



**Análisis de Situación
en Salud
Localidad de Ciudad
Bolívar 2010**

**Hospital Vista
Hermosa I Nivel
Empresa Social del
Estado**

Hospital Vista Hermosa I Nivel

Empresa Social del Estado

Salud para Ciudad Bolívar

Contenido

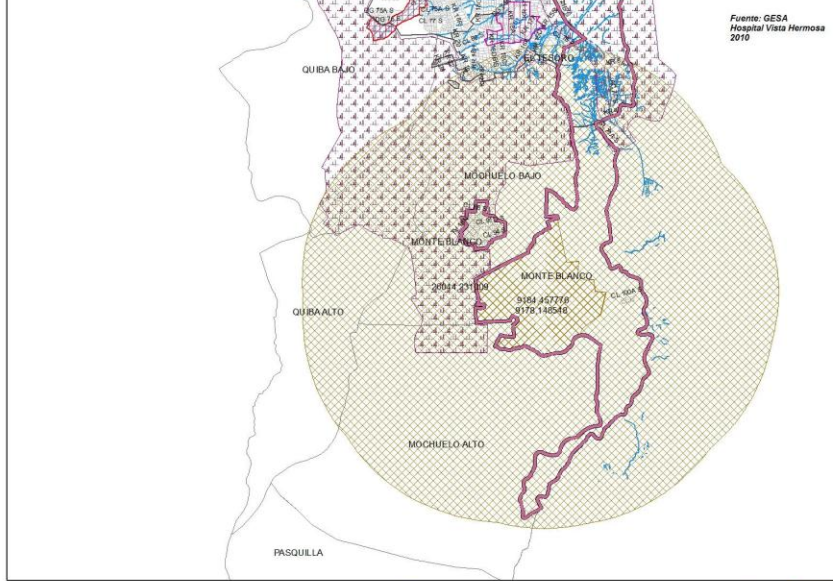
INTRODUCCIÓN	4
MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	6
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	13
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES ENTRE TERRITORIO, POBLACIÓN Y AMBIENTE	15
1.1. Historia de poblamiento y estilo de desarrollo social	15
1.2. Características geográficas ambientales	17
1.2.1 Hidrología	18
1.2.2 Áreas protegidas	21
1.2.3 Riesgos naturales de gran afectación en el territorio	23
1.2.4 Zonas de afectación ambiental	24
1.3. Dinámica territorial	25
1.3.1 Características político administrativas de la localidad de ciudad Bolívar	25
1.3.2 Desarrollo administrativo y marco normativo	27
1.3.3 Unidades de planeación zonal dentro del plan de ordenamiento territorial	28
1.3.4 Zonas de interés turístico	30
1.4. Estructura y dinámica de la población.....	30
1.4.1 Estructura de la población para la localidad de Ciudad Bolívar	30
1.4.2 Densidad poblacional local	32
1.4.3 Esperanza de vida al nacer por sexo 2005 – 2010	35
1.4.4 Tasas demográficas 2008-2009	35
1.5. Población en condición especial en Ciudad Bolívar	37
1.5.2 Población por grupo étnico	40
1.5.3 Identidades de género y orientaciones sexuales.	41
1.6. Mortalidad general, comparativo localidad ciudad bolívar – Bogotá 2005- 2007	42
1.6.1 Diez primeras causas de mortalidad por grupos de edad	43
1.7. Análisis de indicadores de gestión en salud pública	50
1.7.1 Análisis de la mortalidad materna	50
1.7.2 Análisis de mortalidad infantil	51
1.8. Indicadores de promoción y prevención en salud	58
1.8.1 Discapacidad	58

1.8.2	Indicadores de alteración de la salud mental	61
1.8.3	Salud sexual y reproductiva	65
1.8.4	Maternidad segura	66
1.8.5	Planificación familiar	67
1.8.6	Enfermedades que afectan la salud bucal	67
1.8.7	Morbilidad por eventos de notificación obligatoria	71
1.8.8	La salud en la cosmovisión de los grupos étnicos	75
1.8.9	Estado nutricional en la localidad de Ciudad Bolívar	76
1.9.	Relación entre salud, ambiente y territorio	79
2.	CAPITULO II. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN CONSUMO- TERRITORIO-POBLACIÓN- AMBIENTE	86
2.1.	Condición socioeconómica	87
2.2.	Posición ocupacional	92
2.3.	ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO.....	93
2.4.	Condiciones concretas de desarrollo de los procesos de trabajo y su impacto en salud.....	94
2.4.1	Trabajo infantil año 2008 por sexo	96
2.4.2	Condiciones de salud de los y las trabajadores informales captados por las intervenciones a unidades de trabajo informal	98
2.4.3	Espacios laborales de los grupos étnicos en el contexto urbano.	100
2.5.	Condiciones de calidad de acceso o restricción de bienes y servicios.....	102
2.5.1	Condiciones de vivienda	102
2.5.2	Condiciones de educación	107
2.6.	Condiciones de acceso y calidad de los servicios públicos	114
2.6.1	Disponibilidad de servicios públicos de acueducto, energía eléctrica, gas, teléfono y disposición de basuras	115
2.7.	El ruido en la localidad	124
2.8.	Crimen y Seguridad en la Localidad	124
2.9.	Las antenas y las cargas electromagnéticas	127
2.10.	Zonas de encuentro cultural y de recreación	129
2.11.	Condiciones de seguridad alimentaria y nutricional.....	131
2.11.1	Disponibilidad	132
2.11.2	Acceso	133

2.11.3	Consumo de alimentos	134
2.12.	Inspección, vigilancia y control a establecimientos	134
3.	PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL	138
3.1.	análisis de territorio social i.....	142
3.1.1	Descripción de las Unidades del territorio social I	144
3.1.2	Afectación del territorio salud ambiente	146
3.1.3	Ocupación	157
3.1.4	Condición socioeconómica	158
3.1.5	Servicios públicos	159
3.1.6	Dinámica de población con enfoque diferencial	160
3.1.7	Enfoque poblacional	162
3.2.	análisis de territorio social ii	174
3.2.1	Descripción por las unidades de planeación zonal del territorio social II	175
3.2.2	Afectación del territorio social II en salud y ambiente	181
3.2.3	Condición socioeconómica	183
3.2.4	Ocupación	184
3.2.5	Servicios Públicos	185
3.2.6	Descripción de la situación educativa	186
3.2.7	Condiciones de producción consumo	188
3.2.8	Dinámica poblacional con enfoque diferencial.	188
3.2.9	Enfoque diferencial	191
3.2.10	Condiciones de salud por etapa de ciclo	193
3.3.	Análisis de territorio social iii	207
3.3.1	Relación salud ambiente territorio	212
3.3.2	Condición socioeconómica	213
3.3.3	Ocupación	214
3.3.4	Servicios públicos	215
3.3.5	Dinámica de población con enfoque diferencial	219
3.3.6	Población por unidad de planeación zonal	220
3.3.7	Enfoque diferencial	221
3.3.8	Condiciones de salud por etapa de ciclo	223
3.4.	Análisis territorio social IV	238
3.4.1	Áreas forestales	240
3.4.2	Ocupación	241
3.4.3	Condición Socioeconómica	242
3.4.4	Condición de servicios públicos	242
3.4.5	La Vivienda con Servicios Públicos	243
3.4.6	Tipo de Afiliación en Salud	246

3.4.7	Vías de acceso a las veredas	246
3.4.8	Descripción de la situación educativa	247
3.4.9	Actividad Física y Recreación	247
3.4.10	Condiciones de producción consumo	248
3.4.11	Condiciones de seguridad social	249
3.4.12	Relación salud ambiente territorio	249
3.4.13	Descripción de la población diferencial	250
3.4.14	Condición de salud por etapa de ciclo	251
4.	ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL Y TRANSECTORIAL	259
4.1.	Análisis de la inversión local	260
4.2.	Situación actual de la localidad en lo referente a descentralización y/o desconcentración.....	261
4.2.1	Análisis de la gestión social integral	262
4.3.	Situación actual del Hospital como E.S.E. de I Nivel con respecto a la desconcentración.....	266
4.3.1	Análisis de la respuesta social del plan de intervenciones colectivas	266
4.3.2	Gestión local para la promoción de la calidad de vida y salud.	267
4.3.3	Análisis de la respuesta comunitaria	286
4.4.	Red pública de empresas sociales del estado.....	288
4.4.2	Consulta egresos de las Empresas Sociales del estado comparativo año 1998 al 2005	292
4.4.3	Evaluación de la calidad en la prestación de servicios	292
4.4.4	Análisis de camas en la localidad	293
4.4.5	Análisis de Aseguramiento	294
4.4.6	Análisis para la atención oportuna frente a urgencias y emergencias	296
4.5.	Análisis por territorio social.....	298
4.5.1	Análisis de territorio social I	300
4.5.2	Análisis de territorio social II	307
4.5.3	Análisis del territorio social II	321
4.5.4	Análisis de la gestión del territorio social III	328
4.5.5	Territorio social IV	330
4.5.6	Atención en emergencias	330
4.5.7	Análisis de Redes Sociales	330
4.5.8	Análisis de la gestión del territorio IV	333
4.5.9	TERRITORIO SOCIAL I	339
4.5.10	TERRITORIO SOCIAL II	341
4.5.11	TERRITORIO SOCIAL III	343
4.5.12	TERRITORIO SOCIAL IV	345
ANEXOS.....		348

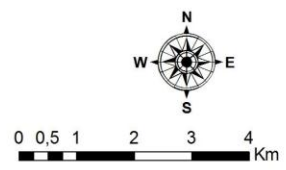
Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2010	349
Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2011	350
Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2012	351
Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2013	352
Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2014	353
Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2015	354



- CONVENCIONES**
- TERRITORIO SOCIAL I
 - VEREDAS
 - borde quebrada con vertimiento y animal mordedor 10 mt
 - PROBLEMÁTICA ANIMAL MORDEDOR
 - PROBLEMÁTICA INUNDACION NATURAL Y ANTRÓPICA
 - PROBLEMÁTICA MINERÍA INDUSTRIA
 - PROBLEMÁTICA VERTIMIENTO RESIDUOS SÓLIDOS
 - ÁREA PROBLEMÁTICA DOÑA JUANA
 - MINERÍA
 - RÍOS
 - VÍAS PRINCIPALES



**CONFLICTOS SALUD
AMBIENTAL CIUDAD BOLÍVAR
2010
Taller de Cartografía Participativa**



..... 19

..... 22

..... 23

..... 24

..... 26

ico de la localidad 29

..... 34

2008..... 39

comparado entre Bogotá y

..... 57

por sexo..... 59

..... 63

..... 64

..... 68

..... 70

zonal del año 2009 73

..... 81

..... 83

..... 85

..... 88

..... 96

..... 97

..... 106

..... 111

..... 120

..... 130

..... 139

..... 140

..... 143

..... 144

..... 155

..... 161

..... 162

..... 175

..... 182

..... 189

..... 193

..... 208

..... 219

Mapa 18 Puntos críticos de vertimientos sólidos..... 85

Mapa 19 Estrato socioeconómico de la localidad 88

Mapa 20 Gráfica de intervenciones de unidades de trabajo informal por actividad económica 96

Mapa 21 Frecuencia de intervención del ámbito laboral en trabajo infantil según sexo..... 97

Mapa 22 Micro territorios sociales 2003-2008 106

Mapa 23 Número de colegios por UPZ y por territorio social del año 2008 111

Mapa 24 Sistema vial y de transporte de la localidad año 2009 120

Mapa 25 De parques y de recreación 130

Mapa 26 División territorial del área urbana año 1997 de la localidad de Ciudad Bolívar 139

Mapa 27 Zonas de condición de calidad de vida y salud. Diagnostico local año 2004 140

Mapa 28 Territorio social I y sus límites 143

Mapa 29 De amenaza y remoción en masa del territorio I..... 144

Mapa 30 Parque minero industrial en el territorio social 155

Mapa 31 Densidad de población proyecciones DANE del territorio social I..... 161

Mapa 32 Etapa de ciclo por UPZ del territorio social I..... 162

Mapa 33 Territorio social II y sus límites..... 175

Mapa 34. Mapa Amenazas Naturales territorio II..... 182

Mapa 35 Densidad de población por territorio social II..... 189

Mapa 36 Número de hombres y mujeres que habitan por unidad de planeación zonal según etapa de ciclo del territorio social II..... 193

Mapa 37 Mapa contexto territorial III y sus límites 208

Mapa 38 Densidad de población territorio social III por UPZ..... 219

<i>Mapa 39 Número de habitantes por etapa de ciclo en unidades de planeación zonal del territorio social III</i>	
.....	223
<i>Mapa 40 Territorio social IV y sus límites</i>	239
<i>Mapa 41 Mapa de áreas forestales</i>	240
<i>Mapa 42 Instituciones que prestan servicios de salud</i>	289
<i>Mapa 43 Propuesta de identificación de acciones conjuntas por territorio social</i>	299
<i>Mapa 44 Núcleos problemáticos por territorio social desde el sector salud</i>	338

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Comparativo porcentual por grupos de edad. Localidad Ciudad Bolívar y Bogotá años 2005-2009-2015</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 2. Tasas natalidad y fecundidad comparado año 2008-2009 entre Ciudad Bolívar y Bogotá</i>	<i>36</i>
<i>Tabla 3. Mortalidad general comparativo localidad Ciudad Bolívar – Bogotá 2005-2007.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 4 Tasa de mortalidad comparativo entre 2006 al 2007 en menores de un año</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 5 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2006 al 2007</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 6 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2006 al 2007</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 7 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2006 al 2007</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 8 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2006 al 2007</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 9 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2006 al 2007</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 10 Tasas de mortalidad infantil comparada entre Bogotá y Ciudad Bolívar como indicadores de las metas distritales</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 11 Proporción de población por etapa de ciclo en condición de discapacidad</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 12. Deficiencias que se presentan comparados con Ciudad Bolívar y Bogotá del año 2008.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 13 Tipo de violencia entre hombres y mujeres notificados por Violencia intrafamiliar año 2008.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 14 De intento de suicidio y suicidio consumado comparativo 2006 al 2008 entre la localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 15 Eventos de notificación obligatoria comparativo año 2005 al 2009</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 16 Personas por estratos en Ciudad Bolívar, Proyección 2009.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 17 Viviendas por Estratos en Ciudad Bolívar, Proyección 2009.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 18, Viviendas por Estrato en Ciudad Bolívar según Unidades de Planeación Zonal.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 19, Personas por Estrato en Ciudad Bolívar según Unidades de Planeación Zonal, UPZ's.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 20 Comparativo de personas pobres y en miseria por necesidades básicas insatisfechas entre los años 2003 al 2007</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 21 Cobertura de barrios por la intervención de salud a su casa durante los años 2003 al 2008</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 22. De condiciones de calidad de vida comparado entre Bogotá y Ciudad Bolívar Año 2003 a 2007 .</i>	<i>107</i>
<i>Tabla 23, Población proyectada para la localidad, desagrupada por grupos quinquenales de edad y género, año 2011</i>	<i>108</i>
<i>Tabla 24, Evolución de la oferta, la demanda y el déficit educativo oficial por nivel de escolaridad 2009-2011</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 25, Datos de oferta, demanda y matrícula en colegios oficiales distritales en la localidad Año 2011 .</i>	<i>110</i>
<i>Tabla 26, Conectividad a internet en la localidad, por hogares 2003 vs. 2007.</i>	<i>116</i>
<i>Tabla 27, Porcentaje de Hurtos a Residencias comparado con porcentaje de homicidios comunes en dos localidades.</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 28, Distribución porcentual de las modalidades de hurtos a residencias en Bogotá (años 2007-2009), por localidades.....</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 29, distribución porcentual de los móviles de homicidios comunes en Bogotá (años 2007-2009), por localidades</i>	<i>126</i>
<i>Tabla 30 Descripción de la clasificación de los territorios sociales</i>	<i>141</i>
<i>Tabla 31 Barrios por Unidades de de planeación zonal.....</i>	<i>145</i>
<i>Tabla 32Hectáreas y población por UPZ</i>	<i>146</i>
<i>Tabla 33 Estrato socio económico por UPZ según el número de manzanas</i>	<i>159</i>

<i>Tabla 34</i>	<i>Hectáreas y población por UPZ</i>	176
<i>Tabla 35</i>	<i>Barrios de la Unidad de Planeación zonal 67 El Lucero</i>	177
<i>Tabla 36</i>	<i>Unidad de Planeación zonal 68 El Tesoro</i>	179
<i>Tabla 37</i>	<i>Barrios por Unidades de de planeación zonal</i>	180
<i>Tabla 38</i>	<i>Número de manzanas por estrato socioeconómico y por UPZ</i>	184
<i>Tabla 39</i>	<i>Distribución de trabajadores según salario, actividad económica y etapa de ciclo año 2009</i>	185
<i>Tabla 40</i>	<i>Número de personas desplazadas por UPZ en el territorio</i>	192
<i>Tabla 41</i>	<i>Barrios de la Unidad de planeación zonal 65 Arborizadora</i>	209
<i>Tabla 42</i>	<i>Barrios de la Unidad planeación zonal de San Francisco</i>	210
<i>Tabla 43</i>	<i>Barrios por unidad de planeación zonal 66 Ismael Perdomo</i>	211
<i>Tabla 44</i>	<i>Número de manzanas según estrato socioeconómico</i>	214
<i>Tabla 45</i>	<i>Tipo de intervención en unidades de trabajo informal 2009</i>	214
<i>Tabla 46</i>	<i>Distribución de trabajadores según salario, actividad económica por sexo</i>	215
<i>Tabla 47</i>	<i>Tenencia de vivienda de las familias del programa salud a su casa</i>	216
<i>Tabla 48</i>	<i>Colegios privados y públicos por territorio</i>	218
<i>Tabla 49</i>	<i>Distribución de acueductos veredales y población beneficiaria</i>	244
<i>Tabla 50</i>	<i>Debilidades, oportunidades, fortalezas y debilidades de la Gestión social integral</i>	265
<i>Tabla 51</i>	<i>Descripción de los riesgos por Centros de Atención año 2008</i>	291
<i>Tabla 52</i>	<i>Déficit y exceso de camas en la localidad año 2003</i>	293
<i>Tabla 53</i>	<i>Comparativo de los diferentes formas de afiliación en salud 2003 y 2007</i>	294
<i>Tabla 54</i>	<i>Distribución de los afiliados en el régimen subsidiado activo y suspendido comparada entre Bogotá y Localidad de Ciudad Bolívar al 31 de Mayo del 2009</i>	294
<i>Tabla 55</i>	<i>Afiliación por sexo régimen subsidiado activo y suspendido comparado entre Bogotá y Localidad de Ciudad Bolívar por sexo al 31 de Mayo del 2009</i>	295
<i>Tabla 56</i>	<i>Tipo de afiliación por grupo de edad comparado entre Ciudad Bolívar y Bogotá, año 2009</i>	295
<i>Tabla 57</i>	<i>Distribución de los afiliados en el régimen subsidiado activo y suspendido de población especial comparados entre Bogotá y Localidades al 31 de Mayo del 2009</i>	296
<i>Tabla 58</i>	<i>Organizaciones sociales</i>	302
<i>Tabla 59</i>	<i>Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – UPA Mochuelo</i>	304
<i>Tabla 60</i>	<i>Listado de Organizaciones por Territorio Social y Etapa de Ciclo</i>	312
<i>Tabla 61</i>	<i>Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – IPS Territorio Social II</i>	313
<i>Tabla 62</i>	<i>Intervenciones para infancia</i>	315
<i>Tabla 63</i>	<i>Intervenciones para juventud</i>	316
<i>Tabla 64</i>	<i>Intervenciones para adultez</i>	317
<i>Tabla 65</i>	<i>Intervenciones para vejez</i>	318
<i>Tabla 66</i>	<i>Proceso de Participación Social y Comunitaria en Núcleos de Gestión</i>	319
<i>Tabla 67</i>	<i>Semaforización Núcleos de Gestión del Ámbito Familiar</i>	320
<i>Tabla 68</i>	<i>Lista de organizaciones sociales del territorio</i>	325
<i>Tabla 69</i>	<i>Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – IPS Territorio</i>	326
<i>Tabla 70</i>	<i>Lista de organizaciones sociales en territorio social IV</i>	331
<i>Tabla 71</i>	<i>Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – UPA Pasquilla</i>	331
<i>Tabla 72</i>	<i>Intervenciones en infancia</i>	332
<i>Tabla 73</i>	<i>Propuesta de intervenciones por territorio social Localidad de Ciudad Bolívar</i>	348

Índice de gráficas

Gráfica 1. Estructura de Población año 2010 - 2015.....	32
Gráfica 2 Grafico de Población Urbano Rural	32
Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer por sexo 2005-2010.....	35
Gráfica 4 Tasa de mortalidad por grupos de edad x10000 comparativo Ciudad Bolívar- Bogotá año 2007 ...	43
Gráfica 5. Tendencia del número de casos de la mortalidad materna comparativo 2004 a 2009	50
Gráfica 6Número de casos de mortalidad infantil en la localidad de Ciudad Bolívar comparado con Bogotá	53
Gráfica 7 Número de casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda comparativo 2004 al 2009 Bogotá y Ciudad Bolívar.....	54
Gráfica 8 Número de casos de mortalidad por enfermedad respiratoria comparado entre la localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá.....	55
Gráfica 9 Número de casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años comparado entre la localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá.....	56
Gráfica 10. Tendencia de bajo peso al nacer comparativo año 2000 a 2007.....	77
Gráfica 11. Tendencia de las gestantes comparativo año 2003 al 2008	78
Gráfica 12 Frecuencia de desnutrición en niños y niñas menores de 7 años, comparado entre 1997 - 2008...	79
Gráfica 13, Personas por Estrato Socio-económico en Ciudad Bolívar (Proyección 2009).....	89
Gráfica 14, Viviendas por Estrato Socio-económico en Ciudad Bolívar (Proyección 2009).....	89
Gráfica 15 Interpretación de los resultados del agua para consumo humano, promedio anual 2009	115
Gráfica 16 Estructura de la población año 2010 del territorio social II.....	190
Gráfica 17Población por UPZ comparado 2010 y 2011	220
Gráfica 18 Estructura de población para el territorio social III.....	221
Gráfica 19 Organización de la gestión social integral en el contexto local	263
Gráfica 20 Núcleo problemático del territorio social I y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta	339
Gráfica 21 Núcleo problemático del territorio social II y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta	341
Gráfica 22 Núcleo problemático del territorio social III y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta	344
Gráfica 23 Núcleo problemático del territorio social IV y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta	346

Lista de créditos

Nivel Distrital

Alcalde Mayor	Samuel Moreno Rojas
Secretario Distrital de Salud	Héctor Zambrano Rodríguez
Gerente Hospital Vista Hermosa ESE	Esmir Torres Monrras
Director de Salud Pública	Ricardo Rojas Higuera
Área de Análisis y Políticas	Luis Jorge Hernández Flores
Equipo Técnico Distrital	
Secretaria 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 Hortúa

Nivel local

A todos y todas, los y las habitantes de la localidad, a los y las trabajadores de salud, presentes y ausentes, que han contribuido al desarrollo social, en un proceso continuo de aprendizaje. “Es preciso ser humilde para aprender” –

Brida

La salud pública. El desafío por el rescate de los derechos humanos- Salud para Ciudad Bolívar

Subgerente de servicios de salud	Edgar Castillo
Profesional especializado Grupo de Salud Pública	Claudia Silenia Niño Rey

Profesional especializado
Grupo de Salud Pública Martha Lucia Cuervo Manosalva

Control Interno y disciplinario Nohora Velásquez Salamanca

Equipo técnico del diagnóstico

Enfermera especializada en epidemiología María Zaideé Barbosa Devia

Trabajadora social
Especialista en planeación del desarrollo social Olga Lucia Alarcón Ovalle

Geógrafa Juliana María Damelines Pareja

Trabajadora social Rocío Janneth Duran Mahecha

Equipo de apoyo de Gestión Local en Salud

Tatiana Rodríguez - referente de etapa infancia y vejez, Angélica Arenas - referente de etapa juventud y adultez, Claudia Hernández – coordinadora de salud al trabajo, Eduardo Castillo de la transversalidad de ambiente, Paula Lorena Rodríguez - referente de vigilancia en salud, Mónica Bello coordinadora del ámbito comunitario y Rosemary Cadena González coordinadora del ámbito escolar.

A todos los y las trabajadoras del equipo del Plan de intervenciones colectivas del año 2009- 2010.

Aportes de fuente primaria

De la comunidad en general y organizaciones comunitarias de la localidad, instituciones educativas y sociales.

Fecha de actualización del documento Noviembre de 2010.

Introducción

El análisis de la determinación social en salud para la localidad de Ciudad Bolívar, se enmarca dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud con el objeto de reorientar las políticas públicas que propenden por el derecho a la salud. Haciendo énfasis en que en el siglo XXI el concepto de la salud ya no se concibe como ausencia de la enfermedad, sino como el análisis de los determinantes sociales para la salud, la enfermedad y la muerte, es por ello que para la construcción del Diagnóstico local de salud con participación social 2010 se parte de la organización política, social, económica y cultural de los hombres y mujeres que habitan el territorio a partir de la determinación social en salud.

El desarrollo del análisis de situación en salud para la localidad 19 de Ciudad Bolívar se presenta en cinco capítulos, los cuales incluyen el análisis de la determinación social en salud a nivel de las relaciones entre territorio - población - ambiente; producción – consumo; profundización de los territorios sociales; respuesta social organizada; propuesta de Intervención colectiva. Es así como a continuación se presenta el esfuerzo realizado por el equipo del Hospital Vista Hermosa E.S.E I Nivel y por la comunidad participante en los diferentes procesos de intervención para la población de Ciudad Bolívar.

A lo largo de todo el documento se describe información de orden cualitativo y cuantitativo, explicando la interacción entre el territorio, la población, las formas de producción y consumo y la generación de factores deteriorantes de la salud, buscando visualizar las condiciones diferenciales de vida en los territorios sociales, las transversalidades de equidad y los grupos poblacionales de mayor fragilidad y/o vulnerabilidad social.

Este documento trasciende desde la observación institucional de la enfermedad hacia los determinantes sociales en salud, aspecto que permite realizar un análisis de la población en los territorios y acercarse a la identificación de sus condiciones de calidad de vida; además su construcción parte de la experiencia de vida de los habitantes del territorio y de los diferentes actores sociales de la localidad; así como de fuentes secundarias disponibles en su momento.

El primer capítulo cuenta con una descripción de las relaciones territorio - población – ambiente, el cual contempla la historia de poblamiento, las características ambientales y la dinámica territorial; igualmente se presenta la división político administrativa, la estructura de la población con enfoque diferencial y las principales causas de muerte de la población, análisis de la mortalidad evitable y la relación salud – ambiente- territorio.

El segundo capítulo describe el análisis de la determinación social producción -consumo, en este se caracteriza la condición socioeconómica relacionada con la ocupación, condiciones de trabajo del adulto e infantil; las condiciones de calidad de acceso o restricciones de bienes y servicios, y el nivel educativo que afecta la seguridad alimentaria de los habitantes de la localidad.

Para el capítulo III se realiza una profundización de los territorios sociales a partir de la caracterización general de la localidad presentada en los capítulos 1 y 2. Se define la configuración de los territorios sociales de la localidad, con el fin de establecer las condiciones de calidad de vida y salud por etapa de ciclo vital con enfoque diferencial, profundizando el análisis de la determinación social de la realidad y visibilizando las exposiciones y factores protectores o deteriorantes sobre los cuales emergen los núcleos problemáticos por cada uno de los territorios sociales de la localidad.

En el capítulo IV se presenta el análisis de la respuesta social del sector salud, relacionada con la oferta de servicios y la forma de aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud; se describe la situación de descentralización y desconcentración, el análisis y operación de la Gestión Social Integral.

En el último capítulo se encuentra la propuesta de Intervención colectiva para el año 2011, la cual se construye a partir de los núcleos problematizadores y los temas generadores por territorios sociales con enfoque poblacional. Esto con el fin de ejecutar acciones eficientes y efectivas acordes con la realidad de la población que habita en los territorios, teniendo en cuenta sus potencialidades y derechos afectados.

Se hace la aclaración que éste es un documento en permanente construcción, que busca apoyar los procesos de planeación y de construcción de conocimiento de los diferentes actores que hacen parte de las dinámicas de la localidad.

Marco conceptual y metodológico

De acuerdo a la Constitución de 1991 Colombia se rige como un Estado Social de Derecho, en donde no solo se supone el reconocimiento del mismo como garante de derechos de Colombianos/as, sino la manera de materializar los mecanismos para el disfrute de los mismos. En este sentido, los sistemas políticos y económicos de la nación están dirigidos al desarrollo humano¹, que se sustenta en políticas que buscan mejorar la calidad de vida y propiciar la equidad social entre las personas.²

Es por esto que la Constitución establece la descentralización y autonomía de sus entidades territoriales, como una estrategia que logre movilizar los intereses colectivos de la sociedad, este tipo de modelo ha tenido inconvenientes en su aplicabilidad, especialmente por las dificultades en la asignación de recursos y la autonomía financiera que presume.

La descentralización y sus límites

Para el caso específico de Bogotá, se cuenta con un modelo propio para la ciudad, en donde se crean unas unidades políticas administrativas reconocidas como localidades, que buscan afianzar las relaciones y la interlocución de la comunidad con la administración Distrital. El fin último de la descentralización es promover la participación ciudadana, la organización, mejorar la eficacia y eficiencia de los recursos de acuerdo con las realidades locales, optimizar la formación y aprendizaje colectivo en materia de convivencia y productividad, e incentivar procesos de planeación, administración, gobierno y control social³. Sin embargo, la aplicabilidad de este modelo no ha logrado cumplir con los propósitos expuestos, es evidente que las comunidades aun no logran acercarse a los procesos administrativos locales, ni hacer parte de ellos⁴.

Las instituciones han encaminado su trabajo a la defensa y posicionamiento de políticas públicas de manera sectorial, olvidando que la realidad social y los sujetos son seres holísticos y dinámicos, desencadenando una fragmentación comunitaria, bajo estos parámetros, la administración distrital actual se plantea uno de los mayores retos en temas de descentralización, en términos de recuperar la confianza ciudadana, incentivar la

¹ “Se propone entender el desarrollo humano como la expansión de las libertades reales que disfrutaban las personas. Estas libertades son tanto los fines como los medios principales para el desarrollo. Entre ellos esta, la libertad de participar en la economía, pero también la libertad de expresión y participación política, las oportunidades sociales, incluyendo el derecho a exigir educación y servicios sanitarios, la existencia de mecanismo de protección social, garantizados por redes de seguridad como el seguro de desempleo y ayudas contra el hambre” En: SEN. Amartya. Capacidades, Libertades y Desarrollo. En: TIRANT. Lo Blanch. Teorías Políticas Contemporáneas. Valencia. España. 2001. Pág. 381

² POLANCO DÍAZ, Héctor. “Cuestión Étnica y Cambio Social en América Latina”. Editado por: ZAMBRANO, Carlos Vladimir. Etnopolíticas y Racismo. Conflictividad y Desafíos Interculturales en América Latina. Capítulo II. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia. 2002. Pág. 142 - 143

³ SILVA, Jaime. Marco Conceptual. La Descentralización en Bogota. Una Visión Prospectiva. Documento Preparado para la Fundación Corona. Bogota. 2000.

⁴ De acuerdo con la encuesta de perceptibilidad “Bogotá Como Vamos” en el año 2006, se estableció que el 97% de la población no conocía el nombre de su alcalde local, y la mitad no había oído hablar de las JAL. En cuanto a los mecanismos de participación, el 75% no los conocía o ni siquiera había escuchado de ellos. En: MALDONADO. Alberto. Proyecto Bogota Como Vamos. Descentralización Territorial En Bogota. El Espíritu Centralista de las Autoridades Descentralizadas. Resumen Ejecutivo. Colombia. Septiembre. 2007

participación, buscar la transparencia en el gasto público, movilizar el desarrollo de las localidades y la sostenibilidad de las mismas.

Para ello, se hace necesario que las administraciones locales entren en un dialogo más cercano y permanente con las comunidades que representan a partir del reconocimiento de sus problemáticas, en este sentido, las instituciones Estatales deben entrar en un proceso de articulación de las acciones, que han venido atomizándose en actividades parciales bajo los intereses particulares de cada sector.

El Análisis de situación en salud para Ciudad Bolívar es un documento que se respalda a nivel Nacional con el decreto 3039 de 2007, Plan territorial de Salud, donde se introducen conceptos como determinación social, atención primaria en salud y gestión integral y en el Plan de Desarrollo Distrital Bogotá positiva: Artículo 6: “La gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el Distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios” por lo tanto, la administración Distrital adopta como estrategia para el cumplimiento de los objetivos de su Plan de Desarrollo, la implementación de la Estrategia de Gestión Social Integral, por medio de la cual pretende acercarse a los contextos locales, haciendo una lectura de las dinámicas territoriales y poblacionales.

La inclusión del enfoque territorial en el sector salud se convierte en la herramienta de materialización de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, reconociendo las particularidades de las poblaciones y la manera como dichas afectaciones se expresan en escenarios concretos. La salud pública de acuerdo a sus competencias; “posee una dimensión individual que contienen elementos de carácter asistencial, (promoción y prevención) colectiva, relacionada con la asistencia sanitaria y las demás acciones de intervenciones en relación con la salud pública.”⁵

El sector salud es el encargado de dar cumplimiento a los objetivos del milenio con base al Plan Nacional de Salud, Plan de Desarrollo Distrital y Plan de desarrollo Local a través de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, razón por la cual este sector debe adoptar una postura desde la equidad con miras a garantizar el reconocimiento de los derechos humanos.

Para la localidad de Ciudad Bolívar de Bogotá D.C., el análisis de la situación en salud recurre a las fuentes primarias producto de los trabajos y de las intervenciones comunitarias realizadas por el Hospital Vista Hermosa E.S.E I Nivel de Atención, también a fuentes secundarias del DANE, de Cámara y Comercio, Secretaria de Hábitat, Agendas Ambientales Locales y la Secretaria Distrital de Salud. Este año se propone que la respuesta para las intervenciones en salud sea organizada por territorios sociales, debido a la particularidad de la localidad y buscando dar una respuesta integral que contribuya de manera eficiente a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población; bajo esta propuesta, se pretende posicionar al sector salud como líder del proceso transectorial por ser éste el experto de la interpretación de las afectaciones en salud.

El Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, para profundizar en el análisis de la situación en salud desarrolló una metodología que contempla: la organización institucional y el diseño de preguntas orientadoras que

⁵ DEFENSORIA. Del Pueblo. Colombia el derecho a la salud: En la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá. 2003.

profundizan el análisis de las condiciones de calidad de vida y salud por etapa de ciclo vital con enfoque diferencial, para poder organizar la respuesta transectorial por territorio social.

Paradigma Social en Salud

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

El paradigma social plantea que para entender las causas de salud- enfermedad, se las incorpora como parte de las políticas sociales, por lo que tiene que desarrollarse conjuntamente con una perspectiva biológica, médica, psicosocial y ecológica; este enfoque genera una visión sistémica de la salud que ya no es solo asistencial, sin desconocer la importancia que dicho aspecto tiene para la vida de los sujetos; es así como se determinan tres niveles de análisis que interactúan entre ellos y posibilitan entender el proceso de salud-enfermedad desde lo que se ha denominado como determinantes sociales en salud y que a continuación se describen:

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

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

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

De esta manera, los determinantes sociales de la salud apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios⁶.

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

Desde esta estrategia, se reconocen los derechos sociales bajo tres principios fundamentales; la equidad, la integralidad y la universalidad. Este pensamiento busca reducir las brechas entre las poblaciones, dando respuesta a sus necesidades bajo unos criterios de autonomía, entendiendo esta última como: “el ejercicio pleno de la libertad y por ende permite la emancipación política. Las personas deciden lo que les conviene frente a la vida, la democracia y el espacio público como expresión social”⁷

⁶ OMS. Organización Mundial de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Noviembre de 2004

⁷ GARCIA Sarria, Alex. Estrategia promocional de Calidad de Vida y Pedagogía. Experiencia de la Escuela popular de Líderes en Salud en la localidad de Suba. Fundación Fergusson. Congreso Salud Pública. Salud y Sociedad. Universidad Pontificia Javeriana. Bogota. 2006

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

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

En términos generales, la Gestión Territorial inmersa en la Gestión Local Integral de la Salud debe articular las apuestas Nacionales y Distritales en materia de salud, valiéndose de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Estrategia de Gestión Social Integral, entendiendo este proceso como una articulación de los recursos del Estado, puestos en acciones sectoriales y tras discusiones transectoriales, para el desarrollo de procesos que afecten la calidad de vida de los sujetos en los escenarios locales, y buscando maximizar el impacto de la inversión social⁸.

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

Buscando un Enfoque territorial, Poblacional y Diferencial

De esta manera, los procesos de descentralización local reconocen el territorio y sus particularidades, partiendo de una noción específica del territorio⁹. En términos generales, el territorio se asume como una construcción social que se hace a partir de las relaciones, interacciones y apropiaciones que los sujetos realizan con relación a un espacio sin importar sus delimitaciones, de esta manera, el territorio supera la noción de lugar y/o espacio físico, para enmarcarse como aquel espacio en donde se crean y recrean los recursos materiales y simbólicos, adquiriendo un sentido político.

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

⁸ Universidad Nacional de Colombia. Definición Gestión Social Integral. Secretaria de Integración Social. Bogota. 2006.

⁹ El territorio se concibe como el escenario donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente; en este sentido, se identifican dos condiciones primordiales del territorio, como:

- Escenario Social: donde se puede visualizar la totalidad de la población, donde se identifican las condiciones diferenciadas de calidad de vida de quienes lo habitan, donde se reconocen las necesidades desde los derechos y sus respectivas inequidades.

- Escenario Político: Donde se detecta la arquitectura para la acción transectorial y su articulación con la acción social, los actores estratégicos, las asimetrías de poder y las reglas de interacción entre los actores. En este escenario se determina la necesidad de fortalecer la estructura del Estado en los territorios y las sinergias entre sus actores para lograr legitimidad y gobernanza local.

Convenio Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Arco Iris. Secretaria de Integración Social/ Secretaria Distrital de Salud. “Taller de Acuerdos Conceptuales” Gestión Social integral. Bogota. 2009.

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

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

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

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

Transformaciones de la Gestión

Es así como la gestión social integral en el marco de la administración pública requiere de la transformación de los escenarios públicos, institucionales y sociales, lo que genera cambios en las prácticas sociales tales como avanzar en la descentralización y/o desconcentración (Decreto 101, Marzo 2010), así como establecer corresponsabilidad entre el estado y sociedad civil, realizar planes de acción concertados en territorios sociales con todos los actores sociales, precisar temas generadores, criterios de focalización e inserción, así como crear vías de comunicación entre las directivas institucionales y cada actor social para la toma de decisiones.

Se parte de reconocer que la razón del Estado es garantizar el bienestar y la seguridad de los habitantes, se busca la gobernabilidad y la presencia institucional en los territorios, generando estrategias de los diferentes gobiernos para lograrlo. Se trata de desconcentrar el Estado trasladando las acciones institucionales por territorio de acuerdo a sus realidades sociales, a través de intervenciones acordes con la misión institucional y que puedan ser ajustadas de acuerdo al cambio de las realidades o a una decisión social comunitaria.

“La descentralización administrativa por la transferencia de funciones, recursos, y capacidades y de proceso gerencial y administrativo puede ser: administrativa, fiscal y política; “¹⁰ a continuación se describen algunos conceptos de descentralización:

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

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

Descentralización hacia el mercado¹¹: Surge dentro de una política de carácter neoliberal que propone la transferencia de responsabilidad del estado hacia particulares siendo este un mecanismo de privatización.

