiento, apoyo y liderazgo de actividades dirigidas a hombres y mujeres para el respeto y reconocimiento de los derechos de las mujeres: encuentros, reuniones, charlas, cine foros, plantones, marchas, conversatorios, escuelas del cuerpo y otros.
- Asesoría y acompañamiento a las organizaciones sociales de mujeres.
- Asesoría y acompañamiento a lideresas para que asuman su liderazgo con una perspectiva de género.

4.3.3.3 El Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud. IDIPRON-

Es una entidad de carácter Distrital, creada mediante el acuerdo N° 80 de 1967 del Consejo de Bogotá, y actualmente adscrita a la Secretaría de Integración Social, cuya misión es la de promover la formación integral del niño/a, joven en situación de vida en calle, pandillero, en riesgo y alta vulnerabilidad, es decir; su desarrollo físico, social y espiritual, para que en el marco de un profundo respeto por su libertad e individualidad, logre avanzar gradualmente e integrarse a la sociedad, al trabajo y mantenerse como ciudadano de bien. Desarrollar acciones preventivas de la problemática callejera que afecta a la población en situación de vulnerabilidad en edades de 8 a 26 años y ofrecer ayudas alimentarias en comedores ubicados en diferentes localidades del Distrito.

En la localidad Séptima de Bosa en el territorio central, contamos con una Unidad de Protección Integral UPI, que atiende en promedio diario 110 a 150 jóvenes, y un Comedor comunitario que atiende un promedio de 1500 a 1700 personas diarias

4.3.3.4 Policía local Bosa-Carlos Cabezas.

Existe una Oficina de Contravenciones y se definen las líneas de acción por Denuncias, por cuadrantes, por Prevención o reacción.

- Existen acciones de Disuasión, que está a cargo de la Policía Comunitaria
- Con la problemática de Violencia y o delincuencia Juvenil se cuenta con Cartillas Preventivas y se motiva a los alumnos de grado 10º como padrinos de la prevención-Comandantes de cada Estación. Se lleva a cabo una conducta procesal con adolescentes: Barras futboleras.
- Se lleva a cabo una perfiliación sociodemográfico-Perfiliación Psicológica para la prevención y mitigación.
- Para los reinsertados existe un convenio con gas natural para oportunidad de empleo
- Se lleva a cabo atención Psico-jurídica tanto para usuarios como funcionarios.

- CENTROS DE ATENCION INMEDIATA: En total son Nueve (9): Piamonte, laureles, Brasilia, Naranjos, Metrovivienda, libertad, Estación, Olarte, Villa del Rio, Antonia Santos y san José.
- Existe un CAI Móvil –Zonas Seguras- ubicado generalmente en Bosa centro.
- Hay 280 Agentes de Policía por turnos. Se cuenta con Auxiliares bachilleres
- En la estación existe una oficina de Atención al Ciudadano

4.3.3.5 Subdirección local de Integración Social

Atención integral a jóvenes

La atención integral a los jóvenes de la localidad de Bosa, se adelanta a través del proyecto “Jóvenes Visibles y con Derechos”, en la etapa del ciclo vital de los 14 a 26 años y busca mediante “el enfoque de derechos, la construcción de las condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos fundamentales enunciados en la Constitución Política de 1991 y en los tratados internacionales reconocidos por Colombia, partiendo del entendimiento efectivo, integral, interdependiente y transversal de los derechos políticos y civiles, económicos, sociales, culturales y los colectivos, así como sus dimensiones de promoción, proyección, restitución y garantía, orientados a promover la libertad, bienestar y la dignidad de las y los jóvenes”¹ . Dando cuenta de éste compromiso, el proyecto propone cinco (5) *Líneas Misionales*:

1. *Protección a la Vida*
2. *Derechos Sexuales y Reproductivos*
3. *Prevención de Consumo de Sustancias PsicoActivas*
4. *Participación, Organización y Democracia*
5. *Productividad y Generación de Ingresos.*

Así, cada línea se cuenta con su propio desarrollo:

La línea de **Protección a la Vida**, pasa por la articulación de la protección, la mediación y el fortalecimiento de las tensiones sociales, sin negar el conflicto, pero buscando garantizar el derecho a la vida y sus derechos conexos cercanos fundamentales.

- Promoción para la participación de jóvenes y organizaciones juveniles en Festival Distrital de Juventud – Feria de Productividad-Foro Distrital colegio Camilo Torres.
- Campeonatos de microfútbol ínter territorios con la estrategia de Golombiao-Futbol para la convivencia.
- Salidas de campo con caminatas de riesgo (deportes extremos).
- Agenda Juvenil Local en Derechos Civiles y Políticos: mapa de espacios locales de conflictividad y violencia, aportes de las organizaciones juveniles.

-Aportes para la elaboración del plan de acción de la Mesa, para posibilitar acciones de intervención social de manera integral entorno a necesidades y potencialidades de los jóvenes de barras.

1 Política Pública de Juventud

-Gestión para la participación de los jóvenes integrantes de barras futboleras a la construcción de la Agenda Juvenil Local en Derechos Civiles y Políticos (ejercicio de cartografía social).

-Apoyo al campeonato de microfútbol de barras futboleras (10 barras locales).

-Club juvenil en Primavera articulado con la Iglesia Beraka, encuentros permanentes con jóvenes de barras del territorio (Pelaos y Magistral).

-Gestión para la vinculación de jóvenes de barras futboleras a los servicios de la SDIS (La Comuna, Artillería, la Gaminería).

-Apoyo a emprendimientos productivos de barras futboleras: San Diego, Laureles, CASAI, primavera.

-Desarrollo de la iniciativa juvenil taller "ARTE SANO".

La línea de los **Derechos Sexuales y Reproductivos**, persigue vivenciar los derechos por medio de la comprensión histórica de los dispositivos de poder fijados en el cuerpo y el discurso de la sexualidad amparado en las miradas conservadoras frente al debate de género y de la diversidad sexual que niegan el marco jurídico de respeto, desarrollo y libertad.

La línea de **Prevención de Consumo de Sustancias PsicoActivas**, busca fortalecer la prevención frente al consumo, cuando aún no se ha probado, y asumir las posibilidades de protección, cuando ya se ha probado la sustancia, situaciones que no sólo se dan por circunstancias de pobreza o presión social, sino por placer y "naturalización" en círculos sociales. La prevención no solo se hace, mostrando a las y los jóvenes las implicaciones del consumo de SPA, sino mostrando las implicaciones que tiene en una sociedad de consumo, que se ha venido creando y fortaleciendo por la cultura y negocio del narcotráfico.

Actividades:

- Procesos de formación en Derechos Sexuales y Reproductivos y Prevención ante el uso Indebido de Sustancias Psicoactivas en colegios distritales, privados, comedores comunitarios, conjuntos de propiedad horizontal, juntas de acción comunal.

- Identificación de los diferentes escenarios locales priorizando situaciones de conflictividad y violencia: Colegio Débora Arango, IDIPROM, Territorio Porvenir.

-Coordinación y gestión para la vinculación de jóvenes a los servicios que presta la SDIS: Seguridad Alimentaría, Jardines, Madres Gestantes y Lactantes, Auxilio Funerario, opciones para jóvenes en situación de discapacidad.

-Coordinación transectorial para la vinculación de los jóvenes a servicios ofrecidos por otros sectores: Sector Educativo, proyectos de Gobierno, del Fondo de Desarrollo Local, Secretaría de Cultura, Casa de Igualdad articulando acciones para procesos de formación con enfoque de género y diferencial, en la Mesa estudiantil y de Convivencia.

La línea de **Participación, Organización y Democracia**, persigue abordar la tensión que se produce en la vivencia de la democracia representativa y participativa, entendiendo que la democracia de alta intensidad “sustituir cada vez más las relaciones de poder por relaciones de autoridad compartida”, Boaventura de Sousa Santos”, es una salida para favorecer los espacios de participación de las y los jóvenes. La garantía de una participación efectiva consiste en entenderla como una zona de disputa política y democrática más que en un espacio gerencial. De allí que se hace necesario retomar y movilizar los espacios de participación juvenil como una posibilidad creativa de la sociedad y la historia.

-Coordinación y gestión Convenios:- Oldhu – Síntesis:

Encuentros de formación en Derechos Civiles y Políticos, dos encuentros para la realización de ejercicio de cartografía social para la definición de una Agenda Juvenil,

-Encuentros de formación en Derechos Colectivos y del Medio Ambiente, apoyo económico a través de la bolsa concursable a las alternativas juveniles: Percusión: con jóvenes en situación de desplazamiento, Barra Futbolera la Magistral, Feria y Novena Alimentaria: con jóvenes de barras futboleras.

-Coordinación y gestión desde la Mesa Interinstitucional Local para apoyar los procesos de los jóvenes relacionados con: los proceso que adelanta el sector educación: Elección de Gobiernos Escolares: formación política a candidatos.

- Apoyo para la conformación de la Mesa Estudiantil: sistematización de lectura de realidades adelantada por los estudiantes de la Mesa y

-Apoyo a la Mesa de Hip Hop a través del convenio OLDHU-SINTESIS, con recursos de la bolsa concursable de alternativas productivas, para su consolidación como Escuela de Hip Hop.

-Escuela Juvenil-Tertulias por la Vida y la Reflexión Juvenil. Encuentros temáticos, entorno a: Derechos Humanos, Bicentenario, Formas de Estado, Sistemas de Gobierno, Legitimidad, Movimientos Sociales, Movimiento Contracultural, Espacios de Participación.

-Acciones Transectoriales desde el ELAI para: Apoyar el Consejo Local de Juventud, Activar el Sistema Distrital de Juventud, Realizar el Foro Local de Participación, Coordinar, gestionar y articular entorno a festivales de carácter distrital: Rock al Parque, Hip Hop, de la Juventud, Nacional de Juventud,

-Atención personalizada a jóvenes y sus familias en la Subdirección Local de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

La línea de **Productividad y Generación de Ingresos**, se encuentra en una formulación teórica, que es necesario reflexionar con la ciudad en el marco de la comprensión de la misma como Ciudad Región, Ciudad y modelos nodales-regionales de integración y movilización de las oportunidades de los jóvenes dentro de las nuevas economías. El objetivo constituye el diseño de una apuesta política para las y los jóvenes en el desarrollo de sus capacidades y oportunidades económicas.²⁴⁸

²⁴⁸ Proyecto “Jóvenes visibles y con derechos”.

De manera que las respuestas integrales para los cinco (5) territorios de la localidad de Bosa, están orientadas desde las líneas misionales descritas anteriormente, a través de las siguientes acciones:

- Red Bosa Rock, Escuela de Hip Hop, Taller Arte Sano, Curso de Percusión.
- Vinculación de jóvenes de barras futboleras a los convenios.
- Convocatoria de jóvenes al concurso de graffiti Empresa BAYER.
- Vinculación de los jóvenes a los proyectos, convocatoria y ofertas relacionadas con generación de ingresos que adelanta Secretaría de Gobierno.
- Gestión de recursos y apoyo a organizaciones con: condones, cartillas Política Pública de Juventud, refrigerios, equipo de sonido, transporte, consecución de espacios.

Acceso a la justicia familiar y a la atención integral a través de las Comisarías de Familia

Atención Integral, a las violencias intrafamiliar, sexual, y explotación sexual en la localidad Séptima Bosa. Existen Dos comisarías de Familia y una Móvil: BOSA CENTRO, BOSA TINTAL SUR.

4.3.3.6 Fondo de Vigilancia y Seguridad de Bogotá

- **Objetivo:** Generar las condiciones para que todas y todos logren desarrollar su proyecto de vida y ejerza sus derechos libremente, y disfruten la ciudad en un entorno seguro y socialmente justo
- **Estrategia:** Prevención y resolución de conflictos.

Construcción CAI: \$ 200.000.000

Adquisición e instalación de un sistema integrado de video vigilancia: \$520.000.000

4.3.3.7 Fondo de Prevención y Atención de Emergencias

- **Objetivos:** Asesorar a las Administraciones Locales y a los CLE's en los procesos de planificación y en la toma de decisiones
- Fortalecer la capacidad operativa de las alcaldías locales para atender los requerimientos de los ciudadanos y la comunidad en general frente al tema de riesgo.
- Asesorar a las Alcaldías Locales en su proceso de formulación e implementación de los Planes Locales de Prevención y Atención de Emergencias.
- **Estrategia:** Mediante el desarrollo de acciones de concertación con las autoridades e instancias locales y comunidad.

FORTALECIMIENTO A LOS COMITÉS LOCALES DE EMERGENCIAS: Que las Alcaldías locales del Bogotá, cuenten con herramientas técnicas para el desarrollo de las funciones conferidas en el artículo 33 del Decreto 332 del 2004: \$55.000.000.

4.3.3.8 Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos

- **Objetivos:** Visibilizar el riesgo natural y antrópico de la localidad y generar corresponsabilidad entre los actores públicos y privados para su prevención, atención y reducción.
- Fortalecer la capacidad institucional de la UAECOB y la localidad para enfrentar el riesgo y las emergencias.
- Diseñar y desarrollar campañas públicas y programas de prevención de incendios y otras calamidades conexas en coordinación con la Dirección de Prevención y Atención de Emergencias y la alcaldía local.
- Generar programas de capacitación para los habitantes de la localidad en materia de prevención y control de incendios y demás emergencias conexas.
- **Estrategia:** Desarrollar acciones de prevención con intervenciones integrales para reducir los factores de riesgo natural y antrópico de la localidad.
- Impulsar políticas de prevención y mitigación de riesgos para la intervención correctiva y prospectiva de los factores de amenaza y vulnerabilidad, existentes o potenciales, ya sean naturales o antrópico.
- Coordinar con las autoridades locales y nacionales las acciones de prevención y atención contra incendios, conforme a lo previsto en los planes y programas del Sistema Distrital de Prevención y Atención de Desastres.
- Desarrollar campañas de prevención de incendios y otras calamidades conexas en coordinación con la alcaldía local.

MODERNIZACIÓN DEL CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS: Dotar de equipos, máquinas, vehículos, herramientas y accesorios para la atención de emergencias a la estación B8 Bosa.

Operación para la gestión integral del riesgo contra incendios y demás emergencias conexas y atender las emergencias presentadas, las cuales representan el 4,64% de las presentadas en el DC en los últimos 4 años para esta localidad.

Capacitar y brindar el entrenamiento necesario, de acuerdo con el plan anual de capacitación a los bomberos de la estación B8 Bosa en temas de prevención y atención de incendios. \$1.201.529.412

4.3.4 RESPUESTA COMUNITARIA

Según el comité de infancia y adolescencia los ciudadanos y ciudadanas pertenecientes a los Semilleros del Buen trato realizan jornadas y sensibilizaciones permanentes en toda la localidad para tratar los temas de violencias, salud, libre desarrollo de la personalidad entre otros.

En algunos barrios de la localidad se instalaron alarmas comunitarias y se crearon consejos de Seguridad para contrarrestar la delincuencia local.

Cómo particularidades en la UPZ Apogeo (49) La comunidad ha acudido a la Policía con el objetivo de reprender a las y los jóvenes que infringen las normas como el caso de los estudiantes de los colegios: (Libertador, Inetec, Guimarc y Luís Enrique Osorio) del territorio de Apogeo y han denunciado venta y consumo de SPA, dificultades de convivencia al interior y exterior de los colegios, pero se ha encontrado que la policía no llega a tiempo a los sitios donde se presentan las problemáticas o simplemente no pueden hacer nada frente a los sucesos ya que son jóvenes menores de edad.

Para la UPZ Central (85), para el problema de seguridad la comunidad comento que la responsabilidad es cuidarse, no llegar tan tarde a sus casas, llamar a la policía o CAI para que se dé respuesta, sin embargo existe miedo por

denunciar por ejemplo los casos de Violencia familiar. Las Juntas zonales de seguridad realizadas en el sector de Bosa centro, apoyan con soluciones a mediano plazo ya que apoyan a la policía incrementando la vigilancia en el sector. Se piensa que es necesario realizar escuelas de: padres, y madres de familia, líderes y lideresas, capacitar a los y las jóvenes, implementar comparendos pedagógicos para mejorar la seguridad y convivencia de toda la comunidad.

Y en la UPZ Tintal Sur (87), la comunidad del micro territorio del recreo se organizó y formó diferentes espacios de participación para disminuir la problemática de inseguridad como: mesas de pactos de seguridad y convivencia, mesa de barras futboleras, consejos de seguridad, juntas zonales de seguridad.

4.3.5 ANÁLISIS DE LA BRECHA

La Salud Sexual y Reproductiva está enfocada únicamente para personas heterosexuales y con identidades de género masculinas y femeninas respectivamente asignadas a los cuerpos biológicos mujer-hombre. En cuanto a sectores sociales, encontramos que las personas de LGBT tienen necesidades diferenciales como sector y de acuerdo a la singularidad de cada una de las identidades de género y orientaciones sexuales. Adicionalmente encontramos un problema en Salud predominante entre las personas trans que tiene que ver con la utilización inadecuada de insumos químicos y medicinas para hacer readecuaciones corporales de forma no informada por el personal de la salud, que conllevan graves problemas en salud e incluso pueden conducir a la muerte.

Para disminuir la brecha con la cual se establece la intervención desde el ámbito de la salud, primero que todo será necesario tener en cuenta que mientras exista la categoría de la discriminación como factor determinante para la visibilización de las personas de los sectores LGBT, será imposible abarcar a las personas de los sectores LGBT en su totalidad en la localidad de Bosa, en la medida de que el no exteriorizar que se tienen orientaciones sexuales e identidades de género no normativas, se convierte en un derecho y actualmente ninguna institución puede hacerse responsable de la seguridad de las personas, dado el alto grado de discriminación que se da en los distintos espacios sociales.

La articulación que se viene llevando a cabo implica una relación estrecha con las instituciones que intervienen en la Localidad de Bosa, frente a los servicios que se están ofreciendo para las personas de los sectores LGBTI frente a las necesidades que las personas expresan y tienen. Esta intervención va dirigida a tres grupos de personas especialmente, por un lado está dirigida a personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas, (personas de sectores LGBT), a la comunidad, y a servidoras y servidores públicos que trabajan en las distintas instituciones de la localidad de Bosa. Así tiene la intención de hablar del tema LGBT, visibilizando la existencia de personas que pertenecen a este sector, con la intención de que el tema se pueda posicionar dentro de la localidad de Bosa, rompiendo imaginarios negativos con respecto a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas.

En la transversalidad de discapacidad desde el ámbito familiar, se desarrollaron actividades encaminadas a la canalización a los diferentes ámbitos del PIC, para mejorar la capacidad de afrontamiento de las problemáticas de acuerdo a las dinámicas familiares social, también tiene como fuerte el dominio en el manejo de la comunicación y los vínculos intrafamiliares, para que de esta manera se puedan desarrollar y visualizar por parte de este, mejores estrategias dentro de los micro territorios.

Luego de desarrollar la caracterización, en los territorios se definió la cantidad total de personas que conforman la población, en este caso la Población total es de 17005 familias con personas en condición de discapacidad para el 2009, luego de la identificación de las familias se procedió a caracterizar las personas que se encuentran en condición de discapacidad el cual fue de 692 para el 2009. La brecha en esta intervención fue de 5,8% pues de 692 familias se intervinieron 652 familias.

La participación es pasiva por parte de las personas en condición de discapacidad y su familia, debido al desconocimiento, se hace necesario evidenciar la necesidad de intervención a un mayor número de personas de la localidad, con el fin de desarrollar autonomía basada en la exigibilidad de los derechos.

Desde el ámbito familiar se propendió por el reconocimiento de los derechos y deberes de las personas en condición de discapacidad y su familia. Se socializó acerca de las diferentes redes de apoyo subjetivas comunitarias y sociales a nivel local y distrital y se promueve la participación y canalización a otras intervenciones de la Rehabilitación Basada en Comunicación RBC. Esta intervención se ve limitada en su impacto y cumplimiento de los objetivos por la falta de apoyo por parte del núcleo familiar para plantear y desarrollar un proyecto de vida adecuado para la persona en condición de discapacidad y para toda la familia.

El número de profesionales encargado para el desarrollo de las asesorías domiciliarias es insuficiente con respecto a la población total con discapacidad. En la brecha se evidencia la falta de actores e instituciones que realicen una mayor cobertura de las Personas en Condición de Discapacidad y esto se expresa como falta de gestión de la familia dentro de las actividades concertadas en los planes de acción que se establecen para cada familia. Una de las principales dificultades es el recurso limitado con que cuentan las entidades que desarrollan acciones con familias haciendo que se llegue a un porcentaje bajo.

Se promovió el acceso a redes sociales como consejos locales, COPACO y asociación de usuarios, a través de orientación a las familias para que despierten y fortalezcan el interés por participar en escenarios políticos de capacitación para hacer parte en proyectos de inclusión social. La dinámica de participación en la localidad y específicamente en las familias con personas en condición de discapacidad es pasiva e inconstante, pues no se reconocen las organizaciones sociales para trabajar en pro de los derechos de las personas con discapacidad, pues hasta hace algunos años se ha empezado el trabajo en este sentido, pero aún falta mayor difusión y articulación entre los programas de las instituciones y organizaciones locales en la sensibilización de los y las funcionarias acerca de derechos, deberes y políticas de personas en condición de discapacidad para el reconocimiento y ejercicio de derechos en esta población lo cual les permita ejercer su ciudadanía, reconocer el Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad y todos los funcionarios públicos conozcan la atención del enfoque diferencial para los usuarios

La brecha entre el número de personas en condición de discapacidad que se han caracterizado y las que se lograron vincular asesorar dentro del sector productivo fue del 60% para el 2009.

Las acciones ejecutadas, son indicadas por los lineamientos de la Secretaría de Salud del Distrito, muestran un proceso de intervención que va acorde con las necesidades de la población local y dinámicas ocupacionales. Sin embargo las intervenciones del ámbito van enfocadas solo a la promoción y a la prevención, pero en campo se ha detectado la necesidad de los trabajadores en cuanto a una atención resolutive en salud ocupacional; la cual no ha sido contemplada en los lineamientos del programa.

Por otra parte las acciones del ámbito familiar no pueden desarrollarse solas, sino con un proceso de articulación fuerte con las entidades competentes en el tema de garantía del trabajo y calidad del mismo; pues la condición

socioeconómica de los trabajadores es baja y no alcanza para invertir en salud, ni en lo que refiere a salud ocupacional." prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo en población trabajadora informal.

En cuanto al Ámbito Escolar, la población intervenida corresponde sólo al 0.16 % de la población total de niñas, niñas y jóvenes en edad escolar; lo cual nos indica la importancia de aumentar la cobertura en grupos intervenidos en cada institución educativa.

Teniendo en cuenta los resultados de la brecha en relación a la población caracterizada, se observa que se requiere mayor intervención en formación a estudiantes para lograr la meta local.

Para la tasa de suicidio el porcentaje notificado por las IED de la localidad corresponde sólo al 0.02 % de la población total de niñas, niñas y jóvenes en edad escolar; lo cual nos indica que se mantiene la meta establecida en relación a la reducción de tasa de suicidio. Se observa un aumento en la notificación de casos de conducta suicida ya que se evidencia el 5,71% en el primer semestre del 2010; el cual es preocupante ya que supera la tasa establecida para este año.

En lo que corresponde a IPS, se procuran atender todas las etapas de ciclo vital sin embargo una brecha en el servicio es el acuerdo 008/10 que restringe la atención a menores de 18 años al servicio de salud mental siendo estas etapas (infancia y juventud) dentro de las problemáticas actuales las más vulnerables. Otra brecha que se puede identificar es que para el paquete de intervención en crisis muy poco se ejecuta puesto que genera un copago para el usuario y por sus mismas condiciones económicas muy poco se toma.