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

Ventajas:

-Desarrollo económico de acuerdo al territorio (por escalas), fácil organización de la oferta de servicios, fácil control y seguimiento, respuesta de acuerdo a las realidades sociales ya no determinada por un lineamiento centralizado por la S.D.S. (Secretaría Distrital de Salud), que no son coherentes con las necesidades de los grupos. Al crearse de acuerdo al grupo de trabajo facilita un mejor acercamiento a la realidad social con mayor satisfacción social, por ello las intervenciones obedecen a una necesidad sentida y no a una uniformidad de intervención.

Desventaja:

-Sensación de lejanía desde los entes centrales, sensación de pérdida de responsabilidad de estos, se necesita una inversión acorde a las particularidades locales del territorio, el gobierno local tiende a priorizar de acuerdo a los intereses políticos, alejándose de la realidad de los territorios y generando menor posibilidad de satisfacción social, por lo tanto se requiere una mayor complejidad en el control, seguimiento y autonomía en el manejo de los recursos.

Se sugiere que la orientación de la gestión local en salud brinde las herramientas para la construcción del conocimiento y de posicionamiento político, y que mediante la vigilancia en salud y salud ambiental brinde los indicadores para dar cumplimiento tanto con los objetivos del milenio como con los planes de Desarrollo.

¹⁰ Cohen y Peterson (Cohen, John M. And Stephen B. Peterson. 1996 Methodological issues in the analysis of decentralization.).

¹¹ (Departamento Nacional de planeación. Dirección de desarrollo territorial. 2002Evaluación de la descentralización municipal en Colombia Balance de una década tomo I. Marco conceptual y resultados de progreso municipal; pagina 14 a 16)

Para poder avanzar en este camino, el Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. parte de su proceso histórico local y de la situación actual que a continuación se describe para poder organizar una respuesta acorde con las normas vigentes y el paradigma actual.

Análisis desde el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E

Para el análisis de situación en salud, a partir del año 1993 se dio inicio a una planeación y organización interna del Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E como un proceso permanente de estudio de la situación en salud que vinculara a los diferentes actores en la recolección de información desde fuentes primarias y secundarias, que se ha transformado hacia el concepto actual de la determinación social, vinculando las interacciones en los ámbitos de la vida cotidiana y partiendo en las discusiones de la mirada de los enfoques poblacional, diferencial y territorial.

Este ejercicio de organización interna se pensó desde los escenarios de reunión consolidados en las acciones del plan de intervención del año 2009 y en la creación de otros espacios, buscando la participación integral y confiriendo un sentido a la forma como dichos escenarios aportan a la construcción de conocimiento en el análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en cada uno de los territorios sociales.

Como primera medida, y acorde a las guías técnicas de trabajo enviadas por la S.D.S., se elaboró un plan de acción para el primer semestre de 2010, acorde con las fases propuestas por el nivel central y en concordancia con la propuesta de organización interna de la ESE; este plan de acción contempló un momento inicial de socialización de los resultados 2009, y cuatro fases de trabajo, que a continuación se describen:

Primera fase: Se hacen los ajustes y propuesta en de unidades de análisis primarias y secundarias. Las unidades primarias tienen que ver con la recolección de información directa y el análisis de la misma desde la operación de las acciones, es decir desde los ámbitos de vida cotidiana, para luego pasar a un análisis desde la determinación social, que facilita una lectura de la información por desplazados, etnias, actividad física, seguridad alimentaria, discapacidad, trabajo, ambiente y género sin desconocer las interpretaciones desde la salud mental, salud oral, salud sexual - reproductiva, enfermedades crónicas y transmisibles.

Segunda fase: Se desarrollan las unidades de análisis a través de preguntas orientadoras por territorios sociales, teniendo en cuenta los espacios de análisis descritos anteriormente en los que se toman como fuente primaria las narrativas elaboradas en el año 2009 para el diagnóstico local, los talleres, conversatorios, grupos focales; con este análisis se busca analizar la situación en salud, describir los determinantes sociales, analizar la gestión local y la respuesta institucional para determinar déficit de oferta.

Tercera fase: Se realizan ejercicios de cruce de información mediante una lectura integradora de las partes, las unidades de análisis dividen el todo, haciendo un análisis de la realidad desde la óptica de cada intervención; en esta fase se avanza en articular y retomar el todo desde los individuos por etapa vital, de esta manera se generan narrativas por territorio social, desde la óptica de la etapa de ciclo vital, reformulando núcleos problemáticos que apunten a una posterior respuesta institucional.

Cuarta fase: Se organiza el PIC 2011 por territorio social por núcleos problemáticos, sin desconocer los procesos de participación comunitaria como principal actor dentro del proceso; en esta medida, se busca la coherencia con los ejercicios de articulación transectorial y planeación de agendas sociales desde el proceso de diseño de respuestas integrales que propone la estrategia de gestión social integral.

Los núcleos problemáticos construidos en el presente documento constituyen el conjunto de situaciones y problemas que afectan un territorio, creando una condición específica que es necesario entrar a mitigar, para disminuir sus efectos y mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población; la identificación de estos núcleos facilita la construcción de respuestas integrales, evitando caer en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas que pueden ser causas de otros sin impactar adecuadamente la realidad, desde estos núcleos se construyen los temas generadores, que se convierten en las ideas fuertes con las que se genera una respuesta. El tema generador no solo propone una posible solución, sino que se expresa en términos de mostrar la condición ideal a la que se pretende llegar, luego de intervenir integralmente el territorio. En este sentido, los temas generadores buscan la movilización de los actores sociales y comunitarios inmersos en el territorio, o de aquellos que es necesario incluir para transformar el núcleo problemático identificado.

▼ **Objetivo general**

Fortalecer el proceso de gestión local en salud con la participación de actores sociales, mediante la descripción y análisis por territorio social, posibilitando la construcción de alternativas transectoriales para la localidad de Ciudad Bolívar.

▶ **Objetivo específico**

Describir las características, geográficas, límites, formas de producción y consumo por territorio social.

Caracterizar la población por etapa de ciclo vital y por territorios sociales en las potencialidades y problemáticas para la búsqueda de alternativas de solución.

Profundizar en las problemáticas que afectan a la población y que permitan la identificación de los núcleos problemáticos por territorio social.

Construir una respuesta integral a partir de los núcleos problemáticos que propenda por una articulación transectorial.

Recolección de la información

Para el año 2010, se organizó la información por territorio social, tanto de los ámbitos como de los diferentes subsistemas de vigilancia, se avanzó en análisis de situación por territorio social desde el sector salud y se organizó la gestión en torno a los territorios. Se parte de unas fuentes de información que se describen de la siguiente manera.

▼ **Fuentes primarias**

En esencia son los productos captados por el quehacer cotidiano de cada uno de los ámbitos y de las diferentes intervenciones del hospital y que a continuación se describen:

Ámbitos: Aquellos en los que bajo la responsabilidad del coordinador se definen los mecanismos de seguimiento y evaluación de la recolección y la forma de ordenar la información de fuentes primarias y secundarias de cada intervención del ámbito (Respecto de cada una de las cinco (5) guía de análisis suministradas por a S.D.S. el año 2009).

También se determinan las dinámicas y responsables de asistencia a espacios de análisis de dicha información, incluyendo reuniones del mismo ámbito y las definidas por la gestión local y coordinaciones de salud pública y plan de intervenciones colectivas.

Los referentes de proyectos de autonomía: son las personas encargadas de salud mental, sexual y oral; y de las **transversalidades** como: ambiente, discapacidad, seguridad alimentaria, etnias, desplazados, actividad física, estas son las unidades de análisis en las que según acuerdos y dinámicas de cada espacio se realizaron análisis de información (1ria y 2ria), a partir de nueve (9) preguntas orientadoras que buscan establecer la relación y situación de dicha información en cada una de las intervenciones, a partir del enfoque territorial, poblacional y diferencial. De este ejercicio, hasta el mes de junio se construyeron las narrativas por cada territorio social para el capítulo 4 del presente documento y a partir de julio, se realizó el trabajo en el marco del capítulo 5.

▼ Fuentes secundarias:

Son todos los productos obtenidos desde la fuente primaria y que facilitan la construcción de análisis desde los documentos de narrativas por territorio social y otros.

Por cada una de las transversalidades y proyectos de autonomía que contribuyen a la construcción para las intervenciones se consideran las áreas para toma de decisiones y consolidación integral entre lo asistencial y lo público en los espacios que a continuación se describen:

Las salas de análisis de situación por etapa de ciclo: los análisis se realizan cada miércoles entre las 7:30am y 9:30am, y se enmarcan dentro de cada etapa del ciclo vital.

Equipos técnicos poblacionales: Antes denominados grupos funcionales; Son unidades de análisis que se realizan en torno a temas particulares de cada etapa vital. Se reunieron cada tres meses (incluyendo las unidades de análisis para la construcción de servicios amigables para cada etapa de ciclo como reto institucional). Toman en cuenta todos los documentos editados por entidades del Distrito y los que consolida la Secretaria Distrital de salud por determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares

Durante el año 2009 en el contexto local, el Hospital Vista Hermosa de I Nivel, E.S.E. brindó las herramientas de orientación para el equipo técnico local, no se continuó con el proceso por dificultades conceptuales de parte de los encargados de ejecutar las políticas.

Para el año 2010, el Hospital de I Nivel participó activamente en el planteamiento de la problemática por territorio social, el cual fue construido con la participación de 8 secretarías de las 12 existentes, se avanzó en la descripción de los derechos afectados y en socializar lo avanzado; a la fecha se han presentado dificultades para consolidar el documento desde la Gestión Social Integral por territorio social, por lo que no se ha logrado el proceso transectorial.

1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES ENTRE TERRITORIO, POBLACIÓN Y AMBIENTE

La historia es importante para acercarse a un conocimiento más certero de la realidad porque facilita la interpretación de los acontecimientos, genera espacios de información y discusión para el desarrollo de nuevas formas de organización dentro de un contexto político, social y cultural, dentro de un contexto geográfico único e irrepetible.

1.1. HISTORIA DE POBLAMIENTO Y ESTILO DE DESARROLLO SOCIAL

En 1900, Bogotá era una ciudad con deficiente progreso en infraestructura de servicios públicos, su desarrollo urbano se circunscribía a lo que hoy es el centro histórico y alrededor de este existían haciendas de la época colonial con sus respectivos cultivos¹². Durante el siglo XX, Bogotá presentó un crecimiento acelerado por el desplazamiento de personas producto de la violencia civil de otros departamentos de Colombia; la ciudad no tuvo la infraestructura para albergar estas familias, luego se presentó la necesidad de lotear y vender tierras, así como de invadir terrenos, conformándose los primeros asentamientos subnormales en la década del cincuenta, con los barrios Meissen y México, territorios que eran parte de los municipios de Bosa y Usme y en 1954 son agregados al Distrito Especial de Bogotá.

En la década de los 60 existió gran auge de asentamientos humanos; se crearon industrias, en especial sobre la autopista sur y continuó el crecimiento de barrios ilegales en terrenos que, por estudios de suelo realizados por la Corporación autónoma regional CAR, se consideró que no eran adecuados para la agricultura.

Para 1974 se inician proyectos respaldados por la Caja de Vivienda Popular, la entrega de viviendas en alquiler a un precio mínimo para familias con bajos ingresos, entre 1970 y 1980 se crea Candelaria la Nueva y en 1988 se desarrolla un gran proyecto con la entrega de 10,600 lotes con servicios para ser desarrollados y autoconstrucción.

¹² Plan de ordenamiento territorial, Decreto No. 619 del 2000, Subdirección de Desarrollo Social, Sistema de información geográfica, Bogotá

Con el Acuerdo 14 de septiembre 7 de 1983, se creó la Alcaldía Menor de Ciudad Bolívar, a la vez que se definieron sus límites. Posteriormente, la Constitución de 1991 le da a Bogotá el carácter de Distrito Capital; en 1992 la Ley 1a reglamenta las funciones de la Junta Administradora Local, de los Fondos de Desarrollo Local y de los Alcaldes Locales, y determina la asignación presupuestal mediante los acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital definió el número, la jurisdicción y las competencias de las juntas administradoras locales con un total de once ediles. Finalmente, el Decreto - Ley 1421 determina el régimen político, administrativo y fiscal bajo el cual operan hasta hoy las localidades del distrito.

El relleno Sanitario Doña Juana fue construido en 1987, ubicado al margen izquierdo (oriente) del río Tunjuelo, UPZ Monte Blanco No. 83, al norte de Pasquilla, al occidente limita con el perímetro urbano de esta UPZ; se presentó un grave derrumbe en septiembre 25 de 1997, se exigió el plan de manejo ambiental en 1998 y 15 años después se inició el funcionamiento de la planta de tratamiento de lixiviados.

Los residentes vecinos del relleno más antiguos son de la vereda de Mochuelo Bajo, viven en esta hace un promedio de 32 años con respecto a la inauguración del relleno; los barrios Barranquitos, Brazuelos de Santo Domingo, La Esperanza, Lagunitas, Paticos, La Esmeralda, se conformaron 3 años después de haberse inaugurado el Relleno Sanitario Doña Juana por compra de lotes que fueron legalizados en el año 2000.

Con el acuerdo 13 de 2000, la ciudad inicia un proceso sistemático de planeación participativa en cada localidad en la que los ciudadanos se organizan por comisiones de trabajo para hacer propuestas de inversión; se organizan por etapas de urbanización que comienzan desde la década de los ochenta, con asentamientos en la parte alta de las montañas, barrios como Naciones Unidas, Cordillera, Alpes, Juan José Rendón, Juan Pablo II; a través de programas “lotes con servicios” y con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo, los barrios Sierra Morena, Arborizadora Alta y Baja.

En la década de los 90 “predominaban las calles destapadas, no había transporte, no había centros educativos, mucha pobreza y necesidades por la construcción de las casas, inseguridad, no existía transporte urbano, había unas carriolas en las que se viajaba con el mercado, con olor a cebolla, pescado, ajo, cilantro y con gallinas, este transporte se accidentaban con facilidad ya sea por sobrepeso o por que los carros ya eran muy viejos o por falta de mantenimiento, este era el único medio de transporte para desplazarse de un barrio a otro, no se veían taxis, se caminaba mucho porque no había rutas, se observaba un gran compromiso por parte de la comunidad para que existiera insumos en los centros de salud, porque ellos administraban la plata de las consultas que se realizaban, se compartía su pobreza con los trabajadores del centro de salud; nos tocó vivir el primer paro cívico que existió en Bogotá, y después de este mejoró muchísimo la localidad, esto ocurrió en el año 1992; en esta década se vivió la limpieza social en toda la localidad, existía áreas despobladas que actualmente están construidas. Para el año 2000 se presenta una mejor infraestructura, con transporte, aunque sigue la dificultad de acceso en las faldas de las montañas por el diseño de las vías; se han desarrollado conjuntos de apartamentos y de casas lo que ha generado un cambio en la estructura y una visión diferente comparado con los antiguos barrios de la localidad, existen conjuntos cerrados y urbanizaciones como Casa Linda, Casa Grande, Reservas del Tunal, Parques del Tunal; actualmente se continua con el desarrollo de conjuntos de vivienda de interés social.¹³

¹³ BARBOSA. Zaideé. CABRA. Zandra; Conversatorio de historia de vida con los trabajadores del Hospital Vista Hermosa I Nivel. E.S.E. Bogotá, Agosto del 2008

Se reconoce la localidad como una zona de alta vulnerabilidad social porque se presenta alta recepción de población en condiciones de desplazamiento forzado o voluntario de personas procedentes de diferentes lugares del país, algunos buscan sus familias o grupos de amigos y otros compran lotes en la parte alta de la localidad con riesgo de deslizamientos.

El Departamento de Emergencias y Desastres, la alcaldía y las organizaciones comunitarias han realizado la reubicación de familias en riesgo, por esta dinámica han desaparecido barrios como el Espino sector I y II, tres manzanas en la Estrella y de Naciones Unidas, de estas reubicaciones han quedado escombros, que según la comunidad significan un riesgo por que los jóvenes que habitan el territorio intimidan con piedras y ladrillos a otros habitantes, también se convierten en contaminación del barrio por escombros. La comunidad refiere que se percibe la presencia de diferentes actores sociales al margen de la ley, se divisa alta pobreza social, ausencia de recursos económicos por la dificultad de conseguir empleo, esto hace que predomine el empleo informal o el rebusque de sus habitantes.

En lo rural, los cambios están determinados por la expansión del relleno sanitario Doña Juana, que se considera como una amenaza para las veredas por parte de los campesinos y campesinas, quienes no aceptan la reubicación en el área urbana¹⁴ ya que ellos son principalmente agricultores; a diferencia del parque minero, al que no ven como amenaza y sí como una fuente de empleo, además existe la expansión de zonas de reserva ecológica para el D.C.

1.2. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS AMBIENTALES

El ambiente es una condición física externa que puede afectar a los individuos y a otros seres vivos, puede estar alterado por las actividades de los seres humanos, ya sean culturales, sociales o de formas de producción para el desarrollo económico.

Para efectos de registros meteorológicos de Doña Juana, a cargo de la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca CAR, se instalaron en la localidad dos estaciones que registran las precipitaciones: La Regadera y Quiba. La localidad ocupa terrenos comprendidos entre una altitud de 2.400 metros sobre el nivel del mar (msnm) en la parte más baja y 3.100 msnm en su parte más alta, clasificándose dentro del piso térmico frío.

La temperatura promedio anual en la zona es de 13.59 grados centígrados, para el año 2008 fueron 14 grados centígrados, la mínima para el año fue de 1.3 como la más baja y para el 2008 4.5 grados, con estos datos comparativos se puede observar que ya no se presentan temperaturas tan bajas como en el año 2007, aunque la afectación a los cultivos se sigue presentando igual que dicho año. El brillo solar promedio mensual ponderado anual es de 149,6 horas de sol, para el año 2007 y para el año 2008 146,24 horas. El periodo de mayor radiación solar es el de septiembre que coincide con el periodo seco. Durante el año se presentan dos periodos, uno de lluvia y otro seco que coincide con el comportamiento de Bogotá. La humedad relativa mensual es de 27,58% y la velocidad promedio mensual anual es de 4,02 metros por segundo para el año 2008.

¹⁴ BARBOSA, Zaidee, CABRA Zandra; Conversatorio de historia de vida con los trabajadores del Hospital Vista Hermosa I Nivel. E.S.E. Bogotá, Agosto del 2008

Por estudios geológicos y de suelos en la localidad se divide la región en once zonas, de las cuales sobresalen las siguientes: Una ubicada al norte, correspondiente a un sector relativamente plano, con ligeras inclinaciones circundado por los barrios Candelaria la Nueva, San Francisco y Abraham Lincoln, este sector corregido del río Tunjuelito está compuesto por arcillas expansivas, que convierten el terreno en inestable, amenazando a las viviendas actuales, se advierte la no continuación del proceso urbanizador.

El área delimitada por la escuela de artillería (Tunjuelito) y el barrio México al norte, la urbanización Grabada y el barrio Cortijo al sur, cuyos suelos están compuestos principalmente por gravas areno-limosas, en esta zona el riesgo al urbanizar se presenta por la inestabilidad del terreno, ocasionado por los rellenos fruto de las antiguas explotaciones de material en el sector. A partir del barrio Rincón y dispuesta en sentido sur norte, divisando puntos como el Volador, las canteras de Peña Colorada y el Tanque que se encuentra en un punto intermedio de ciudad Bolívar (Sierra Morena), cuyos suelos están conformados por capas arenosas y con pendientes que varían de 20° a 40°; se clasifica el sector como de alto riesgo; hacia el occidente del barrio los Alpes, INGEOMINAS recomienda urbanizar en sectores con pendientes más suaves (15 a 30°).

Los predios de la vereda Quiba están conformados por areniscas duras, con inclinaciones suaves que no superan los 20°; lo que no permite la presencia de riesgos geotécnicos, convirtiendo la zona en apta para la urbanización.

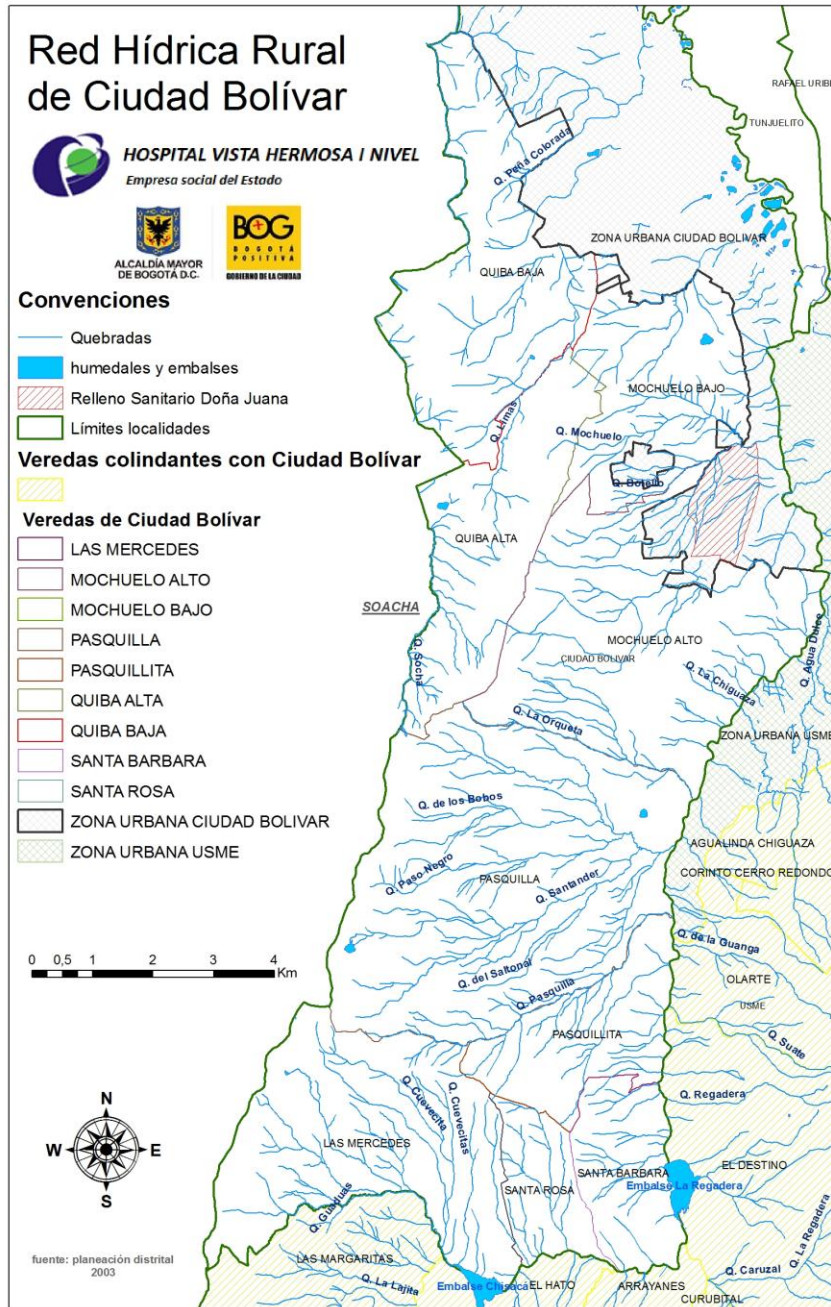
1.2.1 Hidrología

La localidad se ubica en la vertiente occidental de la cuenca media del río Tunjuelo, a partir de la confluencia del río Chisacá en el embalse de La Regadera; su sistema hidrográfico fundamentalmente está conformado por la subcuenca del río Chisacá y los afluentes directos en el río Tunjuelo; sobre su margen occidental recibe pequeños drenajes naturales que conforman un área de 8,066 hectáreas, dentro de las veredas de Quiba Alta, Mochuelo Alto y Bajo, Pasquilla, Pasquillita y Santa Bárbara, siendo los principales afluentes. Debe resaltarse que los altos procesos de invasión humana a las rondas por construcción de viviendas, manejo inadecuado de residuos sólidos, vertimientos de aguas negras y apertura de vías producen fraccionamiento y degradación de los recursos de flora y suelos que han deteriorado la calidad y cantidad del recurso hídrico local; y prácticamente han desaparecido las quebradas de El Chorro, Tierra Negra, Aguas Calientes y Calderón.

Las cuencas hidrográficas del río del río Tunjuelo, pertenecientes al sistema hidrográfico natural del Distrito Capital, se considera la segunda de ellas como su principal fuente hídrica, recibiendo en su recorrido varios afluentes de los cuales se destaca la quebrada Chiguaza o Pichosa, la cual presenta altos grados de contaminación.

Dentro de la red construida, se encuentran los embalses Tunjuelo I y II (Localidades de Tunjuelito y Bosa), construidos por la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, con el fin de amortiguar el río en la parte baja de su cauce, en el siguiente mapa se describe geográficamente la red hídrica rural con influencia urbana de la localidad del Plan de ordenamiento territorial año 2003.

Mapa 1 Hidrología de la Localidad de Ciudad Bolívar



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial 2008

En conclusión, la consolidación de los barrios de la localidad está sobre la divisoria de aguas en los nacimientos de fuentes hídricas, el riesgo mayor es la presencia del relleno sanitario Doña Juana sobre una densa red hídrica que nutre la cuenca del río Tunjuelo.

▼ Subcuenca del Río Chisacá

Este río nace en la laguna de Chisacá o Los Tunjos, sus aguas corren en sentido sur – nororiente, hacia la represa de La Regadera, cruza las veredas de Las Mercedes y Santa Rosa. El cauce del río tiene una longitud de 12.5 Km., al cual le llegan los siguientes afluentes dentro de la localidad de Ciudad Bolívar:

Quebrada Los Alisos: El cauce de la quebrada corre en sentido occidente – oriente, tiene una longitud de 3.050 metros, drena la vereda Las Mercedes y a su vez se establece como límite sur occidental de la localidad.

Quebrada Guaduas: La corriente discurre en sentido occidente – oriente en una longitud de 3.250 metros hasta la parte media, en donde toma dirección norte – sur en una longitud de 1.400 metros; atraviesa igualmente la vereda Las Mercedes, con una longitud total de 4.650 metros.

Quebrada Cuevecitas: Esta quebrada tiene un recorrido en sentido norte – sur, su longitud es de 3.200 metros y cruza la vereda Las Mercedes.

Quebrada Santa Rosita: El cauce del drenaje tiene una longitud de 3.200 metros, corre en sentido norte – sur y se encuentra en la vereda Santa Rosa.

▼ Sistema hídrico de confluencia directa

El río Tunjuelo sobre su margen occidental recibe pequeños drenajes naturales que conforman un área de 8.066 hectáreas, dentro de las veredas de Quiba Alta, Mochuelo Alto y Bajo, Pasquilla, Pasquillita y Santa Bárbara, siendo los principales afluentes:

Quebrada Pasquilla: El cauce discurre en sentido sur occidente – nororiente en un recorrido de 5,95 kilómetros por las veredas de Pasquilla y Pasquillita

Quebrada Paso Colorado: Corresponde a un cauce que corre en sentido occidente - oriente, en una longitud de 5.15 kilómetros, por la vereda de Pasquilla. En la parte baja en cercanías de su desembocadura al río Tunjuelo la tributan las quebradas de El Saltonal y Paso Negro.

Quebrada La Horqueta: Representa al límite entre las veredas de Pasquilla y Mochuelo Alto, tiene un recorrido de 3.55 kilómetros y discurre en sentido occidente – oriente.

Quebrada La Porquera: Drena en sentido occidente – oriente, en una longitud de 5 kilómetros y fluye por la vereda Mochuelo Alto.

Quebrada Quiba: Este cauce atraviesa por la vereda Quiba Bajo, es de una longitud en la zona rural de 1.800 metros y corre en sentido sur occidente – nororiente.

Quebrada Limas: Presente en la vereda Quiba Bajo, hace un recorrido en sentido sur occidente – nororiente, con una longitud de 2.1 kilómetros en el área rural.

1.2.2 Áreas protegidas

El total de áreas protegidas en la localidad es de 4.585,67 hectáreas que corresponden al 35% de la superficie total de la localidad, de las cuales 3.981,51 hectáreas (86,7%), se localizan en la zona rural; 593,28 hectáreas (12,9%) están localizadas en el área urbana y 10,88 hectáreas (10,4%) localizadas en el área de expansión.

Se define como áreas protegidas a las “áreas de terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural y de expansión que por sus características geográficas paisajísticas o ambientales tienen restringida la posibilidad de urbanizarse” Artículo 34, ley 388 de 1987.

La estructura ecológica principal corresponde a áreas con gran valor para el patrimonio natural del Distrito, la región o la nación, cuya conservación resulta imprescindible para el funcionamiento de los ecosistemas, la conservación de la biodiversidad y la evolución de la cultura en el Distrito.

Se localizan espacios ecológicos que hacen parte de suelos de protección del Distrito Capital en los sectores de: Sierra Morena, Arborizadora Alta, Encenillales de Pasquilla, Páramo de las Mercedes, Encenillales de Mochuelo, Ronda del río Tunjuelito, Parque Arborizadora Alta, Cuenca Paso Colorado, Páramo Alto Chisaca, Páramo Puente Piedra, Santa Bárbara, Los Andes, Pantanos colgantes; en el siguiente mapa se georreferencian las áreas.

Mapa 2 Mapa de áreas protegidas de la localidad Ciudad Bolívar año 2008

MAPA ÁREAS PROTEGIDAS CIUDAD BOLÍVAR



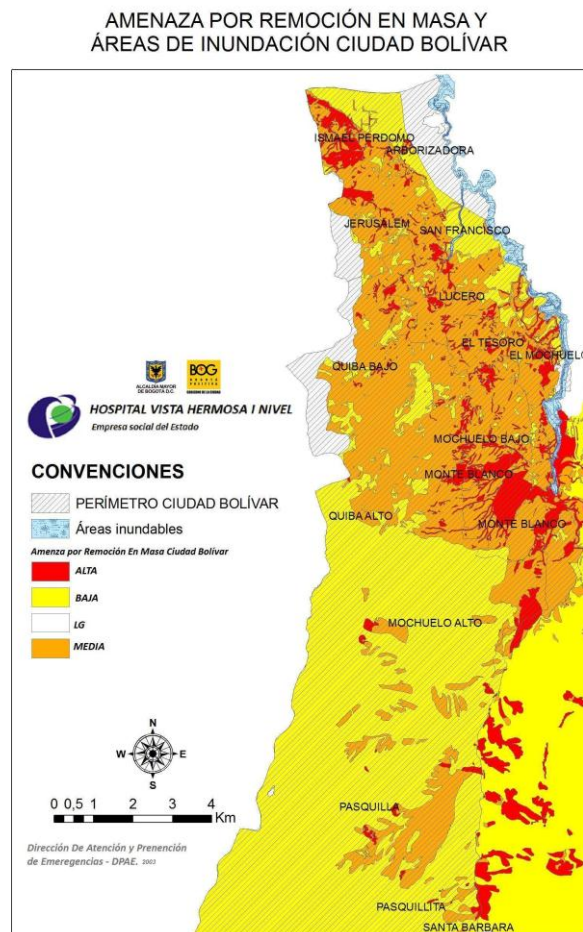
Fuente: Universidad de Cundinamarca año 2008

Ante la conservación de áreas protegidas se presenta una dificultad de tenencia de tierras, que deteriora la capacidad de producción económica de sus pobladores, además de la amenaza por la expansión del relleno sanitario Doña Juana, lo que hace que esta población se vea afectada.

1.2.3 Riesgos naturales de gran afectación en el territorio

Para la comunidad y la institucionalidad, los riesgos naturales son un factor que requiere una intervención conjunta la cual tiene que contemplar el diagnóstico, la prevención, mitigación, control y reubicación de asentamientos humanos donde la remoción en masa y las inundaciones puedan afectar los bienes y servicios de las comunidades, de ahí la importancia de desarrollar estrategias de planeación transectorial; en toda la localidad se hace visible la proliferación de animales, especialmente caninos, equinos y vacunos (en algunos sectores específicos) que deambulan por las calles afectando la calidad del agua, suelo y aire, esta situación genera condiciones favorables para la proliferación de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, a continuación se representa el mapa con las respectivas áreas de riesgo.

Mapa 3 Áreas de amenaza por remoción en masa e inundación



Fuente: Dirección de Prevención y Atención de Emergencias DPAE 2003

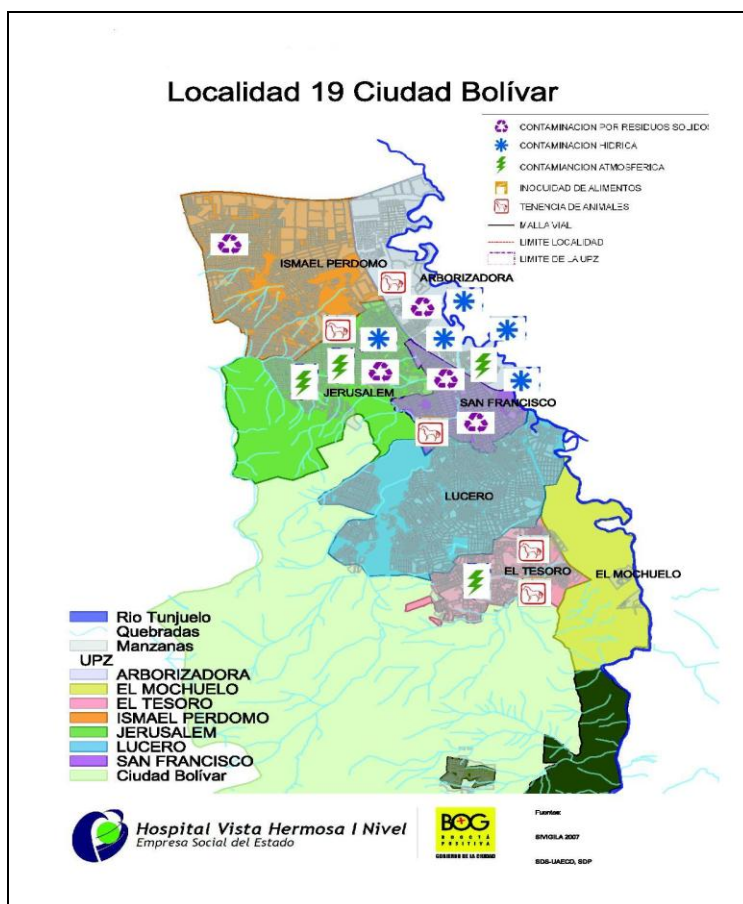
Los hábitos de las comunidades y la falta de compromiso ambiental hacen que el territorio se esté contaminando constantemente de residuos domésticos, industriales y escombros que a su vez son focos para

la proliferación de vectores - plagas, generación de olores ofensivos y carga contaminante para el aire, suelo, agua y daño paisajístico.

1.2.4 Zonas de afectación ambiental

En la localidad se evidencia el impacto de las acciones y/o actividades del ser humano sobre su territorio de acuerdo al uso y explotación de los recursos naturales y su distribución, a sus actitudes y prácticas adquiridas frente a la preservación, conservación y sostenibilidad del ambiente, en el siguiente mapa se representa la descripción de afectación ambiental caracterizada por cartografía social realizada por el Hospital Vista Hermosa I Nivel año 2008.

Mapa 4 Cartografía social de la afectación ambiental año 2008



Fuente: GESA. Cartografía social se unidad de análisis de sala de situación ambiental año 2008.

Las problemáticas ambientales identificadas por el Hospital Vista Hermosa en la cartografía social realizada en el año 2008 a través del grupo focal de adultez fueron: tenencia inadecuada de mascotas; contaminación

atmosférica por partículas y corrientes de aire y auditiva por ruido generado por los equipos de sonido de las casas - en especial los fines de semana; el manejo inadecuado de residuos sólidos por incumplimiento en los horarios de recolección y falta de lugares disponibles y adecuados para su depósito ante la necesidad de cumplir con los horarios. En general la mayoría de los problemas ambientales existentes en los territorios se presentan por malas prácticas higiénicas sanitarias por parte de la comunidad; aunque se reconoce que estos problemas afectan la salud, todavía no existe articulación en las acciones desde los diferentes sectores que actúan en la localidad; también se expresó en esta unidad de análisis la falta de motivación y cuidado hacia la tenencia de las mascotas y el entorno físico de sus viviendas; la comunidad manifiesta inconformidad frente a las intervenciones de las instituciones a nivel local, y frente al Hospital reconoce la recolección canina pero no son suficientes las acciones realizadas.

1.3. DINÁMICA TERRITORIAL

Los sucesos sociales, económicos y condiciones físicas del territorio plantean la división de Bogotá D.C. en cuatro macro regiones de acuerdo con la continuidad territorial, procesos de asentamiento, predominio de factores protectores o deteriorantes y condiciones socio-ambientales, además de las características que constituyen la población de un barrio o ciudad similares de la población que los habita; las cuatro macro regiones, son: Cerros Orientales, Cuenca del Río Tunjuelo, Cuenca del Río Bogotá y Zona Habitacional Consolidada.

Ciudad Bolívar se encuentra ubicada en la macro región del río Tunjuelo, presenta una historia de desarrollo informal, que se ve reflejada por el desarrollo de las políticas de planeación y desarrollo humano del momento a través de la consolidación de los barrios, como también de los movimientos sociales y comunitarios, estas relaciones con el territorio - ambiente son inevitables, continuas y dinámicas, alcanzan consecuencias que llegan a manifestarse en condiciones de bienestar, enfermedad, discapacidad y muerte de los que habitan el territorio.

1.3.1 Características político administrativas de la localidad de ciudad Bolívar

A continuación se describe la división política, límites, historia de poblamiento – producción, características de la vivencia de sus habitantes recopiladas por diagnósticos anteriores, de otros actores sociales y del quehacer del Hospital de I Nivel, Hospital Vista Hermosa ESE; a continuación se muestra el mapa de división política de la ciudad.

Mapa 5 División político administrativo y ubicación geopolítica en Bogotá

DIVISIÓN POLÍTICA DE BOGOTÁ D.C



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital 2008

La división política administrativa en Bogotá, con el Acuerdo 02 de 1992 definió 20 localidades con la siguiente división: 1. Usaquén, 2. Chapinero, 3. Santafé, 4. San Cristóbal, 5. Usme, 6. Tunjuelito, 7. Bosa, 8. Kennedy, 9. Fontibón, 10. Engativá, 11. Suba, 12. Barrios Unidos, 13. Teusaquillo, 14. Mártires, 15. Antonio Nariño, 16. Puente Aranda, 17. Candelaria, 18. Rafael Uribe, 19. Ciudad Bolívar y 20. Sumapáz.

La localidad de Ciudad Bolívar es una unidad político administrativa ubicada en la zona Sur Occidental de Bogotá, al margen izquierdo del río Tunjuelito en el área de amortiguación del páramo de Sumapáz, zona subpáramo; limita al norte con la localidad de Bosa, al sur con la localidad de Usme, al Oriente con las localidades de Usme y Tunjuelito y al occidente con el municipio de Soacha. Tiene una extensión de 12.998,46 hectáreas que la conforman, 9.555,94 hectáreas (74,33%) se clasifican como suelo rural, 3.237,87 hectáreas (16,44%) como suelo urbano y 204,65 hectáreas (1,5%) como área de expansión; es la tercera localidad en extensión; conformada por 252 barrios legales y se cree que con más de 100 ilegales¹⁵.

1.3.2 Desarrollo administrativo y marco normativo

Las sociedades presentan cambios y transformaciones en los procesos políticos, económicos y sociales, donde se ven afectadas las dinámicas de los habitantes de un territorio; estas dinámicas se enmarcan dentro de un sistema de globalización, que influyen el ejercicio de organizaciones sociales y comunitarias en el marco de la participación comunitaria.

Con la expedición de la constitución de 1.991, se inicia en Bogotá el actual proceso de descentralización, el cual se enmarca en los principios de la democracia participativa; mediante el acuerdo 02 de 1.992 se crean las Juntas Administradoras Locales (JAL) conformadas por 11 ediles que dependen del total de habitantes para la localidad, están nombrados para un periodo de 4 años (del 2004 al 2008).

En la localidad existen espacios de encuentro para toma de decisiones políticas a nivel intersectorial, estos son beneficiados por la participación de la comunidad y la lectura de realidades en territorio, en espacios como el equipo técnico para la gestión social integral (GSI), la unidad de apoyo técnico (UAT), la Comisión Local Interinstitucional de Participación (CLIP) y el Comité Local de Política Social (CLOPS), entre otros. Del convenio interinstitucional de la Secretaría de Integración social – Secretaría Distrital de Salud y Corporación Guillermo Fergunsson, Corporación Nuevo Arco Iris. Construcción línea bases de Gestión social integral de Ciudad Bolívar se obtiene el siguiente compilado:

El CLOPS funciona con catorce comités, (infancia y familia; juventud; adultez; mujer y géneros; persona mayor; etnias; desarrollo empresarial y productividad; desarrollo rural y medio ambiente; convivencia y seguridad, comité población vulnerable – mesa LGBTI, discapacidad, desplazados y seguridad alimentaria); aunque son de composición mixta, el porcentaje de participación de la comunidad es muy bajo y bastante intermitente, convirtiéndose en escenarios fundamentalmente institucionales y su dinámica depende de la institución o funcionario que lo convoque; sin embargo, los representantes comunitarios que asisten asumen su función y promueven estas instancias.

¹⁵ Bogotá, Siglo XX Urbanismo, arquitectura y vida urbana. Alberto Saldarriaga Roa, Departamento Administrativo Distrital 2000

El Consejo Local de Gobierno (CLG) es un escenario impulsado y presidido por la Alcaldía Local, desarrollado mensualmente con la participación de los diferentes sectores, en donde se exige la presencia de delegados con capacidad de decisión. A partir de las acciones 2010, se instaura como tema obligado de la agenda de este espacio la estrategia de gestión integral, que pretende articular las responsabilidades de cada sector y direccionar los avances en descentralización y desconcentración que propone el Decreto 101 del 11 de marzo de 2010.

La Mesa Territorial de calidad de vida y salud es un espacio donde confluyen la mayoría de instituciones a través de sus gestores y en la práctica viene asumiendo el impulso de la GSI en la localidad. La secretaría técnica de este espacio es asumido por la Secretaria de Integración Local; al ser un escenario semi formal, algunas instituciones han planteado que puede tomarse como la CLIP (Comisión Local Interinstitucional de Participación).

De acuerdo al informe presentado por Fergunsson en el primer semestre del 2009, quien realizo un convenio con la Secretaria de Integración Social, los encuentros ciudadanos son un espacio convocado por los usuarios de las instituciones y las decisiones se toman en otra parte, no se recogen las opiniones ni las necesidades de los que participaron. Otra práctica inconveniente es que la mayor convocatoria es para adultos mayores, quienes prácticamente son presionados a asistir por parte de líderes y organizaciones para que con su presencia sean aprobadas medidas; otra conclusión es que existen diversas organizaciones especializadas en diligenciar fichas EBI.

Por otro lado, en el Comité de Planeación Local (CPL) se presenta una gran deserción de ciudadanía, lo que dificulta el control del plan de desarrollo, sin desconocer la importancia de este escenario.

Las Juntas de Acción Comunal, particularmente de los barrios antiguos presentan dificultad de relaciones con los jóvenes o con las propuestas de tipo cultural que ellos desean involucrar en los planes de desarrollo.

1.3.3 Unidades de planeación zonal dentro del plan de ordenamiento territorial

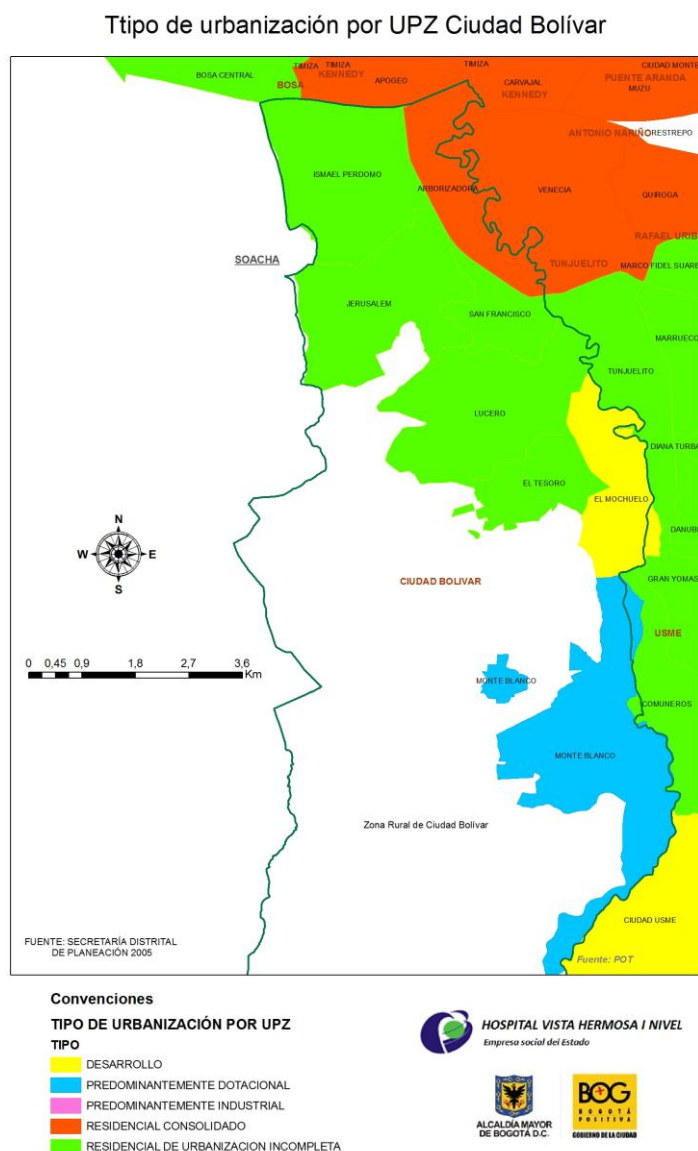
Las unidades de Planeación Zonal (UPZ) son un instrumento de planificación que permiten, a través del desarrollo de una norma urbanística, servir de unidad territorial para el desarrollo urbano; es la escala intermedia de organización entre los barrios y las localidades. La reforma administrativa, acuerdo 257 de 2006, definió la estructura de la administración distrital. “participación ciudadana en cada una de las etapas de la gestión pública, fortaleciendo los espacios de interlocución gobierno – ciudadanía e impulsando la concertación entre las aspiraciones ciudadanas y las iniciativas de las entidades distritales”.

En la localidad el suelo urbano está dividido en ocho (8) UPZ de las cuales cinco (5) son de tipo residencial de urbanización incompleta, una (1) es de tipo residencial consolidado, una (1) predominantemente dotacional y una (1) de desarrollo. Son unidades territoriales conformadas por un conjunto de barrios tanto del suelo urbano como el suelo en expansión que mantienen una unidad morfológica y funcional; estas unidades son un instrumento de planeación a escala zonal y vecinal que condicionan las políticas del plan.

Al inicio de la implementación del plan de ordenamiento territorial (POT), los líderes comunitarios no aceptaron la distribución por unidades de planeación zonal (UPZ) por considerar que está división lo que

hacia era distanciarlos y convertirse en competidores por los recursos asignados para el desarrollo de la localidad, además que un barrio puede quedar distribuido entre 2 y 3 UPZ; sentían que se perdía la unidad de los barrios y siempre se discutieron que la zona rural no se consideró dentro del plan de ordenamiento territorial y siempre se ha buscado la protección del área rural tanto para la localidad como para el Distrito Capital, por ser está un área de páramo y de gran reserva forestal. A continuación se grafica el tipo de urbanización por unidad de planeación zonal y el estrato socioeconómico:

Mapa 6 Clasificación de las Unidades de planeación zonal y estrato socioeconómico de la localidad



Fuente: DAPD, Plan De Ordenamiento Territorial, Decretos 619; Proyecciones de DANE; Gestión Local Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. 2007

El estrato socioeconómico predominante es el 2, el estrato 1 se localiza en la UPZ del Lucero, Tesoro y Monte blanco; el estrato 3 está en Madelena.

1.3.4 Zonas de interés turístico

Por la iniciativa de los jóvenes, se desarrollan áreas de recorrido turístico en lugares históricos de la localidad ya sea por sus leyendas o historias: Iglesia San Martín de Quiba (Quiba Baja), Palo del ahorcado (Potosí), La piedra del muerto, (La Estrella), El puente del indio (Arborizadora Alta), La Casona del Libertador (Sierra Morena), las siguientes fotos captan los sitios turísticos de la localidad.



Fotografía 1. Iglesia San Martín de Quiba, Represa la Regadera, Palo del ahorcado, Puente del Indio. Año 2008- 2009

1.4. ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA POBLACIÓN

El desarrollo de la localidad es informal y no planeado, su origen es de personas y comunidades en condición de desplazamiento, algunos en pobreza extrema, con bajo nivel educativo y con costumbres y extracción campesina, no siempre armónicas con las dinámicas de la ciudad; son personas de diferentes lugares del país, lo que ha construido una localidad con actitudes y prácticas sociales pluriculturales e incluso pluriétnicas, que definen una dinámica de población y de comportamiento de morbilidad-mortalidad que se refleja a través de los sistemas de vigilancia que se describen al desarrollarse el presente capítulo

1.4.1 Estructura de la población para la localidad de Ciudad Bolívar

La demografía es útil en los procesos de planeación y en la evaluación y desarrollo de los programas, además brinda información para la toma de decisiones en políticas públicas en cuanto a la prestación de servicios. Los indicadores demográficos se fundamentan en nacimientos y defunciones, deben ser interpretados dentro del contexto social, entorno ambiental y cultural que los determina, de tal manera que contribuyan al

planteamiento de soluciones y estrategias de salud que hombres y mujeres desarrollan como grupos poblacionales únicos y pertenecientes a un contexto social único.

La cultura y los estilos de vida se reflejan en la crianza de los hijos y no solo obedecen al modelo familiar, sino al sistema educativo y social, a las creencias religiosas como la forma de explicar el mundo. Su existencia y la relación con el ambiente físico y biológico es proporcional a las formas de producción, desarrollo de la vida cotidiana individual y colectiva, en un marco de situaciones que pueden amenazar el bienestar físico, social y emocional de los individuos.

Las dinámicas de población obedecen a un proceso dinámico acorde a las condiciones de desarrollo económico y social; en la tabla número 2 se comparan los datos de la población entre la localidad y Bogotá según proyecciones del DANE:

**Tabla 1. Comparativo porcentual por grupos de edad.
Localidad Ciudad Bolívar y Bogotá años 2005-2009-2015**

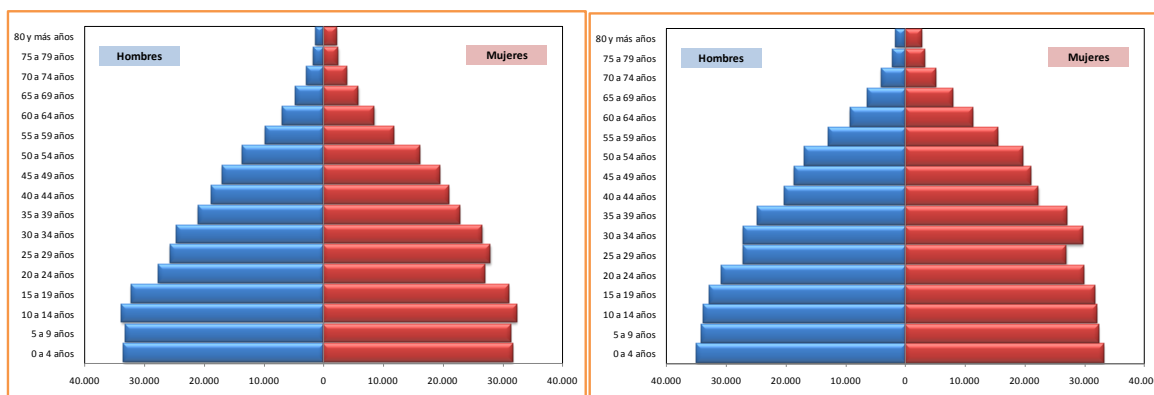
AÑO	CIUDAD BOLIVAR			BOGOTA		
	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años
2005	33,8	62,9	3,3	27,1	67,4	5,5
2009	31,6	64,7	3,8	25,2	68,7	6,1
2015	29,1	66,1	4,8	22,9	69,5	7,5

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015 (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 6, Pág. 11)

La población mayor de 65 años para toda la proyección establecida es la de menor proporción. El tipo de agrupación de la edad no facilita la interpretación por etapa de ciclo que tiene clasificada la Secretaría Distrital de Salud, puesto que infancia agrupa a madres gestantes, menores de 14 años, Juventud desde los 15 a los menores e iguales a 26 años, adultez mayores de 27 años y menores e iguales a 59 años y vejez mayores de 60 años.

La estructura de población (pirámide) es una herramienta que se utiliza para graficar el comportamiento por grupos de edad y sexo, a la izquierda son hombres y a la derecha son mujeres, la cima de la pirámide facilita ver la esperanza de vida de sus habitantes, la infraestructura sanitaria y el grado de desarrollo económico de un lugar, los grupos de edad van de cinco en cinco, representados en las barras horizontales.

Gráfica 1. Estructura de Población año 2010 - 2015



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

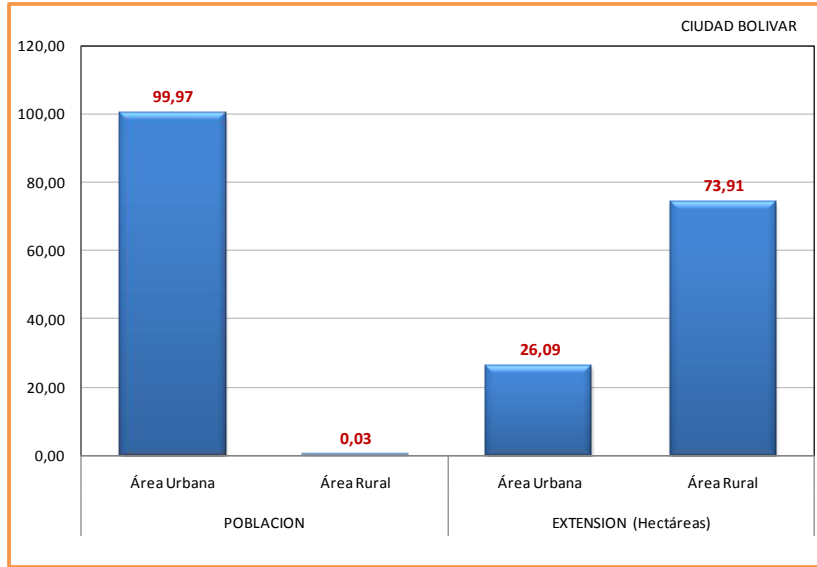
En la gráfica No. 1 se presenta para la localidad una pirámide en expansión de base ancha, en expansión, tanto para el 2010 como para el 2015 la distribución de hombres es del 49% y de mujeres el del 51%, el comportamiento es similar al de Colombia. El 41,1% de la población es menor de 19 años lo que refleja una localidad potencial para el desarrollo humano para la ciudad; siempre y cuando se mejoren las condiciones de calidad de vida de sus habitantes.

Es de resaltar que no existen datos oficiales que contemplen la identidad de género y la orientación sexual de hombres y mujeres para reconocer dicha población en la toma de decisiones de políticas públicas, formación de profesionales para la atención en salud, en los procesos de información y formación con personas que se identifican como heterosexuales con relación a la política pública de diversidad sexual y derechos humanos que mitiguen las acciones asociadas a la homofobia y la transfobia.

1.4.2 Densidad poblacional local

La densidad de población hace referencia a la cantidad de personas que residen por unidad de superficie terrestre; en este caso es el número de personas por hectárea. El cálculo se realizó con bases a las 12998 hectáreas, lo que se observa es un incremento de una persona por hectárea del 2008 al 2015; la densidad de población en el área rural no alcanza a ser de un habitante por hectárea en la gráfica No. 2 se presenta la población urbano, rural.

Gráfica 2 Grafico de Población Urbano Rural

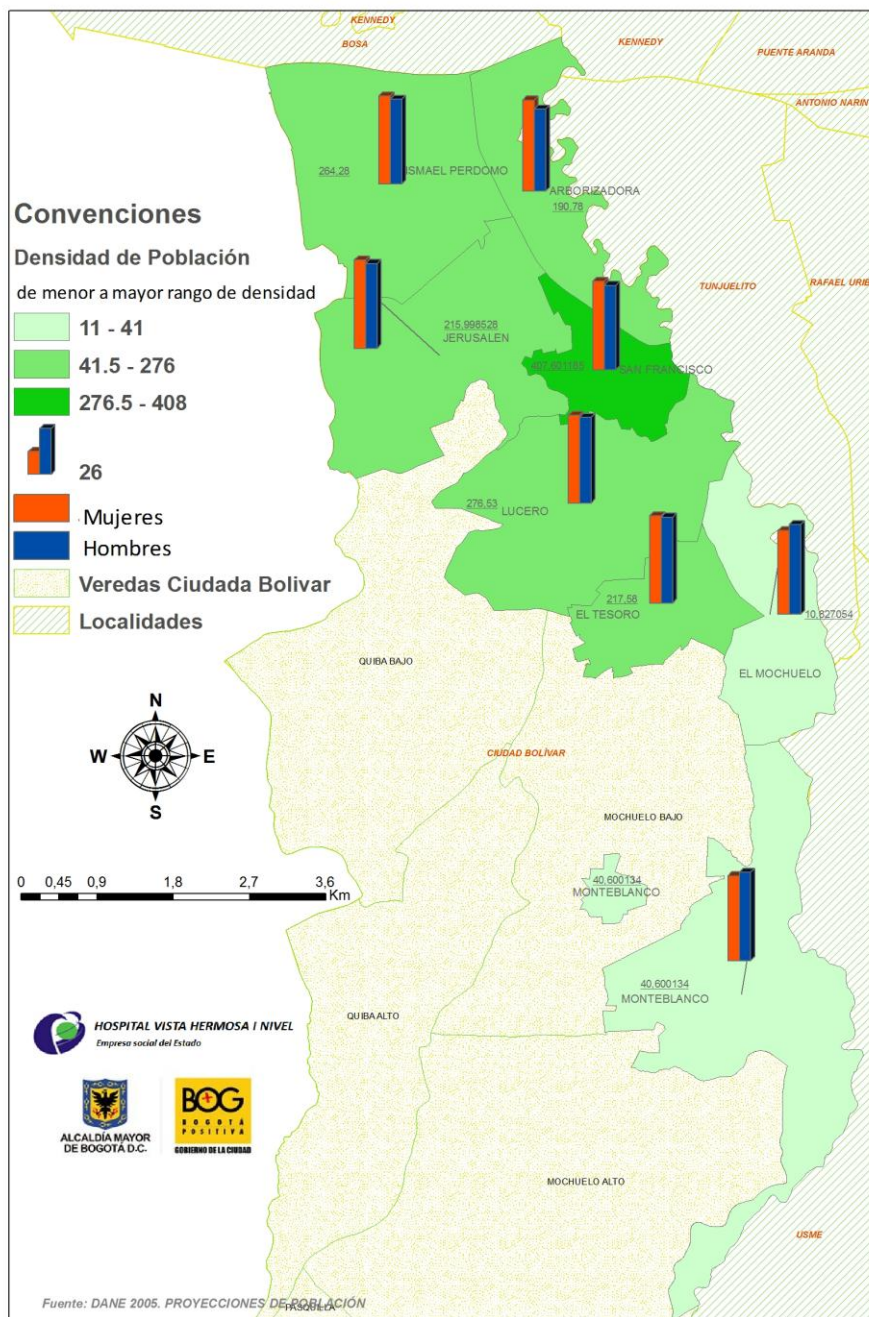


Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2005 – 2015

El censo de población 2005 no hace diferencia del número de habitantes entre la zona rural y la urbana, para el año 2010 se proyecta una población de 628.366 habitantes y para el 2015 de 687.923 habitantes; en el siguiente mapa se representa la población de hombres y mujeres distribuida por unidad de planeación zonal.

Mapa 7 Densidad de población por Unidad de planeación zonal población 2010

DENSIDAD DE POBLACIÓN CIUDAD BOLÍVAR POR UPZ 2010



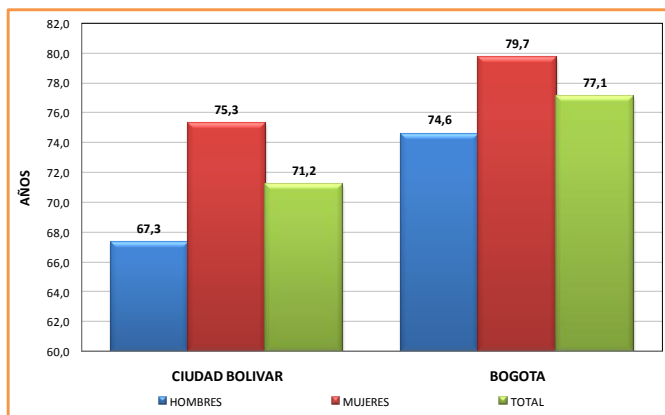
Fuente: DANE, Proyecciones de población 2005, Elaborado por gestión local en salud.

Para el cálculo de la densidad de población se dividió la población proyectada para el año 2010 entre el área de hectáreas de cada UPZ con su respectiva población, por lo tanto, la lectura del mapa es en términos de

población y área de concentración de dicha población, encontrándose que las UPZ de menor densidad son: Mochuelo y Monte blanco y la de mayor densidad son: San Francisco, que corresponde principalmente a un área plana y un proceso histórico de consolidación de los primeros barrios de la localidad; y Lucero, que corresponde a un área montañosa de fácil acceso de construcción informal determinado por la falta de control para la urbanización de viviendas en lo Distrital; la zona rural presenta dificultad de datos censales.

1.4.3 Esperanza de vida al nacer por sexo 2005 – 2010

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



Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015 (Información tomada de: Bogotá, Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

La esperanza de vida para los hombres que habitan la localidad de Ciudad Bolívar es menor con respecto a los habitantes de Bogotá, en los hombres se presenta un 7.3 años menos y en las mujeres es de 4.4 años. Estos datos reflejan un deterioro de las condiciones de bienestar y calidad de vida de los habitantes de la localidad.

1.4.4 Tasas demográficas 2008-2009

La fecundidad corresponde al número de niños nacidos vivos en una población, guarda directa relación con la fertilidad de las mujeres, la situación de planificación, una gestación deseada o involuntaria; indica también el grado de desarrollo educativo de las mujeres, puesto que se ha demostrado que a mayor educación y mayor condición de desarrollo económico, menor número de hijos; la tasa se calcula por 1000 nacidos vivos. En la siguiente tabla se presentan las tasas de natalidad y fecundidad comparadas entre lo local y Bogotá, año 2008 y 2009.

Tabla 2. Tasas natalidad y fecundidad comparado año 2008-2009 entre Ciudad Bolívar y Bogotá

	Ciudad Bolívar 2008	Bogota D.C. 2008	Variación	Ciudad Bolívar 2009	Bogota D.C. 2009	Variación
Tasa bruta de natalidad *1000 habitantes	19,71	16,30	3,42	18,63	15,72	2,90
Tasa global de fecundidad *100,000 mujeres	2,21	1,86	0,36	2,11	1,81	0,30
Tasa general de fecundidad *1000 mujeres	55,29	44,89	10,41	52,28	43,48	8,80

Fuente: Certificado de nacimientos DANE por lugar de residencia

La tasa bruta de natalidad de Ciudad Bolívar está por encima de los indicadores de Bogotá, sin embargo, ha disminuido de un año a otro, es importante recordar que la estructura de población de la localidad corresponde a una estructura de población joven y no es un indicador confiable por que tiene como limitante que está influenciada por la estructura de edad y sexo de la población e impide comparar con otros países e inclusive entre localidades, es por ello que se recurre a la tasa global y tasa general de fecundidad

La tasa global de fecundidad es un cálculo hipotético del número de hijos que podría tener una mujer durante su vida fértil y lo requerido es que sea de 2.1 hijos por mujer para asegurar el reemplazo de una población, es decir para sustituir una generación, está variable está influenciada por el desarrollo económico, cultural, las pautas de crianza y el número de hijos disminuye a medida que se incrementa el nivel educativo. Se observa que la tasa global de fecundidad es mayor en la localidad con respecto a la del distrito capital en 0.3; sin embargo la localidad está cumpliendo con el requisito de mantener el cambio generacional.

La tasa de fecundidad general es la relación existente entre el número de nacimientos ocurridos en un periodo de tiempo y la población por cada 1000 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años; está medida contempla la estructura por sexo y edad que afecta de forma importante la tasa bruta; como se observa, hay una disminución entre los años para la localidad pero sigue siendo alta con respecto a Bogotá, que tiende a un cambio en la estructura de la población, la localidad mantiene el aporte de población joven.

En la tasa de fecundidad específica por grupo de edad se encuentra que hay aumento en los dos grupos de 10 a 14 años para los años 2006 al 2007 y para el grupo de edad de 15 a 10 años se incrementó en 7,51 niños más por cada 1000 nacidos vivos; el grupo de edad con mayor número de hijos se encuentra entre los 20 a 24 años de edad, a partir de los 30 años se disminuye la frecuencia de nacimientos.

En el número de nacimientos en mujeres entre 10 a 14 años para el primer semestre de enero a junio del 2010, la localidad aportó el 14 % (38 mujeres), después de Kennedy que aporta el 16,35% (43mujeres), siendo la primera localidad con respeto al D.C.¹⁶ Lo que refleja una condición de alta vulnerabilidad en las muertes por encontrarse con bajo nivel educativo y dentro de un contexto social deteriorante de desarrollo económico y social.

¹⁶ Certificado de nacido vivo, base de datos RUAF- Sistema de estadísticas vitales; datos preliminares

1.5. POBLACIÓN EN CONDICIÓN ESPECIAL EN CIUDAD BOLÍVAR

Dentro de las poblaciones especiales consideradas e intervenidas desde el sector salud en el Distrito por la red de hospitales públicos se encuentra: población en situación y/o condición de desplazamiento, habitantes de calle, población perteneciente a grupos étnicos: ROM, raizales, afro descendientes e indígenas, las condiciones de género y orientación sexual, personas de los sectores (LGBTI). Lesbianas, gays, bisexuales, travestís e ínter sexuados.

▼ Población en situación de desplazamiento

Según lo consagrado en el artículo 1 de la ley 387 de 1997, se considera en desplazamiento a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

Desde esta perspectiva, se evidencia que Bogotá es la ciudad con mayor recepción de población afectada por el conflicto armado y por el desplazamiento forzado en el país según lo registrado por Acción Social a corte septiembre de 2009 con 269.371 personas; es Ciudad Bolívar la localidad con mayor recepción de población en desplazamiento, en la cual desde el programa Familias en Acción a corte octubre de 2008 alberga 7.100 familias en desplazamiento; se evidencia que la localidad desde hace más de 50 años ha crecido como producto de asentamientos de población afectada por la violencia política, como lo indica la Alcaldía Local: “...en los años cincuenta, se inició la parcelación de otras grandes haciendas (...) y surgieron los primeros asentamientos que, por sus características físicas de baja calidad, no ofrecían a sus habitantes un nivel de vida normal (...) y fueron fundados por personas que huían de la violencia en Tolima, Boyacá y Cundinamarca”¹⁷.

Existen entidades que brindan información diferente, probablemente por el tipo de registro y de beneficios y/o exigencias para el reconocimiento de este tipo de población, se encuentran cifras a nivel Nacional y Distrital, pero como se está dentro del contexto local se toman los datos más cercanos a la realidad territorial que se considera que son los de la Unidad de Atención y Orientación al Desplazado (UAOD) de Ciudad Bolívar, se encuentra que para el año 2006 se contaba con 3.478 familias identificadas en condición de desplazamiento; para septiembre del 2008 se registran 3.031 familias, no se puede decir que ha disminuido ya que tal vez no se registraron ante esta entidad, si se toman los datos de familias en acción en la localidad se registra para el año 2007 6.709 familias y 7.100 para el año 2008, lo que refleja comportamientos diferentes determinados por la demanda de estos servicios.

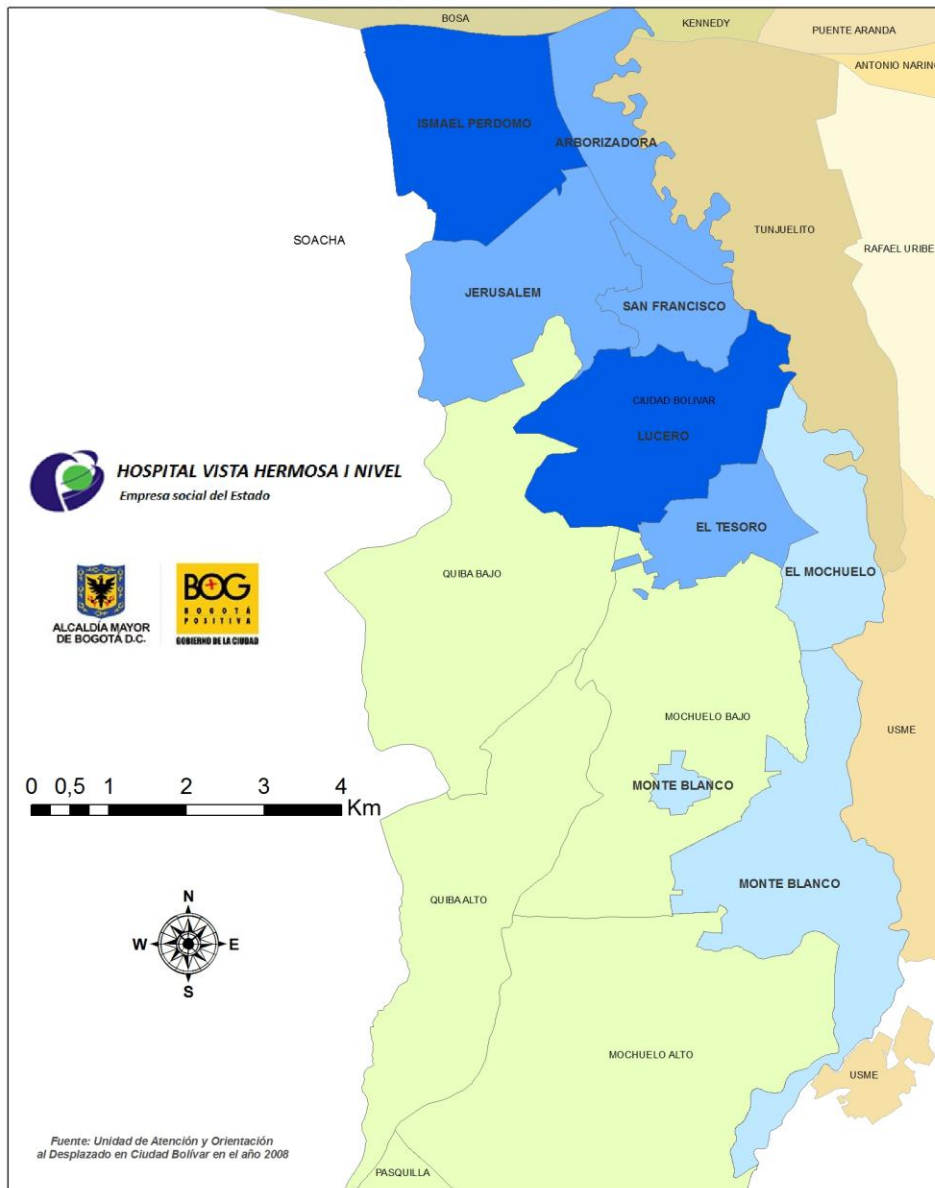
¹⁷ Reseña histórica de la localidad de Ciudad Bolívar; Alcaldía local 2009

Con datos obtenidos de los registros de la Unidad de Atención y Orientación al Desplazado (UAOD) de Ciudad Bolívar año 2008; se registraron 4.449 familias en Bogotá, de estas la localidad de Ciudad Bolívar recibió el 68,13%, no sólo es importante frente al tema del desplazamiento en lo relacionado con el asentamiento de las familias, sino que es también un lugar de paso para familias que vienen de otras localidades en busca de atención, sin desconocer que hay familias que acogen a su grupo familiar mientras se ubican o consiguen un mejor lugar o condiciones de trabajo. Se presenta una mayor frecuencia para hogares de 2 a 4 personas seguido de 5 a 7, por cada hombre se desplazan dos mujeres; por cada hogar monoparental conformado por hombres se presentan tres conformados por las mujeres.

De 3.031 que manifestaron su origen, se encuentra que el Departamento de mayor aporte es Tolima, con un 26,16%, seguido de Caquetá y Meta con un 7,89 y 7,62% respectivamente; hay un 14% sin información, el cual obedece a las personas que vienen de lugares muy alejados y que por diferentes motivos no tenían conocimiento de cuál era el departamento al que pertenecía el lugar del que fueron expulsados, sin desconocer que en todos los departamentos se desplaza las personas. En el siguiente mapa se representan geográficamente los hogares residentes atendidos por la Unidad de Atención y Orientación al Desplazado en Ciudad Bolívar en el año 2008.

Mapa 8 Unidades de planeación zonal que decepciona población desplazada año 2008

Población Desplazada Ciudad Bolívar 2008



CONVENCIONES

Población desplazada 2008

desplazados

- 15 - 66
- 67 - 402
- 403 - 862

Territorios sociales de la gestión social	UPZ	Total	Total por	Frecuencia por zona
Territorio I	Mochuelo	15	81	2,71
	Monteblanco	66		
Territorio II	Jerusalen	303	1394	46,67
	Lucero	802		
	Tesoro	289		
Territorio III	I Perdomo	862	1512	50,62
	Arboleda	248		
	San Francisco	402		
	Sin Informaciór	44		
Total general		3031	2987	

Fuente: Unidad de Atención y Orientación al Desplazado en Ciudad Bolívar en el año 2008.

Los territorios sociales II y III son los de mayor recepción de población en condiciones de desplazamiento; de la zona rural no se tiene información, una vez más es importante resaltar que estos datos no pueden ser tomados a nombre de toda la población desplazada de Ciudad Bolívar por la movilidad intra –urbana y el sub-registro; no obstante, estos registros facilitan ubicar geográficamente las zonas de mayor concentración como las del Perdomo y el Lucero.

1.5.2 Población por grupo étnico

Los grupos étnicos son considerados como “grupos sociales formados históricamente, que desarrollan y mantienen una identidad social común, es formación social histórica, tiene un patrimonio cultural tangible e intangible y una matriz cultural que le da identidad colectiva”¹⁸

Los grupos étnicos en Colombia están conformados por los pueblos indígenas, los afrocolombianos o Afrodescendientes, los raizales y los ROM. Según el DANE – SDP proyección de población con identidad étnica, el 0,16% se identificó como indígena y el 1,02% como afro descendiente; la presencia de grupos étnicos en la ciudad está relacionada con tres fenómenos fundamentales: por una parte, grupos originarios de la sabana de Bogotá, en donde se encuentra los indígenas Muiscas; en segundo lugar, la migración de indígenas, Afrodescendientes y raizales desde sus territorios originales, dadas las condiciones de pobreza, la usurpación de territorios, y la presencia de megaproyectos; en tercer lugar, por el desplazamiento forzoso, paulatino y masivo, producto del conflicto armado que afecta a todos los grupos étnicos.

En la localidad no se encuentra una representación de todas las etnias, predominan los afro descendiente, seguidos por indígenas y por vivencia se encuentran algunas personas que se identifican como ROM, aunque en el año en que se realizó el censo no se identificaron, sin embargo, determinar cuántas personas pertenecientes a estos grupos habitan en exactamente en cada territorio es incierto dada la alta rotación de estos grupos dentro de la ciudad, así como la necesidad de pasar invisibles por razones de seguridad o por falta de orientación frente a la oferta institucional.

En el 2007 se habían identificados personas pertenecientes a los cabildos indígenas Kichwa, Pijao e Inga, para el año 2008 se identificó un grupo de Emberas Wounaan, quienes a pesar de no estar conformados y avalados como cabildo en Bogotá son un grupo importante y participativo en la dinámica local. Para el año 2009 dentro de las actividades del Hospital se identificó el grupo de Sirianos procedentes del Vaupés, quienes refieren que están conformados por 9 familias organizados como grupo cultural denominado Tubu Umarinassa, al parecer llegaron el año 2008, por otra parte se identificó un grupo Kamsá conformado por 4 familia procedente del Putumayo y que llegaron a finales del año 2008 y a principios del 2009.

En el proyecto de fortalecimiento al programa integral de promoción y defensa de los derechos humanos de las minorías étnicas y culturales de Ciudad Bolívar liderado por la Alcaldía Local con el respaldo de las diferentes organizaciones afro a nivel local, para el año 2007 se estableció la existencia de 75.440 personas pertenecientes a los diferentes grupos étnicos, dentro de los cuales el 92% son afro colombianos, es decir: 69.404 personas; se encontró que el 53% son mujeres y de estas el 77% pertenece al estrato uno y el 23% al estrato dos; el 47 % son hombres, de estos el 69% pertenece al estrato uno y el 31 % al estrato dos, registrándose un mejor nivel socioeconómico para los hombres. El estudio definió 3 rangos de edad para esta etnia en particular: de 15 a 35 años: 61%, de 36 a 55 años 23% de 55 en adelante 17 %; se resalta que el 84% de la población es menor de 55 años.

¹⁸ BONFIL Guillermo. La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos, Revista Papelea de la Casa Chata. 1987 (3); año 2; 26. Citado en documento de la Línea de investigación: Etnia y Salud. Arias María Mercedes. U de A. Facultad de Enfermería.

1.5.3 Identidades de género y orientaciones sexuales.

La manera como las personas adquieren identidad, asumen roles y asumen percepciones, está determinada por la historia, la clase social, la etnia, las posturas políticas y la religión, también se habla de dos categorías que determinan la manera como sujetos y sujetas se construyen: la identidad de género y las orientaciones sexuales.

La identidad de género se define como una perspectiva que se establece a través de una construcción social de lo masculino y de la femineidad. Se refiere a la identificación que la cultura o cada persona hace sobre su propia forma de ser ya sea como hombre, mujer o transgenerista; no tiene que corresponder necesariamente con lo que otras personas esperan de ella, es un proceso propio o personal de lo que cada uno o una quiere ser, es decir, un proceso de autodeterminación.¹⁹

De esta manera, el hombre o mujer puede identificarse sexualmente como heterosexuales, homosexuales o bisexuales. En el transgenerismo, se puede clasificar a: Travestí: cuando una persona se viste con ropas de género opuesto, sin renunciar a su identidad genital anatómica. Transformista: personas que crean personajes artísticos, se transforman en momentos determinados y aceptan generalmente su sexo anatómico y su cuerpo. Transexual: Se identifican con el cuerpo del sexo opuesto y hacen transformaciones corporales como tratamiento hormonal, silicona y si las posibilidades económicas lo permiten se realizan cambio genital.

En tanto a lo referido desde la orientación sexual se identifica como la atracción emocional, erótica y afectiva hacia personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de los dos sexos; la orientación sexual es el resultado de la interacción de factores sociales, culturales, cognitivos y emocionales, y la incidencia de cada factor varía en cada persona.