En la implementación que se ha ido realizando del servicio de salud mental en las IPS se ha evidenciado que para la atención esperada de la población de bosa en cuanto a este se hace insuficiente, puesto que, cada paquete consta de aproximadamente 13 sesiones las cuales no deben superar más de un mes y medio, por tanto, en ocasiones no se alcanzan a abrir paquetes que soliciten de más, a demás porque solo se tiene la intervención en cuatro centros de atención del hospital, cada uno con un psicólogo a cargo de la atención de los paquetes por centro y una trabajadora social para los cuatro centros para el seguimiento de las familias que toman los paquetes. En cuanto al servicio que se presta de salud mental en la ESE se evidencia que es pertinente para las problemáticas que la población está evidenciando pero no es suficiente, puesto que, los paquetes establecidos limitan las problemáticas a atender, a demás de ser necesario ampliar la cobertura del servicio a otros centros de atención tanto por dificultad de desplazamiento de los usuarios como por las mismas necesidades en salud mental en los diferentes territorios de la localidad.

3.1. NUCLEO PROBLEMÁTICO DESPLAZAMIENTO

1.1.1 Objetivos, Metas y Políticas

Es importante mencionar que la población que se encuentra en condición de desplazamiento en Bogotá cada vez aumenta y se muestra como un fenómeno que se deriva de diferentes circunstancias; por lo anterior se estipulan diferentes formas de respuesta como lo constituyen las políticas que apuntan a mitigar estas condiciones y generar estrategias para favorecer la restitución de sus derechos, en esta medida se reconoce la ley 387 de 1997 por la cual

se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia, la sentencia T-025, los autos, la política de salud para la población desplazada en Bogotá, el lineamiento de la política distrital de salud para la población desplazada, las metas del plan nacional de salud, y el plan de desarrollo distrital dentro de los objetivos del milenio.

A nivel local el plan de desarrollo, en cuanto a ciudad de derechos en el programa de Bogotá sana se discriminan las intervenciones que se ejecutan desde el PIC, para la población desplazada en: salud a su casa, al colegio, comunidades saludables, Bogotá bien alimentada, acciones restitutivas a nivel productivo, en el programa de construcción de paz, reconciliación y atención a 5000 familias, así como cada proceso tiene una línea de base.

En la ley 387 de 1997 se establece dentro del **TITULO I DEL DESPLAZADO Y DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO** en su **Artículo 3o.- De la responsabilidad del Estado**. Es responsabilidad del Estado Colombiano formular las políticas y adoptar las medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección y consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia. Para efectos del inciso anterior, se tendrán en cuenta los principios de subsidiaridad, complementariedad, descentralización y concurrencia en los cuales se asienta la organización del Estado Colombiano.

En la Política de Salud para la Población Desplazada en Bogotá se establecen dos **Ejes Estratégicos**: uno sectorial y otro intersectorial; el primero busca modificar los determinantes de la salud de la población en los componentes de aseguramiento, servicios integrales de salud, modelo de atención y participación social y comunitaria en salud. El eje intersectorial, por su parte, está orientado a intervenir sobre los determinantes extrasectoriales de la salud e incluye la abogacía y la promoción de las acciones para garantizar los derechos al reconocimiento y a la ayuda humanitaria de emergencia, a la vivienda, a la tierra y el territorio, a la educación y la etno-educación, a la soberanía y la seguridad alimentaria y al trabajo y la productividad. (política de salud para la población desplazada)

Auto 004 De 2009 por el cual se dictan las medidas para garantizar la protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado o en riesgo de desplazamiento forzado. Ordenó a las entidades que conforman el SNAIPD, a la Dirección de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior y Justicia y al Programa de Acción Integral contra Minas Antipersonal:

- a) Diseñe e implemente un programa de garantías de los derechos de los pueblos indígenas afectados por el desplazamiento forzado, en el término de seis (6) meses, con componentes de prevención y atención.
- b) Se formulen e inicien la implementación de los planes de salvaguarda étnica ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado para: Wiwa, Kankuamos, Arhuaco, Kogui, Wayuú, Embera-Katío, Embera-Dobidá, Emberá-Chamí, Wounaan, Awá, Nasa, Pijao, Koreguaje, Kofán, Siona, Betoy, Sikuani, Nukak-Maku, Guayabero, U'wa, Chimila, Yukpa, kuna, Eperara-Siapidaara, Guambiano, Zenú, Yanacona, Kokonuko. Totoró, Huitoto, Inga, Kamentza, Kichwa en término de seis (6) meses.

Auto 005 de 2009, por el cual Se dictan las medidas para garantizar la protección de los derechos fundamentales de la población afrodescendiente víctima del desplazamiento forzado. Ordenó a las entidades que conforman el SNAIPD:

- i) Diseñar e implementar un plan de caracterización de los territorios colectivos y ancestrales habitados mayoritariamente por la población afrocolombiana para determinar:
 - Situación jurídica de los predios señalados como territorios colectivos y ancestrales.

- Características socioeconómicas de las comunidades asentadas en dichos territorios.
 - Situación fáctica y jurídica en que se encuentran los consejos comunitarios y autoridades locales.
 - Riesgos y potencialidades para la protección de los territorios
 - Mecanismos para garantizar la restitución efectiva de los territorios.
- ii) Ordenar poner en marcha la ruta étnica propuesta por Acción social para la protección de tierras y patrimonio
 - iii) Diseñar estrategias de medidas que garanticen la atención humanitaria de emergencia de manera integral, oportuna y completa para las comunidades afro descendientes confinadas.
 - iv) Diseñar un plan integral de prevención, protección y atención a población afrocolombiana con participación de las comunidades y de sus autoridades
 - v) Ordenar al Ministerio del Interior y Justicia y de Defensa, que presenten a la Defensoría del pueblo informes bimensuales sobre las acciones tomadas para el cumplimiento de las medidas provisionales de la CIDH en relación con las comunidades de Jiguamiandó y Curvaradó

Auto 006 de 2009, por el cual Se dictan las medidas para garantizar la protección de las personas desplazadas con discapacidad.

Con base en la información compilada en audiencia pública del 1 de abril de 2008, por la C. C. llegó a la conclusión de que el Gobierno ha sido indiferente a la situación particular que enfrentan las personas con discapacidad en el marco del desplazamiento forzado. La corte afirma que además de los riesgos identificados en los autos 092 y 251 de 2008, en el ámbito de la protección y la prevención, las personas con discapacidad están sujetas a cuatro riesgos específicos, más 14 riesgos y problemáticas agravadas que impactan de manera desproporcionada a esta población.

Por ello la C. C. ORDENA a Acción Social, M. Protección, M. Interior, ICBF, M. Educación, M. Defensa, M. Agricultura, M. Medio Ambiente, Prog. De Acción Integral contra las Minas Antipersonal; garanticen el diseño, adopción e implementación de un Nuevo Programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado, en el término de 6 meses a partir de la notificación. Además de el diseño y ejecución de cinco proyectos piloto en el ámbito de prevención y atención de los riesgos especiales que aquejan a las personas desplazadas con discapacidad, en un término de 2 meses, en Bogotá, Nariño, Antioquia, Caquetá y Tolima. Finalmente ordena proteger los derechos de 15 personas cuya situación individual fue acreditada por la Corte.

Auto 007 de 2009, por el cual se estipula la coordinación de política pública de atención a la población desplazada con las entidades territoriales

La deficiente coordinación entre gobierno nacional y entidades territoriales, ha sido identificada por la Corte Constitucional en diversos pronunciamientos como uno de los principales obstáculos para avanzar en la superación del Estado de Cosas Inconstitucional en materia de atención a la población desplazada. En este sentido, la Corte insta al gobierno nacional a formular una política que comprometa e involucre a las autoridades territoriales en el goce efectivo de los derechos de esta población. Para el diseño de esta política, el gobierno nacional debe observar la nueva estructura de responsabilidades definida en la Ley 1190 de 2008; de acuerdo con la cual la coordinación con las entidades territoriales es responsabilidad del Ministerio del Interior y de Justicia, la Agencia Presidencial para la Acción Social y el Departamento Nacional de Planeación, y a su vez, los alcaldes(as) y gobernadores(as) son responsables de formular y ejecutar, en coordinación con el nivel nacional, una política que garantice el goce efectivo de los derechos de la población desplazada en su respectiva jurisdicción. Para este efecto, los(as)

mandatarios(as) locales deberán presentar el 15 de abril de 2009 y luego cada año, un informe en el que den cuenta de los esfuerzos realizados en atención a la población desplazada, así como las limitaciones que tienen para avanzar en el goce efectivo de los derechos de la misma. Para la formalización de la política pública nacional, mediante acto administrativo, la Corte Constitucional establece como plazo el 1 de junio de 2009.

Auto 008 de 2009, sobre la persistencia del estado de cosas inconstitucionales declarado en la sentencia **T-025 de 2004**.

La Corte Constitucional sanciona la persistencia del Estado de Cosas Inconstitucional para el desplazamiento forzado e igualmente establece:

- i) Informe en el cual señale el monto incluido en el Presupuesto de Gastos destinado exclusivamente a la atención de la población desplazada, desagregado por secciones, cuentas, ejecutores y sus respectivos conceptos descriptivos.
- ii) Acoger la decisión del gobierno nacional de mantener el carácter prioritario del presupuesto para la población desplazada.
- iii) Adopción de un plan de fortalecimiento de la capacidad institucional con las siguientes dimensiones: se realice un inventario de los obstáculos que limitan la capacidad institucional, se definan los lineamientos que orientarán ese plan de fortalecimiento e indique los ajustes que se realizarán, se establezca los mecanismos mediante los cuales se realizarán los ajustes y se conciban los medios para su instrumentalización, se fije un cronograma de ejecución y se proceda a su implementación y seguimiento.
- iv) Reformulación de la política de vivienda para la población desplazada.
- v) Reformulación de la política de tierras
- vi) Formulación de la política de garantía a los derechos a la verdad, a la justicia, a la reparación y la no repetición de la población desplazada.
- vii) Ajustes necesarios para afinar la política existente en ayuda humanitaria de emergencia, retorno y reubicación en la política de atención integral a la población desplazada.
- viii) Acción Social certificará el desempeño de aquellas entidades u organismos públicos cuyas acciones contribuyen al avance en el goce efectivo de los derechos de la población desplazada.
- ix) Diseño e inicio del proceso de implementación de una estrategia para que esta población cuente con la libreta militar respectiva.
- x) Diseño de un instrumento técnico estándar de valoración del riesgo y de adopción de medidas de protección que sea específico para la naturaleza de los riesgos que enfrenta esta población.
- xi) Aplicación de la excepción de inconstitucionalidad cuando ello sea necesario.
- xii) Informe de verificación del goce efectivo de los derechos de la población desplazada
- xiii) Diseño de un mecanismo de participación amplio y democrático para las organizaciones de población desplazada

Auto 092 de 2008, de la Protección de los derechos fundamentales de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado por causa del conflicto armado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucionales declarado en la **sentencia T-025 de 2004**, después de la sesión pública de información técnica realizada el 10 de mayo de 2007 ante la Sala Segunda de Revisión.

Se adoptan medidas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas, así como la prevención del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y el desplazamiento forzado. Las medidas consisten en:

- i) Creación de trece (13) programas específicos para colmar los vacíos existentes en la política pública para la atención del desplazamiento forzado desde la perspectiva de las mujeres.
- ii) Establecimiento de dos presunciones constitucionales que amparan a las mujeres desplazadas.
- iii) Adopción de órdenes individuales de protección concreta a seiscientos (600) mujeres desplazadas en el país.

Comunicación al Fiscal General de la Nación de numerosos relatos de crímenes sexuales cometidos en el marco del conflicto armado interno colombiano.

Auto 251 de 2008, por el cual Se dictan las medidas para garantizar la protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes desplazados por el conflicto armado.

La atención concreta de 18.000 NNA en situación de desplazamiento cuya situación individual ha sido reportada a la Corte.

Después de verificar el impacto desproporcionado que tiene el conflicto armado y el desplazamiento forzado en niños, niñas y adolescentes la corte ordenó al SNAIPD aportar: la atención concreta de 18.000 NNA en situación de desplazamiento cuya situación individual ha sido reportada a la Corte

- i) El diseño e implementación de un nuevo programa para la protección diferencial de los NNA frente al desplazamiento forzado, con un componente de prevención y otro de atención, en el término de seis (6) meses después de la notificación.
- ii) El diseño y ejecución de quince proyectos pilotos, tres de prevención (Putumayo, Samaniego y Medellín) y doce de atención (Cartagena, Arauca, Sincelejo, Quibdó, Tumaco, Buenaventura, Bucaramanga, Bogotá, Medellín, Policarpa – Nariño, Florencia y San José de Guaviare) para su diseño dispondrá de 2 meses, 2 para su implementación y 2 para su evaluación,
- iii) la atención concreta de 18.000 NNA en situación de desplazamiento cuya situación individual ha sido reportada a la Corte.

Auto 237 de 2008, del Incumplimiento de las órdenes impartidas en el **Auto 092 de 2008** para proteger los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas en desarrollo de la **sentencia T-025 de 2004**.

Declara el incumplimiento de las órdenes que fueron impartidas al Director de Acción Social en materia de la creación de trece (13) programas y establece el 20 de noviembre de 2008 como plazo para la creación de los programas y la implementación de las dos presunciones constitucionales. Para ello se indica, además, la adopción del documento presentado por las organizaciones titulado “Lineamientos para un Plan Integral de Prevención y Protección del impacto desproporcionado y diferencial del Desplazamiento Forzado sobre las mujeres Colombianas”.

Igualmente señala:

- (i) Convocar una reunión de iniciación del proceso de participación con la totalidad de las organizaciones que presentaron los lineamientos a la Corte. Plazo: 5 días hábiles
- (ii) Desarrollar proceso participativo de incorporación de los lineamientos y propuestas adoptados por la Corte en los 13 programas nuevos a ser formulados.

Director de Acción Social debe presentar informe sobre el resultado del proceso participativo, a 20 de octubre de 2008. Este informe debe incluir un cronograma acelerado para la adopción definitiva de los 13 programas nuevos a presentar a la Corte individualmente o agrupados dentro de un Plan Integral, no superior a un (1) mes.

1.1.2 RESPUESTA INSTITUCIONAL

1.1.2.1 Gestión Local

Dentro del contexto local, la Gestión trabaja en el abordaje de la población en situación de desplazamiento con el fin de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, desde la perspectiva de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, a través de las acciones que se desarrollan desde los procesos, a nivel local se lleva a cabo el posicionamiento del derecho a la salud propendiendo por el fortalecimiento de las instituciones, los grupos y los colectivos hacia la exigibilidad del derecho a la salud, en escenarios como el Comité Local de Atención a Población Desplazada (CLAPD), grupos focales con líderes de las organizaciones de esta población diferencial, mesas de trabajo institucionales donde se para movilización de actores con injerencia en toma de decisiones para el posicionamiento político de las diversas temáticas en relación con la restitución de derechos -especialmente del derecho a la salud-, mesas de trabajo de discusión construcción y análisis de la ruta de salud. Así como en la facilitación de los espacios de seguimiento y análisis al proceso de socialización de la Política Distrital de Salud para la Población en Situación de Desplazamiento Forzado por la Violencia en Bogotá, del mismo modo se realizó la actualización del diagnóstico local con participación y articulación de los profesionales de la transversalidad del Hospital Pablo VI de Bosa para ampliar la visión en el contexto de esta población y sobre todo cuantificar datos que cambian día a día con el arribo de la población a la Localidad y que se hace difícil sistematizar.

Se identifican una serie de organizaciones que nacen desde la población desplazada que busca dar respuesta a sus necesidades desde la reivindicación de sus derechos; al realizar un análisis sobre la representación que estas hacen para la población, se identifica claramente el avance y el posicionamiento que desde el Comité Local de Atención a Población Desplazada CLAPD de Bosa, y las Instituciones que son miembros permanentes como el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. en un trabajo en conjunto con la institucionalidad, se da un proceso de fortalecimiento de los sistemas locales de atención a población desplazada, está llevando a cabo acciones como el acompañamiento a la elaboración de los Planes Locales de salud del CLAPD.

1.1.2.2 Ámbito familiar

A través de intervención psicosocial diferencial se favorece la garantía el derecho familiar de la población en situación y condición de desplazamiento ya que se reconoce la condición étnica, el género, la condición de discapacidad, la etapa de ciclo vital y las características de su contexto. Además, se aporta en el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares, el restablecimiento emocional individual y colectivo, los procesos participativos, la reconstrucción de proyectos de vida y la generación de cambios positivos ante problemas detectados asociados a la vulnerabilidad psicosocial.

Durante el 2009 se intervinieron 400 familias la distribución por etapa de ciclo vital se presento de la siguiente manera: se atendieron 190 menores correspondientes a la etapa infancia que equivale al 48% de la población atendida; 90 fueron jóvenes que equivalen al 27%; 105 para la etapa de adultez que equivalen al 23% y 10 personas mayores representando un 2%. Las familias se abordan sin tener en cuenta si están o no caracterizadas desde los equipos de SASC por las características propias de las familias, posterior al inicio de la intervención se realiza la verificación de la familia en la base de datos de las familias caracterizadas y se articula con APS, para iniciar es respectivo proceso.

1.1.2.3 **Ámbito Comunitario**

La intervención va encaminada hacia el fortalecimiento de los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada, en el marco de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVyS), y el enfoque diferencial hacia la promoción y restitución de los derechos, especialmente del Derecho a la Salud. Esta intervención llegó a 8114 persona en situación de desplazamiento y se trabajo con 5 organizaciones de población desplazada y se ha trabajado con 782 personas desplazadas. La población sujeto de intervención fueron personas en situación y /o condición de desplazamiento de la localidad Séptima de Bosa de la UPZ 84 Occidental, UPZ 87 porvenir, UPZ 86 Tintal, y ocasionalmente UPZ 85 central

En cuanto al número de profesionales que intervienen en la línea y particularmente en la transversalidad se ha ido creciendo sustancialmente así como los tiempos de intervención, pero aun así no es suficiente ya que hay lista de espera tanto de familias como de organizaciones dada la dimensión de las personas en situación de desplazamiento que viven en la localidad.

1.1.2.4 **Ámbito escolar**

Las acciones que se realizan desde el ámbito escolar y Salud al Colegio (SAC) van encaminadas a un proceso de inclusión social en las diferentes intervenciones en especial de los grupos focales de salud mental y semilleros. Con los grupos que tienen alumnos desplazados y población no desplazada, se trabaja en el tema de aceptación de la diferencia y enfoque diferencial. En aquellos grupos que son solo de población desplazada se desarrollo el factor de resiliencia por medio del desarrollo de habilidades tales como comunicación asertiva, trabajo en equipo y proyecto de vida. Por otro lado se realiza sensibilización y capacitación a docentes en el tema de enfoque diferencial, ruta de atención a población desplazada y aceptación de la diferencia.

A nivel de cobertura de un total de 388 estudiantes identificados en situación de desplazamiento, en el 2009 solo se trabajó con 92 estudiantes, la meta fue de 9 sedes.

1.1.2.5 **Ámbito laboral**

Se han realizado acciones para la promoción del trabajo decente en la población trabajadora informal en situación de desplazamiento, desde el fortalecimiento y la restitución de derechos a la población desplazada se les ha realizado asesorías y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal (UTIS) con enfoque diferencial, para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida. Esta acción se hizo en 60 Unidades de Trabajo Informal, con un total de 76 trabajadoras y trabajadores caracterizados y asesorados (62 adultos, 2 personas mayores y 12 jóvenes). A marzo de 2010 se han intervenido 32 Unidades de Trabajo Informal con un total de 49 trabajadoras y trabajadores. (38 adultos, 8 jóvenes, 3 personas mayores), la distribución por UPZ fue: 84 Occidental (21%), 85 Central (36,6%) y 87 Tintal Sur (15%), 86 Porvenir (25%), 49 Apogeo (1,6%). Esta intervención se mantiene en cobertura para el año 2010; es decir se abordarán 60 UTIS de personas en situación de desplazamiento.

1.1.2.6 **Ámbito IPS**

Desde el ámbito IPS se realizó la socialización de la Política Pública de Salud para Atención a Población Desplazada, al total de médicos, odontólogos, enfermeras y al 70% de los administrativos funcionarios de la ESE del nivel asistencial. La respuesta se enfocó también hacia la sensibilización de los autos emitidos por la Corte Constitucional para atención a población desplazada con el 50% de profesionales del nivel asistencial, así mismo se realizó esta acción con la población en situación de desplazamiento de la UPZ Central. Por otra parte con el 10% de los líderes y lideresas se hizo seguimiento a los autos de la Corte Constitucional y el Auto 092 especialmente en la UPZ Tintal Sur.

Se continuó en el 2009 con la formación a funcionarios de la ESE del nivel asistencial y administrativo en normatividad, ruta de salud, derechos y deberes de la población desplazada, con la participación de 70 médicos, 50 auxiliares, 40 odontólogos, 30 psicólogos y 30 funcionarios administrativos de las UPZ Central Occidental, Porvenir y Apogeo.

De igual manera se hizo formación al 10% de los funcionarios de las IPS privadas de la localidad del nivel asistencial y administrativo; participando aproximadamente 30 profesionales principalmente enfermeras del ciclo juventud y adulto de la UPZ Central.

1.1.3 **RESPUESTA INTERSECTORIAL**

Unidades de Atención y Orientación a la Población Desplazada (UAO)

Las UAO son dependencias creadas y organizadas con personas especializadas para atender y resolver las inquietudes de la población desplazada. Allí le orientarán sobre como tener acceso a sus derechos.

- Derecho a ser registrado como desplazado.
- Derecho a retornar a su lugar de origen o reubicarse en otro lugar.
- Derecho a tener documentos de identidad.
- Derecho a recibir atención humanitaria de emergencia.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la protección de la familia y la niñez.
- Derecho a la educación.
- Derecho a una vivienda digna.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la seguridad y protección.

1.1.4 **RESPUESTA COMUNITARIA**

La población en situación de desplazamiento ubicada especialmente en las UPZs porvenir, tintal y parte de Bosa Occidental ha realizado acciones de tutela para acceder a sus derechos como salud, alimentación entre otros, debido a barreras en el acceso para atención en salud, demora en la entrega de ayudas humanitarias de parte de acción social. Adicionalmente han realizado vías de hecho para que les entreguen un proyecto productivo

La población en situación de desplazamiento perteneciente al cabildo Pijao Ciprid-Calarca ubicada en la UPZ occidental, ha participado en el proceso de GSI en las mesas de trabajo intersectoriales y en la reformulación del PIU, para realizar proceso de presupuestos ya que hay problemas de coberturas para esta población en los proyectos del Fondo Desarrollo Local.

1.1.5 ANALISIS DE BRECHA

Al realizar el análisis de brecha desde el ámbito familiar se encuentra que no son atendidas necesidades específicas tales como intervención para rehabilitación en consumo de SPA, tratamiento para problemas de aprendizaje, tratamiento a trastornos psiquiátricos y cuidado de la persona mayor, entre otros. Un gran porcentaje de la población sujeto de la intervención se encuentra ubicado en un micro territorio que no ha sido caracterizado. La principal brecha manifiesta en la intervención para las familias en situación de desplazamiento realizada desde el ámbito familiar es que la meta local de 400 familias es insuficiente para la demanda local que actualmente se registra en la localidad.

Se encuentra insuficiencia de recursos para la articulación específica de acuerdo a la problemática identificada y las necesidades particulares de acuerdo a la etapa de ciclo vital en cuanto a la respuesta institucional, el portafolio de servicios de estas y las limitaciones dadas por el aseguramiento.

La principal dificultad presente para el cumplimiento de los objetivos de la intervención y garantizar el cumplimiento y la restitución de los derechos de las familias sujetos de la intervención, se presenta en la capacidad y la oportunidad de respuesta de instituciones ajenas a la ESE.

En el ámbito escolar de un total de 388 estudiantes identificados en situación de desplazamiento, en el 2009 solo se trabajó con 92 estudiantes provenientes de 9 sedes educativas, es decir que se tiene una brecha de (76%) 292 alumnos en situación de desplazamiento que no reciben ninguna intervención; lo anterior se agrava aun mas porque este porcentaje no cuenta el numero total de niños, niñas y jóvenes que están en edad escolar que se encuentran desescolarizados o en las restantes 27 sedes vinculadas a la estrategia de salud al colegio.

1.2 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NÚCLEO PARTICIPACIÓN

1.2.1 RESPUESTA INSTITUCIONAL

La participación es un proceso en el que distintas fuerzas sociales, en función de sus respectivos intereses (de genero, de generación, de territorio, de sector), intervienen directamente o por medio de sus representantes en el quehacer de su vida cotidiana, con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política. Entonces, la participación es un derecho que tiene la ciudadanía para hacer realidad los principios y fines del Estado Social de Derecho que tenemos.

A continuación se presenta una revisión de algunos documentos macro como el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva y algunas políticas públicas, que incluyen el componente de participación:

En el *Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008 – 2012*²⁴⁹, en el Artículo 2, se habla de los principios de Política Pública y de Acción; dentro de estos principios esta la Participación: “La administración distrital en todos sus niveles reconocerá el valor de la intervención ciudadana en los asuntos públicos, la diversidad de intereses y su aporte a la construcción de un proyecto de ciudad, y promoverá el ejercicio de la participación a través de los canales existentes y de los que el gobierno y la propia ciudadanía considere necesarios. La participación será un componente transversal de todas las políticas públicas del distrito.

En el Capítulo 4, que corresponde a Participación, se plantea lo siguiente: “Artículo 16. Descripción: Construiremos una ciudad en la que se reconozcan las diferencias entre hombres y mujeres, donde se fortalezca la participación de niños y niñas, adolescentes, jóvenes, sectores LGBT, grupos étnicos y personas en condición de discapacidad o desplazamiento, para que incidan en la definición, ejecución y seguimiento de las políticas públicas, directamente o a través de sus representantes y organizaciones, haciéndose corresponsables del desarrollo integral de la ciudad. El Artículo 19 nombra los programas por medio de los cuales se ejecutan las estrategias.

Se plantean las siguientes metas: Fomentar los procesos e instancias de participación para las personas en condición de discapacidad; fortalecer los espacios e instancias de participación para las personas en condición de discapacidad; vincular a programas de participación y seguridad a 15000 jóvenes en situación de vulnerabilidad; acompañar 22 procesos electorales de las organizaciones, instancias y autoridades sociales; formular cuatro políticas relacionadas con la salud, con participación ciudadana, 80 proyectos de autogestión comunitaria para el mejoramiento de la calidad de vida.

- Apoyar 20 procesos de construcción de presupuestos participativos locales.
- Crear un Consejo Distrital y 20 consejos locales de participación de niños y niñas.
- Encuentros ciudadanos de niños y niñas para plasmar sus sueños en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva y en la realización de los mismos.
- Acuerdos ciudadanos locales por la primera infancia.

A nivel nacional la *Política Por la Calidad de vida de Niños, Niñas y Adolescentes*, en el eje de Condiciones para el ejercicio de la ciudadanía, plantea lo siguiente:

- Apoyo a iniciativas: en asociación con organizaciones privadas y comunitarias, se promoverán y financiarán iniciativas de desarrollo propuestas por los niños, niñas y adolescentes. La academia acompañará los

²⁴⁹ Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008 – 2012.

procesos de formación para su participación. Se crearan condiciones para que sus propuestas sean tenidas en cuenta.

A nivel Distrital, el *Artículo 34 del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva*, tiene cuatro objetivos estructurantes: existencia, desarrollo, ciudadanía y protección; en el objetivo de ciudadanía, se plantea lo siguiente:

Meta:

- Crear un Consejo Distrital y 20 consejos locales de participación de niños y niñas.
- Desarrollar los Encuentros ciudadanos de niños y niñas para plasmar sus sueños en el Plan de Desarrollo Bogota Positiva y en la realización de los mismos.
- Consolidar los acuerdos ciudadanos locales por la primera infancia.

En la *Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital 2007 – 2020*, se proyecta lo siguiente, relacionado a la participación:

“Artículo 16: SOBRE LOS DERECHOS A LA PARTICIPACIÓN PARA LA INCIDENCIA. debe promover la participación para el fortalecimiento de la autonomía; garantizar que las PCD incidan sobre las condiciones sociales que quieren transformar; desarrollar espacios de participación en los procesos de planeación, diseño, ejecución y control de las políticas públicas así como espacios que sirvan para orientar sobre el tipo de desarrollo y cuidado que requieren las PCD; Diseñar y desarrollar espacios de inclusión social para la PCD y sus redes de apoyo y ofrecer las condiciones sociales para la participación social de las PCD sus familias; fortalecer las bases legales para la creación y funcionamiento de espacios de participación, en cada una de las instituciones públicas; promover programas dirigidos a las cuidadoras y cuidadores o familias de las personas con discapacidad en participación ciudadana, de los Derechos Humanos y de los mecanismos de defensa, protección, promoción de los mismos, que conlleven a elevar la calidad de vida de esta población y en general de la sociedad.

Por otra parte el *Acuerdo 137 de 2004*, por el que se establece el Sistema Distrital de Atención Integral a Personas en condición de Discapacidad en el Distrito Capital, proclama en su artículo Segundo la rectoría del mismo, en manos del Consejo Distrital de Discapacidad, que es el organismo de participación ciudadana para la concertación entre las diferentes instancias, de acciones que tengan como objetivo la prevención, rehabilitación, educación, orientación, integración laboral y social y la garantía de los derechos fundamentales de las PCD.

En la *Política Pública para las Familias*, se plantea lo siguiente:

- “Promoción de la participación de las familias en escenarios de decisión pública y procesos de acción colectiva: comenzando por el fortalecimiento de los mecanismos de participación en educación (juntas de padres y madres de familia), salud (asociaciones de usuarios/as y núcleos de participación para la atención primaria en salud), Bienestar Social y en los territorios Consejos Locales de Política Social (CLOPS) y

Consejos de Participación Local (CPL), entre otros. Con tal propósito se realizarán acciones de formación para la participación y se promoverá la apertura programática de las instituciones frente a las demandas derivadas de procesos participativos y de ejercicio de ciudadanía por parte de las familias. Asimismo, en los Consejos Locales de Planeación y los procesos de planeación participativa local, se incorporará la perspectiva familiar, tanto para la identificación de prioridades de inversión como en el desarrollo de proyectos de inversión de los Fondos de Desarrollo Local.”

La *Política Pública para la Juventud del Distrito Capital 2006 – 2016*, sustenta en el Capítulo II, Artículo 10, los derechos a la participación y organización. Y el artículo 11° nombra los lineamientos generales, los cuales buscan promover y fortalecer las estrategias, canales y escenarios que garanticen la participación para la decisión mediante la promoción de una ciudadanía activa y el fortalecimiento de la organización juvenil en Bogotá.

En la *Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez*, en el eje de Vivir como se quiere en la vejez, se plantea que es necesario que la persona mayor, participe activamente en la vida social, política y económica del país, se encuentre bien informado, desarrolle libremente su personalidad, su conciencia religiosa y de culto, entre otros aspectos. Esta política aun no cuenta con un plan de acción pero, dentro de los indicadores propuestos para tal fin se contemplan los siguientes:

- Porcentaje de personas mayores en escenarios de participación local y distrital.
- Consejos locales de personas mayores constituidos por acuerdo local.
- Asistencia de personas mayores por acuerdo local.

Desde la perspectiva de género, la participación se asume como una forma de contribuir y propiciar condiciones de igualdad y equidad entre hombres y mujeres y lograr su participación activa en el desarrollo, en la construcción de lo público, en el fortalecimiento de liderazgos y de las organizaciones sociales en beneficio de la ciudad. Es por esto que en la *Política Pública de Mujeres y Equidad de género en el Distrito Capital*, se plantea en el artículo 11 el Eje estructural de derechos de las mujeres a través de los siguientes componentes: Mujeres empoderadas; participación con equidad y representación para la inclusión.

En la *Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas – LGBT- y sobre identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital*: “

“ARTÍCULO 10. Consejo Consultivo. El Alcalde o Alcaldesa Mayor contará con la asesoría de un cuerpo consultivo compuesto por: a. las o los Secretarías Distritales de Gobierno, Planeación, Integración Social, Cultura, Recreación y Deporte, Educación y Salud, y el director o directora del Instituto de la Participación y la Acción Comunal o sus delegadas o delegados. b. Cuatro personas del sector LGBT así: una representante de las mujeres lesbianas, un representante de los hombres gay, una o un representante de

las personas bisexuales y una o un representante de las personas transgeneristas quienes se elegirán por las organizaciones que agrupen a estas personas en la ciudad para un periodo de dos años. Para esto se contará con el apoyo de la Gerencia de Mujer y Géneros del Instituto de la Participación y la Acción Comunal.”

1.2.1.1 Gestión Local

► Respuesta de infancia en gestión local

Cumpliendo con la meta del Artículo 34 del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, en el eje de Ciudadanía, durante el 2009, se fortaleció el Consejo Local de Participación de niños y niñas, e indirectamente el Consejo Distrital (pues de cada localidad hay un niño y una niña delegados a este espacio), por medio del desarrollo de actividades periódicas en donde se hizo una lectura de realidades desde la perspectiva de los niños y niñas consejeros, se desarrollaron reuniones con el Alcalde Local, donde los niños y niñas tuvieron la oportunidad de reunirse por primera vez con él y allí socializaron el trabajo desarrollado durante el mes de Julio del 2009 en Compensar y le entregaron el libro que construyeron llamado “Ideas Poderosas para Ciudades Positivas”. Este proceso además de aportar a la construcción de comunidades cuidadoras y protectoras de niños y niñas, buscaba fortalecer los espacios de participación ciudadana en lo local.

► Respuesta de persona mayor en gestión local

Durante en 2009 y 2010, se han desarrollado acciones para fortalecer el espacio de participación local, denominado Subcomité de Persona Mayor. Desde ese espacio se articularon las acciones institucionales y comunitarias para la formulación, construcción, lanzamiento y socialización de la Política Pública social de envejecimiento y vejez. Por otra parte aun se están adelantando acciones, para que según acuerdo local, se avance en la conformación del Consejo Local de Sabios (o de mayores).

► Respuesta del componente de gestión local en la formulación de políticas públicas y políticas sectoriales

Desde el componente de Gestión Local, se han desarrollado acciones para el proceso de formulación, construcción y en algunos casos lanzamiento y socialización de las Políticas Públicas y Políticas Sectoriales. A pesar que este proceso esta en cabeza de los referentes de Gestión Local, todo el Plan de Intervenciones Colectivas, de formas diferentes participo en el proceso. También fue fundamental la participación de la comunidad y los grupos de base comunitaria, para que dicho proceso respondiera a las necesidades de la población.

Durante en 2009 y el 2010, se evidenciaron avances en formulación de la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez; formulación de la Política de Salud para las Etnias; para los Trabajadores; para la población en situación de desplazamiento; Primera fase de la formulación de la Política de Salud de Infancia y para los Jóvenes.

1.2.1.2 **Ámbito comunitario**

A nivel institucional se encuentra que para el fortalecimiento de los procesos de participación, desde el ámbito comunitario se lideran ejercicios de fortalecimiento a procesos organizativos, donde se busca generar articulación con las diversas poblaciones de la localidad, propiciando y fortaleciendo procesos organizativos. Durante el año 2009 se realizó fortalecimiento a 4 organizaciones: 2 de población étnica (Pijaos y Muiscas) y 2 de población en condición de discapacidad (Fundación CORPOCIMA y FUNDARTE).

El ejercicio de análisis de respuesta y el balance entre oferta y demanda de las acciones del ámbito comunitario se realizó con ayuda de dos metodologías la primera fue la georreferenciación de los procesos desarrollados por el ámbito en las comunidades y en este sentido se hizo un ejercicio por cada intervención que no dan cuenta en su totalidad de las realidades que viven las poblaciones, los grupos y las comunidades, no hacen un acercamiento a la complejidad de las problemáticas y dinámicas sociales que estos desarrollan y viven en los territorios en que desenvuelven su cotidianidad. También se realizó un análisis de los procesos organizativos y de redes de las comunidades, tanto aquellos que son iniciativas de las comunidades, como los que son propiciados y/o acompañados por las instituciones para la formación de sujetos políticos. También se intentó hacer un análisis cuantitativo para determinar el déficit en las acciones y las brechas existentes.

Se desarrollan un total de 103 acciones que el ámbito lleva a cabo y se hizo una distribución en el territorio mayoritariamente en la UPZ Central, con aproximadamente el 50% de las intervenciones, en la UPZ Occidental el 20%, Tintal Sur 14% Apogeo 9% y Porvenir 7%. Las acciones se desarrollan en 56 barrios de los 330 que conforman la localidad. Se hace el reconocimiento de unos barrios con un alto potencial organizacional como son Laureles, el Recreo, Olarte, Piamonte y Santafé donde también otras instituciones locales han ayudado a fortalecer espacios de participación. Cerca de la cuarta parte de las instituciones caracterizadas por el ámbito promueven un trabajo en la línea de enfoque diferencial ya sea con etnias, género, personas en situación de desplazamiento y discapacidad, lo que demuestra un empoderamiento de la comunidad y una oportunidad para continuar fortaleciendo el trabajo desde la estrategia promocional.

Al analizar la participación de las personas según etapa de ciclo vital o enfoque se observó que las organizaciones que convocan jóvenes tienen una mayor concurrencia, seguida de las que incluyen a adultos, personas mayores y

en menor proporción niños, según el enfoque diferencial hay una mayor conformación de organizaciones que trabajan con etnias, en menor número discapacidad y LGBTI.

De las organizaciones identificadas por el ámbito el 52% se identificaron como grupos, el 16% como organizaciones legalizadas y en menor proporción grupos de colegios 12%, comedores comunitarios 9%, redes 6%, consejos zonales 4%, jardines 1%. Los grupos de barras futboleras se ubican cuatro en la UPZ Central y uno en la UPZ Occidental. Las acciones del proyecto Ciudad Protectora se ubican cuatro en UPZ Central, uno en Tintal Sur y uno en Occidental. Existen siete grupos que se enfocan en la temática de discapacidad y seis se ubican en la UPZ Central y uno en Occidental.

Los grupos que se intervienen con acciones de seguridad alimentaria y nutricional son once en la UPZ Central, dos en Tintal y uno en Apogeo. La ubicación de las organizaciones y grupos que trabajan con desplazados son tres en UPZ Central, dos en Tintal, dos en Porvenir y uno en Occidental. En los grupos que forman cuidadores y cuidadoras en la estrategia TU VALES se encuentran cuatro en Tintal, tres en Porvenir, dos en Central, dos en Apogeo y uno en Occidental. Los grupos formados en Derecho Humano en Alimentación son cuatro en UPZ Central, tres en Occidental, dos en Tintal y uno en Apogeo; Territorios afectivos, tres en UPZ Central; AIEPI, cuatro en Central y uno en Tintal; Orientación Sexual uno en Central y uno en Occidental; Muévete Comunidad, tres en Central y tres en Occidental; Actores Comunitarios uno en Tintal; Etnias, siete en Occidental, tres en Central, dos en Tintal, uno en Apogeo y uno en Porvenir; ECOS, cuatro en Occidental, dos en Central, uno en Tintal y uno en Porvenir.

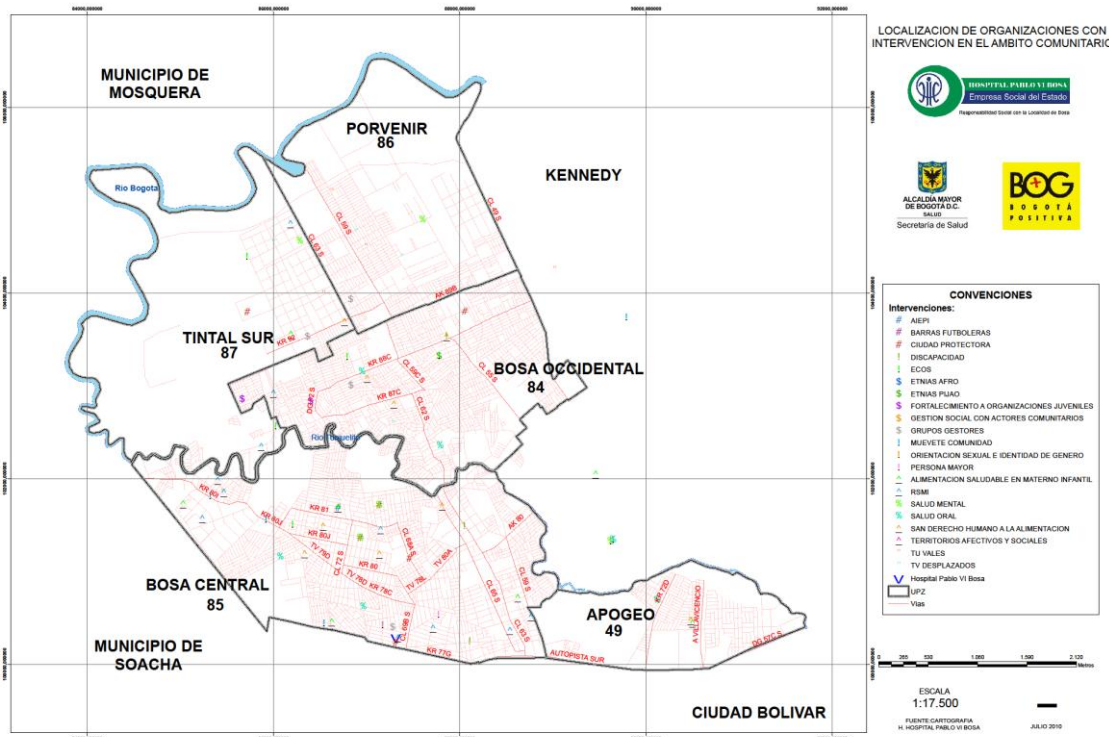
► **Análisis de redes del ámbito comunitario:**

Es importante evidenciar que el tema de redes sociales es un tema que tiene un estado del arte bastante extenso desde disciplinas como la antropología, la sociología y se desarrolla con más profundidad en ejercicios de educación popular e investigación, acción participativa. Debido a que existen muchos tipos de redes, no todos los procesos comunitarios pueden entenderse a la luz del análisis de redes sociales.

En las intervenciones que desarrollan sus intervenciones con población ubicada en la etapa de ciclo vital juventud se evidencian redes que se construyen por los objetivos artísticos, culturales y políticos, en donde se identifica una red juvenil que agrupa varias organizaciones, en este punto cabe resaltar una red institucional denominada la subred, la cual es conformada por los hospitales, enfocada a desarrollar procesos de construcción de conocimiento y reflexión con respecto a las intervenciones con jóvenes de los hospitales pertenecientes al sector sur occidental de la ciudad. Para el caso de las barras futboleras estas realizan recorridos y tienen puntos de encuentro, enfocados hacia el mismo interés, el de acompañar a su equipo favorito.

El tema de las barras futboleras tiene un enfoque territorial bastante marcado, ya que dependiendo del equipo al que se apoye, se tienen territorios que componen, barrios, parques y sectores de la localidad, en los cuales es una barra la que tiene el dominio de ese territorio. Sin embargo en este punto de lo territorial en el tema de barras se escapa a la lógica de localidades y UPZ's, ya que hay grupos de estas características que conforman sus dinámicas y redes en dos o mas localidades, como es el caso de algunas barras que sus miembros y escenarios de encuentro y reunión están en lugares de Kennedy y de Bosa. En importante evidenciar que estos grupos hacen presencia en toda la localidad.

Mapa de redes de fortalecimiento a organizaciones juveniles, barras futboleras y población LGBT. Comunidades Saludables, hospital Pablo VI Bosa.



En el caso de la población LGBT, la cual también se plasma en el mapa anterior, se evidencia que en la UPZ central en específico, se desarrolla una concentración de la dinámica de esta población debido a la fuerte presencia de salas de belleza y peluquerías, sin embargo en otros sectores de la localidad, se desarrollan escenarios de encuentro unos relacionados directamente con la institucionalidad como el café por la diversidad y otros relacionados con lugares de diversión denominados Bares de ambiente.

En el caso de intervenciones que se evidencian en el mapa, los grupos de trabajo de la intervención Tu vales están en proceso de conformar una red, para complementar las ya existentes dentro de las cuales cabe mencionar el grupo de mujeres mayores de la UPZ Olarte y Tintal; un grupo de lideresas de familias en acción.

En la población en condición de discapacidad, surgen dos dinámicas: una es la propiciada por las instituciones como los grupos formadores de agentes de cambio y dirigidos a cuidadores y cuidadoras en los cuales se fortalece el tema organizativo y de redes. La otra dinámica que se genera en este sentido es la que tiene que ver con las organizaciones conformadas por población en condición de discapacidad las cuales están orientadas a mejorar las condiciones de calidad de vida de las personas que la conforman.

Otro tipo de red que se evidencia es la red social materno infantil, la cual se crea para promover y mantener la presencia institucional y comunitaria frente al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres gestantes, lactantes y sus familias, también se relaciona al trabajo que lleva AIEPI, Secretaria de Integración Social, Casa de Justicia.

En el análisis de redes la transversalidad de Etnias y desplazados, se hace indispensable mencionar que existen un gran número de organizaciones de comunidades en condición y en situación de desplazamiento. Algunas de estas organizaciones son conformadas por grupos étnicos, en donde el rescate a la identidad, a las costumbres y usos culturales propios de cada región se constituye en un objetivo claro. La referente del proceso de desplazados en la localidad, menciona *“La red de desplazados esta muy fuerte en la localidad especialmente en porvenir, hay redes permanentes”*.

Existen procesos orientados a la conformación de redes y procesos organizativos en los grupos etnicos, donde se generan procesos de dialogo y dinámicas de red con los diferentes grupos étnicos de la localidad, tal como lo expresa el referente de la transversalidad de etnias *“existe intercambio de saberes entre las comunidades en la localidad en general, existe una experiencia de una red de médicos tradicionales a su vez medicina afro, con los lideres se lleva un proceso con el GSI”*.

Es importante resaltar que la dinámica de los grupos étnicos en Bogotá, no esta circunscrita dentro de la lógica administrativa de UPZ's y Localidades, ya que hay territorios que en lo social guardan similitud como el caso de los limites de Bosa –Soacha, Bosa –Kennedy, pero que tienen una división político administrativa. Así mismo y dependiendo del grupo étnico del que se hable existen procesos particulares en lo que respecta con los Pijaos, que se encuentran ubicados en los barrios olivos, recreo, nuevo chile, y Soacha, pero es especialmente en el barrio el diamante donde se encuentra concentrada la mayoría de la población en la localidad de Bosa. En el caso de la población Afro sus respectivas referente y promotora plantean que esta se encuentra en toda la localidad y que se

están fortaleciendo organizaciones sociales con el fin de consolidar una red, que permita fortalecer y mejorar la calidad de vida, se está trabajando de la mano con Secretaría de integración social, Alcaldía, ICBF etc.

Por último es importante evidenciar que algunas intervenciones, no tienen aún apropiado la reflexión y los conceptos básicos y generalidades de las redes lo que imposibilita la realización de estos ejercicios. Otro aspecto que vale la pena resaltar es que algunas líneas de intervención están en el proceso de identificación y apropiación conceptual y aunque los objetivos puedan estar orientados a la conformación y fortalecimiento de redes estas se encuentran en un proceso incipiente.

Por otra parte se ejecuta el proyecto 1991 “Fortalecimiento de la participación ciudadana en salud en los microterritorios de salud a su casa” con un objetivo claro de mantener el desarrollo de procesos comunitarios autónomos, para el posicionamiento político a través de la exigibilidad del derecho mediante el ejercicio activo de ciudadanía que responda a las necesidades sociales de los microterritorios de salud a su casa con un total de 750 Consejeros zonales capacitados y fortalecidos, además de 75 miembros del Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACO).