En este sentido, se encuentran las lesbianas: mujer que siente atracción erótica, afectiva, sentimental y sexual por otra mujer. Gay: hombre que siente atracción erótica, afectiva, sentimental y sexual por otro hombre. Bisexual: Hombre o Mujer que siente atracción erótica, afectiva, sentimental y sexual por personas del mismo sexo y del sexo contrario. Heterosexual: Hombre o mujer que siente atracción erótica, sentimental y sexual por personas del sexo opuesto.

Surge la necesidad de involucrar un enfoque diferencial que permita dinamizar las relaciones entre las poblaciones especiales y las instituciones para la garantía y exigencia del derecho, entendiéndose “el enfoque diferencial que pretende no solo dar respuestas adecuadas a los diferentes problemas de la población, sino también propiciar equidad y contribuir a la construcción de una sociedad más justa y democrática en todas sus esferas, tanto pública como la privada” No existen datos que faciliten interpretar la identidad de género de la población.

¹⁹ Donny Meertens. Encrucijadas Urbanas: Población Desplazada en Bogotá y Soacha, una mirada diferencial por género, edad y etnia. ACNUR, 2002.

1.6. MORTALIDAD GENERAL, COMPARATIVO LOCALIDAD CIUDAD BOLÍVAR – BOGOTÁ 2005- 2007

Las personas construyen sus experiencias en los ámbitos de la vida cotidiana, se pueden generar actitudes y prácticas que pueden fortalecer y/o deteriorar las condiciones de bienestar físico, social emocional, ambiental de hombres y mujeres que se ve reflejado en la enfermedad, limitaciones permanentes y muerte de los seres humanos.

Es importante resaltar que las acciones de información implican también procesos pedagógicos para avanzar en la prevención y transformación de hábitos que permitan anticiparse al daño, evitar la enfermedad y así prevenir una muerte temprana. A continuación se describe en la tabla No. 4 el número de muertes por año comparado entre la localidad Ciudad Bolívar comparado con Bogotá:

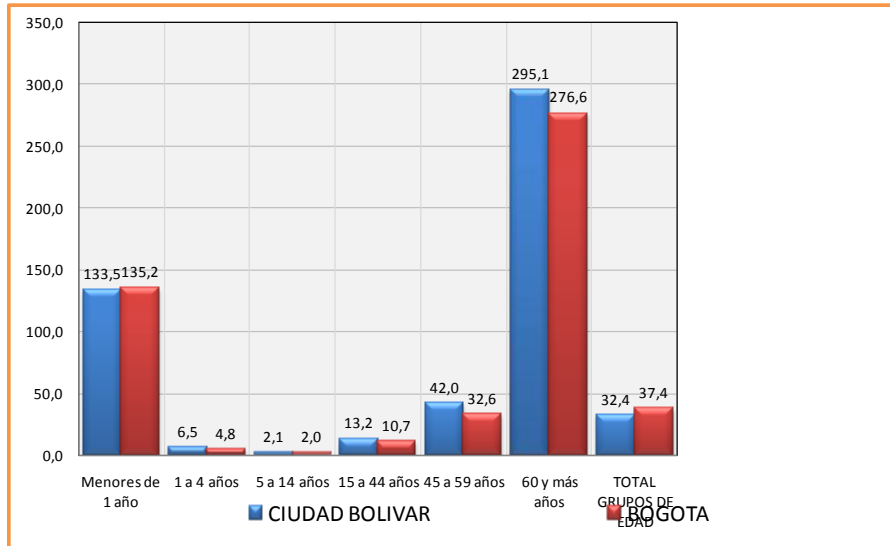
Tabla 3. Mortalidad general comparativo localidad Ciudad Bolívar – Bogotá 2005-2007

AÑO	CIUDAD BOLIVAR		BOGOTA	
	Número muertes	Tasa por 10,000 Habitantes	Número muertes	Tasa por 10,000 Habitantes
2005	1.990	3,50	26.481	3,87
2006	1.763	3,04	26.649	3,84
2007	1.917	3,24	26.367	3,74

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

La tasa de mortalidad disminuyó tanto para la localidad como para Bogotá. En la tabla No. 5 se grafica la mortalidad por grupo de edad comparado entre la localidad y Bogotá

Gráfica 4 Tasa de mortalidad por grupos de edad x10000 comparativo Ciudad Bolívar- Bogotá año 2007



Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales - (año 2007)

La mayor tasa de mortalidad se presenta en los dos extremos de edad (menores de un año y mayores de 60 años) que son los grupos de mayor fragilidad ante las condiciones adversas sociales, culturales, ambientales y de cuidado.

1.6.1 Diez primeras causas de mortalidad por grupos de edad

Las diez primeras causas de mortalidad se describen en la tabla No. 6, en la que aparecen los diagnósticos más frecuentes de mayor a menor, los datos analizados corresponde a la localidad de residencia, independiente del lugar donde ocurrió el deceso.

▼ Mortalidad para menores de un año

Tabla 4 Tasa de mortalidad comparativo entre 2005 al 2007 en menores de un año

Orden	CAUSAS	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-062 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	52	42,1	1	31	24,8	1	45	35,5
2	1-067 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	28	22,7	2	26	20,8	2	20	15,8
3	1-068 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	23	18,6	6	10	8,0	4	11	8,7
4	1-064 Infecciones específicas del periodo perinatal	18	14,6	5	10	8,0	5	9	7,1
5	1-059 Neumonía	15	12,1	4	10	8,0	3	17	13,4
6	1-060 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	10	8,1	7	8	6,4	6	5	3,9
7	1-063 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	10	8,1	3	13	10,4	8	3	2,4
8	1-065 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	10	8,1	9	5	4,0			
9	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	6	4,9				7	3	2,4
10	1-005 Septicemia, excepto neonatal	4	3,2						
	1-096 Accidentes que obstruyen la respiración			8	7	5,6	9	3	2,4
	1-061 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer			10	3	2,4			
	1-079 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas						10	2	1,6
	Resto de causas	49	39,7		46	36,8		51	40,3
	Total	225	182,2		169	135,1		169	133,5

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

En la tabla anterior los trastornos relacionados con el periodo peri natal representan una tasa alta de mortalidad para el grupo menor de un año, las malformaciones congénitas, los estilos de vida de riesgo de las mujeres gestantes, ya sea por el consumo por alcohol, cigarrillo y algunos medicamentos pueden desarrollar esta malformación en los tres primeros meses de gestación, sin olvidar las malas prácticas de alimentación ya sea por el bajo ingreso familiar o por hábitos culturales.

▼ Mortalidad en niños de 1 a 5 años

Tabla 5 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2005 al 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-059 Neumonía	6	1,2	3	2	0,4	1	10	2,0
2	1-037 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	2	0,4						
3	1-042 Deficiencias nutricionales	2	0,4	6	1	0,2			
4	1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	2	0,4						
5	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	1	0,2	4	1	0,2	4	1	0,2
6	1-005 Septicemia, excepto neonatal	1	0,2						
7	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	1	0,2						
8	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	0,2						
9	1-054 Insuficiencia cardíaca	1	0,2						
10	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	1	0,2						
	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio			1	3	0,6	3	2	0,4
	1-035 Leucemia			2	2	0,4	5	1	0,2
	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central			5	1	0,2			
	1-073 Enfermedades glomerulares y tubulointersticiales			7	1	0,2			
	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas			8	1	0,2	9	1	0,2
	1-090 Accidentes de transporte de motor			9	1	0,2			
	1-093 Caídas			10	1	0,2			
	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo						2	2	0,4
	1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar						6	1	0,2
	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal						7	1	0,2
	1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal						8	1	0,2
	1-101 Agresiones (homicidios) y sexuales						10	1	0,2
	Resto de causas	12	2,4		13	2,6		12	2,4
	Total	30	6,0		27	5,4		33	6,5

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

En la tabla anterior, la primera causa de muerte para este grupo de edad es por neumonía, que por los análisis de mortalidad en el 85% de los casos se encuentra relacionada con la mala calidad del servicio por la no detección oportuna del riesgo, lo que demora la pertinencia del tratamiento, le sigue la dificultad de acceso a los servicios de salud por doble afiliación o por que los padres no han registrado al menor, las malas condiciones de calidad de la vivienda, se presenta hacinamiento en el cuarto donde habitan los menores; los cambios climáticos, en especial en las temporadas de invierno afectan a los menores con incremento de enfermedades respiratorias.

▼ Mortalidad de menores entre 5 y 14 años

Tabla 6 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2005 al 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-090 Accidentes de transporte de motor	4	0,3				4	2	0,2
2	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	4	0,3				7	2	0,2
3	1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartilagos articulares	2	0,2						
4	1-035 Leucemia	2	0,2	2	2	0,2	3	2	0,2
5	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	2	0,2						
6	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	2	0,2						
7	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y abomalias congénitas	2	0,2						
8	1-015 Tumor maligno del hígado	1	0,1						
9	1-023 Melanoma y otros tumores malignos de la piel	1	0,1						
10	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	1	0,1	7	1	0,1			
	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas			1	4	0,3	1	4	0,3
	1-059 Neumonía			3	2	0,2			
	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre			4	2	0,2	5	2	0,2
	1-002 Tuberculosis y secuelas			5	1	0,1			
	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón			6	1	0,1			
	1-037 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido			8	1	0,1	8	1	0,1
	1-050 Enfermedades hipertensivas			9	1	0,1			
	1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar			10	1	0,1			
	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central						2	3	0,2
	1-099 Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas						6	2	0,2
	1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos						9	1	0,1
	1-054 Insuficiencia cardiaca						10	1	0,1
	Resto de causas	18	1,4		12	0,9		7	0,5
	Total	39	3,0		28	2,2		27	2,1

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

En la anterior tabla, las lesiones por causa externa son la primera causa de muerte para todos los años, aunque el evento varía de un año a otro, es de resaltar que las lesiones por conducta suicida son la primera causa de muerte para los dos últimos años. En lo referente a muertes por tumores se presenta una frecuencia alta en los años comparados, no se conoce la causa de su origen.

▼ Mortalidad por grupo de edad de 15 a 44 años

Tabla 7 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2005 al 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	204	7,3	1	114	4,0	1	152	5,2
2	1-090 Accidentes de transporte de motor	23	0,8	4	14	0,5	2	26	0,9
3	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	19	0,7	2	20	0,7	3	15	0,5
4	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre	17	0,6	5	13	0,5	6	11	0,4
5	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	17	0,6	3	19	0,7	4	14	0,5
6	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	12	0,4	6	8	0,3	10	4	0,1
7	1-013 Tumor maligno del estómago	11	0,4	10	4	0,1	7	10	0,3
8	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	8	0,3				5	12	0,4
9	1-059 Neumonía	8	0,3						
10	1-078 Embarazo, parto y puerperio	8	0,3				8	8	0,3
	1-093 Caídas			7	8	0,3			
	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo			8	6	0,2	9	7	0,2
	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal			9	5	0,2			
	Resto de causas	158	5,7		151	5,3		122	4,2
	Total	485	17,4		362	12,7		381	13,2

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

Esta tabla describe las lesiones de causa externa, primera causa de mortalidad para todos los años comparados; las agresiones y homicidios reflejan la violencia social, sin embargo la localidad de Ciudad Bolívar ocupa el sexto lugar en la Capital por muerte de causas violentas; por sexo se encuentra que por cada mujer que fallece hay 5 hombres que fallecen por esta causa, el 85,8% de las muertes ocurren en este grupo de edad.

En suicidios se presenta que por cada mujer que se suicida hay cuatro hombres que lo hacen, lo que refleja un comportamiento contrario a los motivos de consulta de urgencias, donde predominan las mujeres en intentos de suicidio, el hombre logra el suicidio, la mujer lo intenta.

En procesos infecciosos por VIH se disminuyó la tasa, esto no quiere decir que no existan personas que aún viven y que son portadores del virus; en mortalidad por VIH, por cada mujer que fallece de VIH hay 4 hombres que fallecen por esta causa.

Cuando se analizan las 105 causas de defunciones se encuentra que la muerte por infecciones parasitarias es de 12 hombres frente a 3 mujeres, lo que refleja malos hábitos higiénicos sanitarios.

▼ Grupo de edad de 45 a 59 años

Tabla 8 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2005 al 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	29	4,3	1	30	4,2	1	45	5,9
2	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	24	3,5	4	15	2,1	4	16	2,1
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	23	3,4	2	20	2,8	3	24	3,2
4	1-013 Tumor maligno del estómago	16	2,4	5	14	1,9	2	25	3,3
5	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	10	1,5	9	8	1,1			
6	1-059 Neumonía	8	1,2						
7	1-067 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	8	1,2						
8	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	7	1,0				8	7	0,9
9	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	7	1,0	6	11	1,5	5	13	1,7
10	1-041 Diabetes mellitus	7	1,0	8	9	1,3	6	10	1,3
	1-025 Tumor maligno del cuello del útero			3	15	2,1			
	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)			7	10	1,4			
	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón			10	7	1,0			
	1-066 Enfermedades del hígado						7	9	1,2
	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas						9	6	0,8
	1-050 Enfermedades hipertensivas						10	5	0,7
	Resto de causas	135	19,9		136	18,9		159	21,0
	Total	274	40,3		275	38,2		319	42,0

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

De acuerdo a la tabla anterior, la primera causa de mortalidad se presenta para enfermedades crónicas de origen cardiovascular (como son las del corazón, hipertensivo, cerebro vasculares); por esta causa fallece un hombre frente a una mujer, reflejan unos estilos de vida no sanos, tal vez influenciados por las tradiciones culturales de consumo, por el deterioro de la situación económica o estrés por los obstáculos de la vida.

Como segundo lugar sigue las de cáncer por diferentes causas; las de cáncer de cuello uterino disminuyeron, este cáncer es causado casi en su totalidad por el virus del papiloma humano, o HPV, que es un virus que se contrae con las relaciones sexuales, de ahí la importancia del control en las mujeres sexualmente activas, los hombres son portadores del virus, las mujeres pueden ser portadoras sanas que pueden manifestarlo años después del contagio, de ahí la importancia del uso del condón al ser una enfermedad de transmisión sexual.

▼ Mortalidad en mayores de 60 años

Tabla 9 Tasa de mortalidad comparativa entre el año 2005 al 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	138	46,2	1	145	45,9	1	192	57,3
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	116	38,8	2	93	29,4	2	86	25,7
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	87	29,1	3	81	25,6	3	81	24,2
4	1-050 Enfermedades hipertensivas	51	17,1	5	40	12,7	6	40	11,9
5	1-041 Diabetes mellitus	50	16,7	6	33	10,4	5	40	11,9
6	1-059 Neumonía	44	14,7	4	41	13,0	4	49	14,6
7	1-013 Tumor maligno del estómago	28	9,4	7	32	10,1	7	30	9,0
8	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	23	7,7				9	17	5,1
9	1-054 Insuficiencia cardíaca	18	6,0	8	27	8,5	8	21	6,3
10	1-066 Enfermedades del hígado	18	6,0						
	1-074 Insuficiencia renal			9	15	4,7			
	1-058 Enfermedades de los vasos sanguíneos y otras enfermedades del sistema circulatorio			10	14	4,4			
	1-028 Tumor maligno de la próstata						10	17	5,1
	Resto de causas	364	121,8		381	120,6		415	123,9
	Total	937	313,6		902	285,5		988	295,1

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

Según la tabla anterior, las tasas de mortalidad varían de un año a otro, predominan las enfermedades de origen crónico, en especial la cardiovascular e hipertensiva. En la neumonía se presentan 2 muertes para este grupo de edad frente a un menor de cinco años,

Las muertes por diabetes mellitus son totalmente prevenibles; las muertes por tumores malignos varían de un año a otro, pero es constante la muerte por cáncer gástrico para este grupo de edad, los riesgos frente a esta patología se pueden deber a factores hereditarios familiares por tabaquismo, antecedentes de gastritis crónica y por la infección *Helicobacter pylori*, la cual se adquiere desde la infancia y puede permanecer latente durante toda la vida y está muy relacionada con los malos hábitos higiénico sanitarios y mala calidad de agua consumida; si se examina por sexo, la mortalidad por cáncer gástrico se presenta para tres hombres frente a una mujer.

Según la OMS, para que se desarrolle la enfermedad crónica existen factores como la mala nutrición, inactividad física, consumo de tabaco y exposición al humo; el grave problema es que las enfermedades crónicas no son de intervención inmediata por no ser infecciosas, sin embargo el SGSS en Colombia ya reconoce el alto costo administrativo de mantener este tipo de patologías, lo que hace que se presente dificultad de acceso a los servicios de salud y de rehabilitación funcional.

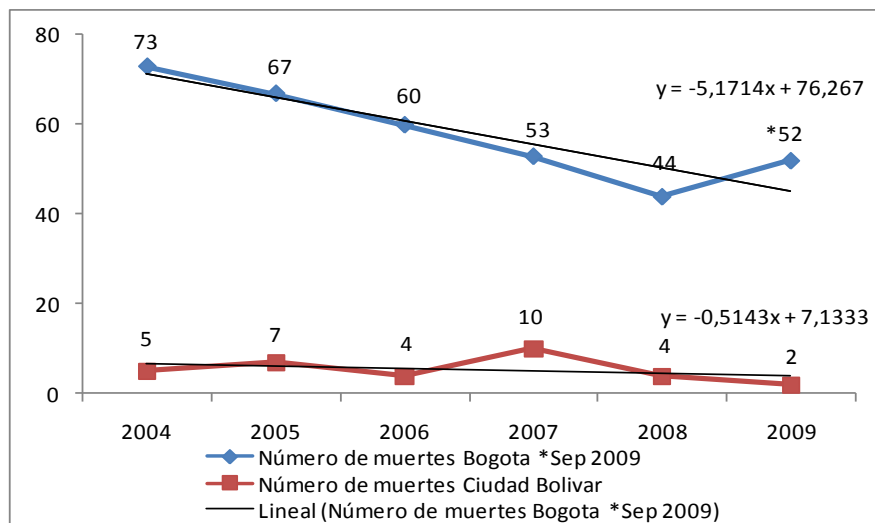
1.7. ANÁLISIS DE INDICADORES DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

Las mortalidades potencialmente prevenibles son aquellas que al tomar medidas en vacunación, saneamiento ambiental, detección precoz o mixta pueden disminuir el número de casos. Entre ellas se encuentran la mortalidad materna, la mortalidad infantil (enfermedad diarreica, respiratoria agudas), sarampión, tétano, infecciones de transmisión sexual (como el VIH – SIDA y sífilis gestacional y congénita), cáncer, infecciones de las vías respiratorias; las cuales forman parte de los indicadores que se encuentran dentro de los objetivos del milenio.

1.7.1 Análisis de la mortalidad materna

Se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y 42 días después del parto, existen causas directas que son las relacionadas directamente por la gestación e indirectas con las lesiones de causa externa. En la siguiente gráfica se relaciona el número de muertes maternas en la localidad y comparada con Bogotá.

Gráfica 5. Tendencia del número de casos de la mortalidad materna comparativo 2004 a 2009



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

Al analizar el comportamiento de mortalidad para los años 2005 y 2007, se encuentra que son los que presentan el mayor número de casos (7 y 10 casos respectivamente), son madres con edades superiores a los 30 años, el nivel educativo que predomina es la secundaria completa. Las localidades de Bosa y Suba con 8 casos; Kennedy y Engativá con 6 casos son las localidades de mayor número de casos de mortalidad materna.

El 94% del total de las maternas que murieron durante este periodo analizado (2004 al 2009) tienen algún tipo de aseguramiento en salud (subsidiada o contributiva), lo que posiblemente indica que los servicios de salud prestados a las gestantes presentan falencias o debilidades, hecho que se corrobora cuando se hace el análisis de las demoras, de acuerdo al modelo de análisis propuesto por la Doctora Deborah Maine de las tres demoras: promoción (buscar ayuda), acceso (en llegar a la institución) y calidad del servicio, se encontró que el 80,95% de los hallazgos que contribuyeron a la muerte fue por la mala calidad de los servicios, seguidos del 14,29% por dificultad de acceder a un servicio por barreras administrativas de las EPS, y en promoción de la salud por acudir de forma tardía a los servicios el 4,76%.

De los análisis de mortalidad materna se desprende que el sistema general de seguridad social debe dar prioridad a la clínica antes que a la formas de contratación, además de no aplicar triage ante cualquier consulta a la gestante, existe estrés laboral para los que trabajan en el área asistencial donde los turnos y las formas de contratación afectan la calidad de la prestación del servicio (un profesional de salud se desempeña en mínimo 3 instituciones). La forma de contratación a las mujeres no favorece la maternidad ni garantiza la lactancia materna.

El centro regulador de urgencias no es una red de apoyo para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para la referencia a un nivel superior de complejidad se asume como una responsabilidad de esta, se continua viendo a una gestante desde una mirada clínica sin un contexto social, familiar y como ser emocional, en los últimos casos de mortalidad presentados (2 casos), existían enfermedades de base que no fueron detectadas durante la consulta, lo que refleja el deterioro de la calidad de los servicios de salud, por lo que se debe mejorar la formación académica de los estudiantes en las universidades que prestan formación en salud, en la capacidad de resolución, compromiso social, ética y capacidad de cambiar conceptos y adaptarlos tan rápidamente como sea necesario.

1.7.2 Análisis de mortalidad infantil

Son indicadores de gran importancia en la salud pública para la toma de decisiones en los programas tanto a nivel asistencial como de intervención colectiva, obedecen a un compromiso internacional, nacional y distrital, a continuación se describe el comportamiento con respecto a las metas distritales; en la tabla No. 6 se describieron las 10 primeras causas de mortalidad infantil en menores de un año. La tabla No. 12 describe las tasas de mortalidad infantil comparada entre Bogotá y Ciudad Bolívar dando cumplimiento al análisis de indicadores de las metas Distritales:

Tabla 10 Tasas de mortalidad infantil comparada entre Bogotá y Ciudad Bolívar como indicadores de las metas distritales

Tasa de mortalidad	Línea Base (Fuente DANE 2006)	Meta Distrital 2009	Ciudad Bolívar 2009)
Perinatal (1000 nacidos vivos)	19,8	14	13,8
General en menores de un año (*1000 nacidos vivos)	13,5	11,7	14,1
General en menores de 5 años(*100.000<5 años)	26,2	25,3	29,6
Por neumonia en menores de 5 años (*100.000 < de 5 años	15,9	14,4	21,8
Por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años (*100.000 < de 5 años)	2	1	3,1
Por desnutrición (*100.000 en < de 5 años)	4,1	3,5	4,7

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2009

En esta tabla se observa que la localidad de Ciudad Bolívar presenta tasas más altas de mortalidad infantil con respecto a los indicadores del distrito capital a excepción de la mortalidad perinatal; en los análisis cualitativos de los motivos por los cuales se presenta la mortalidad infantil se encontró lo siguiente por dominios:

En el General: Las formas de contratación en la población en edad en trabajar no favorecen la continuidad y la garantía para una vida digna lo que dificulta la calidad de vida en un medio competitivo de producción neoliberal.

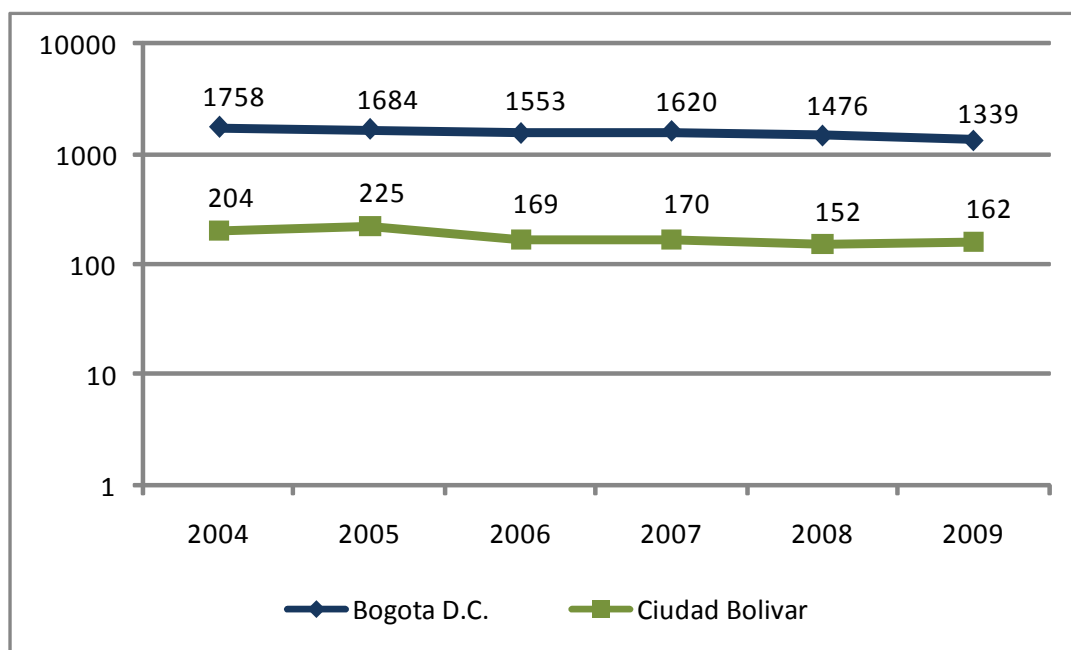
Particular: El desempleo y la inseguridad laboral limitan el desarrollo y el acceso a vivienda digna y a una calidad de vida adecuada para el consumo, en especial de alimentos.

Singular: Hábitos inadecuados de vida, inadecuadas condiciones higiénicas sanitarias personales, familiares y de vivienda, falta de reconocimiento de factores de riesgo, y alta rotación en las formas de contratación.

▼ **Número de casos de mortalidad infantil**

Se define la mortalidad infantil como todos los niños que fallecen por cualquier diagnóstico entre menores de 5 años. En la grafica No. 6 se compara el número de casos de mortalidad infantil entre Ciudad Bolívar y Bogotá;

Gráfica 6. Número de casos de mortalidad infantil en la localidad de Ciudad Bolívar comparado con Bogotá, 2004-2009



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2004 y 2009

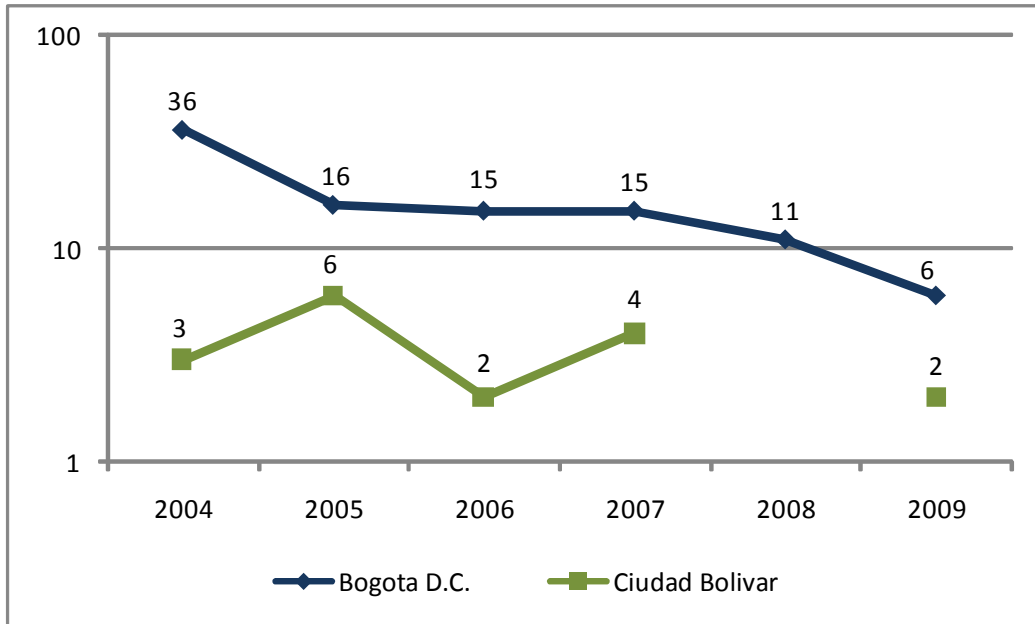
Con respecto a la mortalidad infantil, la localidad ha presentado 42 muertes en menos en 6 años, o sea 7 muertes menos de niños al año, lo que refleja dificultad para mantener con vida a sus menores, ya sea por el bajo nivel educativo de sus cuidadores o por el deterioro de las condiciones económicas, ambientales, y de acuerdo a la afiliación en salud. La frecuencia del tipo de afiliación para el último año analizado es que el contributivo aportó el 10,6%, el subsidiado el 16% y el vinculado el 18,7%.

▼ Número de casos de mortalidad por enfermedad diarreica

La muerte por enfermedad diarreica se produce como consecuencia del deterioro nutricional progresivo, los estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico; la sepsis y el limitado acceso a los servicios de salud o cobertura y atención adecuada²⁰

²⁰ Instituto Nacional de Salud – Colombia. Protocolo de enfermedad diarreica aguda, año 2005

Gráfica 7 Número de casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda comparativo 2004 al 2009 Bogotá y Ciudad Bolívar



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2004 y 2009

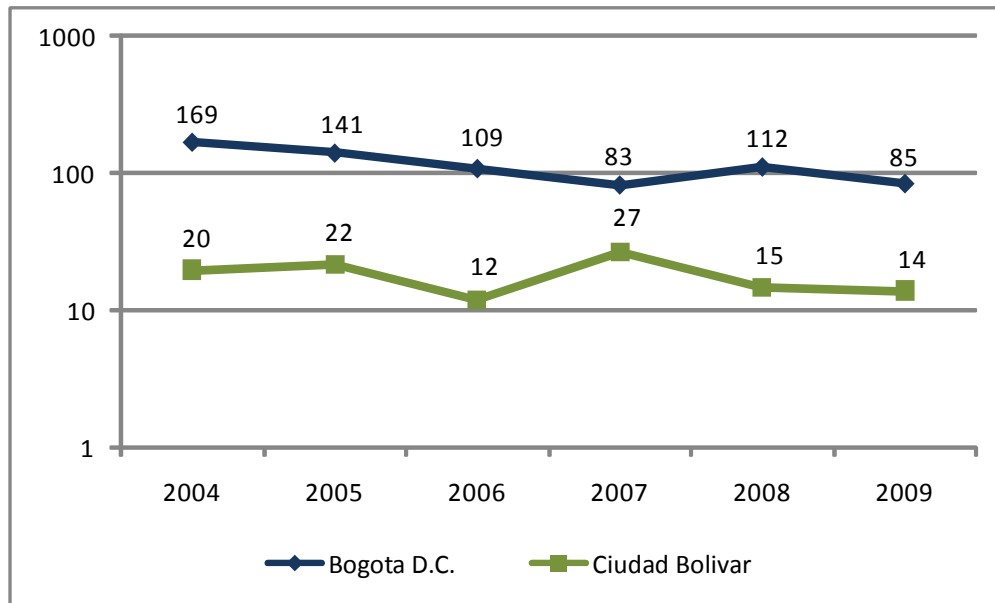
Para enfermedad diarreica en menores de 5 años, la tendencia en la localidad fue a la disminución, para el año 2007 se presentaron 4 casos en menores de cinco años como consecuencia del desconocimiento de los signos de alarma ante la deshidratación por parte del adulto cuidador y la atención inoportuna, que cuando se dio fue tardía. De acuerdo a la afiliación en salud, el contributivo y el subsidiado aportaron el 0,9% y el vinculado el 18,5%

▼ Número de casos de mortalidad por enfermedad respiratoria

La mortalidad por enfermedad respiratoria está encaminada a la mortalidad por causa de una infección respiratoria en especial de vías bajas.²¹ En la siguiente gráfica se muestra el número de casos de mortalidad comparada entre Ciudad Bolívar y Bogotá desde el año 2004 al 2009:

²¹ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, año 2003 Protocolo de vigilancia epidemiológica de enfermedad respiratoria

Gráfica 8 Número de casos de mortalidad por enfermedad respiratoria comparado entre la localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá



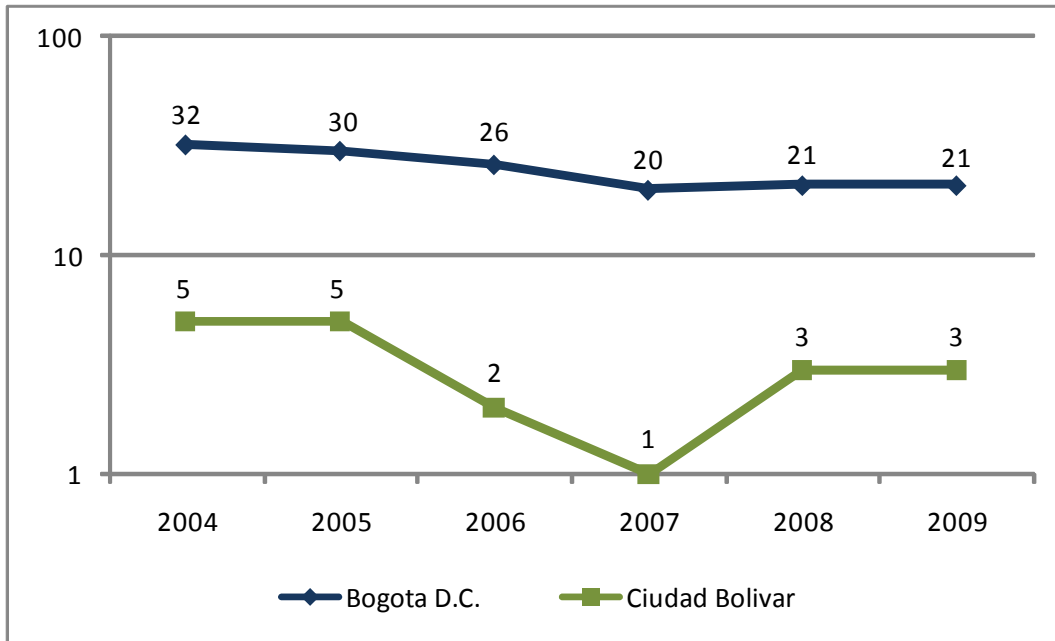
FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2004 y 2009

Se presentó disminución de casos de mortalidad en la localidad, sin embargo este indicador es alto comparado con el D.C. La tendencia de la mortalidad del año 2002 al 2009 es a la disminución; sin embargo, para el año 2007 se incrementó el número de casos; es importante resaltar que los cambios climáticos, lluvias persistentes, corrientes de aire frías, desconocimiento de signos de alarma por parte de los cuidadores, clasificación inadecuada del riesgo en el momento de la consulta y doble afiliación de los menores al sistema de seguridad son los motivos que contribuyen a la muerte de estos menores. De acuerdo al tipo de afiliación en los menores para el año 2009 se encontró que el contributivo aportó el 7,7%, el subsidiado el 40,1% y vinculado el 66,7%.

▼ Número de casos de mortalidad por desnutrición

Por lo general esta muerte se debe a una ausencia prolongada de alimento, probablemente no se cuenta con los recursos para adquirirlos, por alteraciones biológicas o por malos hábitos nutricionales de los cuidadores por prácticas culturales. En la gráfica siguiente se muestra el número de casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años comparado entre Bogotá y Ciudad Bolívar desde el 2004 al 2009:

Gráfica 9 Número de casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años comparado entre la localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2004 y 2009

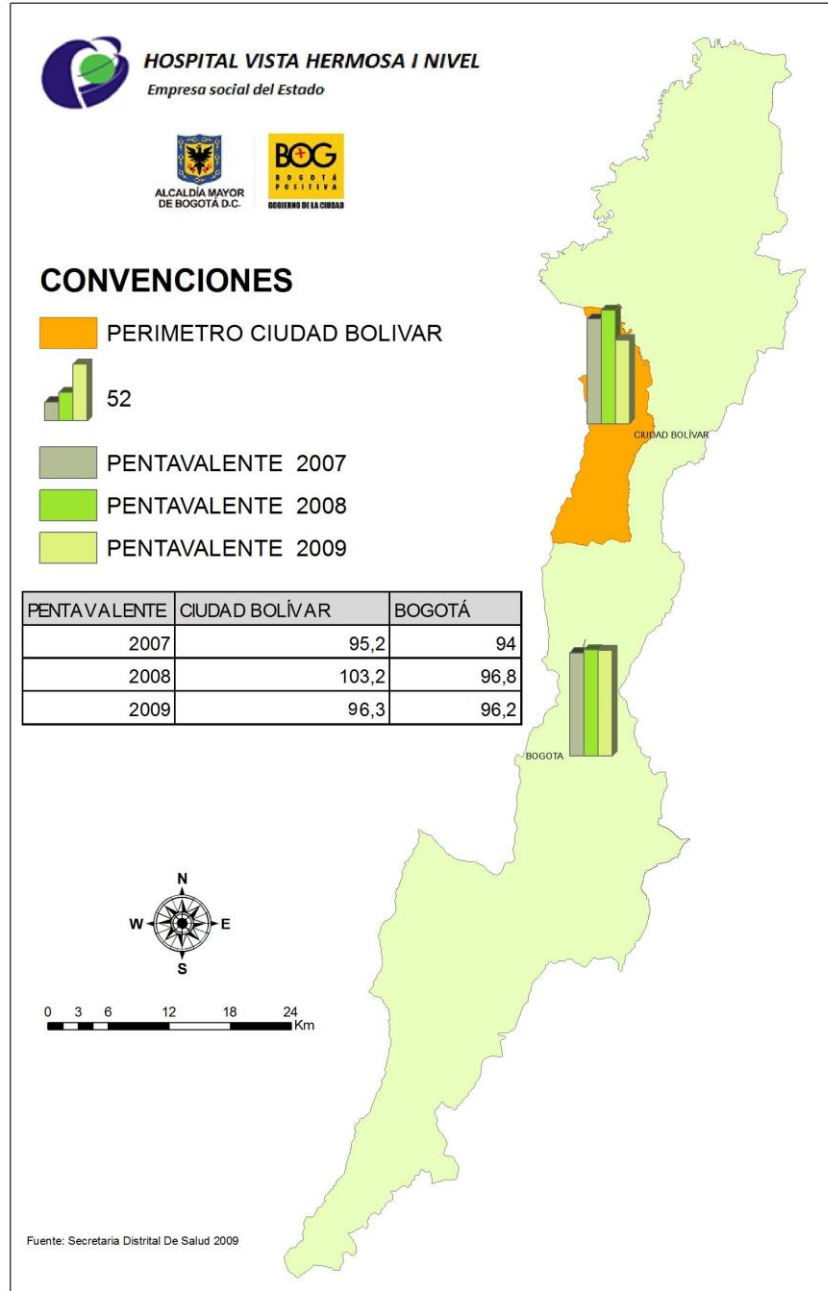
Esta mortalidad no aparece dentro de las 10 primeras causas pero se realiza una vigilancia intensiva de este evento, el 2,6% estaban afiliados en los menores del último año 1 contributivo y 2 subsidiados, es importante recordar que el estado nutricional está muy relacionado con la enfermedad de base pero que se dictaminó como causa básica de defunción.

▼ Programa de vacunación en menores de año

Para realizar la interpretación se toma el esquema completo de los biológicos y se compara con el distrito capital, cuyos datos se representan en el siguiente mapa:

Mapa 9 Cobertura de vacunación con esquemas completos de menores de un año comparado entre Bogotá y Ciudad Bolívar

BCG 2007, 2008, 2009 Ciudad Bolívar con respecto a Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Programa ampliado de inmunización

La cobertura para la localidad para el año 2009 fue similar a la de Bogotá, a excepción del año 2008, cuyo porcentaje fue inferior con respecto al D. C.

1.8. INDICADORES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

Refleja los hallazgos de las actividades que realiza el sector salud en promoción²² y prevención²³ en salud, a través de los diferentes programas de acuerdo a las competencias y a su nivel de complejidad; que a continuación se describe.

1.8.1 Discapacidad

El registro de localización y caracterización de la población con discapacidad es un instrumento para caracterizar personas dentro de un contexto geográfico para la toma de decisiones en políticas y respuestas sociales e institucionales de rehabilitación y de mitigación del riesgo, en la localidad se inició la caracterización en el año 2005, en este año se caracterizó a 13.452 hombres y mujeres de las cuales 1.914 registros se retiraron de las bases por duplicidad en el año 2009; el dato con el cual se interpreta la información es 11.538, de estos el 47,41% (5.470) son hombres y el 52,59% (6068) mujeres, comprenden rangos de edad entre 0 meses a 106 años, con una media de 45 años. En el mapa siguiente se muestra la distribución de la frecuencia de la discapacidad por territorio social, según sexo:

²² Elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, entre otras. Real academia de la lengua española

²³ Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. Real academia de la lengua española

Mapa 10 Distribución de la frecuencia de la discapacidad por territorio social y por sexo

FRECUENCIA DE DISCAPACIDAD CIUDAD BOLÍVAR 2008



CONVENCIONES

- TERRITORIO SOCIAL III
- TERRITORIO SOCIAL II
- TERRITORIO SOCIAL I



ESTADÍSTICAS DISCAPACIDAD



- Discapacidad Mujeres
 - Discapacidad Hombres
- % de discapacidad en Ciudad Bolívar.
De menor a mayor frecuencia de discapacidad

- 0,10 - 3,42
- 3,43 - 17,49
- 17,50 - 25,52

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2009.

Según el mapa anterior, la mayor concentración de personas que refieren discapacidad se localizan en las UPZ Lucero e Ismael Perdomo; por el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad DANE 2005 a 2007 se encuentra que la proporción de hombres y mujeres para población general es que por cada mil habitantes de la localidad se encuentran 19,5 hombres y mujeres en condición de discapacidad, no se habla de prevalencia por que la captura del dato no cumple el criterio para determinar prevalencia, ya que es un registro de carácter voluntario y no un censo; en la tabla siguiente se describe la frecuencia de discapacidad por etapa de ciclo vital.

Tabla 11 Proporción de población por etapa de ciclo en condición de discapacidad

GRUPO	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTA
Todos los ciclos	19,48	25,05
Infancia	7,61	8,45
Juventud	12,31	12,36
Adulto	17,68	19,84
Persona mayor	116,53	125,69

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2009.

La tabla anterior describe una frecuencia alta en la persona mayor, como consecuencia de la enfermedad crónica y de las condiciones físicas de deterioro por inactividad, malos hábitos nutricionales que generan sobrepeso y obesidad, es un porcentaje alto de percepción de la discapacidad porque refiere múltiples limitaciones y los programas de rehabilitación integral no están encaminados a este tipo de población.

Para describir las condiciones de discapacidad es importante aclarar que se entiende por deficiencia y limitación; la deficiencia es la alteración actual que presentan hombres y mujeres, la limitación es el efecto que causa la deficiencia dentro del entorno bio-psicosocial. En la tabla siguiente se describe las deficiencias comparadas entre Ciudad Bolívar y Bogotá.

Tabla 12. Deficiencias que se presentan comparados con Ciudad Bolívar y Bogotá del año 2008

ALTERACIONES	CIUDAD BOLIVAR		BOGOTA
	Personas	Porcentaje	Personas
Sistema nervioso central	2.674	3,87	69.176
Visuales	2.570	3,67	69.936
Auditivas	904	3,32	27.225
Demás órganos de los sentidos	176	3,37	5.225
Voz y habla	706	3,40	20.764
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	5.477	6,76	81.064
Digestión, metabolismo y hormonas	3.002	6,61	45.397
Sistema genital y reproductivo	785	4,22	18.621
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	4.360	4,61	94.621
Piel	321	3,61	8.881
Otra alteración	1.001	12,22	8.193

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008.

Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2009.

Las otras alteraciones son las de mayor frecuencia y no se conoce el origen de por qué el registro no profundiza en el diagnóstico, refieren que es la enfermedad general y de mayor frecuencia esta respuesta es en el grupo de adultez y adulto respectivamente; diagnósticos que no facilitan la toma de decisiones de políticas públicas en prevención de la discapacidad.

1.8.2 Indicadores de alteración de la salud mental

La salud mental se percibe como el estado de bienestar de hombres y mujeres representado en el equilibrio de lo interno y externo, en la coherencia entre lo que se piensa, se siente y se hace, se refleja en la armonía que trasciende al plano espiritual y se manifiesta en las actividades y prácticas de la vida cotidiana; es la capacidad de sortear las dificultades que presenta la vida diaria; la salud mental es común a cualquier hombre y mujer independiente a su condición socioeconómica, nivel de ingresos, nivel educativo y cultura; no obstante se ve alterada por las condiciones ambientales contaminantes, diversidad sexual, contextos socio- familiares deteriorantes, cambios de costumbres en entornos culturales. El sector salud presenta los siguientes resultados que reflejan las condiciones de hombres y mujeres de la localidad.

▼ Descripción de la violencia intrafamiliar

Existen diferentes conformaciones de familias: nucleares formada por padre, madre e hijos, mono parentales con un solo padre ya sea el padre o la madre, mixtas que pueden estar conformadas por padre, madre y los hijos de cada uno y los comunes, y la familia extensa donde se encuentra la presencia de otros familiares. Las relaciones que se tejen entre estos núcleos familiares hace que se genere un desarrollo óptimo o no, cuando se está inmerso en un núcleo familiar problemático se transforma en un centro de violencias que se

normaliza dentro de estos hogares y que se muestra en las relaciones con la sociedad a través de indicadores de violencia intrafamiliar, de suicidio o su intento y de lesiones de causa externa.

El en el Distrito Capital se desarrolla un proceso de vigilancia epidemiológica de las diferentes modalidades de violencia, se considera que la violencia es todo acto que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, que va en contra de su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de la personalidad de hombres y mujeres; es importante resaltar que un mismo individuo puede recibir diferentes modalidades de violencia, partiendo de esta última aclaración se describe el comportamiento en la siguiente tabla.

Tabla 13 Tipo de violencia entre hombres y mujeres notificados por Violencia intrafamiliar año 2008

TÍPO DE VIOLENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Violencia Física	67,8	202,4	103,2
Violencia Emocional	217,4	567,1	289,2
Violencia Sexual	11,8	84,4	43,0
Violencia económica	11,8	37,3	19,0
Negligencia y Descuido	85,7	163,8	83,5
Abandono	19,9	45,1	23,0

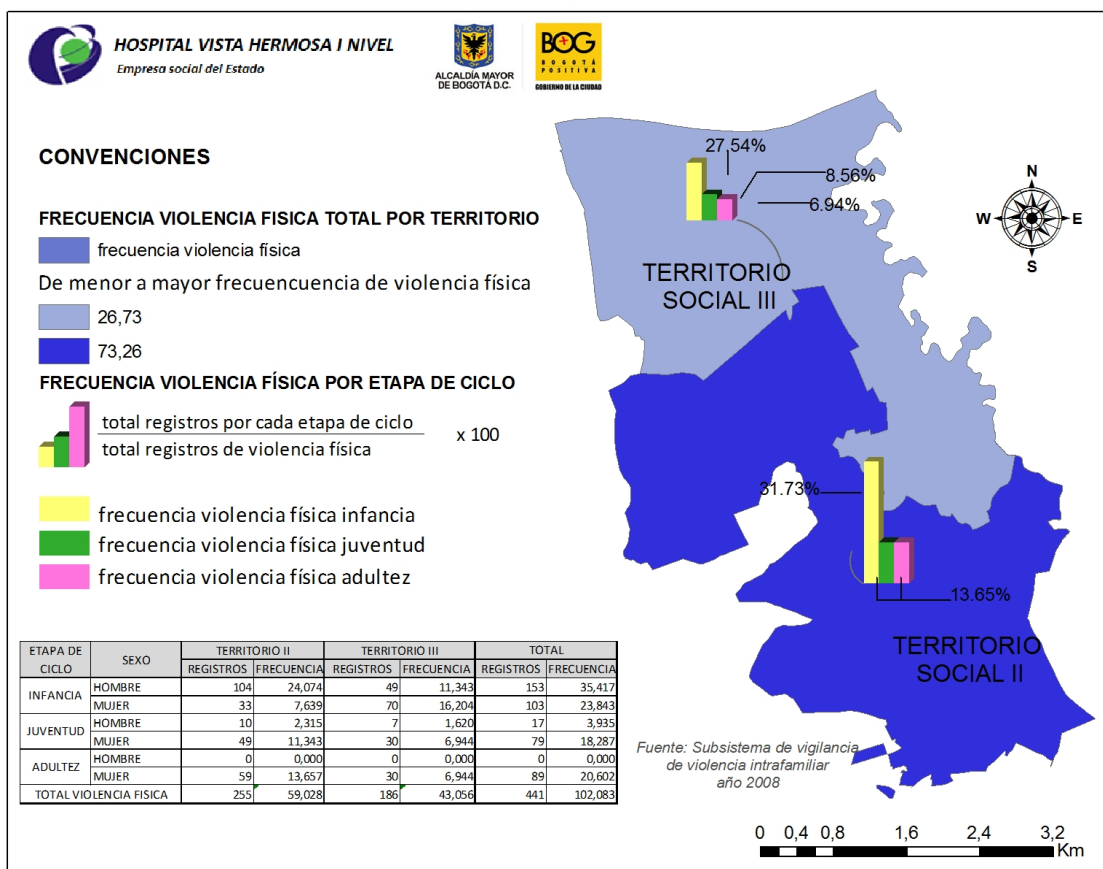
Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar-SIVIM

Cualquier modalidad de violencia tiene una implicación emocional, la manifiestan más las mujeres, para quienes la violencia sexual es de 7 mujeres a 1 hombre. Los rangos de edad van de 0 a 96 años con una mediana de edad de 11.9 años, lo que demuestra que no se tienen herramientas para la formación y crianza de los hijos.

Por considerarse que la violencia física expone la vida de las personas, se graficó por territorio social y por sexo de acuerdo al agresor por etapa de ciclo para visualizar la afectación.

Mapa 11 Violencia física por etapa de ciclo por territorio social año 2008

MAPA FRECUENCIAS DE VIOLENCIA FÍSICA CIUDAD BOLIVAR POR ETAPA DE CICLO

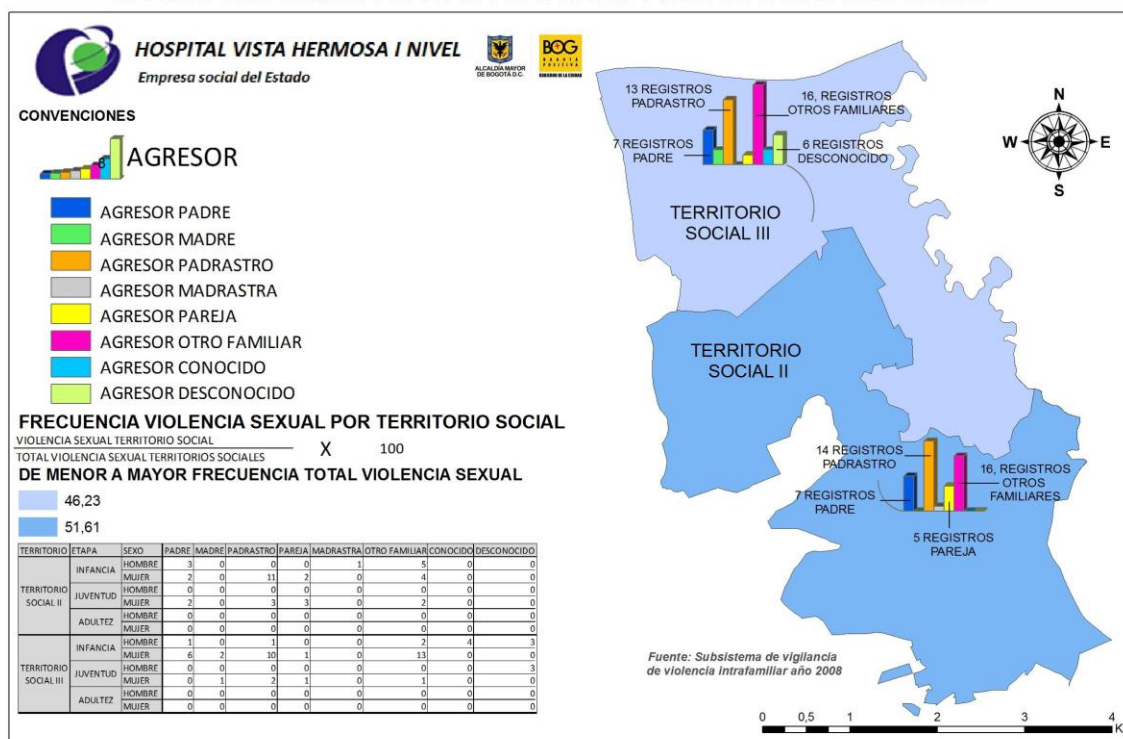


Fuente: SIVIGILA: Subsistema de vigilancia de violencia intrafamiliar Hospital Vista Hermosa, año 2008.

De acuerdo al mapa anterior el territorio de mayor concentración de violencias es el territorio social II, lo que confirma las expresiones de violencia en este territorio; la etapa de ciclo de mayor afectación es la infancia, probablemente por sus expresiones voluntarias, ya que los jóvenes y adultos lo tratan de ocultar por temor o vergüenza.

Mapa 12 Mapa de violencia sexual por tipo de agresor por territorio social

MAPA DE VIOLENCIA SEXUAL POR TIPO DE AGRESOR EN TERRITORIO SOCIAL



Fuente: SIVIGILA: Subsistema de vigilancia de violencia intrafamiliar Hospital Vista Hermosa, año 2008.

El territorio social II concentra el abuso sexual, el principal agresor es el padrastro, otros familiares y el padre, lo que demuestra que el abuso no es por el territorio sino que se concentra dentro del grupo familiar, el agresor desconocido se acentúa en el territorio social III.

Para el año 2007 se notificaron al área de vigilancia en salud pública del Hospital Vista Hermosa 771 casos de violencia física, 423 casos de descuido, 268 casos de abuso sexual, y 217 casos de abandono, se considera que son bajos los casos identificados, ya que no todos los casos se denuncian por temor a represalias y a la descalificación sobre la violencia por parte de familiares y amigos. Además, si se acude a los datos Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaria de Integración Social, y Comisarías de Familia estos podrían estar repetidos, en conclusión; se presume la existencia de mayor número de personas en condiciones de violencia intrafamiliar.

De las 300 intervenciones realizadas, al 79% se le realizó intervención terapéutica, 14% asesoría de trabajo social, de apoyo psiquiátrico y asesoría jurídica, el 3%, con todo lo anterior; las personas refieren que cuando recibieron el apoyo contribuyó a mejorar consigo mismo y con el entorno, a tener mejor escucha y a mejorar el vínculo familiar. Las causas aparentemente que contribuyen a la violencia están relacionadas con la falta comunicación, baja autoestima, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, la violencia como forma de resolución de conflictos, mala condición económica, bajo nivel educativo, pautas de crianza inadecuadas;

todas estas causas pueden estar presentes o alguna de ellas. En la siguiente tabla se compara intento de suicidio y suicidio entre la Localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá en un periodo de tiempo del 2006 al 2008:

Tabla 14 De intento de suicidio y suicidio consumado comparativo 2006 al 2008 entre la localidad de Ciudad Bolívar y Bogotá

Tipo de evento		Ciudad Bolívar		Bogotá	
		Número de personas	Tasa por 100.000	Número de personas	Tasa por 100.000
Intento de suicidio	2006	74	9,97	735	10,15
	2007	32	4,15	994	13,47
	2008	365	60,38	1950	26,43
	2009	167	27,6	1162	16
Suicidio consumado	2006	25	4,31	245	3,53
	2007	24	4,05	228	3,23
	2008	22	3,64	261	3,54
	2009	39	6,3	233	3,5

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

El centro regulador es el de mayor recepción de notificación de eventos de intento de suicidio, se reciben llamadas con mayor frecuencia de mujeres, para el año 2008 se incrementó, tal vez por la difusión de la línea 106; la tasa de suicidio se duplicó para la localidad, mientras que para el D.C. el suicidio se presenta en una razón de 13 hombres frente a una mujer.

1.8.3 Salud sexual y reproductiva

“Se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos “²⁴

La política de salud sexual y reproductiva cuenta con 6 líneas de acción, siendo estas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual; está dirigida a la reproducción, luego está fraccionada a la etapa de juventud y adulto, excluye a infancia y vejez, no se está viendo al individuo con la integralidad del erotismo, de la identidad de género, a la vinculación afectiva interpersonal que incluye todas las etapas del ciclo vital.

La consulta en el Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E para médico general se incrementó en 1.156 consultas del año 2007 al 2008, para este grupo de edad predomina la consulta de origen ginecoobstétrico, determinado por el falso trabajo de parto, amenaza de aborto, parto único espontáneo, infección de vías urinarias y atención después del parto.

²⁴ Ministerio de la Protección Social. Política de Salud Sexual y reproductiva, Bogotá, Colombia. 2003, pagina 5

▼ Cáncer de cuello uterino

El Hospital Vista Hermosa durante el año 2008 tomó 22.728 citologías, el grupo de seguimiento especial se encuentra entre el rango de edad de 25 a 69 años con el 70, 4% (15.996) citologías, y para el grupo de 15 a 24 años, con el 27,8% (6.312); la toma de citología está sujeta a las formas de contratación de las Empresas Promotoras de Salud, no se tiene un denominador poblacional y los datos presentes hacen referencia a la contratación subsidiada y vinculada.

El 90 % (20.462) de citologías el resultado es negativo para malignidad, con anomalías el 7,4 % (1.685), sin dato el 2,5% (580), con resultado positivo para anomalía en células escamosas se presentaron el 7,33% (1685) reportes, para las células glandulares el 0,07% (18). Para el año 2007 se presentaron 15 casos de mortalidad que ocuparon la tercera causa de mortalidad para el grupo de edad de 45 a 59 años de edad.

▼ Infecciones de transmisión sexual

No se puede demostrar las enfermedades de transmisión sexual en los motivos de consulta por las formas de contratación de la Empresa Social del Estado en un I Nivel, que por su nivel complejidad de atención no facilita describir la situación real de los y las habitantes de la localidad. Para poder describir es necesario recurrir a indicadores indirectos como es la notificación de eventos como sífilis gestacional y mortalidad por VIH- SIDA.

El número de casos de mortalidad por VIH- SIDA ha variado de un año a otro, para el año 2006 se presentaron 31 casos y por cada mujer 10 hombres fallecen VIH, para el año 2007 y 2008 se presenta igual número de casos, 17 respectivamente y por cada mujer 5 hombres fallecen por el mismo diagnóstico.²⁵

▼ Mortalidad por cáncer de seno

La mortalidad por tumor maligno de mama es de 23 mujeres, no se conocen las causas de cáncer de mama, pueden ser por consumo de hormonas, antecedentes familiares; hábitos como fumar y consumo de alcohol, todos estos en proceso de investigación, no se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad por que priman las de antecedentes de enfermedades crónicas.

1.8.4 Maternidad segura

De total de gestantes identificadas, 866 mujeres gestantes identificadas de salud a su casa²⁶, el 74% (643) de estas gestantes fueron clasificadas por el riesgo que se define por la edad menor de 17 años y mayor de 35 años y por el inicio tardío de controles prenatales, encontrándose los siguientes hallazgos:

²⁵ Secretaría Distrital de Salud. Certificado de defunción año 2006 – 2007

Por edad menor o igual a 17 años se presentó con el 51,5% (331), seguido por inicio tardío a control prenatal con el 18,2% (117). Las mujeres con una edad mayor o igual a 35 años presente en el 12,4% (80), los casos se presentaron de forma similar al año 2007.

Por antecedentes gineco obstétricos por cesárea anterior el 37% (44), seguido por antecedente de aborto el 9,3% (23) y en tercer lugar se encuentra periodo inter genésico menor a 1 año en el 16% (19). Por complicaciones presentes en la gestación actual en forma descendente son: amenaza de aborto presente en el 21,4% (18), seguido de infección en vías urinarias recurrente en el 15,5% (13), en tercer y cuarto lugar en igual proporción se encuentran amenaza de aborto y bajo peso materno en el 10,7% (9); con relación al riesgo psicosocial, la frecuencia que se presenta en la población es dependencia económica con el 90,4% (536), en especial para menores de 17 años.

Para la protección al menor es importante la lactancia materna; de 2442 registros disponibles en menores de 6 meses, el 37,6% recibe lactancia materna exclusiva, con promedio de 3,3 meses de lactancia materna, es una situación crítica, probablemente por la necesidad de ir a trabajar, e inadecuadas técnicas de lactancia materna.

1.8.5 Planificación familiar

Para el año 2008, de datos obtenidos de mujeres de salud a su casa, se informa que el 51,4% (5.893) regula su natalidad con métodos de planificación familiar diversos: el 48,6% (5.560) manifiesta no planificar regularmente, estas refieren que no tienen vida sexual activa, no tienen compañero permanente y otras manifiestan no asistir al servicio por falta de tiempo.

1.8.6 Enfermedades que afectan la salud bucal

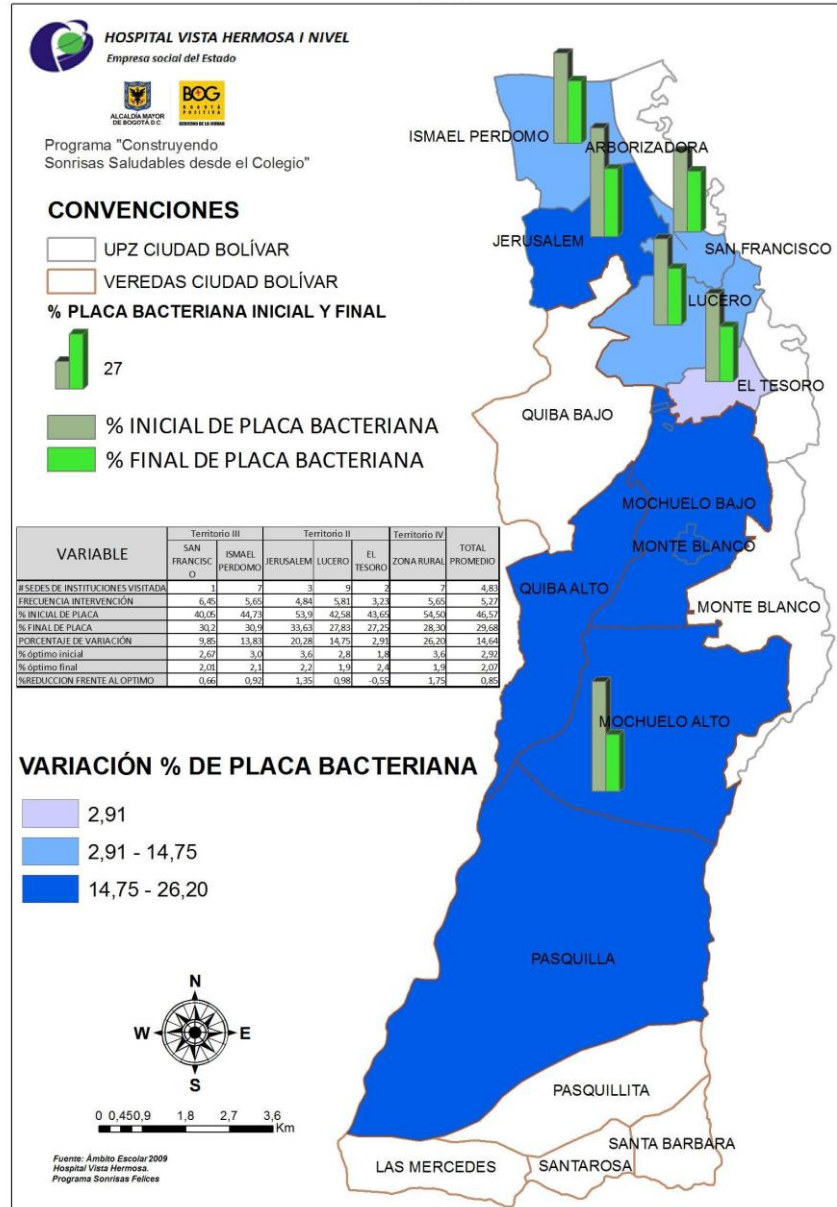
Es parte integral de hombres y mujeres por que participa en funciones vitales como la comunicación, alimentación, afecto, sexualidad y nutrición; así como el reflejo de enfermedades crónicas, Se emplean índices establecidos por la Organización Mundial de la Salud para describir las condiciones de la cavidad oral en tejidos blandos, higiene bucal y estado periodontal que reflejan actitudes y prácticas de higiene bucal de hombres y mujeres tanto como del desarrollo político y social en salud de un Estado.

A continuación se toma un indicador de la calidad de la higiene oral, la diferencia en el porcentaje de placa bacteriana refleja la importancia de una intervención que se encuentra en un ámbito educativo y que reforzado con las intervenciones de educación y seguimiento desarrolla hábitos de higiene bucal para garantizar la permanencia de las piezas dentales; en el siguiente mapa se hace una representación gráfica por territorio de dicho indicador en los colegios intervenidos desde salud al colegio, realizados por el Hospital Vista Hermosa de I Nivel.

²⁶ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Caracterización de salud a su casa desde el año 2003 al 2009

Mapa 13 Diferencia de placa bacteriana por intervenciones de salud al colegio

ÁREA DE INTERVENCIÓN CON % PLACA BACTERIANA INICIAL Y FINAL RURAL Y URBANA DE CIUDAD BOLÍVAR 2009



Fuente: Gestión local Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. Salud al colegio año 2008

Al inicio del programa, la placa bacteriana tuvo porcentajes muy por encima del óptimo del 15%, principalmente en la zona rural, sin embargo, al realizar una diferencia entre porcentajes de placa inicial y

final medidas con el programa salud al colegio, el esfuerzo del hospital se ve evidenciado en el alto rango de disminución de placa, sin embargo esta aún sigue por encima del óptimo incluso a nivel de toda la localidad.

El sistema de vigilancia centinela de salud oral encontró que en 584 registros captados en las unidades primarias generadoras del dato con atención odontológica de la vigilancia en salud bucal durante el año 2008, el 48% corresponde a la etapa de juventud, a medida que se incrementa la edad se disminuye la consulta llegando al 0,5% de frecuencia.

La mancha blanca presenta el 8,39% como primitiva evidencia de la caries, mancha café el 49,32%, caries cavitacional el 51,54%, de acuerdo al estado periodontal se encontró sano el 9,4%, con sangrado el 43,2%, con cálculo supragingival el 26,92%, gingivitis 72,77%; todo lo anterior refleja malos hábitos de cepillado y empeora por la ausencia de atención periodontal a cualquier edad en el sistema general de seguridad social.

La fluorosis es del 11,5%, entendiéndose como una hipo mineralización del esmalte debida a la ingesta de flúor durante la formación de este, lo que genera el incremento de la caries dental, se presume que no existe un control de la concentración de flúor en los productos que la contienen como lo son el agua y la sal, y el inadecuado manejo de los cuidadores en el momento del uso y aplicación del dentífrico en los niños.

Infancia: En esta etapa del ciclo vital, la construcción de prácticas favorables para la salud oral está muy relacionada con el acompañamiento del adulto, ya sean cuidadores y cuidadoras en el hogar ó los y las docentes en el ámbito escolar. En este orden de ideas, se reconoce una tendencia a responsabilizar a unos u otros (padres o docentes) de las condiciones que afectan la salud oral de niños y niñas, que de manera general se consideran desfavorables en la localidad, encontrando que la higiene deficiente se convierte en el principal determinante de las afecciones orales tanto en el presente como en el futuro de este grupo poblacional.

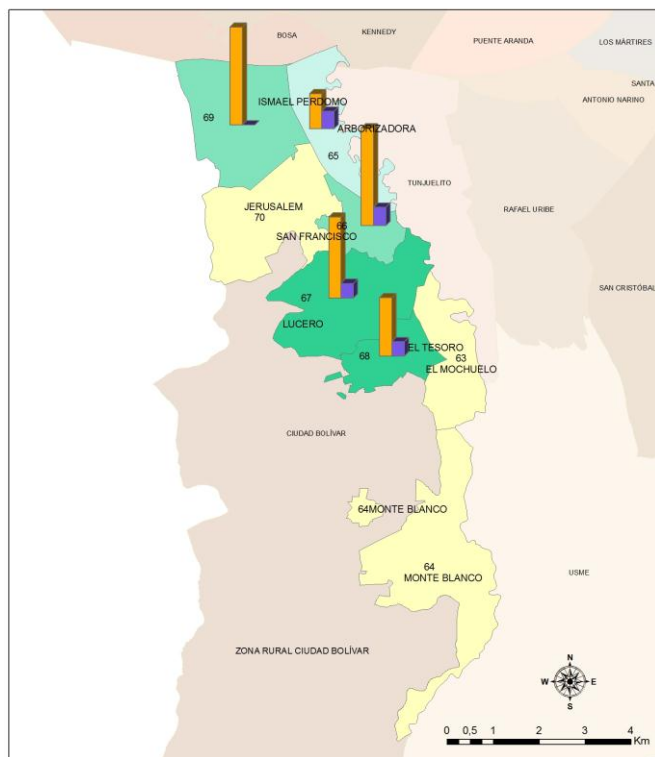
Juventud: Las y los jóvenes de la localidad centran su interés en aspectos relacionados con la estética, como posibilidad para fortalecer sus relaciones sociales y acceder al mundo laboral; Además, también relacionado con este factor se encuentra interés por tratamientos estéticos (ortodoncia, diseño de sonrisa...), que están por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en muchas ocasiones no son accequibles a la población joven de la localidad, utilizando los servicios del sistema únicamente para la atención de urgencias. Paradójicamente, este interés puesto en lo estético evidencia un descuido en las prácticas preventivas de higiene, lo cual se refleja en el aumento de las enfermedades orales generales (caries, periodontitis).

Aduldez: Se manifiestan las consecuencias de la ausencia de prácticas preventivas tanto en la infancia como en la juventud, encontrando patologías irreversibles que llevan a la pérdida de dientes, que no son resueltas por el POS y en que la única alternativa es la consulta privada; con los respectivos impactos en la autoestima. Parte de esta situación está determinada por la condición de responsables del hogar, lo que implica un interés por otros miembros de la familia en aspectos económicos, de cuidado del hogar y sus miembros.

Vejez: Se profundiza el daño reflejándose el descuido y abandono de la salud bucal al no realizar las prácticas de higiene que la favorecen y al no tener respuesta a sus necesidades de devolver función a la boca por la pérdida parcial o total de las piezas dentales, todo esto conlleva a la población a enfermedades orales y problemas de nutrición. La relación entre las enfermedades crónicas y el deterioro oral se manifiesta constantemente, lo que en ocasiones refleja una población enferma o que descuida su salud.

En la intervención de salud familiar para el primer semestre del 2010 de 311 familias, se describe la situación encontrada de higiene oral reflejada en la placa bacteriana encontrada al inicio y al final de la intervención, lo ideal es que sea menor del 15%. De las 311 familias se mapean 139 familias, dejando de lado 172, puesto que esta era la cantidad de datos efectivamente comparables, las familias encontradas por UPZ se reflejan en el siguiente mapa.

Mapa 14 Placa bacteriana de grupos familiares por UPZ del 2010



COMPORTAMIENTO PLACA BACTERIANA: "PROGRAMA SONRISAS SALUDABLES 2010" HOSPITAL VISTA HERMOSA



CONVENCIONES

FRECUENCIA DISMINUCIÓN DE PLACA

porcen_opt_3	max_3	min_3
0,018848		
0,018849 - 2,066667		
2,066668 - 2,666667		
0,5		
	max_3	min_3

% PLACA FINAL	% PLACA AL 15% ÓPTIMO	MÁXIMO PLACA FINAL	MINIMO PLACA FINAL
30%	2	100%	0%
31%	2,0666667	100%	19%
28%	0,0188485	36%	18%
40%	2,6666667	60%	15%
36,00%	2,4	83%	15%

% PLACA FINAL FRENTE AL 15% ÓPTIMO	% PLACA BACTERIANA UPZ % 15 ÓPTIMO
------------------------------------	------------------------------------

Fuente: Salud a su casa intervención familiar 2010

Las UPZ que mayoritariamente presentan disminución en placa bacteriana por la intervención del programa sonrisas saludables del Hospital Vista Hermosa corresponden a Lucero y Tesoro. De igual manera los máximos de placa bacteriana se observan en la UPZ Perdomo y en la UPZ San Francisco. Finalmente los mínimos de placa bacteriana se representan en la UPZ Arborizadora.

1.8.7 Morbilidad por eventos de notificación obligatoria

Son eventos de compromiso Nacional e Internacional que se encuentran en control, eliminación y erradicación; a continuación se describe el número de casos notificados por año.

**Tabla 15 Eventos de notificación obligatoria comparativo
año 2005 al 2009**

	2005	2006	2007	2008	2009
Chagas	0	0	1	3	2
Dengue clásico	3	3	13	45	5
Dengue hemorrágico	0	0	3	0	1
Fiebre amarilla	0	0	1	0	0
Leishmaniasis	11	10	5	18	3
Malaria Vivax	26	18	10	18	2
Sospecha de tos ferina	7	9	59	160	10
Parotiditis	22	30	23	98	43
Sospecha de sarampión	50	22	18	12	4
Sospecha de rubeola	132	91	36	25	14
Sospecha de rubeola congénita	0	0	0	7	2
Sospecha de parálisis flácida < de 15 años	0	1	1	2	1
Tuberculosis	21	20	53	76	10
Reacción posvacunal esperada	21	10	5	10	4
Exposición rábica	108	156	575	1153	412

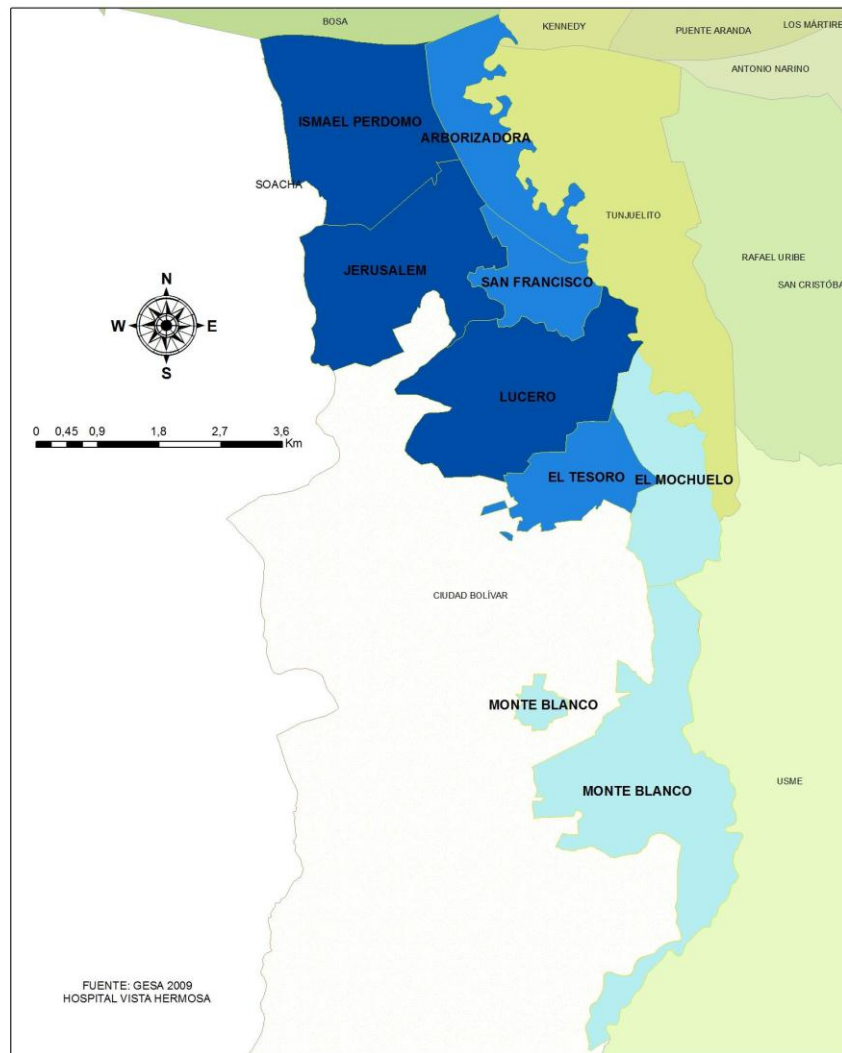
Fuente Vigilancia en salud Pública Secretaría Distrital de salud; Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

Se incrementó la notificación en los dos últimos años, teniendo debido a las acciones de gestión y consolidación de una cultura de notificación, así no se haya aumentado el número de centros médicos. En los 2 últimos años se han incrementado los eventos de notificación por sustancias químicas más como intento de suicidio, en el que predomina la mujer frente al hombre, no es por exposición laboral como riesgo químico, la notificación individual de enfermedades transmitidas por alimentos no está culturalmente establecida por el área asistencial y no es fácil compararla.

Para el año 2009 se implementó la vigilancia para la enfermedad del nuevo virus H1N1, del que se presentaron 2 casos de mortalidad en mujeres que tenían una enfermedad de base.

El evento de mayor frecuencia es el accidente del animal mordedor, probablemente por la presencia de perros callejeros y la tenencia inadecuada de animales; la etapa vital más afectada es la de los jóvenes, probablemente porque los jóvenes realizan más actividades al aire libre; La cobertura de vacunación canina es del 49,53% (27.246 caninos) para el año 2008 y para el año 2007 del 48,69% (26.780) caninos; lo que justifica la notificación inmediata frente al accidente de animal mordedor y genera una cultura de cuidado con las mascotas. Es de resaltar que la notificación tan lata del año 2008 probablemente obedezca a una estrategia de comunicación y educación que se implementó en este año. A continuación se grafican las UPZ de menor a mayor notificación de eventos de accidente de animal mordedor, notificados en el año 2009.

Mapa 15 Registros de accidente de animal mordedor por Unidades de planeación zonal del año 2009
REGISTROS POR ANIMAL MORDEDOR 2009



CONVENCIONES

ANIMAL MORDEDOR 2009

- 0 - 15
- 15,1 - 83
- 83,1 - 184



Vigilancia en salud Pública Secretaria Distrital de salud

Las UPZ de Jerusalén y Lucero son las de mayor concentración de notificación, pero son también los barrios de mayor población y de mayor vulnerabilidad social, lo que queda reflejado en la tenencia inadecuada de animales, históricamente estos eventos siempre se han presentado en estos mismos lugares.

En un seguimiento de enfermedades compartidas entre animales y hombre a 113 animales en los barrios de Mochuelo Bajo, el 88% correspondió a caninos, el 12% a felinos, se encontró que el 31% de estos animales presentaban sarna sarcóptica, producto de ectoparásitos, (Ácaros aradores), el 30% dermodectosis, parásito que convive con estas especies pero que se tornan agresivos cuando se supera la capacidad de respuesta del huésped, dermatofitosis en un 11% (hongo).²⁷

Para el año 2009 existen 169.920 hogares en la localidad, la población identificada es de 55.000 caninos reportados por la Secretaria Distrital de Salud para el año 2007; con estos datos se calcula que hay un perro por cada tres hogares; si se toma la población habitante de la localidad se calcula la existencia de un perro por cada 11 personas. La segunda relación con el animal se da más como un fin económico, sobre todo en territorios de naturaleza rural o suburbana, cuyo desarrollo económico depende en gran manera de actividades agrícolas y pecuarias.