1.2.1.3 Transversalidades

► Transversalidad de genero

Se ha hecho el fortalecimiento a organizaciones de mujeres por medio de la identificación de liderazgos desde el acompañamiento a los espacios de participación política, social y cultural, tanto institucional como alternos propios de la comunidad. Se ha participado en las siguientes actividades:

- Construcción del movimiento la Sureña: 150 mujeres
- Comité local de mujeres y género: 30 organizaciones de mujeres
- Grupo de mujeres étnicas: 20 mujeres
- Apoyo a procesos sociales autónomos de las mujeres (plantón periódico: “Ni una niña, ni un niño ni una mujer mas violada en Bosa, Ni una mas.”): 100 mujeres

► Transversalidad de discapacidad

ACCIONES Y COBERTURA

Grupos de participación comunitaria – estrategia de rehabilitación basada en comunidad 2009

- Líderes comunitarios formados como agentes de cambio: 52
- Número de personas participando en Cuidando a cuidadores: 35
- Personas participando en Club de encuentro de cuidadores: 27
- Jóvenes padrinos de jóvenes con discapacidad en formación: 50

- Fortalecimiento a organizaciones de personas con discapacidad: 3
- Personas con discapacidad beneficiadas del Proyecto especial Actividades Terapéuticas complementarias: 150

El Hospital Pablo VI de Bosa a través de las acciones de la transversalidad de discapacidad en el componente de Gestión Local participa en la construcción de las políticas locales, coordinación y ejecución de los planes de acción para abordar intersectorialmente las problemáticas que afectan la calidad de vida y la salud de la población con discapacidad y participar en los espacios de coordinación intersectorial.

De igual manera asume la Secretaria Técnica del Consejo Local de Discapacidad considerado como un organismo de participación ciudadana conformado por representantes de la población con discapacidad y representantes de las instituciones locales donde se articulan mecanismos que permitan el desarrollo de políticas, planes, programas y prestación de servicios de la población en condición de discapacidad de las localidades de conformidad con los principios que regulan la gestión administrativa.

El consejo local de discapacidad según Acuerdo 137 de 2004 sesionan una vez al mes y sus consejeros son elegidos cada 4 años. En el Consejo Local de Discapacidad, participan como consejeros locales electos, cuatro personas con discapacidad (mental, física, visual y auditiva) y dos cuidadoras (que representan la discapacidad cognitiva y múltiple).

► **Transversalidad de Ambiente**

La tematica de ambiente ha sido priorizado a través del tiempo por alguna comunidad interesada.. Es así como se creó hace más de 10 años la Mesa Ambiental Local (MAL) constituyéndose en un espacio abierto de participación comunitaria que tiene lugar en la Alcaldía Local cada 15 días. Durante el 2009 este espacio fue abierto para la participación activa de diferentes instituciones con el fin de que se formularán respuestas transectoriales en beneficio del ambiente local y de la comunidad que ha sido afectada por las diferentes problemáticas ambientales, sin embargo esta respuesta fue centrada en la ejecución de actividades ambientales compartidas entre las instituciones y la comunidad como: campañas de recolección de residuos sólidos, recorridos de reconocimientos de problemáticas y potencialidades ambientales, discusiones alrededor del reconocimiento del humedal La Isla, sensibilización a la comunidad en general y la celebración de la semana ambiental local.

En la MAL surgieron dificultades que tuvieron que ver con la motivación de los nuevos líderes y lideresas ya que se generó resistencia de los miembros más antiguos en el desarrollo de propuestas innovadoras a favor de ambiente, así como en el aspecto económico dado por el desarrollo de diferentes actividades.

Durante el 2009 participaron activamente en este espacio aproximadamente 20 personas, cifra que resulta incoherente teniendo en cuenta las problemáticas y necesidades manifestadas por la comunidad en el proceso de GSlyP y en las intervenciones realizadas por la transversalidad de ambiente en la localidad.

Otro espacio de participación es la Comisión Ambiental Local (CAL). Este espacio surge por medio del decreto 625 de 2007. Allí participan únicamente instituciones Distritales y locales y, la comunidad representada por las diferentes organizaciones ambientales locales. En el 2009 el espacio tuvo sesiones mensuales con respuestas concretas que se articularon con el espacio de la Mesa Ambiental Local.

Otra forma de participación es la que realizó la comunidad en los diferentes talleres de las intervenciones de la transversalidad en 2009 para la sensibilización en temas ambientales de: saneamiento básico, tenencia responsable de mascotas y control de vectores. Allí la comunidad asistió masivamente sin embargo no se ve reflejado en la situación ambiental actual del entorno local.

1.2.1.4 Participación y servicio al ciudadano

Se han desarrollado las siguientes acciones, en el componente de Gestión con la comunidad:

- Encuentro Local de Preparación para la Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y Calidad de vida, donde participan 55 Consejos zonales, 1 COPACO local y 2 Asociaciones de Usuarios de las Empresas Sociales del Estado locales. asistencia de 870 personas.
- Apoyo al COPACO para el desarrollo del Foro Metro en la localidad de Bosa. participación de 109 personas
- participación a rendición de cuentas de Bogotá Como Vamos. 70 personas
- Participación en la propuesta de la política pública de adultez
- Participación en la audiencia pública citada por el COPACO para dar respuesta a las inquietudes generadas por la comunidad en el aspecto de salud con participación de 200 personas.
- Realización de dos asambleas generales de usuarios para rendición de cuentas y elección de personas para ocupar los cargos vacantes en la junta directiva de la asociación del Hospital Pablo VI Bosa y aprobación de estatutos.
- Realización del proyecto No. 22, el cual fomenta las acciones integrales en salud para la población de Bosa, participación de 850 personas.

1.2.2 RESPUESTA COMUNITARIA

Los grupos y organizaciones de personas con discapacidad han realizado sensibilización y difusión de la Política Pública de discapacidad, la investigación del manual de pedagogía para incluir a la población en condición de discapacidad en espacios de participación apoyados por el IDPC en el 2009 para el sector cultural con el Consejo

local de Cultura de Bosa, el Consejo Local de Gobierno y con el Consejo distrital de Cultura. Así mismo, se ha visibilizado la participación de las personas con discapacidad y sus familias en espacios locales. Las personas mayores han participado en la construcción de la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez y asisten a espacios de participación.

En la UPZ occidental la participación de la población en situación de desplazamiento se ha focalizado en su asistencia a las mesas de trabajo intersectoriales del proceso de GSI y en la reformulación del PIU.

En la UPZ 84 existen varias formas organizativas como son JAC, organizaciones comunitarias, asociación de padres de familia de los colegios, etc.

En la UPZ Central es importante resaltar que una de las formas de organización más destacadas es la presencia de las Juntas de Acción Comunal -JAC- y los Consejos Comunales. Se encuentran varias sedes de organizaciones sociales y comunitarias que hacen parte del comité local de SAN y desarrollan un trabajo importante en relación al cumplimiento del derecho humano a la alimentación; las cuales se han organizado en varias redes y operan directamente comedores comunitarios de la secretaria de integración social e ICBF. las redes alimentarias (ASORED, CORPOCOM) hacen procesos de autogestión, trabajan en soberanía y autonomía alimentaria, tienen iniciativas en agricultura urbana y tiendas comunitarias que tienen los participantes de los comedores comunitarios para mejorar la productividad.

En la UPZ Porvenir existen dos formas de participación; uno es el promovido de forma autónoma por la comunidad como los Consejos Zonales, los cuales están conformados por personas beneficiarias del programa Salud a su Casa, en este territorio existen tres (3) grupos, otras formas de participación son la Asociación de padres de familia de usuarios de los comedores comunitarios y de los jardines sociales y de las 3 instituciones educativas, quienes apoyan el mejoramiento y defensa de los servicios institucionales aunque las acciones de la comunidad se limitan a realizar acciones de veeduría y en algunos casos de control a las acciones del estado.

La comunidad del microterritorio del recreo de la UPZ tintal participó en el consejo comunal sectorial con el expresidente Álvaro Uribe y en Cabildo abierto Bosa y tiene un proceso organizativo sólido ya que planteo una serie de necesidades y propuestas a las mesas territoriales frente a temas de propiedad horizontal, movilidad, seguridad y convivencia.

1.2.3 ANALISIS DE LA BRECHA

Las problemáticas relacionadas al núcleo de participación, se han evidenciado en espacios tanto institucionales como comunitarios. La respuesta dada desde el sector salud, no ha sido tan visibilizada porque a pesar que existen

espacios locales, no es una problemática que afecte la salud, como es el caso de las barreras de acceso, las violencias y el desplazamiento, entre otros.

De acuerdo a las metas del Plan de Desarrollo Bogota Positiva, se han identificado las siguientes brechas:

- La vinculación a programas de participación y seguridad de jóvenes en situación de vulnerabilidad, no se ha podido cuantificar desde el Ámbito Comunitario. Durante el 2010, se tuvieron algunos avances en este aspecto, por medio del proceso de tabulación de datos por etapas de ciclo vital y territorio.

Desde la Política Publica social de Envejecimiento y Vejez, la brecha identificada se relaciona en dos aspectos. El primero es que al no tener establecido un plan de acción de la Política, se toman como base los indicadores propuestos en el documento de la Política y específicamente en el componente de participación, el porcentaje de personas mayores en escenarios de participación local y distrital, seria mínimo y no da cuenta de la participación, ya que en Bosa hay cerca de 108.000 personas mayores, de las cuales, solo participan menos de 1%, sin tener un dato exacto, ya que no existe un indicador en este aspecto. El segundo aspecto, se relaciona a que aun no se ha podido llegar al acuerdo local y por la dinámica de cambio de mandatario local en varias oportunidades, no se ha logrado conformar el Consejo local de personas mayores, por lo que en este caso, si se evidencia una brecha.

1.3 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NÚCLEO DE AMBIENTE:

1.3.1 RESPUESTA INSTITUCIONAL:

1.3.1.1 Objetivos, Metas y Políticas

Las políticas relacionadas con la transversalidad de ambiente, están enmarcadas a nivel Internacional por los compromisos de la Agenda 21, el Convenio de Róterdam , el Protocolo de Montreal y Convención De Viena, Convenio de Basilea, Protocolo Sobre Contaminación Marina, Convenio o Protocolo de Biodiversidad, Codex Alimentarius, Convención Marco Sobre El Cambio Climático, Cumbre de Desarrollo Sostenible Johannesburgo 2002, Protocolo de Kioto, Cumbre del Milenio, Reglamento Sanitario Internacional, UNESCO propuso la iniciativa Focusing Ressources On Effective School Health (FRESH 2007), Directrices de la OPS, APA (Atención Primaria Ambiental), como estrategia para mejorar las oportunidades para mejorar los conocimientos en salud, políticas en salud, agua, salubridad y ambiente, educación en salud y nutrición. A nivel nacional para dar cumplimiento en la ley 1151 de 2007 y Plan Nacional de desarrollo 2006-2010, Decreto 3039 de 2007 , Plan nacional de Salud Publica 2007-2010, ley 9 de 1979, Documento CONPES 3550 de 2008 “Lineamientos para la formulación de la política integral de Salud Ambiental”, decreto 3075 de 1997 del Ministerio de la protección Social por el cual se reglamento parcialmente la ley 09 de 1979 y se establecen disposiciones en materia sanitaria para los establecimientos que fabriquen,

preparen y/o expendan alimentos, Plan de Desarrollo Distrital: Objetivo estructurante Ciudad de derechos, programa Bogotá Sana, proyecto 625 Vigilancia en Salud Pública. Transversalidad de ambiente.

1.3.1.2 Transversalidad de Salud Ambiental

La transversalidad se encuentra conformada por tres componentes: Vigilancia Ambiental y Sanitaria, Entornos de Vida Saludable y Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA).

Con el fin de incidir en las determinantes singulares y particulares causantes de las problemáticas en salud ambiental local, en la transversalidad de ambiente desde la línea de seguridad alimentaria se realizaron Visitas de Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos donde se procesan, preparan, almacenan y expenden alimentos y bebidas

En cada uno de los establecimientos intervenidos a través de la vigilancia rutinaria y en operativos, se hizo verificación del cumplimiento para las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM); condiciones de saneamiento; áreas de preparación de los alimentos; equipos y utensilios; materias primas o alimentos sin procesar; prácticas higiénicas y medidas de protección; condiciones de conservación y manejo de productos. Otras verificaciones realizadas fueron las relacionadas con el rotulado de los productos de conformidad a la normatividad sanitaria vigente y el Registro Sanitario, además de contar con extintores de incendios cargados, debidamente señalizados y bien ubicados y botiquín de primeros auxilios.

Aquí se debe resaltar que los aspectos mencionados anteriormente son generales y varían de acuerdo al tipo de establecimiento que se visito.

La suficiencia de la acción de esta línea debe medirse en términos de establecimientos ya que las visitas a pesar de ser atendidas por los responsables o propietarios de los establecimientos se realizaron a los establecimientos en sí. Para el año 2009 se realizaron 7954 visitas en toda la localidad.

La efectividad y pertinencia de las intervenciones de la línea fueron medidas de acuerdo con el logro de las acciones en el bajo número de ETAS que se presentaron en la localidad que para el 2009 fue de 72.²⁵⁰

Se realizaron un total de 110 operativos de alimentos y licores. Se realizó también la verificación de las condiciones de inocuidad y calidad de los alimentos y bebidas comercializados en la localidad a través análisis de laboratorio realizados por Laboratorio de Salud Pública, de acuerdo a la programación previamente establecida, se realizaron análisis de derivados lácteos, derivados cárnicos, productos de la pesca, alimentos listos para el consumo, productos infantiles, panela, sal y bebidas alcohólicas. En el año 2009, se tomaron 261 muestras, de las cuales el 17% fueron calificadas como no aceptables, principalmente alimentos de alto riesgo (derivados lácteos y cárnicos) de control especial (panela), alimentos listos para el consumo y bebidas alcohólicas. En el 2009 se capacitaron 3785 personas con un total de 178 cursos en manejo higiénico de alimentos.

Respecto a la línea de saneamiento básico se realizaron acciones de educación a la comunidad en temas de saneamiento basico y se atendieron quejas y derechos de petición referente a problemas de vertimientos e

²⁵⁰ Hospital Pablo VI Bosa ESE. Base de datos Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). 2009.

inadecuado manejo de aguas residuales de actividades domésticas, comerciales e industriales, contaminación atmosférica por quema a campo abierto y generación de olores e intervenciones de Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos comerciales considerados de bajo riesgo y establecimientos de alto impacto como los sitios de encuentro sexual.

Otra intervención corresponde a las visitas a viviendas en riesgo realizando una minuciosa evaluación de la vivienda en su estructura y los riesgos por emergencias a los que se ven expuestos. A continuación se discriminan las acciones realizadas por la línea de Saneamiento Básico:

Se realizaron visitas a 113 viviendas en condiciones de alto riesgo de las 200 identificadas en toda la localidad. 25 capacitaciones en saneamiento básico a un total de 702 personas. Se realizaron 1759 visitas a establecimientos (jardines, salones comunales, gimnasios, bancos, parqueaderos, oficinas, salones de juego, apuestas y maquinitas, bodegas de reciclaje, coliseos, moteles, prostibulos) de competencia de la línea de saneamiento básico de las cuales 254 fueron favorables, 1157 fueron pendientes, 227 favorables y 121 conceptos fueron de negocio terminado. Las visitas estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

Se realizó vacunación canina antirrábica todos los viernes de 1pm a 4pm en todos los centros de atención del Hospital pablo VI Bosa ESE, algunas jornadas a solicitud de la comunidad y una jornada Distrital de vacunación canina en el mes de octubre. Se realizó la vacunación de 14798 animales de los cuales 11390 fueron caninos y 2842 felinos. Por otro lado se realizaron 1028 esterilizaciones de mascotas felinas y caninas, como método para el control de la población, este tema es de alto impacto en la localidad, toda vez que se realiza a aquellas mascotas que son tenidas en adecuadas condiciones, por familias responsables, con un gran vínculo afectivo del núcleo familiar hacia la mascota.

Se realizaron jornadas de recolección canina en dos modalidades: La primera es la recolección de caninos callejeros en los barrios que así lo solicitaron a través de oficio y la segunda por donación de los propietarios. Se llevaron a cabo 17 operativos de recolección canina. En total fueron llevados al centro de adopción de mascotas 1053 animales,

Otra de las acciones de la línea de enfermedades compartidas es el Control Vectorial, Desinsectación y Desratización. La atención se realizó en áreas comunes y a solicitud de la comunidad. En total, se realizó el control vectorial en 231.866 m² de los cuales: 117252 M² correspondieron a desratización y 114614 M² desinsectación.

Desde la línea de Industria y Ambiente para el 2009 se efectuaron 2505 intervenciones a un total de 835 de establecimientos industriales con 3 intervenciones a cada Industria, Textil, manufacturera, automotriz y otras que manejan, expenden o almacenen sustancias químicas.

Otra línea que realizó acciones en Vigilancia Sanitaria es medicamentos y Servicios de Salud. En las acciones realizadas, se verificó el cumplimiento de la legislación a los establecimientos farmacéuticos con base en el Decreto 2330 de 2006 que hace referencia a la adecuación y dotación del área de inyectología y la idoneidad del personal encargado del servicio. Verificación del Decreto 2676 de 2000 que se refiere a la disposición final de los residuos Hospitalarios y/o Biosanitarios y el cumplimiento de la Resolución 1164 de 2002 Ministerio de Ambiente que adopta el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.

El cumplimiento de la normatividad vigente por comercialización de y/o tenencia de medicamentos adulterados y/o alterados Decreto 677 de 1995, Decreto 2200 de 2005, Decreto 219 de 1998 y Resolución 1403 de 2007. Se verificó la no comercialización y/o tenencia de medicamentos vencidos (residuos químicos).

Durante el año 2009 se realizaron 894 visitas de inspección vigilancia y control a establecimientos farmacéuticos de la localidad de Bosa que generan o pueden generar residuos hospitalarios y similares. En el año 2009 se emitieron 172 conceptos favorables, así mismo se emitieron 162 conceptos desfavorables por incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a condiciones locativas, documentación incompleta, comercialización de productos fraudulentos y/o alterados y mala disposición de residuos hospitalarios y similares. Además se adoptaron 108 medidas sanitarias de seguridad.

Las visitas, se realizaron en varias modalidades: operativos²⁵¹, por medio de la solicitud voluntaria del propietario, por medio de la notificación de la comunidad o de una institución en particular o simplemente por visita rutinaria de los profesionales de la transversalidad.

Por último desde el componente de Vigilancia Sanitaria, la línea de Emergencias y Desastres Ambientales participó en los siguientes espacios: COMITÉ LOCAL DE EMERGENCIAS (CLE), COMITÉ INTERNO DE EMERGENCIAS (COIE) para la atención de emergencias internas del hospital Pablo VI - Bosa, preparación de planes de contingencia y respuesta externa. Entre los eventos más frecuentes encontramos Brotes de varicela, ETAS, EDAS, ERAS, intoxicaciones por monóxido de carbono y encharcamientos por lluvias. En el año 2009 se notificaron 152 eventos de interés en salud pública que requirieron intervención por parte de la ESE.

El componente de Entornos Saludables con el fin de afectar positivamente los determinantes ambientales que inciden en la salud de la comunidad de Bosa trabajó durante el 2009 la siguiente manera: Se realizaron 5027 visitas a 1100 hogares en Visitas de vivienda saludable. Se desarrollo del proyecto de Determinación de Metales pesados en Hortalizas. También se realizó un Censo de hortalizas a nivel Bogotá para establecer proveedores, procedencias y volumen comercializado. 30 puntos.

Uno de los temas que mayor fuerza tomó, por cuenta de la incidencia de la Pandemia H1N1 fue el refuerzo e implementación del "lavado de manos" con todo rigor, notándose que empezaron a disminuir casos gripales y los niñas y niños y jóvenes quienes asumieron con mayor responsabilidad el tema ambiental.

Se trabajó en 24 sedes educativas, donde se llevó a cabo una primera fase de planeación participativa, en esta parte el grupo gestor de la IED propuso unos temas acordes con las necesidades institucionales y Locales y que fueron evidenciadas y analizadas en concertación de balance final. Las acciones se desarrollan en 16 Sedes en los 3 territorios.

Por último desde el componente de Gestión Local, la intervención del proceso de Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA) teniendo como base las líneas de intervención de Vigilancia Sanitaria y Ambiental y las intervenciones de Entornos de vida Saludable respondió realizando la gestión en diferentes espacios institucionales, intersectoriales, y comunitarios a nivel local, territorial y Distrital de la siguiente manera:

Participación 10 sesiones de la Comisión Ambiental Local (CAL) como espacio intersectorial para la planeación y toma de decisiones en la solución de problemáticas ambientales; participación en 25 sesiones de la Mesa Ambiental Local (MAL), que busco durante el 2009 la gestión de recursos, técnicos, humanos y económico para

²⁵¹ Actividad que se realiza de forma intempestiva a los establecimientos comerciales, este puede ser intersectorial para la verificación del cumplimiento de la ley 232 de 2005 o exclusivo de la ESE para realizar el control exhaustivo en el expendio de alimentos o bebidas alcohólicas.

incidir en la solución de problemáticas ambientales locales; participación 12 sesiones de la Mesa Distrital de Salud Ambiental (MDSA) como espacio Interinstitucional y comunitario donde se realizaron 5 mesas temáticas.

Apoyo al proceso de humedales en cuanto a jornada de recolección de residuos sólidos y capacitaciones, participación en las convocatorias realizadas por la comunidad y la administración del humedal en las diferentes jornadas y actividades que se programen; en esta actividad fue fundamental la participación de personas de todas las edades y en especial de la UPZ Tintal sur y Central.

Participación en la Mesa de Abordaje Territorial buscando la afectación de determinantes ambientales promoviendo la movilización de actores institucionales y comunitarios del territorio. Este espacio no se tiene contemplado dentro del lineamiento, sin embargo se tiene programado como valor agregado del proceso GESA para el fortalecimiento de la Gestión Interinstitucional. Además, socialización de la Política de Salud Ambiental para posicionar la política de Salud Ambiental en diferentes espacios para el fortalecimiento de la misma.

4.3.6 RESPUESTA INTERSECTORIAL:

1.3.1.3 Objetivos, Metas y Políticas

La respuesta Intersectorial se enmarca en el cumplimiento del objetivo del milenio número 7 “**Garantizar la sostenibilidad ambiental**: reducir la degradación de los recursos naturales, disminuir sustancias deteriorantes de la capa de ozono, reducir la tala de bosques y mejorar el saneamiento básico y vivienda”, a nivel nacional por la ley 9 de 1979 y a nivel distrital para el cumplimiento del Plan de desarrollo Distrital y local específicamente en el Objetivo estructurante derecho a la ciudad, programa ambiente vital, proyecto manejo y recuperación del sistema hídrico que tiene como meta apoyar a cuatro (4) procesos para el manejo y recuperación del sistema hídrico y humedales, proyecto ordenar y manejar para conservar que tiene como meta la realización de cuatro (4) procesos de sensibilización y educación ambiental y, el objetivo estructurante Bogotá bien alimentada proyecto promoción de prácticas de agricultura urbana que tiene como meta la implementación de 100 huertas familiares para la población en condición de vulnerabilidad y la promoción de la implementación de una red de agricultura urbana.