Los territorios de zona de influencia del río Tunjuelo y otras cuencas hidrográficas, el relleno sanitario Doña Juana, plantas de beneficio y expendios de carne, presentan la mayor proporción de problemáticas relacionadas con presencia de vectores en la localidad. En época de lluvias se incrementan las poblaciones de zancudos, moscas, mosquitos y ratones debido a los vallados y lotes baldíos, donde hay estancamiento de aguas, constituyéndose como reservorio de plagas. Los amplios terrenos baldíos presentes en la localidad a su vez son un gran reservorio de roedores e insectos.

Los eventos relacionados con tenencia inadecuada de animales se pueden atribuir a factores culturales propios de la localidad; se refiere el desconocimiento de la legislación vigente que reglamenta la tenencia de mascotas y animales de abasto o de trabajo, además del cuidado y respeto hacia los mismos. Esto se ve reflejado en comportamientos que van en contra del bienestar de la comunidad y de los animales.

Situaciones tales como inadecuada disposición de excretas en sitios públicos, tenencia de razas peligrosas sin las restricciones necesarias, maltrato físico a animales de tracción, cría de especies pecuarias productivas en propiedad horizontal y zona urbana son algunas de las problemáticas más frecuentes identificadas en la localidad.

Las enfermedades transmitidas por vectores como chagas, dengue clásico, hemorrágico, fiebre amarilla, leishmaniasis o malaria, son enfermedades que reflejan la movilidad de las personas de otras regiones hacia la localidad. Sin desconocer la presencia de ratas por la disposición inadecuada de residuos.

La notificación de las enfermedades inmunoprevenibles se incrementaron, se presentaron dos casos de tos ferina que fallecieron en el año 2007 (gemelas).

²⁷ Proyecto integral en salud de salud y ambiente en la localidad de Ciudad Bolívar; Enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, año 2008

1.8.8 La salud en la cosmovisión de los grupos étnicos

La salud para los grupos étnicos tiene una connotación holística que va más allá de la salud – enfermedad. La relación intrínseca con el territorio y los recursos naturales es fundamental, entendiendo que la naturaleza es la madre y que es ella quien provee a las personas de las cosas necesarias para sobrevivir y vivir bien. Elementos como el espíritu y el equilibrio entre las enseñanzas de los ancestros y las experiencias cotidianas son importantes para la salud en estas culturas. Sin embargo, la incursión en escenarios distintos y condiciones culturales urbanas implica enfrentarse a afectaciones nuevas para su salud, así como tener que adaptarse a dinámicas particulares que generan diversas necesidades, para las que no se encuentran preparados.

Por su parte, la medicina tradicional también debe ser entendida en relación a un contexto específico, ya que éste determina la oferta misma de los insumos necesarios para su realización. De hecho, uno de los reclamos más recurrentes cuando se habla con los afrocolombianos es la imposibilidad de conseguir las yerbitas que les eran tan útiles en los contextos de origen para curar cualquier afección en salud. Para el caso de los indígenas pasa algo parecido, solo que además de las plantas, los rituales tradicionales están asociados a las fuentes hídricas, a las cuales no pueden acceder en la ciudad.

Estas condiciones hacen que los grupos étnicos se vean abocados a acceder a los servicios de salud de la medicina alopática, ya sea en escenarios como droguerías o centros asistenciales de salud. Por otro lado, dado lo novedoso de sus prácticas culturales y medicinales, llamativas para las personas que no pertenecen a estos grupos, han motivado que diferentes miembros de estos grupos se dediquen a la comercialización de productos y transformen sus usos y costumbres medicinales en entradas económicas, además de ingresar a modelos capitalistas de acumulación.

Para el caso de los indígenas esta transformación se da de manera más frecuente, lo que ha promovido la organización y fortalecimiento de rutas de transporte para el traslado de los insumos que les permiten la fabricación de productos y el ejercicio de su medicina, pero también han accedido al aprendizaje de prácticas propias de la medicina alopática.

Con relación a la manera como los grupos étnicos deben inscribirse en una lógica de interacción no solo con otras culturas sino con la institucionalidad, implica nuevamente transformaciones en su forma de adaptarse a nuevos escenarios. Un ejemplo claro de esto es como las personas de los grupos étnicos no están acostumbradas a una rutina burocrática para poder acceder a los servicios de salud, lo que ocasiona un choque muy duro cuando llegan a la ciudad y se dan cuenta de que aquí tienen que aprehender un manual implícito de reglas para entablar una relación satisfactoria con las instituciones.

En campo se dan programas de atención domiciliaria como salud a su hogar, los cuales además hacen el proceso de inscripción de las personas en el SGSSS; por ello, resulta comprensible el desespero y la desorientación de las personas de los grupos étnicos ante los problemas de duplicidad de aseguramiento y de procedimientos institucionales de una ciudad que no realiza trámites administrativos inter departamentales determinado por el sistema de salud actual, además la falta de amabilidad de los trabajadores frente a los desorientados. El aprendizaje de esas nuevas prácticas en salud como el llevar a los niños a consultas de control de crecimiento y desarrollo, son parte de lo que se ha mencionado durante todo el texto como un proceso de constante reconstrucción de la identidad.

Para el caso de los afrocolombianos, el yerbatero es una autoridad en términos de salud y es legítimo para su comunidad, ya que no solo ofrece una consulta personalizada sino que genera lazos de afectividad y conocimiento permanente. En el caso de los indígenas, este depende del grupo étnico, pero la figura está representada por el médico tradicional, el curaca, el mama o el taita.

Al acceder a los servicios de la ciudad, en el SGSSS este se basa en una atención no personalizada, limitada por tiempos y por los modelos de contratación, el desconocimiento de sus prácticas culturales y de la lengua, genera en ellos una violación de su intimidad y revictimización de su situación.

El factor más fuerte de afectación a la salud mental de las personas de los grupos étnicos es aprender a convivir con la manera en que se hacen las cosas en la ciudad; en la ciudad todo es diferente, para ellos hay muchas ausencias, a pesar de que tienen una vida mucho más sencilla que la de la ciudad, estar acá les implica extrañar y empezar a reconstruir su vida con un telón de fondo diferente, con unas reglas extrañas y sin muchas de las personas, instituciones, recursos y formas que daban a su vida cotidiana seguridad ontológica y sentido, lo que crea ansiedad. No obstante, resulta interesante ver como una vez en la ciudad los migrantes buscan reconstruir algo de su entorno perdido, lo cual implica una transformación grande para la ciudad.

Finalmente, cabe mencionar que sobre los roles en el transcurso de la vida, son totalmente diferente a lo concebido por otras culturas; las etapas de ciclo en estos grupos se dan de manera distinta, entendiendo que los primeros años de la vida están determinados por procesos de socialización y aprehensión de la cultura, la juventud desaparece y se pasa prontamente a la adultez. Se considera que una persona de un grupo étnico, apenas adquiere las herramientas para sobrevivir y defenderse en su medio (7 – 10 años en los hombres) se convierte en adulto. O que adquiere la preparación para preservar su cultura (13 – 14 años mujeres) se convierte en adulta. La vejez no solo es el último estado de la vida, sino el cúmulo de experiencias, por ello en la mayoría de pueblos las personas mayores son las encargadas de la toma de decisiones.

Estas condiciones enmarcan la manera cómo los grupos étnicos asumen cada uno de los determinantes para la salud. Entendiendo que cada uno adquiere una connotación cultural que entra en procesos de transformación al enfrentarse a las dinámicas urbanas. Por ende, la manera como se asumen acciones de promoción y prevención desde el sector salud para las personas de la localidad cambia para estos grupos.

1.8.9 Estado nutricional en la localidad de Ciudad Bolívar

La nutrición es un componente fundamental para alcanzar el desarrollo de todo ser humano, contribuye al desarrollo social y económico de un territorio; se requieren acciones transectoriales que garanticen al ser humano la disponibilidad, el acceso y el consumo de los alimentos.

▼ Comportamiento nutricional de escolares

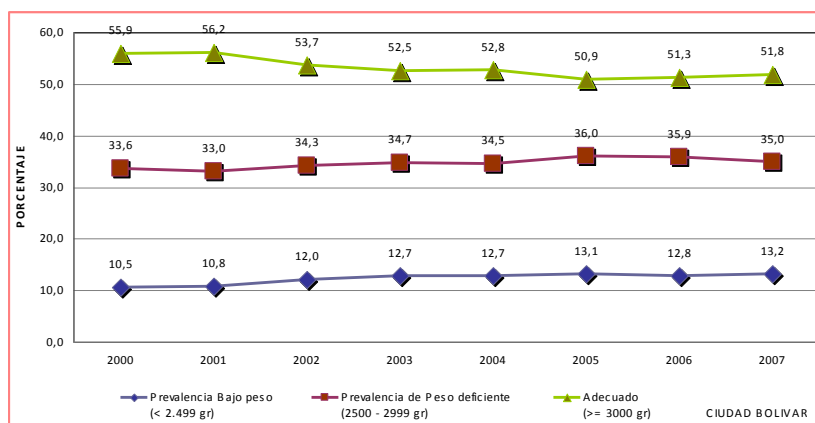
Durante el año 2008 se inició la vigilancia centinela en 4 colegios; encontrando los siguientes resultados: los estudiantes entre las edades de 10 y 17 años representan el grupo de mayor población, seguido de los

estudiantes entre 5 y 9 años, por cada niño valorado hay una niña, en preescolar se presenta una leve diferencia, predominan las mujeres.

Sobre malnutrición según índice de masa corporal en niños y niñas mayores de 10 años, tanto el déficit como el exceso, se presenta en niveles más altos en este grupo de edad que en los menores de 10 años, ya que se observa que la desnutrición global en el primer grupo mencionado es del 4,1%, como ocurre con la malnutrición por el indicador peso/talla e índice de masa corporal, la desnutrición crónica predomina en los mayores de 10 años sobre los menores de esa edad, ya que a nivel local en los primeros es del 14% .

▼ Estado nutricional del recién nacido

Gráfica 10. Tendencia de bajo peso al nacer comparativo año 2000 a 2007



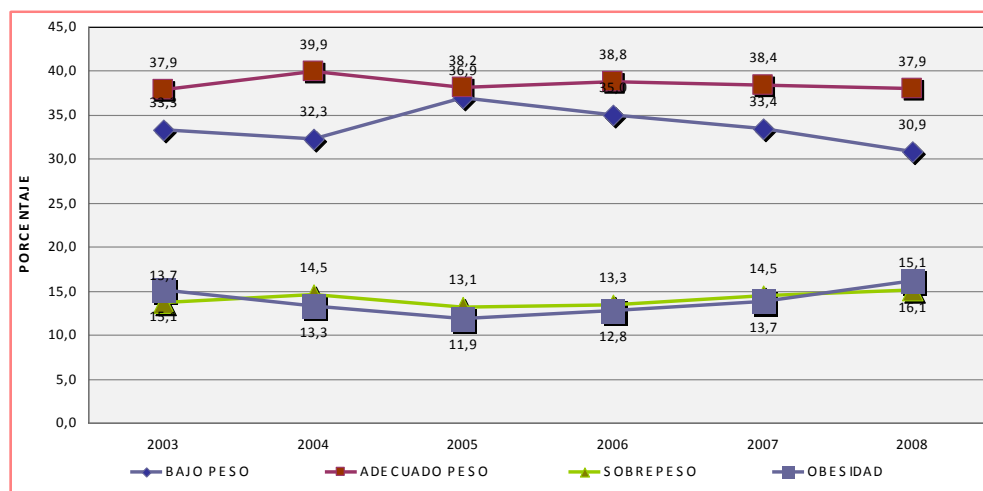
Fuente: Vigilancia en salud pública. Secretaria Distrital de Salud

Para el periodo comprendido entre los años 2000 y 2007 se registra un incremento del bajo peso al nacer del 2,7%, mientras que la tendencia del déficit de peso al nacer (peso entre 2.500-2.999 gr) se mantuvo constante, al revisar los registros de recién nacidos con peso adecuado (>= 3000 grs) se registra una disminución del 4,1% durante el periodo el mismo periodo.

▼ Valoración nutricional de la gestante

Para este dato se tienen en cuenta indicadores de semanas de gestación, peso y talla de la madre, a continuación se describe la tendencia en el contexto local.

Gráfica 11. Tendencia de las gestantes comparativo año 2003 al 2008



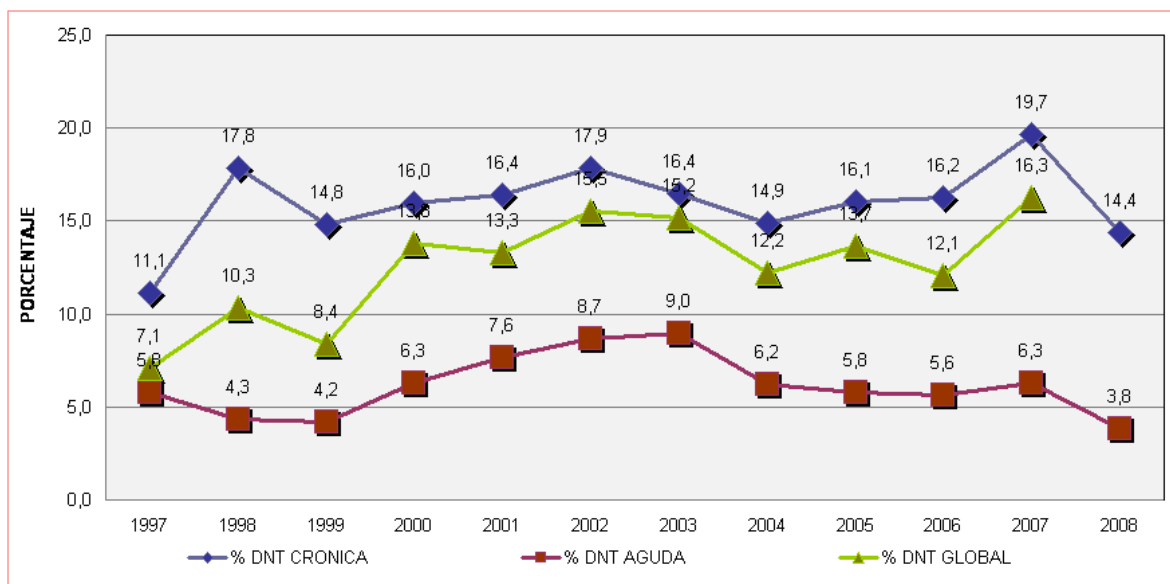
Fuente: Vigilancia en salud pública. Secretaria Distrital de Salud

Se presenta una leve disminución del porcentaje de bajo peso gestacional a partir del año 2005, por otro lado, el sobrepeso y la obesidad se han incrementado progresivamente, lo que aumenta el riesgo durante el embarazo en la adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles, que ponen en peligro la vida de las gestantes y de sus hijos; mientras el peso adecuado es el mismo para los años 2003 al 2008.

▼ Frecuencia de la desnutrición en el contexto local

El subsistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN del Hospital Vista Hermosa, en el año 2008, contó con 21 unidades notificadoras de la localidad, para el año 2008 se recibieron 23.314 notificaciones; de estos datos los niños y niñas menores de 10 años con el 53% (12.366) fueron atendidos por medicina y el 46,5% (10.840) fueron atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo.

Gráfica 12 Frecuencia de desnutrición en niños y niñas menores de 7 años, comparado entre 1997 - 2008



Fuente: Vigilancia en Salud pública. Secretaria Distrital de Salud, Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

El promedio de la desnutrición aguda en la localidad durante el periodo comprendido entre 1997 y 2008 fue de 6,13%, estando por encima del promedio Distrital que fue de 5,8%; a partir del año 2003 se reconoce una disminución al 5,2% de niños y niñas menores de 7 años con desnutrición aguda, la desnutrición crónica ha mostrado mayor variabilidad reflejando incrementos en los años 1998, 2002 y 2007, esto es reflejo del bajo poder adquisitivo de las personas para adquirir los alimentos.

1.9. RELACIÓN ENTRE SALUD, AMBIENTE Y TERRITORIO

Se parte de diferentes conceptos de salud, que van desde la capacidad de desarrollar respuesta individual y social dentro de un entorno ambiental hasta plantear un modelo de salud-cultura, ya que los hombres y mujeres son los únicos seres vivos que lo desarrollan y son los que marcan contrastes de actitudes y prácticas en diferentes territorios. Existen aspectos que facilitan que una cultura se perpetúe, como el contexto social donde se desarrolla, el grupo familiar que influye en la crianza de los hijos y la influencia educativa, que da las directrices para el desarrollo de habilidades y destrezas tanto físicas como intelectuales, también las creencias religiosas que explican el mundo.

Hay que resaltar que prevenir la enfermedad y realizar la promoción de la salud es una obligación de todos los actores sociales, el sector salud debe ser el orientador en la toma de decisiones de políticas públicas y de planeación transectorial para el desarrollo social y de infraestructura en lo urbano-rural, el reto es mantener la salud, ya que la enfermedad siempre será intervenida por el sector salud.

Para interpretar la salud-enfermedad es importante tener en cuenta la subjetividad y los resultados de actitudes y prácticas, tanto como los signos clínicos que quedan reflejados en diagnósticos, estos son indicadores de alteraciones en las condiciones físicas biológicas normales de los hombres y mujeres, es por ello que se describen alteraciones en la salud mental, salud oral, presencia de enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual y comportamiento de la muerte.

El Dr. Eduardo H. Beltrán Dussan, médico de la Universidad Nacional de Colombia, “refiere que el proceso de enfermedad es único e irrepetible en cada persona. Hay vías comunes en muchas enfermedades y en muchos enfermos, lo cual permite reconocer cuadros clínicos y procesos patológicos, pero cada proceso es diferente, así se llegue a manifestaciones clínicas similares en varios pacientes. Lo físico, lo emocional y lo mental tienen intercomunicaciones que permiten que cualquier alteración en cualquiera de los niveles repercute en los demás; pero existen factores específicos que pueden alterar la integridad desde cada uno de ellos, los enfoques de la medicina dependen de la concepción que se tenga de la enfermedad y por consiguiente de los elementos terapéuticos disponibles.”²⁸

No existe una base universal de morbilidad para Colombia y mucho menos para el Distrito, lo que impide analizar la realidad de la situación de la enfermedad de las localidades, esto se agrava por las formas de contratación que están sujetas a los diferentes niveles de complejidad de I, II y III nivel, ya sean de carácter público o privado.

Existen sistemas de vigilancia de eventos de notificación obligatoria para todas las instituciones prestadoras de salud como el registro de vigilancia nutricional y de seguridad alimentaria para menores de 7 años, el de madres gestantes, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y el de vigilancia en salud oral; todos estos registros se llevan a voluntad en las prestadoras privadas y con carácter obligatorio para las entidades públicas, lo que también puede generar sesgos de interpretación.

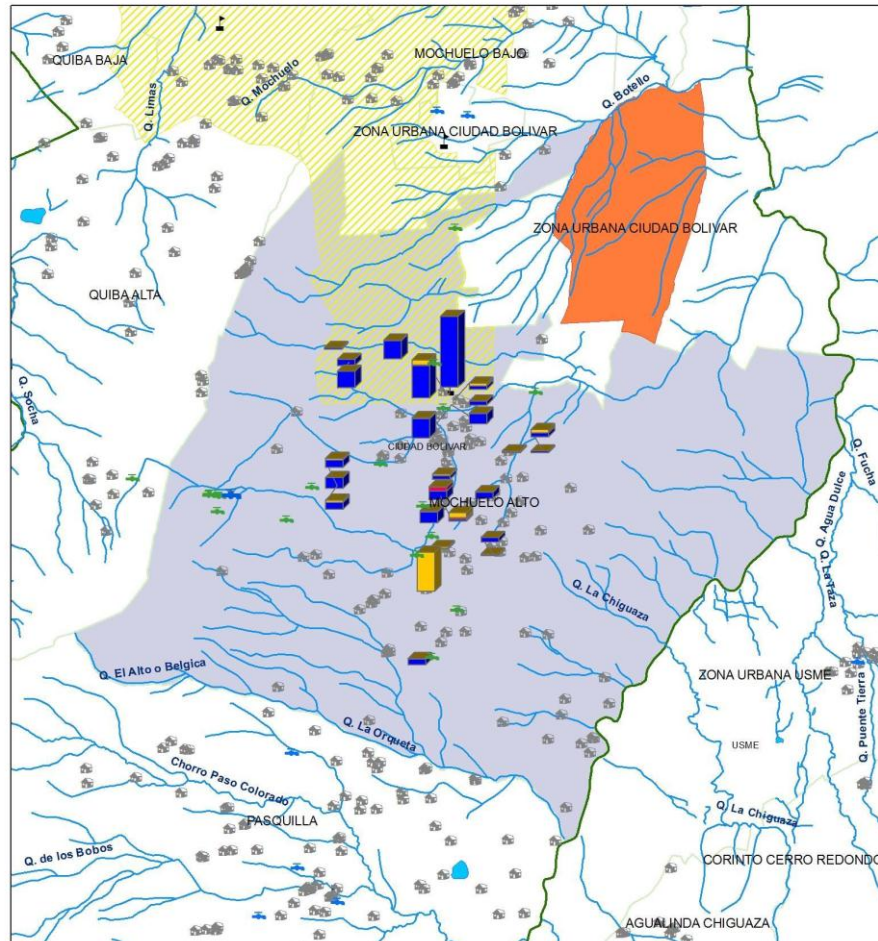
Los problemas de salud de origen ambiental son intensos y de amplio alcance; sin embargo, uno de los motivos de mayor preocupación es el alto grado de inequidad que se observa al analizar la exposición de diferentes grupos de población a los riesgos para la salud acarreados por el medio ambiente. Se observa una exposición desigual en los residentes de las zonas rurales y urbanas, en los diferentes estratos económicos de las zonas urbanas, entre los hombres y las mujeres, y los trabajadores del sector formal e informal; ciertos grupos, en particular los niños y los ancianos, se ven duramente golpeados.

Otro problema detectado en el año 2009 por la CAR es la presencia de mercurio en el agua de los acueductos veredales de Recuerdo Sur, Asoporquera I y II, que son de uso agropecuario y doméstico; la Secretaría Distrital de Salud confirmó la presencia de mercurio en Enero y en Junio, lo que quiere decir la presencia es intermitente, además se detectaron concentraciones altas de mercurio en el cabello en 33 personas de 44, lo que indica una exposición crónica (ver mapas 7).

²⁸ Dr. Eduardo H. Beltrán Dussan, médico de la Universidad Nacional de Colombia

Mapa 16 Ubicación geográfica de personas detectadas con mercurio

Concentraciones de Hg en pacientes HVH 2009



HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
 Empresa social del Estado



Convenciones

- Quebradas
- ▨ Parque Minero
- Cuerpos de agua
- Relleno Sanitario Doña Juana
- Límites localidades

Veredas colindantes con Ciudad Bolívar

- VEREDA
- MOCHUELO ALTO

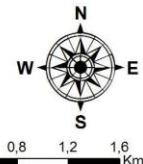
— Acueducto veredal

Nombre Acueducto

- ASOPORQUERA
- BOCATOMA
- Casas Rurales
- Escuelas

Pacientes con afectación de Hg

- 86
- ORINA
- SANGRE
- CABELLO



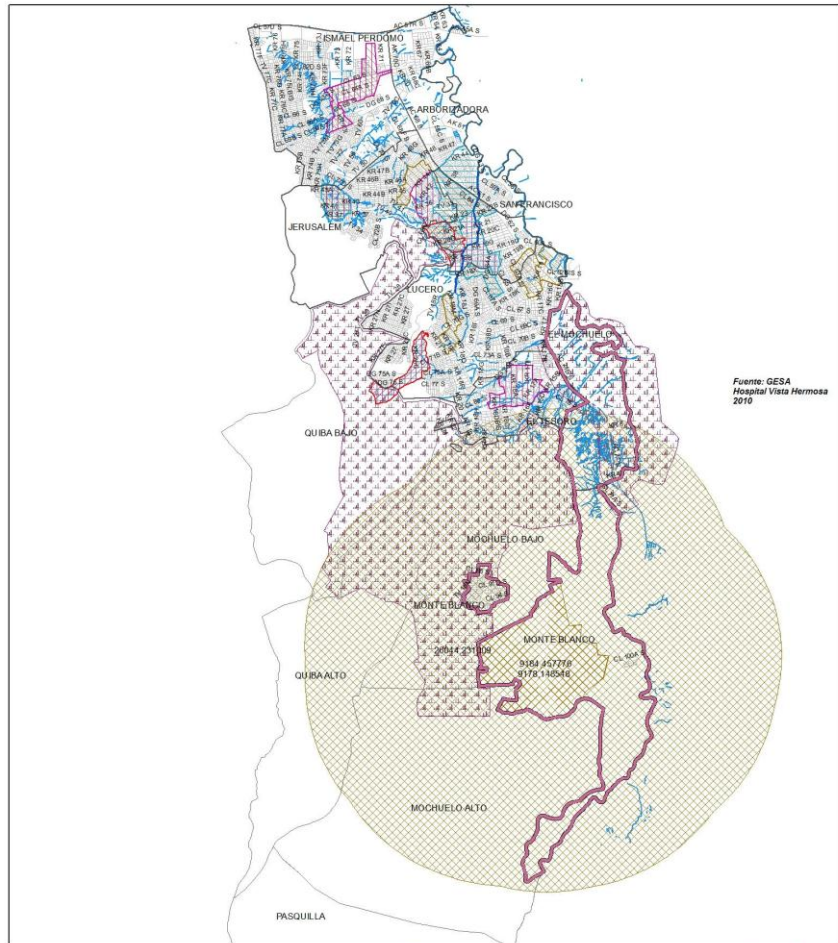
Fuente: Vigilancia en Ambiente
 Hospital Vista Hermosa 2009

Fuente: Hospital Vista Hermosa oficina de Salud y Ambiente 2009

Por el sistema de disposición final de residuos sólidos en el Relleno Sanitario Doña Juana, ubicado en la localidad, y el inadecuado manejo de los residuos sólidos desde la fuente generadora de la mayoría de los habitantes de la ciudad de Bogotá, se detectaron problemas en salud por la presencia de benceno en el aire, que se manifiesta en el fenol en la orina en la población expuesta a la descomposición de basuras del relleno y que está afectando a los habitantes del área rural, en el estudio tipo cohorte realizado por el Hospital Vista Hermosa para determinar el efecto de los gases benceno, tolueno y xileno, en población expuesta al relleno sanitario Doña Juana, los hallazgos fueron: No se encontró presencia de Xileno, y tolueno con sus respectivos metabolitos, pero las concentraciones de fenol en orina se detectaron en los diferentes puntos de corte (llamados percentiles), se encuentran riesgos relativos (RR) por encima de 1, lo que indica probabilidad de asociación de fenol en orina por exposición a la presencia de benceno en población expuesta al relleno sanitario Doña Juana con respecto a la no expuesta, se encontró en el percentil 25 una concentración de mediana de fenol en orina de 4,30 mgr/l el RR= 1.02; el percentil 50 con una concentración de mediana de fenol de 5,995 mgr/l el R= 1.19 y en el percentil 75 una concentración de mediana de fenol en orina de 8.1 mgr/l con un RR=1.21.; por la pérdida de población no se encontró diferencia estadísticamente significativa en concentraciones de fenol en orina entre población expuesta y no expuesta; sin embargo, con estos hallazgos no se pueden desconocer los riesgos para la salud, ya que no se debe detectar fenol en orina por encima de los límites permitidos en una población expuesta laboralmente, y está población no es expuesta ocupacionalmente sino que son personas expuestas al relleno.

Este sistema de disposición final de basuras contamina las fuentes de agua subterránea y superficial por acción de lixiviados y escorrentía que corren y se infiltran hasta llegar a los cuerpos de agua, deteriorando flora y fauna, sin embargo, se construyó una planta de tratamiento de lixiviado, la cual busca disminuir la carga contaminante presente en ellos; está planta por su diseño y capacidad de tratamiento ha presentando dificultades para el cumplimiento de la resolución emitida por la CAR para el vertimiento de los líquidos tratados, además, el mismo sistema de operación de la planta produce gases, y los biosólidos son altamente contaminados por metales pesados, contribuyendo a la afectación ambiental.

Mapa 17. Rango de afectación del Relleno Sanitario Doña Juana y Parque minero.



CONVENCIONES

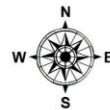
- TERRITORIO SOCIAL I
- VEREDAS
- borde quebrada con vertimiento y animal mordedor 10 mt
- PROBLEMÁTICA ANIMAL MORDEDOR
- PROBLEMÁTICA INUNDACION NATURAL Y ANTRÓPICA
- PROBLEMÁTICA MINERIA INDUSTRIA
- PROBLEMÁTICA VERTIMIENTO RESIDUOS SÓLIDOS
- ÁREA PROBLEMÁTICA DOÑA JUANA
- MINERÍA
- RÍOS
- VÍAS PRINCIPALES



HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
Empresa social del Estado



**CONFLICTOS SALUD
AMBIENTAL CIUDAD BOLÍVAR
2010
Taller de Cartografía Participativa**



Fuente: Taller de cartografía participativa, S.D.S. Hospital Vista Hermosa I Nivel.
E.S.E.

Como problemática identificada se observa afectación en la zona rural por el área de influencia del relleno sanitario Doña Juana, además de prácticas agrícolas con manejo inadecuado de residuos como empaques, envases y embalajes de agroquímicos, para los cuales debería existir un manejo adecuado ya que se trata de residuos peligrosos y que sin embargo son dispuestos al aire libre o en las quebradas cercanas a los cultivos.

Pero no solamente la presencia del relleno sanitario es un problema relacionado con los residuos sólidos, en la localidad existe contaminación de las quebradas por la disposición de residuos sólidos y de escombros, tanto en los cuerpos de agua como en las rondas, contaminando un recurso que podría ser aprovechado aguas abajo, obstruyendo cursos de agua, lo cual genera la amenaza de inundaciones en zonas habitadas y también creando hábitats perfectos para el desarrollo tanto de microorganismos como de vectores: moscas, ratas que transmiten enfermedades infecciosas, e incluso perros que se encargan de trasladar la basura por todas partes.

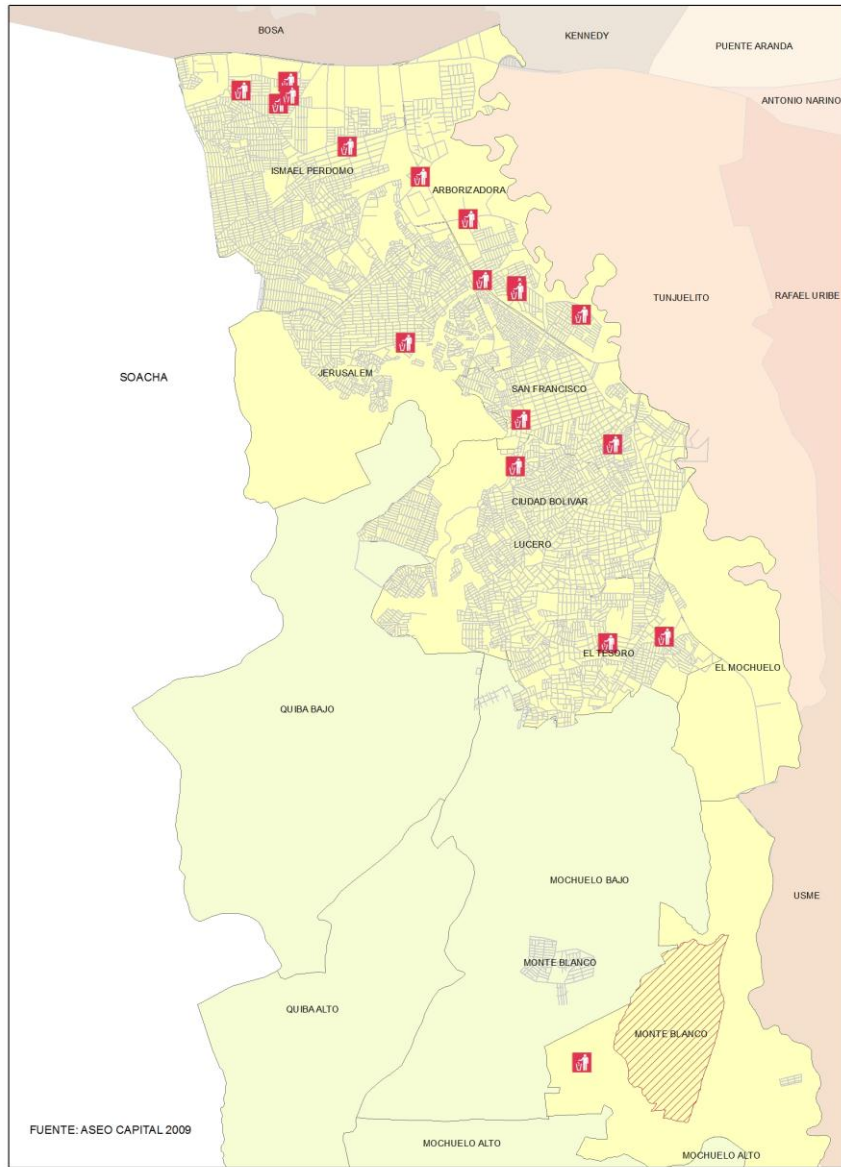
Identificado plenamente por la comunidad se encuentra la necesidad de que la población asuma su responsabilidad en el manejo de los residuos, evitando disponerlos en sitios inadecuados, aplicando prácticas como la separación y el reciclaje de materiales recuperables y siguiendo normas de convivencia como sacar la bolsa en los horarios establecidos (ver mapa 11 de puntos de vertimiento crítico).

Con respecto a casos de dermatitis, la enfermedad se presenta en todas las etapas de ciclo vital, con mayor frecuencia en infantes, gracias a malos hábitos higiénico- sanitarios, malas prácticas de alimentación y condiciones climáticas extremas. La presencia de casos de escabiosis, aunque en menor proporción a la dermatitis son afecciones de la piel que podrían deberse entre otras razones a la tenencia inadecuada de animales.

La proliferación de artrópodos y roedores está relacionada con inadecuada disposición de residuos sólidos a nivel público y domiciliario, presencia de escombros en espacios públicos, materiales de construcción de las viviendas, estancamiento de aguas, rebosamiento de pozos sépticos en mal estado, zonas verdes baldías, ausencia de control de malezas e inadecuado almacenamiento de alimentos. Existen algunas áreas más vulnerables en la localidad, como aquellas ubicadas en zonas aledañas al relleno sanitario doña Juana, mataderos, expendios de carne, viviendas ubicadas en rondas de quebrada y viviendas construidas en madera.

La problemática de afectación ambiental quedó descrita pero no se pueden desconocer las relaciones sociales que interactúan en un territorio con la gran diversidad cultural, que hace más difícil la convivencia con la diferencia y que es acentuada aún más por las dificultades de comunicación efectiva por esa misma diversidad; es por ello que existen territorios con expresiones de violencia ya sea familiar y social, acentuándose en el territorio social II.





Mapa 18 Puntos críticos de vertimientos sólidos



VERTIMIENTOS CRÍTICOS DE RESIDUOS SÓLIDOS



CONVENCIONES

-  VERTIMIENTO CRÍTICO RESIDUOS SÓLIDOS
-  VÍAS CIUDAD BOLIVAR
-  RELLENO SANITARIO DOÑA JUANA
-  UPZ CIUDAD BOLÍVAR

Fuente: Aseo capital, año 2009

Los puntos críticos están en la UPZ Ismael Perdomo, Lucero y el sitio de recepción o vertimiento que corresponde al relleno sanitario con afectación al área rural y a la población expuesta de los barrios de Monte blanco.

2. CAPITULO II. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN CONSUMO- TERRITORIO-POBLACIÓN- AMBIENTE

Para este capítulo el desarrollo de la categoría de análisis de la organización productiva de la localidad no se puede apartar del marco internacional, de la realidad nacional, y de cómo se contextualiza en lo distrital y sus definiciones en lo local, que se refleja en las consecuencias de estos dos contextos. Los Objetivos del Milenio proponen duplicar en una década el ingreso per cápita, reducir la inadecuada distribución del ingreso, replantear el gasto social, buscar el equilibrio estructural y la correlación entre lo local y el resto del mundo.

En Colombia, según el DANE en el censo general para el año 2005, el 27,63% de la población se encontraba con necesidades básicas insatisfechas y para el mismo año en Bogotá se encontraba con el 9,16%.

En los cálculos realizados por el Departamento Nacional de Planeación, Misión para erradicar la pobreza (MERPD), la población en Colombia bajo línea de pobreza es del 49,74% y para Bogotá es de 28,41% para el año 2005.

La población por debajo de la línea de indigencia según los datos del Departamento Nacional de planeación Misión Social con base en información del DANE en los censos 85 y 93 para Colombia para el año 2005, es de 15,65% y para Bogotá es del 4,54%.

La población en miseria según los cálculos del Departamento Nacional de planeación y del programa nacional del desarrollo Humano en Colombia es del 5,3% y para Bogotá es del 1,38%.

Todos los indicadores anteriores reflejan un desarrollo en calidad de vida para el Distrito Capital, sin embargo en el interior del distrito las localidades se diferencian unas de otras de acuerdo a las dinámicas y al desarrollo de inversión dentro de los contextos locales, sin desconocer las grandes corrientes migratorias de los otros departamentos que llegan al Distrito, por ser este el lugar de mayor de mayor recepción de familias, en especial en condiciones de desplazamiento forzado para la localidad de Ciudad Bolívar.

Otro de los problemas graves que aumenta la pobreza en la ciudad es el desempleo, el trabajo precario o el trabajo informal. En este aspecto aunque la población cuente con la preparación académica, actualmente la

forma de contratación es de dos y tres meses, para técnicos y profesionales de las diferentes instituciones tanto a nivel público como privado, esto genera problemas de ingresos e inestabilidad económica y social para los individuos productivos y afecta directamente la estabilidad y el desarrollo de las familias.

En los trabajadores esto genera estrés y temor ante las formas de contratación, porque no se cuenta actualmente con políticas de Estado que garanticen estabilidad laboral, otro problema importante es la edad, pues en nuestro país, si se tiene 20 años, una persona es demasiado joven para tener un empleo y a los 35 ya es demasiado vieja.

Según las cifras relacionadas con los indicadores mensuales reportados por la Secretaría de Hacienda, al finalizar septiembre de 2006 la tasa nacional de desempleo que hace un año estaba en el 11,2%, subió al 12,9%, para el trimestre de Junio a Agosto del 2009 la tasa de desempleo fue del 13,4% y para el año 2008 el porcentaje de desempleo con respecto a la población en edad de trabajar es del 19%. A continuación se describen las condiciones socioeconómicas, organización social y de productividad de la localidad.

2.1. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Según proyecciones de población del DANE y la Secretaría de Planeación del Distrito a partir del CENSO 2005, la población de Bogotá para el año 2011 es de 7.467.804 habitantes; para la localidad de Ciudad Bolívar la población es de 639.937 habitantes, que corresponde al 8.57% del total de Bogotá, ocupando el cuarto lugar de participación en el total.

Ciudad Bolívar es la localidad con mayor número de necesidades básicas insatisfechas en Bogotá y presenta además las peores condiciones para vivir de acuerdo a lo hallado en la encuesta de calidad de vida y salud que más adelante se va a describir a profundidad; es la primera localidad en recibir personas desplazadas del país, lo que contribuye a las altas tasas de pobreza y de miseria.

El estrato bajo - bajo es el más representativo de la localidad con el 58,41% de la misma, estando distribuido básicamente en las UPZ's Lucero (19,63), Ismael Perdomo (14,76%) y Jerusalén (14,48%); el estrato bajo concentra el 37,69%, agrupado generalmente en Ismael Perdomo con el 10,89% y San Francisco con el 10,87%. En vivienda y hogares, se tiene un comportamiento semejante.