1.3.1.4 ALCALDIA LOCAL:

Durante el 2010 se ejecuto la asignación de recursos de 2009 por medio de los siguientes proyectos: Realización de procesos de sensibilización y recuperación ambiental en la localidad por medio del desarrollo de procesos para el manejo, recuperación y sensibilización ambiental en sistemas hídricos de la localidad de Bosa con un monto de \$145.000.000 y 40 personas de la comunidad directamente beneficiadas, apoyo a la reforestación de zonas verdes en la localidad con un monto de \$80.000.000 y 20 personas directamente beneficiadas, apoyo a programas para el cuidado del entorno con los PROCEDAS Y los PRAES para la construcción de la escuela intercultural ambiental con un monto de \$60.000.000 y 90 personas directamente beneficiadas y fortalecimiento e implementación de

programas integrados de seguridad alimentaria y nutrición Implementando 30 huertas familiares para la población en condición de vulnerabilidad con un monto de \$80.000.000.²⁵²

1.3.1.5 CIUDAD LIMPIA:

Es el operador para la recolección de residuos sólidos en la localidad. Los residuos son recolectados los lunes, miércoles y viernes en la noche. Adicionalmente esta empresa realizó diversas campañas para la recuperación de puntos críticos por disposición inadecuada de basuras y escombros que a través de recorridos intersectoriales y comunitarios se han identificado en los barrios: José María Carbonell, La Cabaña, Danubio Azul, Atalayas I, II y III, Clarendia, Alameda del Parque, Brasil, El porvenir, José Antonio Galán, La Estación, San Diego, La Paz y Manzanares.²⁵³

1.3.1.6 SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE (SDA)

La secretaria Distrital de Ambiente cuenta con una oficina local para la atención de trámites y quejas de carácter ambiental. Asume la secretaria técnica de la Comisión Ambiental Local (CAL) y participa activamente en los comités y recorridos intersectoriales para la solución de conflictos ambientales locales.

1.3.2 RESPUESTA COMUNITARIA

Algunas familias consientes de la importancia de cuidado del medio ambiente cumplen con las normas y horarios de recolección de Basura. Sin embargo falta mucha sensibilidad y formación para que la comunidad apropie conductas de cuidado y protección del medio ambiente. En la UPZ Central se han identificado dos organizaciones comunitarias: La fundación TibaniKa propuso un proceso de acompañamiento, además identifica la mala calidad de las obras públicas como causal de las inundaciones que se presentan en épocas de invierno en la zona, ha promovido la conformación de grupos ambientales y la Fundación GERENCIAR IDEAS, esta es una ONG, que ha llevado a cabo actividades de educación ambiental alrededor de la recuperación del Humedal Tibanica, para los representantes de esta Fundación es evidente la falta de interés y compromiso para la recuperación del Humedal por parte de las autoridades competentes, además de la falta de mantenimiento.

Durante el 2010 surgieron nuevas respuestas comunitarias, estas tuvieron que ver con la conformación del comité de seguimiento, monitoreo y control del humedal Tibanica que durante todo el año evaluó las condiciones físicas, bióticas y sociales del humedal Tibanica y los valoró por medio de indicadores que fueron procesados y expuestos en los diferentes espacios ambientales locales, se creó el Comité Cívico de la Cuenca Baja del Tunjuelo; este se encuentra conformado por comunidad habitante de la ronda del río Tunjuelo de la localidad de Bosa quienes han generado acciones de recuperación como siembra de árboles, campañas de sensibilización ambiental para la protección de la misma y consulta pública convocando a todas las localidades afectadas por la contaminación del

²⁵² Alcaldía Local de Bosa. Unidad Ejecutora Local (UEL). Proyectos Ambientales. 2010

²⁵³ Ciudad Limpia. Puntos críticos de disposición inadecuada de residuos sólidos. 2009-2010

río y a las instituciones competentes para compromisos que conlleven a la recuperación socio ambiental de las problemáticas que se afluyen en torno a este.

Otro avance en respuesta comunitaria es la generación y ejecución de Proyectos Ciudadanos de Educación Ambiental (PROCEDAS). Para el 2010 se apoyaron 4 de las 16 propuestas presentadas a la alcaldía local. Los PROCEDAS seleccionados contaron con apoyo económico para el desarrollo de los mismos.

1.3.3 ANÁLISIS DE LA BRECHA

La principal dificultad que se evidencia en el componente de Vigilancia Sanitaria es el desconocimiento del número total de establecimientos comerciales abiertos al público ubicados en la localidad de Bosa por Unidad de Planeación Zonal (UPZ) y por factor del riesgo (consumo, físicos, químicos y biológicos). Como consecuencia, la brecha de suficiencia de los establecimientos Inspeccionados, Vigilados y Controlados de tipo cuantitativo se desconoce. Sin embargo, se calcula que escasamente se visita anualmente el 40%, esto por las intervenciones realizadas en la transversalidad a lo largo de más de 10 años, la cual lleva un registro en archivo de más de 18000 establecimientos que han sido visitados.

Otra brecha en cuanto a efectividad es la limitación que tienen los funcionarios de contrato para aplicar Medidas Sanitarias de Seguridad lo que hace que se genere un sin número de conceptos pendientes (9397 conceptos de 12642)²⁵⁴ en las intervenciones realizadas en establecimientos y que los procesos sancionatorios no se desarrollen con celeridad. También, se evidenció que durante el 2009 hubo 816 conceptos desfavorables, 714 negocios terminados y tan solo 1715 conceptos favorables lo que indica que sólo un 13.5% de los establecimientos visitados dio cumplimiento a las exigencias realizadas por los profesionales de la ESE.

En cuanto a las visitas que se realizan a viviendas en riesgo la brecha de oportunidad es casi del 100% ya que las intervenciones se quedan cortas para llevar a cabo acciones contundentes de tipo intersectorial para la mejora de las condiciones de infraestructura que representan el mayor riesgo en las viviendas, esto también está directamente relacionado con el acceso a subsidios de mejoramiento de habitabilidad.

Existe otra brecha que se relaciona con los establecimientos de alto impacto (prostíbulos), ya que los sitios caracterizados en la localidad presentan condiciones sanitarias muy deficientes y en las visitas realizadas únicamente se dejaron recomendaciones debido a que el Plan de ordenamiento territorial (POT) demuestra incompatibilidad en el uso del suelo con esta actividad comercial. Esto genera que no existan mejoras significativas en estos sitios de encuentro sexual puesto que las recomendaciones no son de obligatorio cumplimiento y este tipo de establecimientos si están ocasionando un alto riesgo en salud pública.

Respecto al control de la rabia a pesar de que la línea de intervención de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales ha desarrollado campañas de vacunación antirrábica, se evidencia una brecha del 49% con respecto a la meta local de vacunación que proyecta un total de 29.525 entre caninos y felinos vacunados, a esto se

²⁵⁴ Hospital Pablo VI Bosa ESE. Base de datos consolidada de Vigilancia Sanitaria y Ambiental. 2009-

le debe sumar la sobredosis de los animales dado a las múltiples dosis antirrábicas que se le aplica anualmente a causa de que los propietarios hacen caso omiso a la recomendación de vacunar una sola vez al año a las mascotas. Otra brecha para el control de esta enfermedad de tipo zoonótico corresponde al manejo integral de los accidentes por agresión animal. La meta planteada para esta acción de los animales observables en el tiempo establecido, es una herramienta para la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir con los pacientes agredidos, pero en algunos casos se toma la decisión de tratamiento para los pacientes sin tener en cuenta la observación de los animales agresores, generando sobrecostos para el sistema de salud al implementar esquemas sin el análisis previo de todas las variables en cada caso. Se presenta un número alto de casos a los que no se les está haciendo un adecuado seguimiento en el número de visitas establecidas por lineamiento, lo que genera una gran debilidad en el sistema de vigilancia epidemiológica de la rabia en la localidad de Bosa.

Dentro de esta línea también se realizó el control de la población canina por medio de la esterilización de hembras caninas y felinas, la brecha de cobertura con respecto a lo que se planeó fue del 94% pues de la meta local que era de 19.091 solamente se realizaron 1028. Esta situación se relaciona con el dinero destinado desde la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para cubrir estos procedimientos. Aquí también se debe mencionar la brecha que existe de cobertura para las hembras felinas que tienen gran demanda en la localidad y a las que se realiza la esterilización sólo a 10 por cada 100 hembras caninas atendidas. Otra acción encaminada al control de la población canina y felina son los operativos de recolección. En el distrito se propuso una meta de 775.000 animales recogidos, 42.179 para Bosa; el total de animales para el 2009 en lo local fue de 1053, generando una brecha de 94,6%. El porcentaje de animales recogidos únicamente responde a necesidades muy puntuales y no se responde a la gran cantidad de solicitudes de la comunidad.

Otra brecha en la respuesta institucional ambiental es la pertinencia de las acciones de control vectorial por las deficientes condiciones de infraestructura de la localidad en general (viviendas, espacio público), la presencia de cuerpos de agua contaminados, la disposición inadecuada de residuos y la tenencia inadecuada de animales que son factores desencadenantes para la presentación de vectores. Por lo tanto a pesar de realizar acciones de desinsectación y desratización en áreas comunes no tiene los resultados esperados además teniendo en cuenta que la aplicación de químicos para la eliminación de plagas es contraproducente para el ambiente.

En cuanto a la línea de Emergencias y Desastres, se debe mencionar también la falta de compromiso de algunas personas de la comunidad para colocar e practicar los conceptos adquiridos – en lo referente a la elaboración de planes de emergencia, identificación de riesgos y medidas de contingencia, complementario a esta situación la oportunidad de respuesta de las instituciones no siempre se realiza en los plazos y tiempos esperados.

Por otro lado, la brecha de intervenciones en hogares caracterizados por los Planes Integrales de Entornos, demuestra una gran labor pendiente por realizar en la localidad. Esto se justifica en los 66000 Hogares en condiciones de pobreza, de los cuáles se asignaron un total de 1210 hogares a intervenir por entornos saludables. La brecha de hogares que no se están interviniendo es muy alta 99,2%. A parte del número de profesionales y técnicos destinados al desarrollo de la actividad de vivienda saludable que es insuficiente con respecto al número de hogares que componen Bosa.

Por lo que concierne a Planes escolares en Salud Ambiental (PAESA), en la intervención realizada se llegó a un total de 24 colegios atendidos de los 82 existentes en la localidad con una brecha total de 79,1% y, con respecto a las instituciones distritales se logró desarrollar acciones en 24 de las 33 instituciones Distritales para una brecha de 27% y del total de instituciones asignadas que fueron 28 incluidas en SAC, se desarrollaron acciones en 24 con una brecha de 14,3%.

5 PROPUESTAS

5.1 PROPUESTAS NÚCLEO DE PRODUCTIVIDAD:

TEMA GENERADOR:

Acceso y Generación de oportunidades para un trabajo digno y decente a través de la formación de redes solidarias de producción y servicios

- El ámbito laboral desarrolla acciones para el posicionamiento de entornos saludables en unidades de trabajo informal generales durante el 2009 con 271 Unidades de Trabajo Informal UTIS, y entornos de trabajo saludables en plazas de mercado con intervención de las dos plazas de la localidad CORVEM (22 trabajadores) - CORPOBOC (97 trabajadores), la acción propuesta desde esta línea de intervención va dirigida hacia una red de salud de los trabajadores que opere con acciones concertadas de manera intersectorial que vincule trabajadores de todos los sectores creando comités por territorios y lograr avanzar en el fortalecimiento de este espacio con tiempos concretos.
- Durante el 2009 se logró adelantar la formación de líderes en salud y trabajo por sector económico con formación a 3 grupos de líderes en Salud y trabajo con un total de 24 trabajadores (mujeres) y se propone dentro de la conformación territorial de grupos con líderes en salud y trabajo que estén posicionando el trabajo de la Red de Salud.
- Se identificó que falta un estudio actualizado que de cuenta de la productividad que de cuenta del número de habitantes ocupados que se encuentran dentro de la economía informal, así como de la situación de desempleo, subempleo, permitiendo identificar cuáles son las potencialidades de la localidad y así planear proyectos de inversión y productividad que estén acordes con las condiciones específicas, la formación, los conocimientos de los habitantes de la localidad, específicos para cada territorios de Gestión Social Integral.
- Adicionalmente al realizar un estudio de este corte es fundamental generar desde el sector salud y desarrollo económico una propuesta frente al aseguramiento en salud y riesgos profesionales en la población trabajadora informal. Adicionalmente es de gran importancia contar con un Sistema de vigilancia de riesgos, accidentes y enfermedades laborales en la población vinculada a la economía informal y formal, puesto que estos actualmente son intervenidos como enfermedad o accidente común y desde salud pública se deben generar proyectos preventivos y promocionales en salud ocupacional así como resolutivos que estén articulados con las entidades prestadoras de servicios en salud. Desde el Hospital Pablo VI se propone generar un sistema de información institucional que dé cuenta del número de personas que acuden a la consulta médica ó a

urgencias por un accidente en el sitio de trabajo, sabiendo que la mayor parte de los y las trabajadoras no se encuentran afiliados al SGRP, incluyendo desde luego a los niños, niñas y jóvenes trabajadores, hacer seguimiento de estos casos para dar plan casero o sugerir transformaciones de condiciones de trabajo.

- Frente a la presentación de proyectos productivos es necesario involucrar al sector privado y a la academia de manera tal que se de apertura a opciones de cualificación técnica, tecnológica y profesional de los jóvenes, adultos y personas mayores y de esta manera se promueva el desarrollo de la localidad y que permita una transformación del sector informal al formal. Así mismo buscar alianzas estratégicas para favorecer la consecución de la dotación de seguridad industrial a los trabajadores informales.
- Los trabajadores de las UTIS y los empleadores no poseen la cultura del autocuidado por esto las acciones que se desarrollan para el fomento y educación en acciones promocionales tiene un gran impacto, pero para lograr este objetivo de cambio en conductas de riesgo se requiere un trabajo constante, con seguimiento que tenga un apoyo económico concreto que permita implementar en las UTIS las recomendaciones para alcanzar entornos de trabajo saludable, esto a través de créditos blandos que se verán reflejados en la mejora de la calidad de vida de las y los trabajadores. En el análisis de brecha se concluye que se está dejando de intervenir alrededor del 99% de las personas económicamente activas registradas además de las personas que se encuentran en el sector informal sin registrar. Es a través de la red de Salud de los trabajadores que se posicionará la necesidad del estudio y de la gestión para el mejoramiento de las condiciones de los trabajadores en la localidad de Bosa y a través de alianzas y asesoría conel SENA, Cámara de Comercio y el IPES se logrará avanzar efectivamente en procesos intersectoriales que mejoren las condiciones de productividad de los habitantes de la localidad.
- Frente a los casos de salud mental y psicosocial que son identificados a través de estas intervenciones es fundamental establecer una respuesta concreta que puesto que la salud mental en los trabajadores es un punto álgido que requiere atención y que puede prevenir casos de violencias en el entorno familiar y laboral. Adicionalmente se puede plantear un paquete de salud especial para los trabajadores acorde con los horarios que comprenda una evaluación de riesgos de enfermedades laborales y crónicas y así se empieza a promover la importancia del autocuidado y el aseguramiento al sistema de salud.
- Iniciar un trabajo integral que aborde las múltiples problemáticas de las trabajadoras sexuales de la localidad Bosa un programa que incluya atención diferencial en salud, acciones preventivas y promocionales para el mejoramiento de la calidad de vida, realizar una exploración de intereses ocupacionales para optar por otras alternativas de trabajo que promuevan los derechos laborales y en salud.
- Abordar a los trabajadores estacionarios o ambulantes de la localidad para fortalecer procesos organizativos y atender las necesidades específicas de salud, en colaboración con el ámbito comunitario teniendo en cuenta que a través de la estrategia de fortalecimiento a organizaciones se pueden retomar metodologías y experiencias comunitarias que se pueden implementar con población trabajadora adaptándola a las condiciones propias.
- Teniendo en cuenta que en la localidad de Bosa existe un alto número de personas que se dedican al trabajar de la recuperación de materiales se debe realizar un trabajo específico para mejorar condiciones de salud y

trabajo, fortalecer los proyectos productivos, generar procesos organizativos y buscar alianzas estratégicas para tecnificar los procesos.

- Por otra parte es importante que el trabajo que se realizó con las UTIS en vigencias anteriores, se continúe asesorando y realizando acciones de seguimiento con el fin de que estas acciones no sean temporales y los planes de mejoramiento que se elaboran tengan un impacto positivo en las personas que laboran en estos espacios. Esto se deberá vincular a una estrategia de evaluación de impacto de la estrategia de “entornos de trabajo saludables” donde se planteen indicadores de salud y calidad de vida al total de UTIS Unidades de trabajo informal intervenidas de 2006-2008 que corresponden a 541 con un total de 900 trabajadores intervenidos.
- La identificación de niños y niñas trabajadores en la localidad ha venido avanzando efectivamente sin embargo se requiere un trabajo articulado con Secretaría de Educación Distrital y Secretaría Distrital de Salud, ICBF, SLIS, entidades que deben velar por la protección de los derechos de los niños y niñas y es fundamental que se generen planes de acción concretos con asignación de responsabilidades por sector para fortalecer las acciones y lograr al 2015 las metas distritales de erradicación del trabajo infantil o por lo menos reducción de las tasas de ocupación en menores de 18 años, teniendo en cuenta los antecedentes históricos y culturales de las familias que viven en Bosa, los cuáles enmarcan el trabajo dentro de una tradición que debe permanecer y que contribuye a la autonomía y mejoramiento de los ingresos y la calidad de vida de las familias. De esta manera se podrán establecer rutas concretas para los casos de riesgo y de trabajo infantil detectados a través de acciones promocionales y de prevención con sensibilización a padres, madres, docentes y comunidad en general y entregando ayudas económicas y subsidios que fomenten el vínculo con el sector educativo así como el lazo con el sector productivo en condiciones dignas para los padres y familias de los menores trabajadores. Es importante en estos casos detectar si existen riesgos que puedan ser vigilados por los subsistemas de VSP como SIVIM y SISVAN y generar remisiones directas para programas psicosociales y de apoyo alimentario en caso de ser necesario a través de rutas de acción.

5.2 PROPUESTAS NÚCLEO DE ACCESO:

TEMA GENERADOR: Trabajando juntos por la transformación de los problemas, la potencialización de capacidades y la eliminación de Barreras para la Obtención de la calidad de vida y salud de las personas, como condición efectiva para su existencia.

5.2.1.1 SALUD ORAL

El abordaje de la situación de salud bucal de la población requiere aplicar enfoques de Salud Pública, es decir, basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial con un fundamento fuerte desde la educación en salud para la promoción y prevención, acciones que requieren articular sectores como son salud, educación y bienestar alrededor de las siguientes propuestas:

- Articulación y equipos interdisciplinarios para el desarrollo de proyectos alternos para ampliar cobertura, orientados a la atención integral en salud oral, auditiva y visual con acciones en medio ambiente a los niños y niñas de 0 a 5 años de los HOBIS, jardines públicos y privados de la localidad de Bosa.
- Programas incluyentes para todas las etapas de ciclo vital en cuanto a transformación de imaginarios y hábitos de vida, a través de la formulación de proyectos dirigidos a formación en el cuidado oral y en hábitos alimentarios.
- En aras al mejoramiento de la calidad de vida y salud especialmente de las mujeres y hombres adultos y personas mayores, deben implementarse programas que de acuerdo al marco situacional poblacional local en salud oral, permita el suministro de prótesis orales a grupos poblacionales frágiles de la localidad.
- Sistemas de información con instrumentos de información incluyentes. revisión de indicadores de medición, SISVESO – como sistema general de la salud oral local. con información de seguimiento.
- Desarrollar una Planificación Estratégica que permita seguir avanzando en la resolución del problema de salud oral, priorizando las acciones promocionales y preventivas, direccionar aquellas de mayor impacto y mejor costo-beneficio, dirigidas preferentemente hacia los grupos más frágiles, con una activa participación de la comunidad; donde las actividades educativas deben estar integradas a toda la atención, de modo de reforzar la responsabilidad individual y colectiva del cuidado de la salud oral.
- Procesos formativos donde los niños y niñas desarrollen actitudes, hábitos y conocimientos saludables, desde temprana edad, enriqueciendo su saber a través del proceso de educación continua a lo largo de su vida.
- Reforzar la red odontológica de urgencia.
- Organizar los recursos odontológicos existentes de manera intra e intersectorialmente en trabajo en redes efectivas y eficientes.
- Desarrollo de estrategias para mejorar y reforzar la formación en salud oral de profesionales y técnicos del equipo de salud y educación, de manera que asuman su rol protagónico en la promoción y prevención de estos problemas.
- Incentivar cambios en la formación del odontólogo para que sus competencias y perfil profesional reflejen su compromiso social, partiendo de competencias necesarias para liderar la implementación de la política pública de salud oral.
- Continuar incorporando redes informáticas, nuevas tecnologías odontológicas y uso de sistemas innovados de atención odontológica, con el fin de optimizar la utilización de los recursos, incrementar las coberturas de atención y la satisfacción de los usuarios.

5.2.1.2 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES:

- Promotores capacitados en enfermedades transmisibles.
- Un sistema ágil de notificaciones.
- Equipos interdisciplinarios focalizados.
- Sistema de información y seguimiento.
- Consejos zonales y participación comunitaria
- Estrechar mecanismos de comunicación con la comunidad para actualización constante de datos.
- Sistemas de información Seguimiento y control actualizados.

- Espacios de participación comunitaria en jornadas masivas.
- Acciones focalizadas en territorio y población.
- Investigación y tecnología.
- Rutas de acceso a los servicios en salud y estrategias de prevención.

5.2.1.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Lineamientos articulados con equipos interdisciplinarios.
- Formación y capacitación específica.
- Promoción de espacios de participación comunitaria en temas específicos de la salud.
- Sistema de información actualizado y accesible.

5.2.1.4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Acciones focalizadas para generar impacto efectivo sobre la salud mental en la localidad.
- Salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial.
- Más centros de salud para cubrir demanda en los territorios ante problemas de movilidad.
- Sistemas de información actualizados.
- Jornadas integrales por microterritorios.
- Sistemas de información intersectorial para seguimiento a gestantes.
- Posicionamiento político de la temática con participación comunitaria.
- Equipos interdisciplinarios integrales con metas comunes.
- Estrategias efectivas que generen impacto.
- Sistemas de información efectivos y actualizados para seguimiento a gestantes
- Estrategias de capacitación continua en SSR para colaboradores y colaboradoras.
- Continuidad oportuna en direccionamiento estratégico.
- Sistemas de información accesibles y actualizados para seguimiento.
- Equipo integrales caracterización conjunta de la población en los territorios que de lugar a demanda inducida.
- Equipo integrales interdisciplinarios.
- Fortalecimiento de programas bandera con recursos necesarios para la visibilización de estos espacios institucionales

5.2.1.5 TRANSVERSALIDAD DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SAN

- En la localidad de Bosa se vienen adelantando procesos de seguridad alimentaria y nutricional que dan respuesta a los compromisos firmados por el país a nivel internacional para el alcance de los Objetivos del Milenio, a través de acuerdos, políticas públicas, planes regionales y locales que orientan sus acciones hacia toda la población pero da prioridad a las comunidades en situación de vulnerabilidad. Las acciones que se desarrollan en SAN tienen impacto directo en indicadores en salud que reflejan el desarrollo de una comunidad como son la mortalidad perinatal y materna, la malnutrición por bajo peso y obesidad en gestantes, y el bajo peso al nacer, mortalidad por enfermedades como diarrea, enfermedades respiratorias, respiratorias, es por esto que en lo local se reconstruyen y configuran estrategias y acciones que abordan las problemáticas locales de manera integral e integradora con una postura que deja atrás la linealidad y simplicidad de acciones aisladas y prepara a la comunidad para vincular a la SAN temáticas antes desconocidas y que en periodos anteriores posiblemente no tenían relación directa con el accionar de la transversalidad.

- La promoción de la alimentación saludable en población materno infantil es el primer escalón en los procesos de educación alimentaria y nutricional del ciclo vital, y según el resultado del análisis de brecha de las acciones realizadas por el ámbito comunitario tan solo se interviene aproximadamente a una cuarta parte de las mujeres gestantes y lactantes de la localidad. Se requiere un programa integral para este grupo poblacional y sus familias, donde se evalúe inicialmente los conocimientos y prácticas así como el riesgo psicosocial y de acuerdo a unos parámetros, se establezcan estándares de focalización y atención. Luego de establecer el puntaje de riesgo se propone un paquete de intervenciones específico donde se puedan conformar grupos para desarrollar un plan de educación alimentaria y nutricional y exigibilidad de derechos que contemple fases continuas de acuerdo a la edad gestacional y la edad del niño o niña. Es fundamental que este programa de educación nutricional, suplementación de micronutrientes sea de obligatoriedad para las y los cuidadores y contemple el seguimiento a través de indicadores nutricionales directos e indirectos que se medirán en consulta de medicina general, el programa de crecimiento y desarrollo, vacunación y ERA. Los puntos de articulación y encuentro básicos serán desde el ámbito comunitario, familiar, escolar e IPS. Estos paquetes de atención tendrán que replicarse en los diferentes territorios sociales de acuerdo a sus características y se deberán llevar a cabo en espacios físicos de la comunidad o de instituciones educativas que aseguren la asistencia y permanencia de familias en el mismo, a través de estrategias prácticas que garanticen los procesos de aprendizaje y construcción de conocimiento.
- Es fundamental fortalecer el programa desde la cualificación de equipos de atención integral para la infancia en las IPS públicas y privadas, y profesionales que trabajan con la etapa infancia desde el PIC, POS y proyectos especiales, cuidadores y educadores, quienes se deberán certificar como agentes comunitarios o profesionales en salud materno infantil y tengan participación en la ruta de atención con acciones específicas. Por otra parte frente a la permanencia y sostenibilidad de los equipos de profesionales y auxiliares es de gran importancia garantizar unas óptimas condiciones de contratación que sean coherentes con la estrategia de calidad de vida no aplicada también para los profesionales de equipos extramurales, intervenciones por ámbitos y componentes, asistenciales que abordan las intervenciones en lo local. El análisis de tiempos y movimientos es fundamental puesto que el número de profesionales y personal es insuficiente para dar una respuesta integral, que de cobertura a la población que se encuentran en mayor vulnerabilidad y riesgo en los territorios.
- En el análisis de brechas se concluyó que en la intervención de estrategias de salud materno-infantil se formaron 180 agentes comunitarios que son insuficientes en una localidad que tiene una alta proporción de niños y niñas y se requiere equipos que repliquen las estrategias con la comunidad de manera efectiva en los territorios. Desde el ámbito escolar se intervienen tan solo 11 jardines de un total de 106 y se llega aproximadamente a 5000 niños de 21000 que hacen parte de la primera infancia escolarizada. Es importante que se implemente un equipo que de respuesta a las necesidades de la población y que incluya a las y los docentes como agentes comunitarios en estrategias de AIEPI. Así mismo para la implementación de acciones promocionales en alimentación y nutrición es necesario trabajar con los representantes de tiendas y comedores escolares, involucrar más actores en estos procesos como el personal administrativo, (rector, orientador y coordinador, responsables de tienda escolar) y trabajo articulado con otras entidades y áreas del mismo Hospital
- Que las dos secretarías coordinen espacios importantes para Salud al colegio donde se logre realizar actividades complementarias y a su vez que no afecten las jornadas académicas de los estudiantes posicionar salud al colegio como proyecto que se reconozca como parte del PEI, Es necesario que el ámbito escolar sea incluido y participe en la intervenciones donde se tomen decisiones en la IES relacionadas con la Seguridad alimentaria y nutricional en la población estudiantil.
- Las familias que participan en las intervenciones educativas son flotantes por tanto es de suma importancia que los agentes sean líderes territoriales que se empoderen de la salud materno infantil en las UPZ. Aquí

también se deberán establecer planes de capacitación y actualización, complementando y robusteciendo la caja de herramientas en temáticas de salud materno- infantil, abordaje comunitario, estrategias educativas y se elabore un manual de educación alimentaria y nutricional para la infancia que sea incluyente con la población especial como son las etnias, desplazados y discapacitados.

- Es clave la articulación con líneas como la red materno-infantil, estrategias de salud materno infantiles AIPEI, IAMI, IAFI y el equipo funcional de ambiente, donde se genere un plan de acción con monitoreo, y evaluación de la salud materno infantil a través de actualización de un tablero de indicadores en salud y análisis de los mismos de manera trimestral, que sea un insumo para toma de decisiones y reformulación de intervenciones en espacios como el Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Comité Operativo de Infancia y Adolescencia. A nivel local es fundamental plantear este seguimiento de indicadores con los sectores que aportan a la salud materno infantil integrando líneas de trabajo con los programas que intervienen esta población en los programas de ICBF, Integración Social, Alcaldía Local, y Dirección Local de Educación, Hospital de Bosa II Nivel e IPS privadas.
- Para los procesos de educación alimentaria y nutricional es fundamental que la metodología y la pedagogía se estandaricen y se construyan piezas comunicativas acordes con las condiciones específicas de la localidad teniendo en cuenta los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la salud y a la alimentación y nutrición, la procedencia, el nivel educativo, los intereses y sobre todo que sea la misma comunidad la encargada de participar en el diseño del contenido de las piezas con asesoría técnica, y de continuar los procesos de información, educación y comunicación.
- El alcance de los procesos educativos en organizaciones y grupos comunitarios son de gran peso pues le aportan al primer objetivo del Milenio Erradicar el hambre y la pobreza, disminuir el sobrepeso, fortalecer los procesos de participación social y comunitaria para la movilización y garantía del derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional. Estos procesos educativos deberán promover de manera sostenible prácticas alimentarias saludables en la población que estén en concordancia con la estrategia promocional de calidad de vida y salud y Gestión Social Integral y Participación. Es importante que la educación en SAN se promueva en espacios comunitarios donde confluyen múltiples actores de la cadena de producción y consumo en SAN como son los lugares de abastecimiento donde a través de talleres de inocuidad, selección de alimentos, conservación, preparación de alimentos y valor nutricional de los mismos se pueda de manera integral preparar a las comunidades para asumir la SAN con autonomía y sostenibilidad. La identificación y caracterización de los actores de oferta y demanda en SAN es fundamental para garantizar la transversalización del derecho a la alimentación en los territorios. En este diagnóstico se deberán reconocer capacidades, potencialidades y necesidades en relación a la accesibilidad de alimentos saludables en los territorios sociales y finalmente Fortalecimiento de micro redes sociales y comunitarias para la generación de respuestas focalizadas que permitan mayor accesibilidad de alimentos saludables por la población con sostenibilidad. Las alianzas con actores por territorio favorecerá el desarrollo de las acciones específicas para cada UPZ.
- La seguridad alimentaria es una temática que no se puede abordar de manera independiente y es así como TU VALES es una estrategia integradora completa que permite generar cambios importantes en las cuidadoras que se han formado en lo local, sin embargo es importante que este tipo de programas se repliquen a otros grupos poblacionales teniendo en cuenta que las mujeres no son las únicas cuidadoras sino que también los hombres y otros miembros de la familia asumen este papel y que para el 2009 solo se ha llegado al 5% de la población femenina adulta. El programa debe proponer unas fases que den continuidad y permitan replicar estos procesos con otros grupos, donde se puedan establecer propuestas productivas y respuestas comunitarias en seguridad alimentaria que vinculen las temáticas aprendidas durante el programa, y que den respuesta a las lecturas de realidades desarrolladas con la comunidad y tengan presentes las potencialidades de los habitantes de los territorios y a través del comité de SAN y la mesa de productividad se pueden plantear proyectos

productivos que se ejecuten con recursos locales. A través de TU VALES se pueden plantear mecanismos efectivos de seguimiento y propuestas de indicadores de medición e impacto de acciones en SAN puesto que la población se puede seguir en el tiempo y esto facilita procesos de investigación. TU VALES deberá proponer un plan de acción intersectorial que permita ofrecer alimentos sanos, procesos que faciliten el acceso a los alimentos, y mejoren el consumo a través de prácticas saludables y se posicione la actividad física como un requisito para el aprovechamiento de los alimentos. es fundamental que el comité de actividad física plantee la promoción de este programa como una estrategia para la promoción de la calidad de vida y salud.

- Desde la vigilancia del estado nutricional es importante que a pesar de que se considera como prioritaria la infancia, se propongan sistemas de información que permitan identificar el estado nutricional de etapas como la juventud, adultez y persona mayor, de manera articulada con servicios de salud, con un sistema de notificación que permita conocer el estado nutricional y se identifiquen los territorios o ámbitos donde interactúan las personas por etapa de ciclo vital y así se puedan llevar acciones promocionales planteadas en un protocolo y rutas de intervención para generación de alertas y detección temprana de riesgo para enfermedades crónicas.
- Es fundamental que los resultados de los informes que se generan de SISVAN para menores y gestantes se presenten en los comités de SAN, productividad puesto que la situación de inseguridad alimentaria requiere respuestas interinstitucionales e intersectoriales, para que los individuos mejoren sus capacidades de acceso a los alimentos, posibilidades de empleo con mayores ingresos familiares, educación; que permitan el mejoramiento de las condiciones sociales y por ende el estado de salud de la población.
- Las acciones promocionales y educativas que se plantea desde el subsistema de SISVAN Escolar se deberán articular con la formación en SAN que se dan en el ámbito escolar puesto que son muy pocos colegios los que son objeto de vigilancia y estas acciones no deben ser aisladas puesto que las líneas de gestión del ámbito escolar, actividad física, alimentación del escolar, gestión local de SAN no actúan de manera coordinada. Los planes de acción se deberán plantear de manera conjunta con Secretaria de Integración Social, ICBF, Secretaria De Educación Distrital, empresa privada (Compensar, CAFAM).
- La estrategia de suplementación de micronutrientes a niños y niñas y jóvenes escolares con articulación de las EPS y EPS's de tal manera que esta se designen acciones específicas a las empresas prestadoras de servicios en salud y a la SDS desde el ámbito escolar se aseguren las remisiones y seguimiento con fortalecimiento de acciones promocionales. Buscar estrategias de cumplimiento y adherencia por parte de los padres de familia ya que estos no evidencian pleno interés por los procesos que se llevan a cabo en las instituciones educativas por desconocimiento de la importancia que estos procesos tienen en la salud. Se plantea verificar las tendencias de impacto del proceso y replantear la meta establecida para la localidad. Se debe fortalecer la identificación de niños con anemia que deban recibir el suplemento como medida correctiva. Finalmente para el programa de suplementación se deberán articular los programas de salud a su hogar y ámbito familiar en donde se realice un impacto directo sobre los padres de familia dándoles la sensibilización pertinente sobre exprograma de suplementación y así mismo captar a los niños y niñas con anemia Así mismo mediante las consultas de PYP fortalecer los canales de información y sensibilización a los padres de familia para la inclusión de los escolares al proceso, siendo la educación en consulta un factor fundamental en el impacto del concepto salud-enfermedad.

- Es fundamental que se posicionen los procesos de análisis de la determinación en SAN como transversalidad donde participen las diferentes líneas y se generen acuerdos que permitan desarrollar procesos integrales articulando con ambiente, transversalidad de género, discapacidad y desplazados, para continuar la propuesta de investigación y gestión de política se pueda realizar a nivel distrital con el fin de desarrollar compromisos de manera integral entorno al derecho humano a la alimentación visto este desde un enfoque de derechos se debe iniciar un proceso articulador con las entidades que trabajan los temas de agua. Construcción de un observatorio y un mapa del hambre en la localidad.

OTRAS PROPUESTAS EN SAN

- **Consumo**

Recuperación de las tradiciones culturales de la comunidad indígena, campesina y tradicional de la Localidad de Bosa

Alertas tempranas (disponibilidad/ acceso grupos vulnerables)

Tecnología e infraestructura para estabilizar las disponibilidades de alimentos

Mejoramiento de capacidades para grupos vulnerables con sostenibilidad y proyectos productivos

Sistemas de información integrador los componentes de SA

Difusión y comunicación

- **Institucionalidad**

Fortalecimiento institucional público local

Fortalecimiento organizativo privado y comunitario

Participación institucional y comunitaria: En la identificación, En la formulación, En la ejecución

Sistemas de seguimiento y evaluación

- **Capital social**

Organización comunitaria

Organización productiva-comercial

Mecanismos de negociación y/o de acción

- **Capital humano**

Conocimientos básicos

Conocimientos aplicados

Formación integral

- **Difusión de experiencias en SAN**

Publicaciones escritas

Página Internet

Medios masivos (prensa, radio, TV)

Contacto institucional o privado

5.2.1.6 ACTIVIDAD FÍSICA

- A partir del análisis realizado se plantea la posibilidad de organizar desde los niveles centrales la estructuración del consejo local de AF con delimitación de acuerdos y responsabilidades de las entidades para la participación activa de las mismas en la toma de decisiones y planteamiento de planes y programas que promuevan la práctica de actividad física en todos los espacios sociales y en los ámbitos de vida de la población.
- En este mismo sentido, mediante el manejo de referencias conceptuales relacionadas con el trabajo intersectorial y la potencialización de las redes sociales secundarias, se espera que las acciones en este proceso lleven al reconocimiento de actores relevantes involucrados a hacer parte del consejo local de AF.
- Dada las circunstancias que se han evidenciado durante el proceso de gestión local se hace necesario la posibilidad de contar con tiempo completo para la gestión en lo local, ya que en ocasiones los cruces de agenda dificultan la participación en espacios propicios para posicionar los temas relacionados con las practicas activas y de la misma manera poder generar un apoyo acorde a las necesidades del programa muévete comunidad del ámbito comunitario.
- Se considera relevante la participación conjunta con los funcionarios de gestión local en la revisión del plan de ordenamiento territorial de Bogotá a nivel local, que se hará durante 2010 liderado por la Dirección de Ordenamiento Territorial de la Dirección de Planeación Distrital.
- Así mismo, la gestión para la adecuación y articulación de los programas de los diferentes sectores a las necesidades de las poblaciones en ámbitos de vida cotidiana debe permitir dar la respuesta más integral, integrada y articulada en los ámbitos de vida cotidiana de los sujetos acorde a las necesidades.
- El trabajo intersectorial posibilitara mejorar la calidad de vida, la gestión y optimización de recursos, la construcción de planes integrales, las respuestas sociales adecuadas a las necesidades de las comunidades, movilizandó la participación social con incidencia y visibilidad a las problemáticas relacionadas con el posicionamiento de la AF a nivel local y distrital, de esta misma manera, generar procesos articulados con una línea técnica donde se permita direccionar las acciones a un objetivo específico y generalizado con la orientación del nivel central con las TVS por ejemplo de SAN, GESA, Etnias, entre otros.
- Avanzar en el apoyo a redes locales desde los ámbitos de la vida cotidiana, logrando la inserción de la actividad física en las diferentes etapas de ciclo vital y posicionando el componente a nivel local, del mismo modo lograr la conformación del concejo local de actividad física es imperativo para evaluar propuestas y acuerdos de intervención desde las líneas que intervienen en el posicionamiento de la actividad física, aumentando la participación de los entes territoriales y sectores centrales para el fortalecimiento de dicha práctica a nivel local y distrital dando cumplimiento a las metas planteadas, contando con una normatividad que de orientación técnica a la conformación del consejo y donde se pongan a jugar elementos importantes inmersos en la política pública de deporte, recreación y actividad física para Bogotá 2009 – 2019
- Es importante tener en cuenta la necesidad de ampliar la cobertura de las organizaciones con las cuáles se promueve la actividad física, lo cual implica aumento en tiempos para los profesionales de trabajo social y Fisioterapia (el cual en 6 horas de apoyo no alcanza a cubrir los requerimientos técnicos). Es importante generar espacios que permitan establecer acuerdos con varias líneas de intervención que se consideren pertinentes para la consolidación de los procesos con las organizaciones o grupos comunitarios. Ej.: fortalecimiento a organizaciones, comunidad LGBT, población en condición de desplazamiento, red materno Infantil, etc. Es claro que para el desarrollo de estos procesos de acompañamiento a las organizaciones es necesario participar en espacios locales e intersectoriales a fin de adquirir o reconocer elementos que sirven de apoyo para los encuentros con las comunidades. Ej.: la identificación de estrategias y propuestas por parte de otras entidades para incentivar la participación con las organizaciones.

- En cuanto a las acciones que se desarrollan en actividad física para el ámbito escolar se propone: Teniendo en cuenta la Brecha se puede determinar la necesidad en ampliación de las intervenciones desde el componente de actividad física, tanto en número de sedes como en la población objeto de las intervenciones, para el 2009 se realizaron 102 encuentros con docentes de las diferentes instituciones, evidenciando que el tiempo y la frecuencia para dichos encuentros debe ser mayor e incluir cobertura de estudiantes para la sensibilización en prácticas cotidianas saludables y actividad física dentro de los planes y programas institucionales, los cuales ligados al currículo podrán transversalizar la actividad física hacia el uso adecuado del tiempo libre y los patrones de cuidado personal en la prevención de enfermedades crónicas.
- La metodología empleada para los encuentros involucra la lúdica, el juego y la actividad física como medio importante para mejorar el aprendizaje y acrecentar la motivación de estudiantes y docentes en las aulas de clase, priorizando como mínimo 5 estrategias en cada institución educativa de las delimitadas por la SDS, con amplitud de temas de sensibilización en prácticas de cuidado cotidiano y actividad física, enfatizando en la frecuencia ideal para su práctica y la adopción de ésta como un hábito cotidiano y saludable. Revisar las coberturas planteadas por la SDS y número de profesionales requeridos para la intervención, con el fin de implementar los manuales diseñados por la ESE en el total de sedes educativas distritales de la localidad y aumentar la participación de estudiantes docentes y padres de familia, con el fin de trascender en la práctica de la actividad física con fines de mejoramiento de la calidad de vida, disminuyendo el sedentarismo y la inactividad física derivada de los hábitos incorrectos a los cuales estamos expuestos en la sociedad actual. Pretendiendo generar continuidad en los programas establecidos en las instituciones desde años anteriores e implementar nuevos programas para el uso adecuado del tiempo con fines de movimiento corporal.
Generación de acuerdos y avance en los procesos de articulación de las líneas de intervención de salud al colegio en los nodos integradores, con el fin de implementar estrategias lúdicas, y actividad física en cada intervención que se realice en las instituciones educativas con el fin de motivar la participación de los diferentes grupos poblacionales en las estrategias programadas desde los niveles centrales, apoyando la sensibilización en actividad física en los diferentes grupos conformados, sin importar la intervención para la cual fueron seleccionados.
- Avanzar en el apoyo a redes locales desde salud al colegio y los demás ámbitos de la vida cotidiana, logrando la inserción de la actividad física en las diferentes etapas de ciclo vital y posicionando el componente a nivel local.

5.2.1.7 DISCAPACIDAD

- El accionar de la transversalidad de discapacidad debe plantear una forma integral que vaya más allá de una serie de actividades aisladas propias de la gestión de cada uno de los componentes, de tal forma que además de tratar de forjar una orientación en cada una de los ámbitos de desarrollo de la persona con discapacidad cualquiera sea la etapa del ciclo vital en la que se encuentre, deba orientar esfuerzos en el posicionamiento de sus situación en salud en conexidad con aquellos condicionantes que le permitan potencializar su capacidad y de esta forma el individuo sea visto como persona y no como portador de una determinada situación limitante haciendo relevante su integridad personal y el derecho al ejercicio pleno de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. Con la participación solidaria de las familias y la intersectorialidad local, para garantizar el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias, y promover su formación, capacitación y acceso a los servicios de salud, recreación y empleo acorde con sus condiciones.

- Para esto es necesario el análisis de la situación en salud en ejercicios como la actualización de diagnóstico, salas situacionales, sin limitarse solo al momento de actualización anual de un diagnóstico, sino al análisis constante de las condiciones que determinan el proceso de salud de las personas con discapacidad, a partir de cada una de las acciones a desarrollar, de tal forma que lleve a un grupo interdisciplinario a pensarse y ejecutar su accionar desde las esferas individual y colectiva del individuo por medio de acciones de promoción, protección y restitución de derechos y en el marco de lo preventivo en el caso de las necesidades especiales; debiendo incluir una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación, para mejorar su calidad de vida y favorecer su integración a la sociedad, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.
- Simultáneamente la priorización de la situación problemática por medio del posicionamiento político de la política pública en salud de la población con discapacidad enfatizada en la necesidad de otorgar atención a las personas con discapacidad, pues existe una estrecha relación entre pobreza y discapacidad: por una parte, la discapacidad aumenta el riesgo de sufrir pobreza y, por la otra, las condiciones de pobreza aumentan el riesgo de sufrir discapacidad.
- Se considera importante que desde el nivel central se destinen tiempos para desarrollar una agenda de formación a todos los facilitadores de RBC, para fortalecer conceptos, incluir otras temáticas relacionadas que tocan sectores diferentes al de salud y que aporten al fortalecimiento y desarrollo de la RBC en la localidad. De la misma forma el fortalecimiento de la red de RBC a través de la contracción de más tiempo para el desarrollo de este objetivo, siendo importante articular líneas como SAN, Salud sexual y reproductiva, trabajo, desplazados, etnias, crónicos, entre otros, para respuestas integrales a las necesidades de las personas en condición de discapacidad y desde el CLD se debe contar con la presencia y participación de aquellos que por acuerdo no se encuentran presentes como el ICBF, Metrovivienda, IDU.
- El desarrollo de acciones encaminadas a la promoción de los derechos en salud de los trabajadores con condición de discapacidad y la prevención del daño ocupacional, debe incluir el desarrollo de estrategias de gestión para la alianza con otras instituciones frente a las situaciones que necesiten una atención resolutive en salud ocupacional; con el fin de poder ofrecer una atención más integral y diferenciada. Retomando lo anterior dentro de los aspectos promocionales y preventivos, plantear procesos de gestión que articulen las competencias en el accionar propio de cada sector, en el tema de garantía del trabajo y calidad del mismo; pues la condición socioeconómica de los trabajadores es baja y no alcanza para invertir en salud, ni en lo que refiere a salud ocupacional, prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo en población trabajadora informal y vinculación de trabajadores informales con discapacidad a procesos de formación empresarial para avanzar hacia la formalidad y la sustentabilidad del proyecto productivo.
- En lo correspondiente al tema de prevención de la discapacidad en trabajadores de UTIS; las acciones contratadas deben estar más acorde con el número de UTI a nivel local y proporcional a las necesidades de la población local.
- Establecer alianzas desde el nivel central con las Secretarías de Gobierno y de Desarrollo Económico para que en local se puedan perseguir garantizar el derecho al trabajo de personas con discapacidad en las diferentes empresas asesoradas y sensibilizadas, a través de bases de registro de personas con discapacidad a las cuales se les ha hecho el perfil ocupacional; adicionalmente y por medio de la GSI propiciar la creación de organizaciones, empresas productivas, talleres protegidos, cooperativas y asociaciones de personas con

discapacidad que busquen nuevas alternativas de producción de bienes y servicios, acordes a las necesidades de la localidad. Promoción en el sector Privado para el desarrollo de programas de protección, adaptación laboral de puestos de trabajo acordes a las tecnologías existentes, reubicación temporal, reubicación definitiva y cambios de puestos de trabajo para las personas con discapacidad, sin la asunción de esta responsabilidad como parte de un beneficio tributario.

- Dentro de la garantía del ejercicio de los derechos de la personas con discapacidad, dentro de los proceso de fortalecimiento de redes, el establecimiento intersectorial de rutas de acceso a los servicios institucionales locales y distritales con compromisos y corresponsabilidades frente a dichos derechos de la población, dentro de los cuales debe ser reiterativos los servicios asistenciales para la valoración y tratamiento en salud con enfoque ocupacional de trabajadores y trabajadoras en condición de discapacidad de la localidad que pueden estar adquiriendo enfermedades profesionales, la inclusión en condiciones óptimas laborales y de niños, niñas y adolescentes en el plano escolar y la atención integral y oportuna de necesidades transitorias especiales.
- Gestionar a través del SENA la formación de las personas en condición de Discapacidad a programas de formación técnica y tecnológica. Vincular a los trabajadores informales con Discapacidad a procesos de formación empresarial para avanzar hacia la formalidad a través del apoyo de la Cámara de Comercio. Buscar apoyo local y distrital para favorecer el mejoramiento de los espacios de trabajo de las personas en condición de Discapacidad dedicadas a las actividades informales para mejorar las condiciones laborales con el sector privado.
- Teniendo en cuenta el alto índice de la población que nace y adquiere la condición de discapacidad se evidencia una gran necesidad de implementar el apoyo y aporte de otros profesionales y programas tanto para registrar a la población con discapacidad como para generar, ejecutar y evaluar programas y proyectos que estén acorde con el tipo de necesidad plasmada en los diferentes contextos donde se realizan este tipo de lecturas.
- Deben ser fortalecidos aspectos encaminados hacia la inclusión laboral y escolar, ya que son determinantes que están afectando seriamente a la Persona en Condición de Discapacidad (PCD), esta percepción es recibida a través del contacto y trabajo realizado con la comunidad, los aspectos mencionados anteriormente ponen en desventaja a esta población disminuyendo la posibilidad de equiparación de oportunidades por su misma condición, acentuando así en mayor grado su vulnerabilidad. Se evidencia la necesidad de trabajador más a fondo el núcleo social de la persona en condición de discapacidad, al igual que la intervención con familias que no tienen dicha condición con el fin de educar en promoción, prevención y atenuar las barreras actitudinales impuestas en primer orden por la familia del individuo que presenta la condición de discapacidad, permitiendo espacios de reflexión de la población con y sin discapacidad, con el fin de disminuir las dichas barreras y reorientar o fortalecer el proyecto de vida en caso de ser cuidador o cuidadora.
- Mejorar los canales de comunicación y convocatoria entre la ESE y a comunidad, descentralizando las acciones de la estrategia, de tal forma que logre acceder gran parte de la PCD a las mismas. Articular los procesos y acciones con otros ámbitos de vida cotidiana y demás sectores sociales, con el fin de posibilitar en mayor grado la inclusión y participación social construyendo así sujetos de derecho empoderados y con liderazgo. Se propone trabajar articuladamente con los demás ámbitos y componentes tanto de salud pública, como de rehabilitación integral y de esta manera construir no solamente actividades y acciones, si no también procesos que reflejen el mejoramiento en la calidad de vida y acceso de las personas en condición de discapacidad y sus familias. Entendiendo que responsabilidad de la inclusión a los diferentes sectores de la localidad de las personas en condición de discapacidad, no le corresponde solamente a salud.

- La participación es pasiva por parte de la persona en condición de discapacidad y su familia, debido al desconocimiento, se hace necesario evidenciar la necesidad de intervención a un mayor número de personas de la localidad, con el fin de desarrollar autonomía basada en la exigibilidad de los derechos, para lo cual se propone desde la familia establecer acciones dirigidas a la concientización por el reconocimiento de los derechos y deberes de las personas en condición de discapacidad y su familia, socialización de las diferentes redes de apoyo subjetivas comunitarias y sociales a nivel local y distrital y la promoción de la participación y canalización a otras intervenciones de la Rehabilitación Basada en Comunicación. Propósito para el cual se hace necesario ampliar número de profesionales ya que la contratación actual es limitada con respecto a la población total con discapacidad.
- Se promueve el acceso a redes sociales como consejos locales, COPACO y asociación de usuarios, a través de orientación a las familias para que despierten y fortalezcan el interés por participar en escenarios políticos de capacitación para hacer parte en proyectos de inclusión social. La dinámica de participación en la localidad y específicamente en las familias con personas en condición de discapacidad es pasiva e inconstante, pues no se reconocen las organizaciones sociales para trabajar en pro de los derechos de las personas con discapacidad, pues hasta hace algunos años se ha empezado el trabajo en este sentido, pero aún falta mayor difusión y articulación entre los programas de las instituciones y organizaciones locales en la sensibilización de los y las funcionarias acerca de derechos, deberes y políticas de personas en condición de discapacidad para el reconocimiento y ejercicio de derechos en esta población lo cual les permita ejercer su ciudadanía, reconocer el Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad y todos los funcionarios públicos conozcan la atención del enfoque diferencial para los usuarios.
- Articular procesos de formación de derechos ámbitos IPS, Comunitario, Escolar, Laboral y en VSP.
- Realizar en encuentros con enfoque de exclusión y violencia con población total por microterritorios donde se visibilice la familia en condición de discapacidad y sea un espacio de fortalecimiento de vínculos afectivos.
- A través de esta intervención se logran cambios fundamentales para las familias que requieren acompañamiento y refuerzo por parte de los profesionales y agentes de cambio para ampliar la cobertura, para lo cual se propone la creación y fortalecimiento de proyectos productivos de inclusión social que promuevan la autonomía y desarrollo de los individuos y familias en condición de discapacidad y fortalezca las redes de apoyo a nivel distrital y local.
- Se identifica la necesidad de crear un sistema de información local interinstitucional que permita tanto la identificación de las personas como la oferta de programas y proyectos con enfoque de ciclo vital y que contemple las capacidades y potencialidades para el desarrollo de las personas que desean vincularse al sector productivo.
- Otro aspecto importante es lograr sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia en la prevención de la discapacidad se requiere aumentar el número de participantes en los grupos y/o capacitar a las enfermeras jefes que desarrollan los talleres de paternidad y maternidad responsable con el fin de hacer que esta temática esté presente en esta intervención.
- En el escenario escolar se detecta un déficit en la formación y herramientas que tienen los docentes para la inclusión de los niños y niñas con dificultades que presentan problemas en rendimiento escolar. Desde el sector salud se presenta una gran dificultad con las remisiones del equipo Salud al Colegio a las entidades de salud

contributivas y subsidiadas y estas fallas en la gestión se convierte en barrera para el aprendizaje y seguimiento de los alumnos; los padres de familia no tienen información pertinente para saber lo que sucede con sus hijos y cómo manejarlo en el hogar. Es importante dar mayor cobertura a las instituciones desde esta intervención puesto que solo se canalizaron 4 niños y niñas durante el 2009, y es fundamental identificar a tiempo a todos los alumnos, que requieren adaptaciones a sus necesidades especiales y de esta manera potencializar sus capacidades. Para contrarrestar esta dificultad se propone realizar acciones propuestas desde la estrategia de RBC, orientadas hacia la identificación de limitaciones evitables en el ámbito escolar.

- Promoción de programas de estimulación temprana y adecuada del gimnasio UPA La Estación y programa de terapéutico del hospital Bosa segundo Nivel, de acuerdo al aseguramiento.
- Articular los proyectos de primera infancia de salud auditiva y visual orientados hacia la detección tempranamente de las alteraciones a este nivel y plantear respuestas integrales en coordinación del sector salud y vinculando otros sectores.

5.2.1.8 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

- El subsistema de Vigilancia en salud pública además de registrar la notificación de la morbilidad sentida por la comunidad, es necesario que genere procesos de vigilancia en salud pública comunitaria con los diferentes grupos de base comunitaria existentes en la localidad. razón por la cual es necesario aumentar el equipo de trabajo para el subsistema dos profesionales del área social, auxiliar y epidemiólogo. Generar procesos de VSPC compartidos con ámbitos y componentes PIC en el trabajo con comunidad.
- A través de gestión local lograr espacios con otras instituciones para posicionar la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, no solo para que se conviertan en unidades informadoras si no para que en este proceso se incluya la comunidad sujeto de sus intervenciones
- Construir rutas de articulación e intervención conjunta las cuales tengan garantizado el acceso a programas.
- Generar una intervención multidisciplinaria para los casos de mortalidades presentadas; con el fin de dar mayor orientación y apoyo a los usuarios.
- En los análisis de mortalidad las diferentes líneas de intervención que abordan a las gestantes y menores de cinco años/ de acuerdo con el caso aporten desde las actividades realizadas en sus respectivas líneas a la complementariedad de los casos.
- Establecer integralidad desde las diferentes líneas de intervención en la atención a la gestante y menor de cinco años identificado con algún tipo de riesgo.
- Que se fortalezcan procesos de referencia y contrarreferencia en gestantes y menores de cinco años que así lo requieran. mayor articulación entre los diferentes sectores y actores; cuando se identifica una gestante o un menor de 5 años con condiciones de Riesgo psicosocial que vulneran su vida.
- Generar alianzas interinstitucionales en pro del bienestar materno infantil en la localidad.

5.3 PROPUESTAS NÚCLEO DE EXCLUSIÓN Y VIOLENCIAS:

TEMA GENERADOR: Familia e institucionalidad transformando escenarios sociales para la formación de un pensamiento crítico e integral en los niños, niñas y adolescentes con adultos que trabajan por la convivencia y seguridad ciudadana.

Aportar la información obtenida a través del Comité de Salud Mental de la ESE para el ejercicio de lectura integral de necesidades en salud mental y para la construcción de la agenda local.

Realizar en conjunto con el Comité de Salud Mental de la ESE, la abogacía para el diseño e implementación de respuestas integrales transectoriales, intersectoriales e interinstitucionales que afecten positivamente los determinantes de la salud y mejoren la calidad de vida de la población en los territorios sociales.

Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y del buen trato y prevención de los eventos que afectan la salud mental, a través de la articulación interna con el PDA de salud mental, con otros PDA, transversalidades y los componentes del PIC 2010.

Responder en el servicio teniendo en cuenta las necesidades de las personas de acuerdo a las formas de sus cuerpos, servicios que tengan en cuenta la diferencia que existe entre los sexos, los géneros y las formas en la que nos relacionamos individualmente con las demás personas, también se requiere un esfuerzo especial para proteger en cuanto a salud sexual y reproductiva, a las personas que se relacionan con otras personas de manera no normativa, esta protección sólo se puede ofrecer en la medida en que la investigación nos lleve a crear maneras de protección analizando las distintas formas de relacionarse sexualmente entre personas. Y formarse en cuanto a la información que las organizaciones LGBTI tienen a cerca de esto. El primer intento que se debe llevar a cabo tiene que ver con la inclusión de la categoría del respeto, como categoría obligatoria para la prestación de todos los servicios de salud que se hagan necesarios dentro del contexto de salud, de aquellas necesidades que son propias de los seres humanos, y a los cuales a veces no se accede por un histórico de discriminación por identidad de género y orientación sexual.

Se hace necesario implementar seguridad sexual y reproductiva para mujeres que tienen sexo con mujeres, y de forma específica, para la prevención de ITS, ETS y VIH- SIDA. En cuanto a los hombres Gay, encontramos que sus relaciones sexuales por lo general tiene se hacen de forma penetrativa por lo que la protección entre hombres se ha socializado en la misma medida que se socializan la protección sexual (Condón) para personas heterosexuales, sin embargo se hace necesario ahondar en lo que son este tipo de relaciones al igual que la salud sexual para personas bisexuales, lo cual abarca el espectro de las lesbianas y los gays.

Ofrecer garantías saludables para el bienestar de las personas que les permita tener una vida sana y con bienestar para las readecuaciones corporales. Se propone desde la intervención en salud darle continuidad a las concienciaciones y sensibilizaciones con perspectiva de identidad de género y orientación sexual que se da para los tres grupos a intervenir: Personas de los Sectores LGBTI, Servidoras y servidores públicos y comunidad en general, lo que intenta disminuir el grado de discriminación hacia personas de los sectores LGBTI que se da en la Localidad.

Otra acción que ayuda a disminuir la brecha es incluir la categoría de identidad de género y orientación sexual en los protocolos de salud con la finalidad de brindar garantías de acceso sin discriminación a los servicios de salud que requieran las personas de estos sectores. Una acción adicional tiene que ver con la implementación y creación de intervención y estrategias que tengan en cuenta las diferencias de relaciones sexuales que se pueden dar dentro de las personas y como estas diferencias se tienen que tener en cuenta para la respuesta en salud sexual y reproductiva y como último punto se debe particularizar la necesidad y conocimiento sobre reasignación sexual para personas de los sectores trans, de tal manera que se les pueda garantizar su salud en estos procesos.

Se hace necesario seguir haciendo articulaciones con todos los grupos que tienen alguna intervención dentro del Hospital Pablo VI Bosa, para apropiación de el enfoque desde identidad de género y orientación sexual en el Hospital Pablo VI Bosa. Específicamente se hace necesario seguir haciendo énfasis en la formación conjunta con las

personas que tienen a cargo intervención psicológica e intervenciones sobre salud sexual y reproductiva y endocrinología principalmente para las personas trans, cuyos casos tienen que ser analizados por una junta médica. Implementar conocimiento sobre diferentes ámbitos y en qué está el proceso de implementación de la Política Pública para la garantía plena y los derechos de las personas LGBT.

Fortalecer los recursos con los que cuentan los y las estudiantes para generar prácticas y contextos de interacción que promuevan el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional), así como el logro de metas individuales y colectivas.

Realizar articulación con acciones integradoras con el fin de fortalecer los procesos de formación en los estudiantes.

Fortalecer acompañamiento en la IED ante eventos de conducta suicida con el fin de disminuir riesgos en salud mental. Realizar articulación con ámbito familiar donde se puede dar respuesta oportuna ante seguimiento de casos de ideación, conducta suicida Articulación en red de buen trato y gestión local.

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 y la línea 106 en el marco de procesos comunicacionales y de movilización social.

Fortalecer los procesos formación y apropiación de los estudiantes en el manejo de la línea 106; con el fin de generar contextos que promuevan la salud mental en los estudiantes de las IED. Realizar articulación con acciones integradoras con el fin de fortalecer los procesos de formación en los estudiantes. Articulación en red de buen trato y gestión local.

Ofrecer un paquete de salud mental que enfocado en la promoción de la salud mental que permita al usuario asistir consulta sin la limitante que están ofreciendo los paquetes actuales.

Es pertinente hacer una lectura al acuerdo que establece la restricción de atención para la población de la etapa de ciclo vital de infancia y juventud puesto que, es contrario a lo que pretende la política de salud mental en cuanto a proteger especialmente la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en cuanto al desarrollo de su autonomía, desarrollo personal y social, calidad de vida entre otros; es necesario articular aun más la atención desde las líneas de intervención psicosocial y plurimodal, haciendo de esta manera que no quede tan descubiertas tal población y poder de esta manera dar una respuesta mayor a las necesidades que evidencia tal población.

5.4 PROPUESTAS NÚCLEO DESPLAZAMIENTO

TEMA GENERADOR: Activación de rutas institucionales para la garantía en el acceso a servicios y programas con calidad y oportunidad que orienten a la población desplazada que se encuentran en la localidad para atender su situación de crisis humanitaria.

Desde el interior de la ESE se manifiesta la necesidad de ampliar la cobertura de familias a intervenir, teniendo en cuenta la demanda de la misma, la concentración de población en condición o situación de desplazamiento dentro de la localidad y la dinámica de recepción de familias propia de la localidad.

Para garantizar el restablecimiento de derechos y el empoderamiento de las familias intervenidas se requiere una articulación y gestión de acuerdo a las necesidades particulares de la misma ya que se han encontrado deficiencias en la intervención referidas a la suficiencia de tiempo para realizar gestión al igual que capacitación para la misma.

5.5 PROPUESTAS NÚCLEO PARTICIPACIÓN

TEMA GENERADOR: Fortaleciendo redes de líderes y lideresas formadores en participación ciudadana como instrumento directo y compromiso en la obtención de una mejor sociedad, mejor gobierno y menor calidad de vida.

- Favorecer la participación y organización de todos los sectores y de la comunidad para generar alianzas y redes institucionales en la creación, formulación y ejecución de programas locales de actividad física, en la localidad a través de la instancia local que para Bosa debe ser el consejo local de deporte y recreación.
- Los Consejos locales se constituyen en instancias de encuentro entre actores públicos, privados y comunitarios que deben concertar la inclusión de proyectos en las vigencias de los presupuestos locales, así como en las actividades de las entidades distritales en la localidad. Esta gestión debe ser facilitada por la Alcaldía Local y por la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, quién –como lo prevé la Ley 181 de 1995- podrá hacer las veces de Secretaría Técnica de estos Consejos.
- En síntesis, la sostenibilidad del plan depende de la capacidad de promover los Consejos de Deporte desde las organizaciones participantes del proceso de planeación, las entidades públicas responsables y las entidades privadas comprometidas con la recreación, el deporte y la actividad física.
- Fortalecer los comités locales de SAN puesto que el tema de SAN ha sido priorizado en las mesas territoriales y el bajo compromiso institucional y la desarticulación con el proceso de GSI no ha permitido plantear respuestas acordes con la problemática local

Meta: corto y mediano plazo.

Responsables: Secretaria de Cultura, recreación y deporte, IDR, Hospital Pablo VI Bosa, Alcaldía Local, Secretaria distrital de Integración Social, comunidad.

Territorios: los cinco territorios de la localidad de Bosa.

Poblaciones: Infancia, Juventud, Adulter y Persona mayor. De todas las etnias, identidad de genero, orientación sexual, en situación de desplazamiento y con discapacidad.

Propuesta transversalidad de ambiente

- Incentivar la participación comunitaria en los espacios ambientales por medio de la descentralización de la Mesa Ambiental Local de tal manera que esta opere por cada uno de los territorios de la GSlyP siendo asequible para toda la comunidad. Para esto se debe empoderar como mínimo a cinco miembros de la comunidad que serían los facilitadores en cada una de las UPZ para el desarrollo de este espacio.
- Generación de procesos productivos con sostenibilidad ambiental como es el caso de la agricultura urbana y el reciclaje. De esta manera se motivará la vinculación de la comunidad en general a participar en procesos ambientales.
- Generar partidas presupuestales para el fortalecimiento de la Mesa Ambiental Local (MAL) y la Comisión Ambiental Local (CAL) para el desarrollo de los procesos ambientales locales.

Meta: corto y mediano plazo.

Responsables: Secretaria de Cultura, recreación y deporte, IDRD, Secretaria de Hábitat, Secretaria de Ambiente, Movilidad, Secretaria de Desarrollo Económico, Sector salud (Hospital Pablo VI Bosa y Hospital de Bosa), Alcaldía Local, Secretaria distrital de Integración Social, comunidad.

Territorios: los cinco territorios de la localidad de Bosa.

Poblaciones: Infancia, Juventud, Adulthood y Persona mayor. De todas las etnias, identidad de genero, orientación sexual, en situación de desplazamiento y con discapacidad.

Propuesta de participación

- En cuanto a la generación de respuestas a las necesidades desde el sector salud, se requiere que las acciones de tipo formativo, de protección, de prevención, de restitución y rehabilitación se articulen entre si, brindando a la comunidad respuestas de tipo integral.
- El trabajo con las comunidades para la generación e implementación de respuestas a las necesidades prioritizadas requiere de acciones de gestión, de construcción y articulación de redes de tipo transectorial dada la multiplicidad de determinantes y la variedad de problemáticas presentes en los escenarios micro territoriales.
- Se hace necesario mantener y fortalecer las propuestas de acompañamiento técnico a las formas y escenarios de participación donde convergen ciudadanos y ciudadanas residentes en la localidad y cuyo producto final se orienta a la búsqueda de mejores condiciones de calidad de vida de las personas, las familias y de la comunidad en general, desde un enfoque comunitario y de ciudadanía, apoyado en el fortalecimiento del tejido social, la consolidación de los consejos zonales, el COPACOS y otras organizaciones de base, capacitadas y formadas para la participación, el control social, la exigibilidad del derecho y la incidencia política y de gestión en sus cotidianidades.

Meta: corto y mediano plazo.

Responsables: Secretaria de Cultura, recreación y deporte, IDRD, Instituto Distrital de Participación Ciudadana, Secretaria de Plantación, Secretaria de Hábitat, Secretaria de Hacienda, Secretaria de Ambiente, Secretaria de

Movilidad, Secretaria de Desarrollo Económico, Sector salud (Hospital Pablo VI Bosa y Hospital de Bosa), Alcaldía Local, Secretaria distrital de Integración Social, comunidad.

Territorios: los cinco territorios de la localidad de Bosa.

Poblaciones: Infancia, Juventud, Adulthood y Persona mayor. De todas las etnias, identidad de genero, orientación sexual, en situación de desplazamiento y con discapacidad.

Propuesta de infancia en gestión local

- Continuar el apoyo y fortalecimiento de los espacios de participación de niños y niñas, específicamente al Consejo local y distrital de participación, por medio de la distribución adecuada de tiempos y productos dentro del lineamiento.
- Articular las acciones del Consejo local de niños y niñas, con los Consejos escolares y otros espacios de participación de niños y niñas, para generar mayor impacto y convertirse en el eje de la participación local y espacio consultivo de la localidad.
- Generar un espacio local que articule los espacios de participación de infancia, juventud, adultez y persona mayor, que propicie la interlocución generacional, y que funcione además como espacio consultivo de la Alcaldía local y los doce sectores del gobierno.

Meta: mediano y largo plazo.

Responsables: Secretaria de Cultura, recreación y deporte, IDRD, Instituto Distrital de Participación Ciudadana, Secretaria de Plantación, Secretaria de Hábitat, Secretaria de Hacienda, Secretaria de Ambiente, Secretaria de Movilidad, Secretaria de Desarrollo Económico, Sector salud (Hospital Pablo VI Bosa y Hospital de Bosa), Alcaldía Local, Secretaria distrital de Integración Social, comunidad.

Territorios: los cinco territorios de la localidad de Bosa.

Poblaciones: Infancia, Juventud, Adulthood y Persona mayor. De todas las etnias, identidad de genero, orientación sexual, en situación de desplazamiento y con discapacidad.

Propuesta de la transversalidad de genero, componente mujer

Construir una línea de participación de mujeres en salud, que permita generar estrategias para la adecuada atención de las necesidades de los cuerpos femeninos.

Proponer y posicionar una mesa local de salud para las mujeres

Construir una UPA de primer nivel de atención, especializada en servicios amigables para las mujeres en toda su diversidad.

Meta: mediano plazo

Responsables: todos los sectores

Territorios: los cinco territorios de la localidad de Bosa.

Poblaciones: Infancia, Juventud, Adulthood y Persona mayor. De todas las etnias, identidad de género, orientación sexual, en situación de desplazamiento y con discapacidad.

5.6 PROPUESTAS NÚCLEO DE AMBIENTE:

TEMA GENERADOR: Detener el daño y promover la recuperación del ecosistema y equilibrio de los entornos ambiental, ecológico y social en el área de todos y todas, como condición efectiva para la calidad de vida de la población del territorio.

5.6.1.1 Institucionales

- Es fundamental que el INS, INVIMA, SDS y las ESE's en lo local tengan como orientador de acciones la vigilancia en salud pública dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud como un monitoreo de causalidades y determinantes de procesos salud enfermedad en los territorios y se profundice más en el análisis para evidencia inequidad en la condiciones de vida de la población y en orientar posibilidades de cambio más que continuar realizando acciones aliadas de vigilancia de establecimientos y procesos.
- Realizar capacitaciones a diferentes actores institucionales, comunitarios o de establecimientos Comerciales (colegios, Hostales, de expendio de alimentos o licores, industrias, y otros) en lo referente a Planes de Emergencia y Gestión del Riesgo desde el componente de Salud Pública, basados en la metodología de DPAAE.

-
- La Comisión Ambiental Local (CAL) como espacio intersectorial para la planeación y toma de decisiones en la solución de problemáticas ambientales locales como contaminación hídrica, puntos críticos deberá buscar estrategias que permitan fortalecer los procesos de convocatoria, asistencia y cumplimiento de compromisos generados de acuerdo a la competencia de las instituciones que se plasma en el plan de acción de la CAL anual, puesto que se evidenció un déficit de participación de sectores e instituciones del 43,75%. Esta baja participación se presentó básicamente por falta de interés y Es importante que el Consejo Local de Planeación, Dirección Local de Educación así como las entidades que no han participado activamente se hagan presentes en este espacio, con el compromiso de las instituciones y sectores, siendo consecuentes con el Decreto donde señala que la participación es de carácter obligatorio. Otro espacio

local que se deberá fortalecer, es la Mesa Ambiental Local (MAL) como espacio comunitario e intersectorial, que busca la gestión de recursos, técnicos, humanos y económico para incidir en la solución de problemáticas ambientales locales. Se debe fortalecer la convocatoria a actores claves en los espacios locales, a través de la articulación de la transversalidad del Hospital Pablo VI a través del ámbito comunitario, escolar y gestión se debe tener representantes por UPZ (una mesa por UPZ) dada la distinta dinámica que opera en cada una de ellas, para poder plantear acciones específicas por territorio.

- Es necesario fortalecer el proceso ambiental local por medio de un Sistema de Gestión Ambiental Local (SIGAL) con tres componentes importantes el primero representado en las organizaciones ambientales comunitarias, el segundo por los sectores de intervención local en el tema ambiental y el tercero por las diferentes instituciones distritales con el fin de que los planes y programas respondan de manera articulada y coherente a las necesidades ambientales locales.
- En cuanto al proceso de humedales se deben articular acciones intersectoriales y comunitarias con miras a la preservación y recuperación del humedal Tibanica y el humedal Campo verde Chiguazuque a través de la Mesa de Abordaje Territorial para lograr la afectación de determinantes ambientales promoviendo la movilización de actores institucionales y comunitarios por territorio.
- En la línea de industria y Ambiente se identificó que alrededor del 41% de los establecimientos legales que se tienen registrados no se les realizó la Inspección Vigilancia y Control para verificar el manejo de sustancias peligrosas relacionados con vertimientos a alcantarillado y la posible contaminación de fuentes hídricas. Es fundamental continuar avanzando en la identificación de industrias ilegales o que no están registradas como empresas formales de manipulación de sustancias químicas y desarrollar planes de acción concretos que se enfoquen en la responsabilidad ambiental, procesos definidos para recuperación y reciclado de materiales, componentes y residuos post-industriales.
- Se debe vincular a la Mesa Local Ambiental a representantes de gremios de las diferentes actividades económicas propias de la localidad, en busca de comunicación directa y acuerdos a través de circulares, resoluciones acuerdos y mecanismos que permitan gestionar planes de mejoramiento ambiental.
- Trabajar en articulación con el ámbito escolar, familiar y comunitario en un diagnóstico y establecimiento de línea de base frente a las situaciones de riesgo que se han detectado en la línea de Medicamentos Seguros y Servicios de Salud relacionados con la demanda de medicamentos para intentos de suicidio, interrupción del embarazo, uso indiscriminado de métodos anticonceptivos y en especial la pastilla del día después, y el control frente a la automedicación, uso de antibióticos y productos naturales que no cuentan con registro del INVIMA; teniendo estos resultados se pueda plantear un plan de acción específico para estas situaciones identificadas.
- Fortalecer las acciones de Entornos Saludables con entidades distritales como: la Secretaria de Hábitat y El Fondo Distrital de Vivienda Popular, Planeación Local, para contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vivienda y servicios públicos de la localidad. Para esto es necesario fortalecer un plan de acción integral con la Alcaldía Local de Bosa para la identificación de población en alto riesgo para tomar medidas y desarrollar acciones concretas con las familias.

- La intervención en seguridad alimentaria y nutricional, es fundamental para la salud y desarrollo de una comunidad, es necesario que se desarrollen mas acciones en esta temática y se establezca un mayor compromiso con las familias, a través de canales de comunicación donde se pueda dar a conocer todos ejes de la política de SAN y se puedan desarrollar acciones para movilizar el reconocimiento y lucha por el derecho a la alimentación. Es muy importante contar con profesionales del área de nutrición e ingeniería de alimentos para desarrollar procesos sostenibles y complementarios así como con el Jardín Botánico que fomenten la agricultura urbana en los territorios de la localidad.
- En la línea de enfermedades compartidas se propone replantear la meta local de vacunación canina y felina antirrábica se deben evaluar las campañas que se realizan en cuanto a los mecanismos de difusión de las mismas puesto que están mostrando bajos resultados. Ante la baja cobertura en algunos puntos de vacunación fijos, analizar la posibilidad de implementar en algunos barrios una estrategia de jornadas de vacunación mediante recorridos que permitan ampliar la cobertura.
- Jornadas mensuales de vacunación antirrábica donde se involucren diferentes actores de la localidad (alcaldía, colegios, Juntas de Acción Comunal, asociaciones defensoras de animales).
- El número de procedimientos de esterilización para hembras caninas y felinas debe ser proporcional a la magnitud del problema, buscando un impacto real e importante en el número de caninos de la localidad de Bosa.
- Para aplicar el protocolo de vigilancia epidemiológica de la rabia y cumplir en cada accidente rábico el protocolo de tres visitas en los primeros diez días de ocurrido el accidente, se requiere un profesional de tiempo completo.
- Fortalecer el trabajo de reporte de animales agresores a través del trabajado realizado en los ámbitos comunitario y familiar y en lo local se plantea la creación de mecanismos en coordinación con la alcaldía local para dar cumplimiento a la ley que exige el registro de aquellos caninos que presentan un potencial peligro,
- Se hace necesario buscar estrategias que generen un mayor compromiso de la comunidad en el control de todos los factores que inciden en las variaciones de las poblaciones de vectores, buscando un control integral, disminuir la aplicación de productos químicos. Se debe realizar un análisis de las épocas del año donde se presenta una mayor demanda de intervenciones por parte de la comunidad y generar alternativas de capacitación que permitan involucrar a los usuarios en la solución a sus problemas, con acciones de mayor alcance e impacto. Generar paquetes de intervención multidisciplinarios que le apunten a un manejo integral del problema.
- Desarrollar las capacitaciones en manipulación de alimentos cuanto de forma práctica, de modo que se logre el afianzamiento de las temáticas a desarrollar en estas.
- Desarrollar acciones en los establecimientos que sean de mayor impacto enfocadas a garantizar la inocuidad de los alimentos preparados, almacenados y comercializados en la localidad. Trabajar con la comunidad de modo que sean ellos los primeros en exigir y garantizar la inocuidad de los alimentos que consumen.

- Generar un mapa de zonificación para eventos locales, donde se pueda analizar factores de incidencia y reincidencia. Se atiende cualquier evento notificado independientemente de la dependencia o ámbito que se reporte. Subsistema transversal a todas las líneas y componentes.
- Es importante generar un Plan de abastecimiento de alimentos y SAN en caso de emergencias y desastres para la Localidad
- Formulación y ejecución de proyectos de investigación por medio de la Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud a nivel local en temáticas ambientales en convenio con Universidades, Institutos ambientales, ONG internacionales.
- Realizar Intervenciones enfocadas en la afectación de determinantes en salud originados en el entorno de las familias.
- Medir la afectación en órganos blancos de metales pesados contenidos en hortalizas como avance en el proceso de este proyecto asignado a la ESE.

5.6.1.2 Comunitarias

- El desarrollo de un PRAE debe partir desde el compromiso del Rector de las instituciones y ser apoyado desde el mismo CADEL.
- CAL debe definir los proyectos ambientales locales.
- A la CAL se le deben incluir elementos que mejoren su aplicación y participación ambiental local tal como los relacionados con la inclusión fuerte de miembros de la mesa ambiental local por llevar mayor tiempo en el desarrollo de las actividades descritas en este término, se debe incluir elementos tales como la parte social y la parte técnica, en un conjunto de elementos que permitan su libre y buen desarrollo social y ambiental local.
- Crear el Centro de Información Ambiental Local proyecto liderado por los miembros de la mesa ambiental local, en el cual se identifiquen entre otros datos los contratos que se desarrollan, el valor, los resultados, información ambiental para generar programas y proyectos, crear una base de datos, que sea de acceso real y libre, contando con una plataforma de computadores y software.
- Crear un centro de investigación ambiental.
- Crear un centro de estudios ambientales para la localidad de Bosa integrado por un sector de mujeres, de estudiantes, de adultos mayores y grupos de comunidad.
- Desarrollar un PROCEDA en la localidad incluyendo temáticas tales como cartografía social, prospectiva ambiental y ruta pedagógica.
- Establecer zonas de ronda de 500 metros de lado y lado del río Tunjuelito.

- Fortalecer temáticas al interior de la mesa ambiental tales como educación ambiental, río, humedales, residuos, organización comunitaria, agricultura urbana y plan parcial (zona humedal campo verde Chiguazuque).²⁵⁵

²⁵⁵ Convenio Interadministrativo de cofinanciación N° 07 de 2007 entre Alcaldía Local de Bosa y UDEC. Proyecto 2301 Apoyo fortalecimiento a la Mesa Ambiental Local. 2010.

GLOSARIO

AFILIACIÓN: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

☐ **AFILIADO:** La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

340

☐ **ALFABETIZACIÓN PARA LA SALUD:** está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud.

☐ **ALIANZAS O ASOCIACIONES DE USUARIOS:** Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

☐ **ALTO COSTO:** Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

☐ **ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD:** Técnica de evaluación económica en salud que permite determinar las ganancias en salud de diferentes intervenciones comparándolas con sus costos. Este concepto presupone que los recursos limitados deben asignarse de manera tal de maximizar los beneficios de salud, lo que resulta relevante para lograr mejores resultados con los pocos recursos disponibles. Esta metodología implica el cálculo de una razón de costo-efectividad (CE) que consiste en dividir los costos, en términos monetarios, por las ganancias en salud esperadas medidas en unidades naturales, como

número de vidas salvadas, años de vida ganados, años de vida perdidos ajustados por discapacidad, o años de vida ajustados por calidad.

☒ **AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS (AEVP):** Corresponden a la diferencia entre la esperanza de vida máxima biológicamente alcanzable la actualmente alcanzada. La contribución en AEVP de cada causa de muerte refleja el nivel de la mortalidad por dicha causa (por ej., la cantidad de años de esperanza de vida que podrían ganarse si se redujera la mortalidad por dicha causa).

☒ **AÑOS DE VIDA PERDIDOS:** Los años que la persona deja de vivir por la falta de una medida sanitaria adecuada. O la medición de una pérdida como consecuencia de una mortalidad prematura. Se calcula con base en la diferencia entre la esperanza de vida de la población y la edad real del paciente a su muerte. El índice de los años de vida perdidos se relaciona con los cambios de las esperanzas de vida. Una ventaja importante es que facilita la interpretación de la mortalidad por causas de muerte en relación a los años promedio de vida que vive una población, vale decir las esperanzas de vida.

☒ **ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

☒ **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS:** Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

341

inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

☒ **ATENCIÓN INTEGRAL:** Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio-psico-social, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

☒ **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:** La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. Referencia: Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.

☒ **AUTENTICIDAD:** Es la garantía de la identidad del emisor de un mensaje de datos y/o el origen del mismo, teniendo certeza de que este es quien dice ser. Se presume auténtica una firma digital si esta encuentra respaldada por un certificado digital emitido por una entidad de certificación de las contempladas en la Ley 527 de 1999 y el Decreto Reglamentario 1747 de 2000.

☒ **AUTOCIDADO:** Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

☒ **BENEFICIARIOS:** Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

☒ **CALIDAD DE VIDA:** La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Referencia: Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

☒ **CAMBIO EN EL NÚMERO DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS:** El cambio relativo de los años de vida perdidos indica el tiempo o velocidad del cambio de la mortalidad. Los años de vida perdidos también permiten medir los cambios relativos de la mortalidad por cada causa particular de muerte, permitiendo determinar cuán rápido está cambiando la mortalidad por cada una de ellas.

☒ **CARÁCTER DE LA COMUNIDAD:** Imagen de una comunidad o área definida por factores como medio ambiente, características naturales y elementos de los espacios abiertos, tipo de vivienda, estilo arquitectónico, infraestructura, y tipo y calidad de los medios y servicios públicos.

☒ **CARGA DE ENFERMEDAD:** El concepto sintetiza un conjunto de datos epidemiológicos (mortalidad, incidencia y discapacidad) de cada enfermedad y permite medir pérdidas de salud. Además, mediante un enfoque alternativo, sirve para estudiar la idea de funcionalidad y calidad de la vida. Dentro de estos indicadores se inscriben los años de vida ajustados por discapacidad (en inglés DALYs) y los años de vida ajustados por calidad (en inglés QALYs). Los DALYS se estiman para cada enfermedad y resultan de sumar las pérdidas de vida por muerte prematura (años de vida perdidos - AVP) y las pérdidas de salud por discapacidad (años vividos con discapacidad - AVD).

☒ **CICLO DE VIDA:** entendemos un «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. Así la vida humana es la sucesión de etapas con características específicas desde la gestación hasta

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

342

la muerte, pasando por la infancia, la adolescencia, la vida adulta y la vejez... explica, cómo las condiciones y experiencias de cada etapa de la vida preparan o condicionan las posibilidades de las siguientes; así las necesidades y problemas de una etapa pueden ser previstas y superadas o agravadas desde las anteriores. El enfoque de ciclo vital también habla de las determinaciones sociales (prohibiciones, estímulos, conductas y expectativas, modos de ser y pensar, etc.) que viven los individuos y las colectividades, al ser inscritos culturalmente en una de las etapas de la vida. Estos cambios están

marcados por eventos importantes como la conformación de la pareja, la llegada de los hijos, su periodo escolar, la adolescencia, la juventud, la salida los miembros del hogar cuando son adultos y la vejez.

☒ **COBERTURA:** Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

☒ **COMISIÓN REGULADORA DE SALUD:** Unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

☒ **COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA:** cuerpos multidisciplinarios, que se desempeñan en las instituciones prestadoras de salud; su función principal es la de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos éticos de casos presentados por personal de la salud involucrado en la toma de decisiones clínicas.

☒ **COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO:** Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que están por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Está conformado por un (1) representante de la EPS, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y un (1) representante de los usuarios.

☒ **COMUNICACIÓN PARA LA SALUD:** La comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

☒ **COMUNIDAD:** Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

☒ **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

☒ **CONTROL:** Consiste en la atribución para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

☒ **COPAGO:** Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). NO se paga en: Actividades de promoción y Prevención, Atención Inicial de Urgencias y Enfermedades catastróficas.

343

☐ **COTIZACIÓN:** Es la fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo y corresponde al monto del descuento que se le hace al pensionado, trabajador (dependiente e independiente) y del aporte que le corresponde al empleador. Corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización.

☐ **COTIZANTE:** Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

☐ **CUOTAS MODERADORAS:** Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.

☐ **DECLARACIÓN DE PRACTICAS DE CERTIFICACIÓN:** Manifestación de la Entidad de Certificación sobre las políticas y procedimientos que aplica a los suscriptores y partes confiantes del servicio de certificación digital.

☐ **DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD:** Es el vocero de los afiliados ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

☐ **DESARROLLO SOSTENIBLE:** Desarrollo que mantiene o favorece las oportunidades económicas y el bienestar de la comunidad mientras protege y restaura el medio ambiente natural del cual dependen las personas y las economías.

☐ **DESARROLLO URBANO:** Extensión física y/o construcción en tierras urbanas. Estas actividades incluyen subdivisión de la tierra, construcción o alteración de estructuras, caminos, servicios, y otras estructuras; instalación de sistemas sépticos; nivelación; depósito de desechos, escombros, o materiales de relleno; y limpieza de la cubierta de vegetación natural (con excepción de tierras agrícolas). No se incluyen tareas de reparación y mantenimiento de rutina.

☐ **DETERMINANTES:** Factores responsables de la persistencia de la carga de enfermedad, y pueden ser órdenes muy distintos (de genéticos a culturales o ambientales). Cuando se identifican las prioridades de las investigaciones es crítico identificar las razones o motivos locales que explican por qué persiste el problema, a estos factores se los denomina determinantes. También se puede referir a un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado.

☐ **DETERMINANTES DE LA SALUD:** Los determinantes de la salud pública son los mecanismos específicos que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en varios grados de salud y enfermedad. Los determinantes de salud según Lalonde, ministro de sanidad de Canadá son:

☐ **Estilo de vida:** Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

☒ **Biología humana:** Este determinante se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.

☒ **Sistema sanitario:** Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

344

☒ **Medio ambiente:** Se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo o agua que afecta a la salud de los individuos, tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y psicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad etc.

☒ **DISTINTIVO DE HABILITACIÓN:** Símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el registro especial e prestadores de servicios de salud. Debe ser visible a los usuarios en los servicios habilitados.

☒ **EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

☒ **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE):** Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

☒ **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD:** Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

☒ **EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL** ha evolucionado como disciplina durante las dos últimas décadas. La epidemiología social es el estudio de la salud y la enfermedad de las poblaciones que se sirve de información social, psicológica, económica y de política pública, utilizando dicha información en la definición de los problemas de salud pública y la propuesta de soluciones. Como la disciplina de la epidemiología se sigue desarrollando y expandiendo, tales distinciones irán perdiendo importancia de cara al futuro.

☒ **EPIDEMIOLOGÍA:** La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

☒ **EQUIDAD EN SALUD:** Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. Referencia: Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996.

☐ **ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO:** Es el promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantienen constantes. Para su cálculo se transforman las tasas de mortalidad en años de vida mediante las tablas de mortalidad. Los cambios de las esperanzas de vida al nacimiento indican claramente el cambio promedio en los años de vida de la población.

☐ **EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER:** (compuesto de un conjunto de tasas específicas de mortalidad de un momento específico), Es indicador de las condiciones generales de salud y longevidad.

☐ **ÍNDICE DE ALFABETISMO:** Analfabetas definido como no saber leer ni escribir, o solo leen y escriben su nombre o los números. Se calcula a partir de cierta edad (7 ó 15 años), con el fin de hacer viables las comparaciones entre poblaciones.

☐ **ÍNDICE DE CALIDAD FÍSICA DE LA VIDA (ICFV):** Indicador sintético para comparar el grado de satisfacción de las necesidades básicas entre diferentes poblaciones. Se obtiene de partir de tres indicadores que se consideran representativos de las condiciones de vida: la mortalidad infantil, la expectativa de vida, el índice de alfabetismo. Para

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

345

hacer el ICFV: cada índice es comparado con una escala en el ámbito mundial, cuyo mejor valor se toma como 100% y cuyo peor valor se hace igual a 1%. El ICFV es el promedio de los tres índices ajustados por este procedimiento y se interpreta como una posición relativa de calidad física de la vida con relación a los extremos de la situación mundial. Ha sido criticado por la forma arbitraria como selecciona, calcula y combina los índices componentes.

☐ **INFRAESTRUCTURA:** Calles, cañerías de agua, alcantarillado y otras instalaciones públicas necesarias para el funcionamiento de una comunidad.

☐ **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS):** Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

☐ **INTEGRIDAD:** Significa que la información enviada a través de un mensaje de datos no carece de alguna de sus partes, como tampoco ha sido transformada.

☐ **INTERVENCIÓN:** Se entiende por intervención las acciones y medidas especiales de intervención forzosa para administrar o liquidar las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud; tendientes a garantizar la prestación de los servicios de salud y los derechos de los usuarios, y la generación y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con eficiencia y eficacia.

☐ **LIMITES ABSOLUTOS DE POBREZA:** Niveles mínimos de ingreso por debajo de los cuales un individuo o familia no podrían satisfacer sus necesidades básicas, en particular aunque no exclusivamente, de alimentación. Ayuda a definir cuantos individuos en una población se pueden clasificar como pobres.

Para llegar al mínimo de ingreso, se establecen unos requerimientos alimentarios por individuo, junto con sus precios y la importancia relativa del gasto en alimentos dentro del gasto total.

☒ NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI): En vista de estas limitaciones, el DANE introdujo en 1987 el concepto operativo de NBI para determinar la incidencia de la pobreza en todo el país con base de información para las viviendas que había sido recopilada por el Censo de 1985. Fueron así definidas como pobres todas las personas que habitaban e viviendas con una o más de las siguientes características:

- ☒ Viviendas inadecuadas para habitación humana en razón de los materiales de construcción utilizados.
- ☒ Viviendas con hacinamiento crítico (mas de tres personas por cuarto de habitación).
- ☒ Viviendas urbanas sin sanitario o acueducto y viviendas rurales sin sanitario ni acueducto.
- ☒ Viviendas con alta dependencia económica, es decir, donde hubiera mas de tres personas por miembro ocupado y el jefe hubiera aprobado como máximos dos años de educación primaria.
- ☒ Viviendas con niños entre 6 y 12 años que no asistieran a la escuela.
- ☒ NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS por cada 1000 habitantes.
- ☒ NUMERO DE HABITANTES POR MÉDICO (o su inverso) por cada 1000 habitantes.
- ☒ PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

346

- ☒ PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
- ☒ PARTICIPACIÓN SOCIAL: Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.
- ☒ PARTICIPACIÓN: La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.
- ☒ PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC): Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual se realiza con participación social donde se tienen en cuenta la capacidad efectiva del ciudadano y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan en especial aquellas que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano, con base en los principios de Equidad , Solidaridad y Universalidad consagrados en las constitución.

☒ **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS):** Son los servicios de salud determinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

☒ **POLÍTICA SANITARIA:** Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

☒ **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984.

☒ **PROBLEMA:** Es la desviación que ocurre entre lo que se espera que suceda y lo que realmente ocurre, con la importancia suficiente para que alguien piense que se debería corregir tal desviación. En otras palabras, un problema es una proposición que define algo que se desea hacer u obtener y que no se sabe la manera de cómo lograrlo.

☒ **PROMOCIÓN DE LA SALUD:** La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

☒ **REDES:** las redes sociales son sistemas abiertos a través de los cuales se produce un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos y organizaciones, posibilitando así la potencialización de los recursos

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

347

que poseen. El efecto de la red es la creación permanente de respuestas integrales, transectoriales, participativas y creativas que afecten positivamente en la afectación de los determinantes de la salud.

☒ **RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización

☒ **RÉGIMEN SUBSIDIADO:** Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de

una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

☒ REGIMENES DE EXCEPCIÓN: Son los sistemas de salud, que por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

☒ RESPONSABILIDAD SOCIAL PARA LA SALUD: La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. Referencia: Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997.

☒ RESULTADOS DE SALUD: Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud. Esta definición subraya los resultados de las intervenciones planificadas (a diferencia, por ejemplo, de una exposición fortuita al riesgo), y que dichos resultados pueden beneficiar a individuos, grupos o poblaciones enteras. Las intervenciones pueden incluir las políticas y consiguientes programas del Gobierno, las leyes y reglamentos, o los servicios y programas sanitarios, incluidos los programas de promoción de la salud. Pueden incluir también los resultados de salud deseados o no de las políticas del gobierno en sectores diferentes al sanitario. Los resultados sanitarios se suelen evaluar utilizando indicadores de salud.

☒ RIESGO: Situación en la cual quien toma la decisión estima la probabilidad de ciertos resultados.

☒ SALUD PÚBLICA: Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

☒ SALUD PÚBLICA: La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. Esta distinción

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL BOSA 2009

entre lo “antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública. Referencia adaptada del “Informe Acheson”, Londres, 1988.

☒ SALUD: La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

☒ SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica

☒ SEGURIDAD SOCIAL: Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

☒ SÍNTOMA: Es la manifestación o reacción visible de un sistema ante un estímulo específico, es decir, es la manifestación a través de la cuál muchas veces se puede apreciar que algo está sucediendo, aún cuando no se sepa qué es.

☒ SISTEMA DE INFORMACIÓN: Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar, conservar o procesar de alguna otra forma mensajes de datos.

☒ SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL: Conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

☒ SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

☒ TASA DE INCIDENCIA: Casos nuevos de una enfermedad durante un año x una constante.

☒ TASA DE LETALIDAD: No. personas que mueren a causa de cierta enfermedad durante un año sobre la población expuesto a esta enfermedad.

☒ TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: Refleja las condiciones de salubridad y disponibilidad de servicios médicos.

☒ TASA DE PREVALENCIA: cuantas personas sufren enfermedad en un momento dado.

☒ VIGILANCIA: Vigilancia, consiste en la atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud,

atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.