Tabla 16 Personas por estratos en Ciudad Bolívar, Proyección 2009

PERSONAS POR ESTRATOS	CIUDAD BOLÍVAR	BOGOTÁ
Sin estrato	7.753	110.714
Bajo-bajo	360.084	708.740
Bajo	232.319	3.007.437
Medio-bajo	16.293	2.565.779
Medio	3	564.132
Medio-alto	2	174.065
Alto	2	128.730
Total	616.456	7.259.597

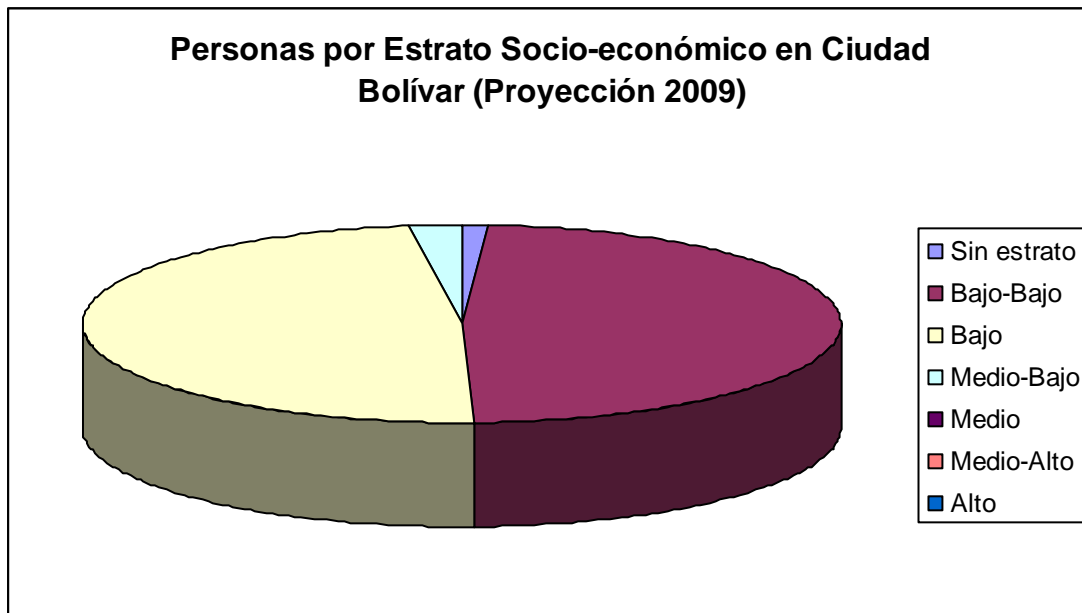
Fuente: Secretaría Distrital de Planeación.

Tabla 17 Viviendas por Estratos en Ciudad Bolívar, Proyección 2009

VIVIENDAS POR ESTRATOS	CIUDAD BOLIVAR	BOGOTÁ
Sin estrato	2.216	23.276
Bajo-Bajo	82.642	165.312
Bajo	51.949	727.743
Medio-Bajo	4.515	733.886
Medio	1	208.942
Medio-Alto	1	65.261
Alto	0	50.462
Total	141.324	1.974.882

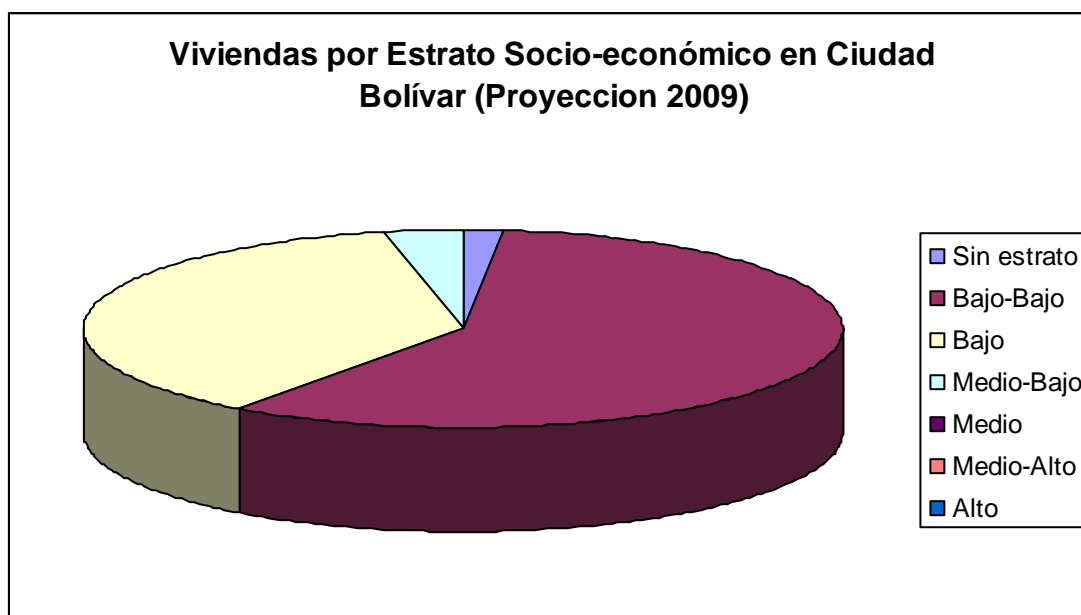
Fuente: Secretaría Distrital de Planeación

Gráfica 13, Personas por Estrato Socio-económico en Ciudad Bolívar (Proyección 2009)



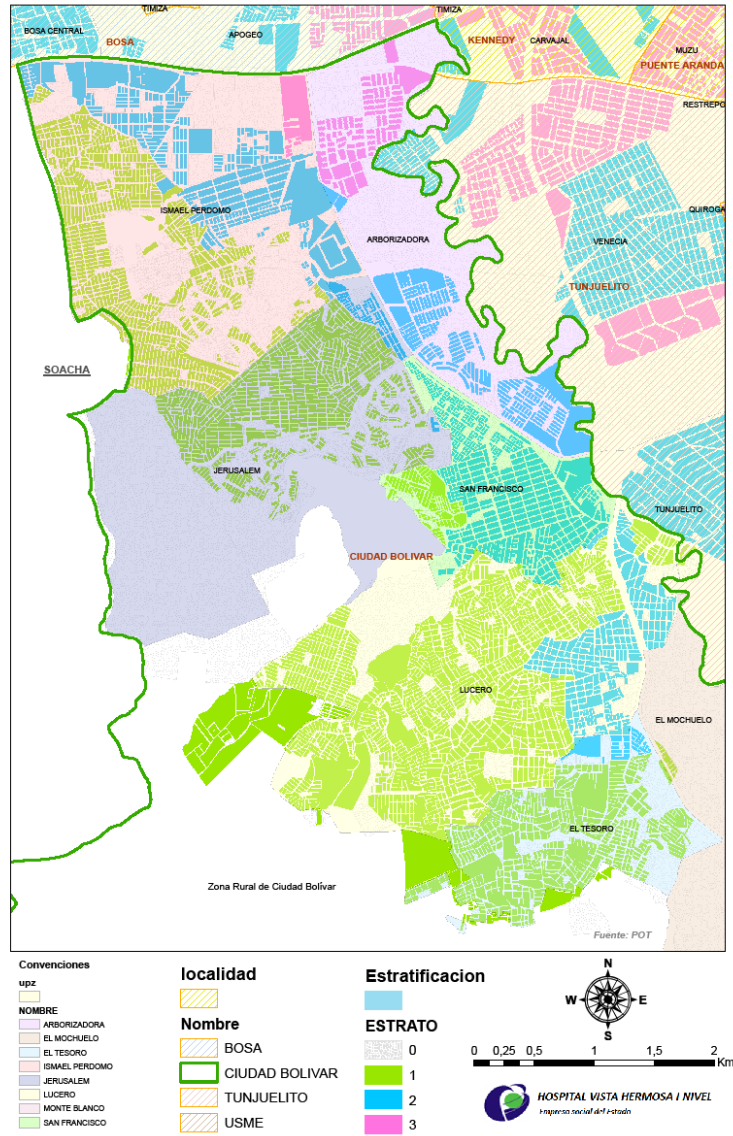
Fuente: Secretaría Distrital de Planeación.

Gráfica 14, Viviendas por Estrato Socio-económico en Ciudad Bolívar (Proyección 2009)



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación

Mapa 19 Estrato socioeconómico de la localidad
Estratificación Socio Económica Ciudad Bolívar



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital

Según La Secretaría Distrital de Planeación, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y la Dirección de Información, Cartografía y Estadística (DICE), en sus “Proyecciones de población de Bogotá por localidades 2005-2015”: la población estimada por estratos socioeconómicos de la localidad por Unidades de Planeación Zonal, UPZ’s en 2009 era de:

Tabla 19, Personas por Estrato en Ciudad Bolívar según Unidades de Planeación Zonal, UPZ's

Personas por Estrato	Sin estrato	Bajo-Bajo	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	Total
El Mochuelo	0	1.466	0	0	0	0	0	1.466
Monte Blanco	371	4.808	0	0	0	0	0	5.179
Arborizadora	138	0	45.834	14.780	0	0	0	60.752
San Francisco	58	9.732	9.132	0	0	0	0	76.213
Lucero	1.151	120.995	120.995	0	0	0	0	162.669
El Tesoro	725	43.354	43.354	0	0	0	0	47.624
Ismael Perdomo	4.087	90.973	90.973	1.502	0	0	0	163.692
Jerusalén	1.223	89.255	89.255	0	0	0	0	98.693
Rural Ciudad Bolívar	0	99	49	12	3	2	2	167
Ciudad Bolívar	7.753	360.082	360.082	16.294	3	2	2	616.455

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación.

Tabla 18, Viviendas por Estrato en Ciudad Bolívar según Unidades de Planeación Zonal

Viviendas por Estrato	Sin estrato	Bajo-Bajo	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	Total
El Mochuelo	0	738	0	0	0	0	0	738
Monte Blanco	607	11.630	0	0	0	0	0	12.237
Arborizadora	20	0	12.082	4.123	0	0	0	16.225
San Francisco	20	2.023	14.970	0	0	0	0	17.013
Lucero	234	22.318	6.368	0	0	0	0	28.920
El Tesoro	180	8.170	502	0	0	0	0	8.852
Ismael Perdomo	878	17.449	16.068	389	0	0	0	34.784
Jerusalén	277	20.286	1.946	0	0	0	0	22.509
Rural Ciudad Bolívar	0	28	13	3	1	1	0	46
Total General	2.216	82.642	51.949	4.515	1	1	0	141.324

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación.

Por ser una localidad con significativa presencia de pobreza, desplazamiento y necesidades Básicas insatisfechas, entre muchas problemáticas sociales asociadas es necesario hacerle seguimiento al objetivo principal de los planes de desarrollo locales, que vela por promover el desarrollo humano integral, disminuyendo los índices de pobreza, a través del impulso a las iniciativas productivas y la generación de ingresos y con la aplicación de los principios de política pública y de acción: calidad de vida, erradicación gradual de la pobreza, desarrollo humano y económico, entre otros. A continuación se presentan datos estadísticos que permiten identificar las condiciones productivas de la localidad.

Por tal motivo, la encuesta de calidad de vida es un insumo valioso con el que cuenta Colombia como fuente de datos socioeconómicos, facilita indagar las condiciones de bienestar de la población, incluye datos sobre condiciones de vivienda, gastos, egresos, salud, educación y servicios públicos, contiene información sobre las necesidades básicas insatisfechas que se definen como las carencias que tienen los hogares en bienes y servicios; están definidos por indicadores simples tales como: viviendas inadecuadas, hacinamiento crítico, servicios inadecuados y alta dependencia económica, inasistencia escolar y actividad laboral.

2.2. POSICIÓN OCUPACIONAL

Respecto a la población económicamente activa, el porcentaje de ocupados en la localidad es del 81%, teniendo en cuenta el concepto de ocupación al que hace referencia la encuesta de calidad de vida y salud del año 2007 (ECV), el cual cuenta a las personas que: en la semana de la encuesta trabajaron la mayor parte del tiempo, por lo menos una hora remunerada, no trabajaron pero tenían trabajo, o los trabajadores sin remuneración que trabajaron por lo menos una hora; estos conceptos ocultan el desempleo y subempleo, estadísticamente están inflando una situación de actividad laboral que enmascara el alto porcentaje de personas desempleadas, con esta clasificación están fomentando las condiciones precarias de la actividad laboral de las personas en edad de producir y desmejorando las condiciones de estabilidad laboral; la ECV además, toma población a partir de los 12 años de edad, lo que difiere de lo propuesto en el marco de la ley de infancia y adolescencia que establece el trabajo protegido desde los 15 años y la desvinculación laboral a menores de esta edad. En la tabla siguiente se presenta el comparativo entre Bogotá y Ciudad Bolívar comparado entre el año 2003 y 2007:

Tabla 20 Comparativo de personas pobres y en miseria por necesidades básicas insatisfechas entre los años 2003 al 2007

Años de Encuesta de calidad de	Pobres por NBI		En miseria por NBI	
	Bogotá	Ciudad Bolívar	Bogotá	Ciudad Bolívar
2003	560874	96083	84988	20794
2007	493929	103512	62739	25695

Fuente: DANE – SDP, Encuesta de calidad de vida de Bogotá 2007 Procesamiento: SDP, Dirección de información, Cartografía y estadística

Se incrementó el número de pobres en un 3,83% (7429 personas); en miseria para el D.C. disminuyó y para Ciudad Bolívar aumentó. La proporción de personas en miseria es el 40,96% en la localidad; lo que refleja un estancamiento económico y una ausencia de gestión desde lo Distrital y local que reoriente la economía y garantice el derecho de las personas a permanecer en sus lugares de origen para disminuir el crecimiento de personas desplazadas que aumentan las cadenas de miseria.

Los hogares pobres por NBI y en miseria se incrementaron. Lo más grave es que la localidad aporta el 43,08% para el Distrito Capital, según la Secretaría de Hacienda, el 80% de los ingresos de los hogares provienen del trabajo y en la medida en que se es más pobre ese porcentaje se hace mayor, ya que en los hogares pobres prácticamente nadie depende de pensiones o de rentas de capital o herencias, por lo que el crecimiento de la economía y su capacidad de generar empleo son fundamentales en el mejoramiento de los niveles de pobreza.

Se define como poder adquisitivo los recursos disponibles del hogar para obtener bienes y servicios, en este sentido existen tres categorías que presenta la ECV y salud del año 2007: No alcanza para cubrir los gastos mínimos el 40, 9%; solo les alcanza para cubrir los gastos mínimos el 53,5%; cubren más que los gastos

mínimos el 5,6%, la descripción de los datos sustenta la incapacidad de desarrollo en bienes y servicios para los que habitan en la localidad.

La tasa de ocupación por grupos de edad para la localidad 19, según la ECV 2007 fue: el grupo de 10 a 17 años de edad: 3,25%; de 18 a 24 años de edad de 43, 22%; de 25 a 44 años de edad de 63, 37%; de 45 a 64 años de edad de 52,32%; de 65 años y más de 10,73%; con estos datos se registra que los dos extremos de edad no deben estar laborando y que la ocupación se concentra en las edades que se encuentran en producción.

Según la variable de tasa de ocupación con referencia al sexo, indica que para Ciudad Bolívar el hombre presenta mayor ocupación laboral que la mujer, representado en un 54,90% frente a las mujeres con un 31,00%. No se registra la desigualdad entre hombres y mujeres puesto que ser ama de casa es un oficio que no es considerado como ocupación.

2.3. ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO

En Ciudad Bolívar se localizaron a través Cámara y Comercio 5.210 empresas, equivalentes al 2,3% de la estructura empresarial de Bogotá, la cual se concentra en el sector servicios (75%), la industria (17%) y la construcción (6%); se encuentra una alta presencia de microempresarios, con el 97% (5.089), mientras que en Bogotá es el 2,5%.

En el sector industrial ubicado en el sector de la autopista sur se identificaron cuatro actividades que reúnen el mayor número de empresas: fabricación de prendas de vestir, excepto prendas de piel (18%); elaboración de productos de panadería y productos farináceos similares (12%); fabricación de calzado (6%), y producción, transformación y conservación de carne y pescado (4%).

La industria de fabricación de prendas de vestir, excepto prendas de piel (ropa exterior e interior para hombre, niño, mujer y niña, corsetería, camisería, vestidos de baño, ropa sobre medidas, servicios satélites) se ubicó principalmente en el sector de los barrios La Estancia, Las Acacias, Madelena y Candelaria La Nueva; la industria de elaboración de productos de panadería, macarrones, fideos, alcuizuz y productos farináceos similares se concentró en los barrios Las Acacias e Ismael Perdomo.

En contraste, las actividades industriales que reunieron el mayor ingreso de capital (activos empresariales) de la localidad fueron: fabricación de productos de plástico (espumado y artículos de plástico espumado), 76%; preparación e hilatura de fibras textiles (6%); fabricación de productos metálicos para uso estructural (6%), y fabricación de otros productos textiles (3%).

La mayor participación del sector servicios es el resultado de: la alta concentración del comercio, que representó el eje de la economía local; seguido de las actividades de consumo como restaurantes y panaderías; el transporte, almacenamiento y comunicaciones y en menor medida por otras actividades de servicios comunitarios y sociales.

El área de actividad que predomina es la residencial con actividad económica en la vivienda, donde ésta puede albergar dentro de su estructura arquitectónica usos de comercio y servicios clasificados como actividad económica limitada (comercio y servicios profesionales de escala vecinal) o usos industriales de bajo impacto.

Los sectores de mayor empleo de talento humano (nivel de ocupación), con el 63% de los empleos, los generó la industria manufacturera; el 11% transporte, almacenamiento y comunicaciones, el 11% el comercio y reparación de vehículos automotores, 6% la actividad de minas y canteras y 2,6% la educación.

El 73,6% de la población trabajadora de la localidad está afiliada al sistema de salud, y es la decimotercera localidad en cobertura de Seguridad Social en Salud en Bogotá; de la población afiliada pertenecen al régimen contributivo el 59%; y el 41% (180.492) de personas están en el régimen subsidiado.

Por otra parte y considerando el sector informal de la economía, cabe aclarar que se encuentra concentrado en las UPZ del Perdomo, Lucero y San Francisco, especialmente de consumo como restaurantes y panaderías, confección, trabajo en satélite, actividades relacionadas con el procesamiento de la madera, reciclaje, comercio, salas de belleza, cuero y calzado, reparación de automotores y plazas de mercado.

2.4. CONDICIONES CONCRETAS DE DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE TRABAJO Y SU IMPACTO EN SALUD

La intervención en unidades de trabajo informal (UTIS) es una actividad contratada en el plan de intervenciones colectivas (PIC) en los Hospitales del D. C. de I Nivel; en la vigencia 2006, intervino el sector económico dedicado a las maderas, en este grupo se identificó a trabajadores con un promedio de edad de 38,2 años, de los 222 trabajadores del sector el 18,4 % (41) se encuentra entre el grupo de 52 a 75 años.

Para el año 2007, el Hospital ejecutó un proyecto especial con canteras del distrito, que arrojó que el 43,3% de las unidades de trabajo intervenidas son de tipo formal y el 56,6% de tipo informal, frente a la variable de etapa del ciclo vital se evidencia que la prevalencia es de adultez con un 72,5%, seguido de jóvenes con un 23,3%, en tercer lugar el adulto mayor con 2,5% y por último adolescentes representados en 1,7%, para el año 2008 no se encontró adolescentes. Frente a la variable de sexo, de los 651 trabajadores caracterizados 30 son mujeres, que se dedican a actividades administrativas. La forma de contratación que se encontró es de término indefinido, seguido por el término definido, en tercer lugar sin ningún tipo de contrato.

Para el mismo año se intervino en 187 unidades de trabajo correspondientes a metalmecánica - ornamentación, cuero y calzado, reciclaje y plazas de mercado que benefician a 387 trabajadores. En cuanto a nivel de ingresos, se observa que el 74,4% (288) de los trabajadores presentan un nivel de ingresos de 1 a 2 salarios mínimos, el 21,1% (82 trabajadores) con menos de 1 salario mínimo y el 3,8% (15 trabajadores) entre 2 a 3 salarios mínimos. Los trabajadores que ganan más de 3 salarios mínimos se encuentran sin contrato, muy seguramente representados por los propietarios de las unidades de trabajo.

En el 2008 se visitó a 387 establecimientos con actividades productivas para expendio de comidas preparadas en cafeterías, refrescos y helados, salones de té, restaurantes, artículos de ferretería, cerrajería y

productos de vidrio de la localidad, mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas y reciclaje de desperdicios y de desechos metálicos y no metálicos.

De los ingresos mensuales de las actividades nombradas anteriormente, se encontró que de 1038 el 22,15% (230 trabajadores) presentan un nivel de ingresos de menos de un salario mínimo, el 60,88% (632 trabajadores), perciben un salario mínimo y el 16,08% (167 trabajadores) manifestaron tener ingresos de entre 1 y 2 salarios mínimos; finalmente 5 trabajadores se encuentran con ingresos de más de 3 salarios y 4 personas no respondieron o no sabían porque son familiares cercanos o porque estaban en periodo de prueba. Los trabajadores que manifestaron ganar más de 3 salarios mínimos se encuentran sin contrato, estos es debido a que todos son los propietarios de las unidades de trabajo.

Según el diagnostico de unidades de trabajo del sector informal de la localidad año 2008, los trabajadores en su gran mayoría no manejan ningún tipo de contrato (880 casos), 31 trabajadores tienen contrato por obra o labor contratada, 33 manejan contratos por prestación de servicios y 10 tienen contrato a término indefinido. Para la intervención en los y las menores y en los y las jóvenes trabajadores se identifico que ninguna de estas personas cuenta con un contrato de trabajo.

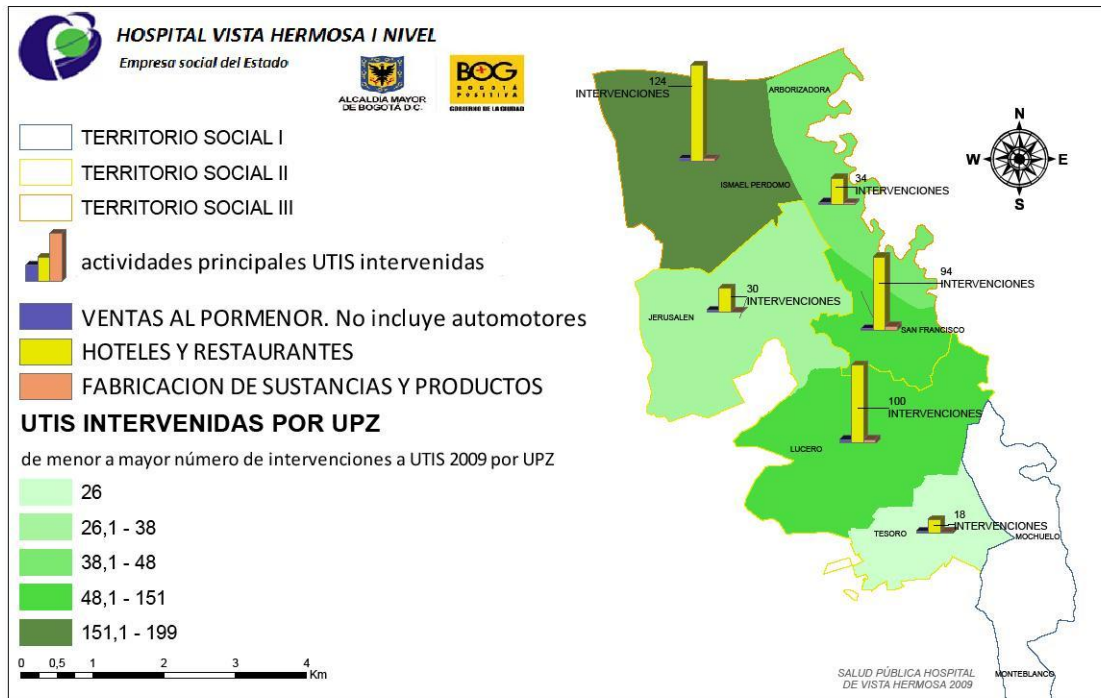
Se encontró que la forma de pago más común es a “destajo”²⁹, que genera la no afiliación al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales, lo que incrementa el riesgo para la salud de los y las trabajadores; de los que están afiliados predomina el subsidiado.

Frente a la variable de edad para los años 2007 y 2008, el rango de edad para trabajar es de un mínimo de 17 años y un máximo de 75 años; teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, se encontró que: de 1.444 hombres y mujeres captadas durante la intervención de UTIS el 69,8% (1009) se encuentra en adultez; en segundo lugar los jóvenes de 19 a 26 años con un porcentaje del 21,2%, en tercer lugar los niños y adolescentes con 4,8%, en último lugar la persona mayor con 58 personas que corresponden al 4,2 %. En el mapa siguiente se representan las intervenciones del Hospital Vista Hermosa por unidades de planeación zonal.

²⁹ Real academia de la lengua española: Dicho de tomar o de dar una obra: Ajustada en cierta cantidad, por un tanto.

Mapa 20 Gráfica de intervenciones de unidades de trabajo informal por actividad económica

ACTIVIDADES Y UTIS INTERVENIDAS POR UPZ AÑO 2009



Fuente: Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Ámbito laboral

De acuerdo a la clasificación en la localidad no hay hoteles, pero la intervención predominante es para los restaurantes, en todas las unidades de planeación zonal; la concentración de actividades es en la UPZ de Ismael Perdomo.

2.4.1 Trabajo infantil año 2008 por sexo

La intervención de trabajo infantil en el año 2008 identificó a 253 niños, niñas y jóvenes trabajadores, indicando que 67,9% (172) se encuentran en edades de 2 a 14 años de edad, pertenecientes a la etapa vital de infancia. El 32,1% (81) equivalen a la etapa vital de juventud, población con la que se busca establecer condiciones de trabajo protegido. El 40% de los identificados corresponden a mujeres y el 60% son hombres, la ubicación territorial de los y las menores trabajadores se asienta en las UPZ de Perdomo y Lucero por ser las de mayores actividades comerciales en la localidad. En el mapa a continuación se describen las intervenciones del trabajo infantil por sexo y por unidad de planeación zonal.

Mapa 21 Frecuencia de intervención del ámbito laboral en trabajo infantil según sexo

TRABAJO INFANTIL POR SEXO 2009



Fuente: Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Ámbito laboral

Las intervenciones son predominantemente en la zona urbana y la UPZ predominante es la de Ismael Perdomo.

La ocupación de los y las menores trabajadores predomina con algunas de las peores formas de trabajo, consideradas así por los Convenios 138 y 182 de la OIT y Convención Internacional de Derechos del Niño,

ejes fundamentales para la política pública de protección a la infancia; puesto que el 55,3% niños de los 253 citados desarrollan estos tipos de trabajo, implicando mayores riesgos para la salud en cuanto a la posibilidad de adquirir enfermedades ocupacionales, se incrementa el riesgo de sufrir accidentes que les pueden generar secuelas importantes y limitar su desempeño en las diferentes áreas como el estudio, la recreación y las relaciones interpersonales.

En estas peores formas de trabajo se identifican las siguientes: reciclaje, ayudante en construcción, cuidado de otras personas menores, venta ambulante, servicio doméstico y mendicidad, la construcción se encuentra ubicada entre el riesgo 4 y 5, siendo el riesgo 5 el más alto y el reciclaje como riesgo 3, dentro la tabla de actividades del decreto 1607 del 2002. El otro 40.31% del grupo estudiado se dedica a confecciones, ayudantes en expendios de comidas, ayudantes en transporte público, venta de minutos en café Internet y auxiliares de bodega, entre otros. La afiliación al sistema de seguridad social para los y las menores de trabajo infantil se encuentra en el régimen subsidiado, posteriormente como beneficiarios de sus padres en el régimen contributivo y algunos se encuentran sin ningún tipo de vinculación al sistema. Es importante aclarar que por las mismas condiciones de trabajo ninguno está afiliado al sistema de seguridad social por el empleador, teniendo presente la edad y la actividad laboral, ya que estos no cumplen con la edad para el permiso de trabajo y se encuentran ejerciendo actividades peligrosas.

Para finalizar, se realizó un análisis de la información suministrada por los diagnósticos de las intervenciones de unidades de trabajo informal y menores y jóvenes trabajadores del año 2008, se caracterizaron a un total de 1311 trabajadores, organizados por ciclo de la etapa vital de la siguiente forma; infancia: 17,2%(226) personas, juventud: 25,2% (330), adultos: 55,1% (722) y persona mayor 2,5% (33) personas.

2.4.2 Condiciones de salud de los y las trabajadores informales captados por las intervenciones a unidades de trabajo informal

Los lineamientos de la red de salud y trabajo para el año 2009 definen la variable de condiciones de salud como la proporción de accidente y enfermedad relacionada con el trabajo y sistemas orgánicos afectados por actividad económica por etapa de ciclo vital y sexo.

▼ Accidente de trabajo

Según los datos entregados por la intervención de UTIS, en el 2006 se presentaron 35 accidentes, frente a 50 en el 2007 y 86 en el 2008. Se presentaron 11 casos para 2006 en el sector de las maderas referenciados en cortaduras en las manos, las cuales representan el 28,9 % del total de accidentes; 10 casos de amputación de una o más falanges de los dedos de las manos (26,3%); 5 casos de machucones (13,1%) y 12 casos de otro tipo como golpes menores (31,5%).

El grupo menos afectado por los accidentes de trabajo es de los adolescentes, tal vez por el subregistro al interior de las unidades de trabajo; las mayores secuelas (limitación permanente) se presentan en el grupo del adulto, lo cual se relaciona de igual manera al porcentaje de población intervenida correspondiente a esta etapa del ciclo vital.

La intervención de trabajo infantil en el año 2008 identificó que 29,64% de los niños, niñas y jóvenes caracterizados refieren que en algún momento han sufrido accidentes, mientras que el 69,5% refiere no haber sufrido nunca un accidente. Este aspecto es de cuestionarse, en el sentido de que los niños, niñas y jóvenes no tienen claro que es un accidente, para ellos es muy común eventos como caídas, golpes, cortaduras, entre otros, que no generan lesiones importantes o incapacidades, por lo tanto muchas veces estos eventos para ellos no son accidentes, mucho menos de trabajo; teniendo en cuenta que también consideran en algunas ocasiones que ellos no desarrollan un trabajo sino que simplemente “ayudan” a los padres. El 0,79% no sabe o no responde frente al tema. De tal manera en este punto es muy probable que se encuentre un sub registro.

▼ Enfermedad profesional identificada por los síntomas y/o diagnóstico de enfermedad profesional.

Para el año 2006, la intervención de UTIS identificó que la percepción de la incidencia de enfermedad en relación con el trabajo fue del 19,4%, no se registra algún caso de enfermedad profesional diagnosticada. Para el 2007, se reportaron 15 casos de presunta enfermedad profesional, según la distribución de sexo y actividad económica, se encontró que 2 mujeres reportaron casos de enfermedad relacionada con el trabajo, las cuales laboran en el sector de reciclaje y plazas de mercado. Para el sexo masculino se presentaron 13 casos de enfermedad relacionada con el trabajo en las actividades de cuero y calzado, metalmecánica y reciclaje. La industria minera presentó 44 presuntos casos de enfermedad relacionada con el trabajo. La actividad económica donde se presentan más casos de enfermedad profesional es la extracción de la piedra, arena y arcillas comunes, con 29 eventos en el sexo masculino, seguido de la fabricación de cemento, cal y yeso con 6 casos y de fabricación de productos de arcilla con 5 para el mismo sexo. No se registran casos de enfermedad relacionada con el trabajo para el sexo femenino.

Se reportaron para la intervención UTIS en el 2008 40 casos de enfermedad profesional, no todas las actividades económicas presentan casos, las que reportan están relacionadas con actividades de panadería (16) y restaurantes (16).

Frente a esta variable en la intervención de trabajo infantil en el 2008 no se puede establecer un comparativo entre enfermedad y relación con el trabajo, debido a que los síntomas referenciados por los y las menores canalizados a servicios de salud se relacionan a procesos de desarrollo y crecimiento, más no se relacionan con el trabajo por el tiempo tan corto de intervención de estas enfermedades.

A través de la intervención de UTIS en el 2006 con el sector de maderas, se indagó por signos y síntomas a partir de la exposición a riesgos laborales, se registró que el síntoma más común que se presenta dentro de los trabajadores con 53 casos es el respiratorio, seguido del visual con 52 casos y del osteomuscular con 44.

En el 2007 la ESE ejecutó un proyecto especial distrital que intervino 90 industrias mineras del Distrito, según las encuestas se encontró que el sexo masculino presenta 14 personas con signos y síntomas que se refieren al sistema osteomuscular, 10 con el respiratorio, 4 el auditivo y 2 con el visual, cardiovascular y el neurológico respectivamente, 1 con alteraciones del sistema gástrico y renal respectivamente.

La intervención de UTIS para este mismo año presentó 4 casos de reportes de enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio y 4 con el visual. De acuerdo a las actividades económicas, los trabajadores que

reportaron enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio son los que se desempeñan con el reciclaje, ornamentación y cuero y calzado.

En cuanto al sistema visual, los casos corresponden a la actividad de metalmecánica –ornamentación, generada por la exposición de radiaciones ionizantes en la mayoría de casos sin el uso de elementos de protección personal.

En el 2008, son las mujeres quienes presentan mayores signos y síntomas, especialmente relacionadas con sistema osteomuscular, lo cual es de esperarse debido a las largas jornadas de trabajo, y a la doble carga que la mayoría de ellas debe cumplir si se tiene en cuenta no solo el trabajo productivo, sino también el trabajo en el hogar.

En cuanto a los hombres, se registraron 7 casos con signos y síntomas osteomusculares, debido en la mayor parte de los casos a posturas permanentes de pie, en especial en los panaderos, y por las jornadas extensas de trabajo. El sistema respiratorio observa una frecuencia de 6 casos distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres, los cuales se presentan en las panaderías y recicladoras.

2.4.3 Espacios laborales de los grupos étnicos en el contexto urbano.

De manera tradicional, estas culturas no interactúan desde una base de acumulación y propiedad privada como sucede en las estructuras capitalistas, por el contrario, la economía está basada en procesos de subsistencia colectiva y no de acumulación. Bajo este precepto, no existen en estos de modos de vida conceptos como mercado laboral, empleo, salarios, excedentes, demanda, oferta, etc.

El contacto con otros modelos económicos y las apuestas estatales para dar autonomía financiera a las colectividades étnicas da paso al sistema de participaciones (antiguas transferencias), que le dan una dinámica diferente a la relación grupos étnicos - producción. La asignación de recursos y el manejo de los mismos se dio en una lógica capitalista y no desde un dialogo intercultural, lo que introdujo relaciones de corrupción y burocracia en las autoridades tradicionales de estos grupos, restando legitimidad a los procesos de autonomía y autodeterminación de los pueblos.

Al ingresar a los contextos urbanos esta condición se afianza pues deben introducirse en una lógica eminentemente de mercados, en donde la naturaleza y los recursos naturales ya no son los medios de subsistencia, sino que es el dinero la única fuente o medio adquisitivo para la pervivencia, así esto sea contrario a sus modelos culturales.

En este sentido, la forma en la que cualquier individuo se desarrolla como sujeto productivo es siempre acorde a las oportunidades, saberes, oficios y expectativas que están configuradas en el contexto social, cultural y económico al que el individuo pertenece; es así que cuando un individuo migra a un sistema productivo diferente tiene que enfrentarse a unas prácticas laborales nuevas para poderse incluir en dicho sistema.

Si bien es cierto que no se puede hacer una generalización de cuáles son los oficios desarrollados por cada uno de los grupos étnicos presentes en la localidad, si existen tendencias asociables al grupo étnico, así como algunas otras que se relacionan más con la condición de desplazamiento que también es

determinante a la hora de incluirse en el sistema productivo en la ciudad. La descripción es producto de la caracterización de etnias del PIC del 2008.

Las actividades productivas más frecuentes entre los Pijaos en sus contextos de origen son el cultivo de maíz, artesanías, cerámica, cestería y gastronomía, en la actualidad se ubican preferentemente en el sector de la construcción y vigilancia para el caso de los hombres, y en servicio domestico y venta informal de objetos no asociados con su cultura para el caso de las mujeres.

En el caso Kichwa, se relaciona con oficios tradicionales del comercio, los tejidos (Artesanías, hamacas, ponchos, bufandas, bolsos), la música y la agricultura.

El pueblo Wounaan es artesano y basa su economía en la venta de objetos manufacturados por ellos mismos, desde su contexto de origen; no obstante, la manera en la que este negocio se desarrolla en los lugares de origen es distinta en un contexto laboral como el de Bogotá. Un canasto Wounaan cuesta entre \$35.000 pesos y \$753.000 pesos, un plato en werregue cuesta entre \$46.000 y \$66.000 pesos, una bandeja ovalada cuesta entre \$57.000 pesos y \$99.000 pesos, y un plato redondo entre \$46.000 y \$88.000 pesos.

En la intervención desarrollada desde el ámbito laboral en el año 2008 con las unidades de trabajo informal de la población desplazada se encontraron los siguientes datos: 20 trabajadores se consideran pertenecientes a grupos étnicos, de esos 2 son indígenas (hombres) y 18 afro descendientes (13 mujeres y 5 hombres); 6 de estos trabajadores son desplazados por la violencia.

Durante el año 2009, las unidades de trabajo informal de los grupos étnicos identificadas por el ámbito laboral suman un total de 16 unidades; de las cuales 13 están conformadas por afrocolombianos y 3 por indígenas, sumando un total de 45 trabajadores, de estos, 9 están afiliados al régimen subsidiado a través de las EPS-S, 4 se encuentran sin afiliación, 2 están como vinculados, y 32 son atendidos con la carta de desplazamiento; de estos trabajadores 22 son hombres y 23 son mujeres. Estas unidades tienen en promedio un trabajador, a excepción de las unidades conformadas por la comunidad Woounaan, quienes suman un total de 30 trabajadores. Desde la configuración por etapas de ciclo que realiza el sector salud se establece que trabajan personas en juventud (18), adultez (25), y envejecimiento y vejez (2). Los jóvenes que participan en estas unidades oscilan entre los 12 a 26 años; los adultos entre los 27 a 55 años y los adultos mayores no superan los 64 años.

Las unidades de trabajo identificadas se desempeñan en cinco áreas específicas, el comercio (6), tal como tiendas, venta de ropa, variedades, entre otras; peluquería (4); artesanías (1); comidas (4), tales como restaurantes, especializados principalmente en pescado y medicina tradicional (1), la cual se enfoca a la venta de yerbas y medicamentos para curar dolencias menores (dolores de cabeza, inflamaciones, luxaciones, esguinces, malestar general del embarazo, gripas, fiebres).

2.5. CONDICIONES DE CALIDAD DE ACCESO O RESTRICCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS,1994), ha propuesto que para evaluar las condiciones de vida se requiere de dos factores: los recursos económicos disponibles y el grado de acceso al desarrollo social; este último, construido a partir del indicador global de accesibilidad al desarrollo social acumulado (IGADSA), y que no incluye la mortalidad y morbilidad, con esto se infiere que las condiciones de vida están relacionadas con el nivel de desarrollo económico y con la accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país.

El indicador social se basa en el acceso a servicios básicos de salud, ingresos económicos, al sistema educativo, a nutrientes y a saneamiento básico elemental. El Dr. Leidy (1994) plantea que se pueden combinar indicadores externos e internos, este último es lo que cada individuo busca para su satisfacción psicológica, social y espiritual.

El pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales es un tratado multilateral general que establece mecanismos para su protección y garantía; fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), del 16 de Diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de Enero de 1976, mediante el cual compromete a los 160 países, entre ellos Colombia, a trabajar por los derechos económicos, sociales, culturales, laborales, salud y educación que contribuyen a un nivel de vida adecuado que está contemplado en el artículo 11, para lo cual se debe garantizar el derecho a la alimentación y al agua potable.

2.5.1 Condiciones de vivienda

Las condiciones físicas de las viviendas dependen principalmente de los ingresos económicos, de las características geográficas, de gustos personales así como de las creencias culturales de sus habitantes; la dinámica de construcción no es ajena a las condiciones históricas de los barrios, que se inicia con la compra y/o invasión de lotes sin servicios públicos, con invasión de las rondas, y en zonas de alto riesgo de inundación, que a medida que va mejorando la capacidad económica de los propietarios, sufre cambios en los materiales y la construcción de la vivienda va evolucionando, es por ello que en la localidad se presentan diferentes clases de riesgo en las viviendas, por remoción en masa predomina en el micro territorio de Casa de Teja seguido de Perdomo, de incendio se presenta en Potosí, de inundación en San Francisco debido probablemente a la ubicación cercana a la quebrada La Lima y el riesgo de sismo se presenta en Paraíso 2 y Casa de Teja.

La encuesta de calidad de vida es un insumo valioso con el que cuenta Colombia como fuente de dato socioeconómico, que facilita indagar las condiciones de bienestar de la población, ya que incluye datos sobre condiciones de vivienda, gastos, egresos, de salud, educación y servicios públicos, según la encuesta de calidad de vida en Bogotá 2007, el 7,3% de viviendas están en riesgo y la localidad se encuentra entre un

rango del 5 y 14% de riesgo, las localidades más críticas son Tunjuelito, Bosa y Usme con porcentajes superiores al local.

La información sobre las necesidades básicas insatisfechas se define como las carencias que tienen los hogares en bienes y servicios por los indicadores simples tales como: viviendas inadecuadas, hacinamiento crítico, servicios inadecuados y alta dependencia económica e inasistencia escolar. El Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. realiza la estrategia de salud a su casa, que presenta una cobertura del 41,70% (113 barrios); en la tabla siguiente se hace referencia a los barrios por UPZ y por territorio social de las intervenciones realizadas desde el año 2003 al 2008.

Tabla 21 Cobertura de barrios por la intervención de salud a su casa durante los años 2003 al 2008

Territorio social	Nombre de la UPZ	No. De barrios por UPZ	No. De barrios por territorio	Frecuencia de barrios por UPZ con el contexto local	Barrios con intervención de la estrategia de salud a su casa	
					No. De barrios	Frecuencia de barrios por UPZ
Territorio social I	No. 63 Mochuelo	6	11	2,21	6	100,00
	No. 64 Monteblanco	5		1,85	4	80,00
Territorio social II	No. 67 Lucero	79	160	29,15	21	26,58
	No. 68 Tesoro	47		17,34	27	57,45
	No. 70 Jerusalen	34		12,55	16	47,06
Territorio social III	No. 65 Arborizadora	17	100	6,27	0	0,00
	No. 66 San Francisco	18		6,64	6	33,33
	No. 69 Ismael Perdomo	65		23,99	33	50,77
Territorio social IV	Total veredas	9		3,32	4	44,44
Total general		271	271	100,00	113	41,70

Fuente: Gestión Local Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. año 2008 Salud a su casa

El Tesoro es la UPZ de mayor cobertura de esta estrategia, seguido de Ismael Perdomo, la UPZ 65, Arborizadora no tiene intervenciones de salud a su casa; dentro de esta intervención se encuentra la caracterización de viviendas, para el año 2008 se encontró que el 9,87% de las viviendas presentan un material inadecuado con mayor concentración en Casa de Teja, Bella Flor, Paraíso y Alpes y de acuerdo al barrio se detecta la presencia de roedores, ya sea por la cercanía a las quebradas contaminadas, por los focos de basuras en las calles proveniente de los residuos de las viviendas y por que las personas no respetan los horarios de recolección; en Mochuelo se ven afectados por la presencia de moscas provenientes del Relleno Sanitario Doña Juana que se incrementan de acuerdo a las temporadas del año, en especial después de las lluvias, el mal olor en los barrios de los Mochuelos es permanente y es producto de

la descomposición de la basura, la tenencia inadecuada de animales en el área rural es por los espacios abiertos, pero en lo urbano se acentúan los perros en las calles por tenencia inadecuada de animales; en el siguiente mapa se representa los micros territorios de intervención de salud a su casa desde el año 2003 al 2008.

Tamaño y composición del hogar incluye la proporción de niños menores de 6 años en el hogar y el hacinamiento, medido como la relación entre el número de personas y el número de cuartos disponibles, el dato es similar al de todo Bogotá y se incrementó para el 2007.

Respecto a la tenencia de la vivienda, se registra que para las tres áreas de residencia (Centro poblado, Rural Disperso y Cabecera Municipal), el mayor porcentaje de tipo de vivienda se encuentra en la vivienda propia totalmente pagada, con un 65% (72), 52% (12) y 43%(5672) respectivamente; llama la atención que en la zona rural dispersa, el segundo lugar de tipo de vivienda sea el de vivienda de un familiar sin pagar arriendo con un 35% (8), caso contrario a las otras dos áreas, en las cuales el segundo lugar lo ocupa el tipo de arriendo o subarriendo.

Con relación a las personas en condición de discapacidad, la casa y el entorno físico son considerados como una barrera de acceso, en especial para la afectación locomotora, la localidad no cuenta con vías de acceso para facilitar el desplazamiento, en los casos donde la principal afectación es la limitación visual, la comunidad refiere que el transporte es la principal barrera para la movilidad aunque ha mejorado con el Transmilenio.

▼ Desplazamiento en Ciudad Bolívar:

Según datos de la personería distrital, durante el año 2006 se presentaron 1.624 solicitudes para reconocimiento como desplazados.

Más de 11.000 declaraciones de desplazados recibió durante el año 2006 la Personería de Bogotá en sus 20 sedes locales, la Unidad de Atención Integral a los Desplazados (UAID) y las tres unidades zonales ubicadas en la ciudad.

Las declaraciones recibidas en la Personería, correspondieron a la llegada de 40.291 personas que huyeron del conflicto armado, se contabilizaron 20.911 menores de edad, 10.932 mujeres y 8.784 hombres.

Según los datos de dicho año, publicados en su página de internet, en dicho año 2.322 familias, el 21% del total, provienen del Departamento del Tolima, el 10% del Meta, el 8% de Cundinamarca, el 7% de Caquetá, el 6% del Huila, Santander, Valle, Chocó y Bolívar con el 4% cada uno y Caldas, Antioquia y Boyacá con el 3%. Los lugares que menos expulsaron personas fueron Santander, Guainía, Vaupés y Amazonas.

De acuerdo con las declaraciones, los causantes de la migración son los grupos guerrilleros en 6.909 casos, los paramilitares en 2.806, no saben 1.081, las guerrilla y las autodefensa conjuntamente en 206 casos, el Ejército en 17, las fumigaciones en uno, la oleada invernal uno y en general por el conflicto 85.

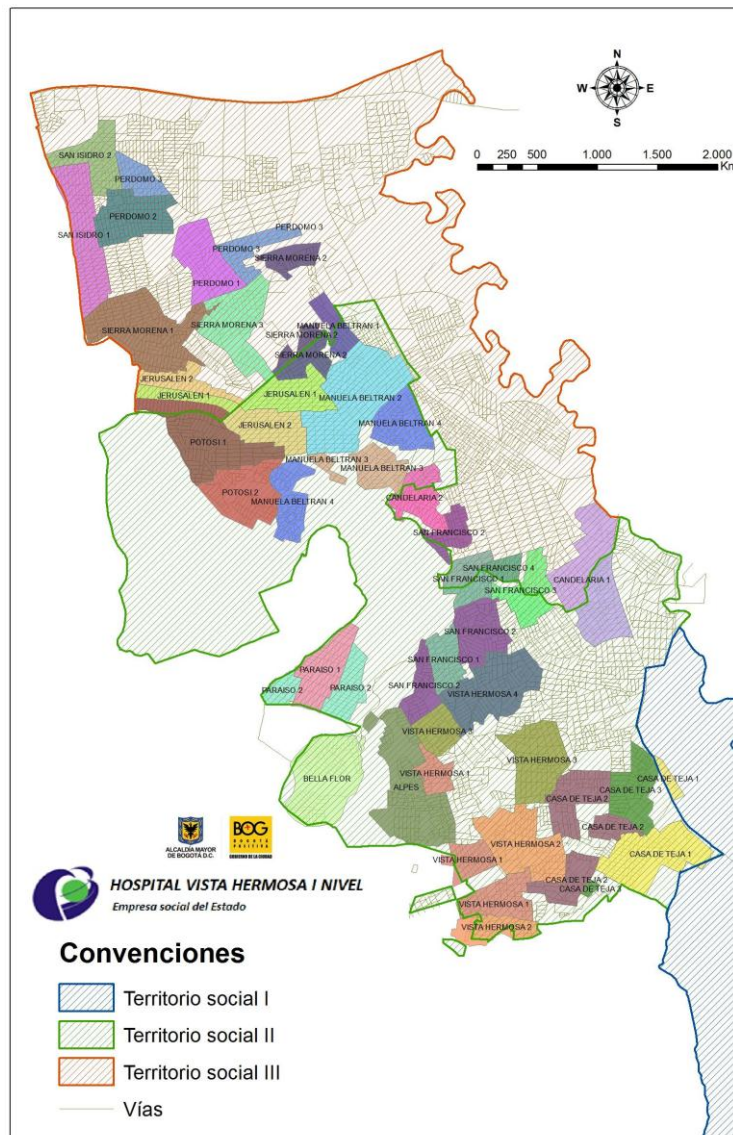
Las localidades de la ciudad en las cuales se recibieron mayor número de declaraciones fueron: Bosa 1.678, Ciudad Bolívar 1.624 y Suba 1.328. seguidas por: Candelaria con 612, San Cristóbal 562, Usme 534, Rafael

Uribe Uribe 435, Tunjuelito 421, Engativá 384, Santa Fe 311, Kennedy 301, Los Mártires 209, Fontibón 197, Puente Aranda 188, Chapinero 131 y Usaquén 106.

Las personas en condiciones de desplazamiento por lo general llegan a buscar un familiar o un amigo que les brinde la oportunidad de quedarse mientras logra la independencia en arriendo, no en compra por las malas condiciones económicas y por los altos costos de la vivienda, sin embargo en la localidad existe un sitio de albergue a estas personas, pero no cumple con normas higiénicas básicas, lo que ha generado brotes de varicela y de diarreas, por hacinamiento, intoxicaciones por alimentos debido al inadecuado almacenamiento de estos, al realizar visitas de inspección siempre se encuentran fallas de aseo y limpieza en baños y cocina, y gran hacinamiento en la casa asignada.

En trabajos realizados con grupos étnicos por parte del Hospital Vista Hermosa I Nivel en el año 2008, se concluye, posterior al trabajo comunitario, que lo más difícil para los integrantes de estos grupos étnicos es aprender a convivir con la manera en la que en la ciudad se hacen las cosas, “en la ciudad todo es diferente”, deben empezar a reconstruir su vida a partir de unas reglas extrañas, sin embargo una vez en la ciudad los migrantes buscan reconstruir algo de su entorno perdido, lo cual implica una transformación, las poblaciones afro han transformado algunos barrios construyendo espacios cuyo sentido obedece a sus necesidades y prácticas, como por ejemplo: “nuestros niños no se sentía cómodos en el colegio y se creó uno, como no había discotecas en las que pusieran solo nuestra música y que abrieran todo el día, tuvimos que montarlas, como no había garitos, también. Como no encontrábamos donde comernos un pescado como nos gusta, entonces nos tocó prepararlos.”

Mapa 22 Micro territorios sociales 2003-2008
MICROTERRITORIOS CIUDAD BOLÍVAR



Fuente: Gestión Local Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. año 2008 Salud a su casa

Este mapa representa las formas de intervención por micro territorios, donde se evidencian las áreas de influencia sin tener en cuenta una metodología de delimitación espacial que se ajustaría a una lógica del contexto de territorio y con base a un registro histórico de delimitación de micro-territorios del Hospital Vista Hermosa.

A continuación se describen las condiciones de servicio de las viviendas, tamaño del hogar y calidad de vivienda según los hallazgos de la encuesta y calidad de vida, comparada con Bogotá entre los años 2003 al 2007. Cada indicador simple se refiere a un indicador diferente y estos pueden formar indicadores

compuestos, a partir de estos se da origen a una clasificación de indicador de pobreza si solo está ausente un indicador simple y de miseria si es más de uno; en la siguiente tabla se realiza una comparación de los reportes de la encuesta y calidad de vida entre Bogotá y la localidad en servicios, educación, calidad de vivienda entre otras comparada del 2003 y 2007.

Tabla 22. De condiciones de calidad de vida comparado entre Bogotá y Ciudad Bolívar Año 2003 a 2007

Año	Acceso y calidad de servicios		Educación y capital humano		Tamaño y comportamiento		Calidad de vivienda	
	Bogotá	Ciudad Bolívar	Bogotá	Ciudad Bolívar	Bogotá	Ciudad Bolívar	Bogotá	Ciudad Bolívar
2003	27,22	27,22	32,81	29,62	16,91	15,13	12,34	11,56
2007	27,21	26,99	33,18	29,64	17,37	15,72	12,3	11,39

Fuente: DANE - DAPD, Encuesta Calidad de Vida 2003

De acuerdo a la tabla anterior en acceso y calidad de servicios, Ciudad Bolívar presentó deterioro del 2003 al 2007 y Bogotá se mantuvo, en educación y capital humano la localidad se mantuvo en igual porcentaje y para Bogotá se incremento; en tamaño y comportamiento la localidad se mantuvo, al igual que en calidad de vivienda.

2.5.2 Condiciones de educación

Los grados promedios de educación alcanzados para el año 2007 según fuente del DANE, SDP Encuesta de calidad de vida, se encontró que de acuerdo a los grupos de edad de 20 a 34 años en la localidad es de 9,3 grados y para Bogotá es de 11,9 y para el grupo de 35 y más años el alcanzado para la localidad es de 6,3 con respecto a Bogotá que es de 9,7, lo que se registra es que al aumentar la edad se disminuye el grado de escolaridad alcanzada.

Allí se describe el comportamiento de la formación académica alcanzada por los habitantes de la localidad comparada con Bogotá, según el DANE, en el año 2005 alcanzaron un nivel de formación académica del 37,2% de básica primaria y para Bogotá fue del 27%, siendo superior en un 10%; del 38,8% secundaria, para Bogotá del 36,7% con un 2,1% menos para la localidad, profesional el 3,2% para la localidad y en Bogotá el 13,5% con 10,3% menos y 0,3% especialista, sin nivel educativo el 7,4%. Todo lo anterior confirma que a medida que se pasa de un nivel académico a otro más alto el acceso disminuye, ya sea por problemas económicos o por decisiones de no continuar estudiando o de cambio de expectativas personales.

En la encuesta de calidad de vida se encontró que de 165634 niños y niñas en edad escolar de la localidad, el 10,01% (16584) no asisten al colegio y es la primera localidad para Bogotá que presenta la mayor inasistencia al aula, el segundo puesto lo ocupa Kennedy con un 18,5% y el tercero Suba con el 14,5%.

Tasa de asistencia escolar: Es un porcentaje de los y las estudiantes dentro del rango de edad establecido por el sistema educativo; lo que se puede observar es que mejoró de un año a otro, pero sigue siendo inferior comparado con Bogotá.

Tasa de cobertura bruta: Es una razón entre los estudiantes que se encuentran estudiando independiente a la edad con respecto a los años en que la cumplen; para la localidad esta razón es inferior a la de Bogotá, pero se incrementa con los años comparados.

Educación en niños y niñas en condiciones de discapacidad: Se encuentra que de los 1719 niñas y niños de estos 917 asisten a un plantel educativo (53,30%) y en juventud de 1442 de estos 382 (26,5%) son los que no asisten ya sea por su limitación y/o por su contexto, a medida que se incrementa la edad se disminuye el acceso a los centros educativos.

▼ Número de instituciones educativas públicas y privadas

La Secretaria Distrital de educación registra en sus bases de colegios privados y públicos en la localidad para el año 2008, 111 colegios privados y 73 sedes de colegios públicos y/o oficiales, lo que permite observar la duplicación de la oferta de colegios oficiales en la localidad.

Tabla 23, Población proyectada para la localidad, desagrupada por grupos quinquenales de edad y género, año 2011

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total	Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4 años	33.699	31.881	65.580	45-49 años	17.432	19.892	37.324
5-9 años	33.171	31.328	64.499	50-54 años	14.289	16.801	31.090
10-14 años	33.605	32.158	65.763	55-59 años	10.348	12.408	22.756
15-19 años	32.564	31.308	63.872	60-64 años	7.378	8.951	16.329
20-24 años	28.093	27.202	55.295	65-69 años	4.968	6.120	11.088
25-29 años	25.990	27.798	53.788	70-74 años	3.013	4.072	7.085
30-34 años	25.220	27.373	52.593	75-79 años	1.748	2.556	4.304
35-39 años	21.601	23.452	45.053	80 y + años	1.337	2.256	3.593
40-44 años	18.911	21.014	39.925	Total	313.367	326.570	639.937

Fuente: Proyecciones de Población DANE – SDP. Elaboración y cálculos: Oficina Asesora de Planeación – Grupo Estadística

Nota: La demanda está compuesta por los promocionados más los inscritos que solicitaron cupo en colegios de esa localidad como primera opción más los no inscritos que fueron asignados a colegios de esa localidad.

Tabla 24, Evolución de la oferta, la demanda y el déficit educativo oficial por nivel de escolaridad 2009-2011

Nivel	2009			2010			2011		
	Oferta	Demanda	Déficit = oferta - demanda	Oferta	Demanda	Déficit = oferta - demanda	Oferta	Demanda	Déficit = oferta - demanda
Preescolar	8.764	9.615	-851	8.222	9.104	-882	7.600	9.294	-1.694
Primaria	56.459	57.865	-1.406	54.402	55.468	-1.066	52.085	51.642	443
Secundaria	43.195	43.190	5	42.698	43.322	-624	42.830	42.903	-73
Media	14.970	14.766	204	15.196	15.400	-204	15.499	15.463	36
Aceleración	1.179	1.253	-74	1.234	1.061	173	1.180	1.079	101
Educación especial	250	191	59	342	344	-2	440	405	35
Educación adultos	6.614	6.604	10	6.456	6.654	-198	5.970	5.759	211
TOTAL GENERAL	131.431	133.484	-2.053	128.550	131.353	-2.803	125.604	126.545	-941

Fuente: Sistema de Matricula de la SED. Elaboración y cálculos: Oficina Asesora de Planeación – Grupo Estadística.

Durante el periodo 2008-2012 las proyecciones de población indican que la Población en Edad Escolar (PEE), es decir, aquella que se encuentra entre los 5 y los 17 años de edad ha venido creciendo en valor absoluto. A su vez, ha venido disminuyendo su porcentaje de participación dentro del total de la población de la localidad, ya que en 2008 representaba el 27.82%, en el 2011 representa 26.44% y para el 2012 representará el 25.98%.

La PEE de la localidad representa el 10.50% del total de PEE de la Ciudad, ocupando el puesto número 3 en porcentaje de representación para 2011.

La mayor concentración de los colegios se encuentra en los territorios sociales II y III, probablemente por tener estas un desarrollo temprano de sus barrios y por su ubicación geográfica cercana al centro de la localidad; lo que se observa es que por cada colegio oficial hay 1,5 colegios privados.

Tabla 25, Datos de oferta, demanda y matrícula en colegios oficiales distritales en la localidad Año 2011

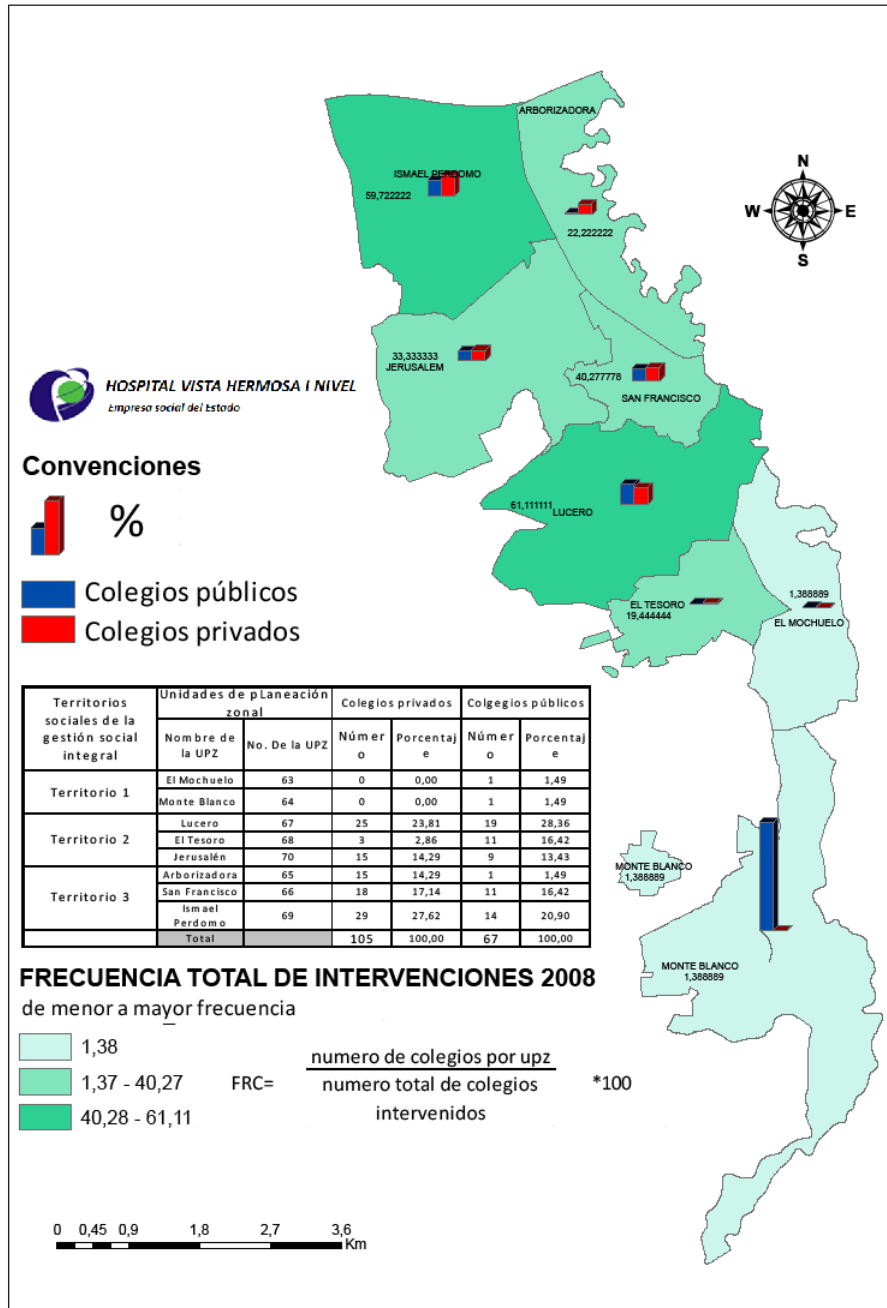
COLEGIO	UPZ	OFERTA	DEMANDA	DEFICIT DE OFERTA POR COLEGIO	MATRÍCULA
REPUBLICA DE MEXICO	LUCERO	2988	2753	235	2.665
RAFAEL URIBE URIBE	LUCERO	1841	1907	-66	1.757
ISMAEL PERDOMO	ISMAEL PERDOMO	3088	3358	-270	2.967
LEON DE GREIFF	LUCERO	2279	2202	77	2.096
CIUDAD DE MONTREAL	LUCERO	1023	1044	-21	961
SANTA BARBARA	LUCERO	2271	2106	165	1.894
UNION EUROPEA	LUCERO	2790	2485	305	2.407
ARBORIZADORA BAJA	ARBORIZADORA	2640	2841	-201	2.547
NICOLAS GOMEZ DAVILA	SAN FRANCISCO	3096	3024	72	2.910
ACACIA II	SAN FRANCISCO	2850	4197	-1.347	2.591
JOSE JAIME ROJAS	LUCERO	1550	1406	144	1.328
RODRIGO LARA BONILLA	SAN FRANCISCO	4501	5815	-1.314	4.361
GUILLERMO CANO ISAZA	LUCERO	3689	3888	-199	3.358
EL PARAISO DE MANUELA BELTRAN	JERUSALEM	1579	1569	10	1.521
LA ARABIA	EL TESORO	1155	950	205	803
ARBORIZADORA ALTA	JERUSALEM	3056	3340	-284	2.976
PARAISO MIRADOR	LUCERO	3217	3486	-269	3.081
MARIA MERCEDES CARRANZA	ISMAEL PERDOMO	3504	3682	-178	3.406
ESTRELLA DEL SUR	LUCERO	3203	3038	165	2.937
SOTAVENTO	EL TESORO	1012	1071	-59	1.010
SAN FRANCISCO	SAN FRANCISCO	3717	3950	-233	3.475
CEDID CIUDAD BOLIVAR	ISMAEL PERDOMO	5609	5360	249	5.070
SIERRA MORENA	ISMAEL PERDOMO	6483	6464	19	6.004
LA ESTANCIA - SAN ISIDRO LABRADOR	ISMAEL PERDOMO	4217	4077	140	3.926
CIUDAD BOLIVAR - ARGENTINA	ISMAEL PERDOMO	2324	2220	104	2.035
CONFEDERACION BRISAS DEL DIAMANTE	LUCERO	2604	2343	261	2.132
EL TESORO DE LA CUMBRE	EL TESORO	2484	1901	583	1.884
VILLAMAR	LUCERO	1104	921	183	894
COMPARTIR RECUERDO	LUCERO	2314	1874	440	1.802
EL MINUTO DE BUENOS AIRES	EL TESORO	1955	2042	-87	1.890
JOSE MARIA VARGAS VILA	LUCERO	3686	2743	943	2.554
CUNDINAMARCA	ISMAEL PERDOMO	3722	4426	-704	3.722
ANTONIO GARCIA	EL TESORO	2605	2664	-59	2.546
FANNY MICKEY IED	LUCERO	1876	1549	327	1.561
RUR PASQUILLA	UPR RIO TUNJUELO	1386	1208	178	1.232
RUR QUIBA ALTA	UPR RIO TUNJUELO	1312	1107	205	1.120
MOCHUELO ALTO	UPR RIO TUNJUELO	397	366	31	336
RURAL JOSE CELESTINO MUTIS	UPR RIO TUNJUELO	1628	1537	91	1.468
CANADA	LUCERO	950	1000	-50	892
Total		101.705	101.914	-209	92.119

Nota: La demanda está compuesta por los promocionados más los inscritos que solicitaron cupo en ese colegio como primera opción más los no inscritos que fueron asignados a ese colegio.

Fuentes: Datos oferta y demanda - Sistema de Matrícula SED. Matrícula: Anexo 6 A Resolución MEN 2011 – Sistema de matrícula SED Fecha de Corte: Febrero 11 de 2011 – Cifras preliminares. Elaboración y Cálculos: Oficina Asesora de Planeación - Grupo Estadística.

Mapa 23 Número de colegios por UPZ y por territorio social del año 2008

Colegios por UPZ de la gestión social 2008



Fuente: Secretaria de Educación y Gestión Local de la salud Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

Tanto los colegios privados como públicos se concentran en las UPZ de Ismael Perdomo y en el Lucero, por territorio social se concentra en territorio 3 con el 59,03%, en privados y en públicos con el 58,2% en territorio 2; en territorio 1 no existen colegios privados.

Es pertinente comentar que la mayoría de los colegios privados que hay en la localidad se encuentran en funcionamiento bajo la modalidad de convenio, lo que quiere decir que los estudiantes allí matriculados son subsidiados por la Secretaria de Educación.

▼ Calidad de la formación académica

La calidad se concibe de forma integral desde los conceptos teóricos de la formación escolar, como de los riesgos ambientales y de saneamiento básico de los colegios. El siguiente es un resumen del Plan sectorial de educación 2008 – 20012, Educación de calidad, Bogotá positiva, de los avances y dificultades de la educación en Bogotá, así como de la experiencia de vida de los trabajadores del hospital en la localidad y de convivencia con el aula.

El sistema educativo ha desarrollado estrategias para mejorar la calidad de vida en los escolares tales como: comedores en los colegios, refrigerios escolares, educación gratuita hasta quinto de primaria, subsidios para que los niños y niñas continúen estudiando, útiles gratuitos, aceleración educativa para promoverse de un grado a otro y salud al colegio con un convenio intersectorial entre la Secretaria Distrital de salud y de educación.

De acuerdo a este plan, en su diagnostico inicial señala que la mala calidad de la formación académica de los estudiantes en los colegios oficiales es consecuencia de la ausencia de continuidad entre los niveles educativos, no hay orientación e información para el desempeño laboral y social, hay débil lectura y comprensión, poca profundidad del conocimiento científico, no hay dominio de la lengua extranjera, a pesar de que los colegios se han modernizado en infraestructura, han aumentado el acceso a internet, pero no se ha fortalecido la tecnología como parte de la formación del conocimiento, existen jornadas cortas y por lo tanto hay disminución de horas de estudio en el aula, así se haya incrementado la cobertura a costa de la calidad educativa, la responsabilidad sigue centrada en el profesor, aunque existen colegios con corrientes pedagógicas que desarrollan diferentes modelos educativos.

Lo anteriormente descrito puede ser consecuencia de un ciclo continuo e histórico de los docentes, que se ven afectados por diferentes factores tales como: las formas de contratación de profesionales sin preparación pedagógica para dictar clases, la dificultad de acceder a estudios complementarios por los altos costos, falta de tiempo por que se tienen que desempeñar en jornadas contrarias por los bajos precios de su tiempo laboral, no se tienen en cuenta los tiempos extras para preparar el tema y monitorear estudiantes, hay un alto número de estudiantes en el aula, lo que dificultad la concentración en los estudiantes y la trasmisión de los temas educativos.

También se ven afectados emocionalmente por el ruido que generan los estudiantes, así el estudiante se encuentre alterando el orden dentro de la clase porque la responsabilidad se centra en el profesor, así como las diferentes formas de expresión física y verbal que alteran las relaciones interpersonales de los estudiantes con los mismos profesores (violencia en el aula, como un profesor muerto por un estudiante, agresiones con arma corto punzante entre otras).

En la localidad se han establecido 4 colegios que reciben estudiantes con necesidades educativas especiales, pero no se ha fortalecido el aula integradora, existen aulas exclusivas con apoyo tecnológico y docentes con formación educativa para este tipo de personas, disminuyendo costos y esfuerzos personales y laborales, sin llegar a ser integradores sociales dentro de la formación escolar. Existen esfuerzos en todos los centros educativos de sensibilizar a los profesores para el trato diferencial, también existen convenios para dar cursos de actualización para no tener que contratar profesionales formados para educación especial

Por ubicación geográfica hay colegios que presentan una exposición mayor a contaminación ambiental como residuos sólidos en los colegios Paraíso, Arabia, Bella Flor Y José Celestino Mutis, por problemas de erosión los principales afectados son Quiba Alta y Baja, Pasquillita, las Mercedes, Santa Bárbara y Santa Rosa.

Por las condiciones topográficas de la localidad existen colegios en las pendientes de las calles, lo que puede generar derrumbes y agrietamientos que han sido reforzados en los últimos años, en el interior de los colegios tratan de recuperar espacios con reforestación, actividad realizada por los mismos estudiantes.

La contaminación del aire es principalmente por partículas que arrastran las corrientes de aire, la presencia del relleno afecta la calidad de aire por los malos olores producto de la descomposición orgánica de los desechos, otros colegio se encuentran expuestos por la contaminación de fabricas y por la presencia de los gases de los vehículos cuando se encuentran cerca a las vías principales, agravados estos últimos por el ruido de los automotores.

▼ Educación para etnias

Se recuerda que la constitución política de Colombia de 1991, así como la Ley de Educación 115, reconoce un modelo de educación acorde con las condiciones culturales de los grupos étnicos, para lo cual se asigna un docente bilingüe de la lengua materna, que asegure la formación de niños y niñas desde los usos y costumbres de cada pueblo.

Si bien esta disponibilidad se da en los territorios originarios, para el caso del Distrito Capital no sucede lo mismo, las transformaciones en términos de infraestructura y modelos educativos en la ciudad, para garantizar una educación propia serían costosas, pero no podemos olvidar que independiente de ello, este es un derecho.

Esta condición pone en serios aprietos la pervivencia de los grupos étnicos inmersos en contextos urbanos, que se ven amenazados y a puertas de desaparecer, no solo por la pérdida de la lengua, sino por los espacios y escenarios para hacer uso de sus prácticas culturales, desde los primeros años de edad, y la socialización de los mismos para los generaciones que están naciendo en contextos urbanos.

A través de los cabildos, como en el caso del cabildo Inga, se adelantan procesos de educación y de formación intercultural, con el apoyo de las instituciones se educa a los menores de acuerdo a su cultura, falta mayor apoyo y desarrollo para esta actividad en los demás grupos étnicos con el objeto de mantener la cultura ancestral y de transmitirla a las nuevas generaciones y establecer diálogos interculturales.

Esta respuesta es muy importante para comprender como lo cultural y lo étnico han contribuido en procesos que transforman la ciudad y que hacen que las poblaciones diferentes terminen por reproducir sus prácticas al interior de está.

Enmarcados en una educación occidental, las memorias del proyecto de fortalecimiento al programa integral de promoción y defensa de los derechos humanos de las minorías étnicas y culturales de Ciudad Bolívar para el año 2007 caracterizó la población afro producto del estudio de la Alcaldía local, en la que se encontró que el 48% de la población llega a secundaria y primaria el 41 %, convirtiendo a esta población en mano de obra operativa, y por tanto recibiendo unos niveles de ingreso muy bajos con respecto a sus necesidades, el 7% de la población tiene un nivel técnico y el 2 % ha podido llegar a la educación superior.

▼ Salud al colegio

Desde 1997 se desarrolla en el distrito una estrategia conocida como “Escuelas Saludables”, iniciativa que fue propuesta a nivel internacional por la OMS a principios de los años 90 y que en sus postulados propone facilitar la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en los espacios escolares, buscando la articulación y movilización multisectorial de recursos destinados a la creación de condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niñas, niños, jóvenes y demás miembros de las comunidades educativas.

Durante el 2003 y 2004, la Secretaría Distrital de Salud comenzó un proceso colectivo de auto evaluación tendiente a mejorar los resultados de las acciones que se realizan en el espacio escolar, incorporando a dicha reflexión a la Secretaría de Educación Distrital, los Hospitales Públicos y algunos actores de comunidades educativas; durante el proceso se logró un acuerdo en la intención de redimensionar el trabajo que se realiza para el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades educativas (niños y niñas, jóvenes, docentes, directivos, padres de familia y redes de soporte social de la escuela y jardines) que da como resultado una propuesta para el abordaje del ámbito escolar denominada “Escuelas y Jardines Promotoras de Calidad de Vida” que se espera pueda ser desarrollada conjuntamente con las propias comunidades educativas con un acompañamiento permanente de las Secretarías de Educación y de Salud, a través de los Hospitales del Distrito, este nuevo diseño operativo se pone en marcha entre los años 2005 y 2006 con un tercio de colegios distritales, rediseñando la conceptualización y las formas de hacer salud pública en el distrito en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. En la Localidad se inicia con 22 colegios y un jardín; en la actualidad (2009) se desarrolla la estrategia en 19 colegios (38 sedes distritales y 1 Sede Privada en convenio) y 11 jardines de la Secretaria Distrital de Integración Social.

2.6. CONDICIONES DE ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Se emplean para su medición las siguientes variables: disponibilidad y tipo de servicio sanitario, fuente de abastecimiento de agua para el consumo humano, combustible empleado para cocinar y sistema de

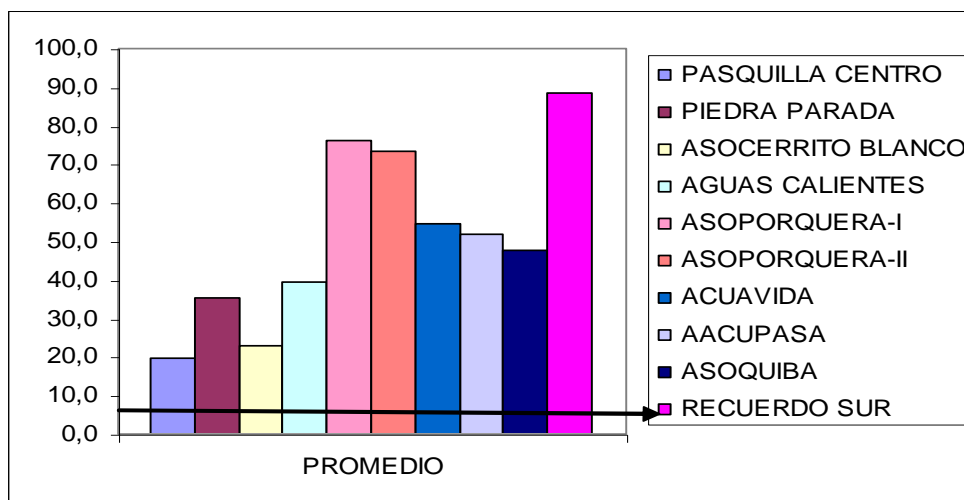
eliminación de basuras; de acuerdo a estas definiciones Ciudad Bolívar es la primera localidad de pésima calidad de vivienda para el Distrito Capital, su condición se ha mantenido estable del 2003 al 2007.

2.6.1 Disponibilidad de servicios públicos de acueducto, energía eléctrica, gas, teléfono y disposición de basuras

Según el censo del DANE 2003 en Ciudad Bolívar, el 98,7% de las casas tienen energía, 94,5% acueducto, alcantarillado el 93,5%, teléfono el 82,2%, gas natural el 80%, con estos porcentajes se encuentran por debajo de los encontrados para el D.C.

Como existe un área rural, a continuación se describe la situación de los acueductos comunitarios (Acuavida, Acupasa, Asoporquera I, Asoporquera II, Piedra Parada, Asocerrito Blanco, Pasquilla Centro, Aguas Calientes, Asoquiba y Recuerdo Sur), es evidente el incumplimiento de los parámetros de calidad del agua en comparación a la normatividad actual (Decreto 1575/2007 y resolución 2115/200/9), detectado por el Nivel de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA), como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 15 Interpretación de los resultados del agua para consumo humano, promedio anual 2009



Fuente: Hospital Vista Hermosa | Nivel. E.S.E. Vigilancia ambiental año 2009

En el año 2009 el nivel de registro de calidad de agua osciló entre alto e inviable sanitariamente debido a los periodos fuertes de lluvias y la ausencia de métodos de potabilización; se presenta la no aceptabilidad de los parámetros fisicoquímicos por bajo cloro residual libre (100%) y color alto.

Respecto a los parámetros microbiológicos se presentó incumplimiento en el 100% de las muestras de agua, debido a la ausencia de un proceso de potabilización en el acueducto que evite la proliferación de microorganismos; en conclusión se lleva más de 3 años con resultados del agua que son inviable para el consumo humano.

El deterioro de la calidad del agua se debe principalmente a fallas en las estructuras, problemas de diseño, ausencia de un proceso adicional de tratamiento y falta de recursos para realizar control de la calidad del agua y costear un operario a tiempo completo.

Los sectores ilegales de la localidad se abastecen de agua para consumo humano mediante acueducto comunitario, carro-tanque y por conexión de servidumbre ilegal a la EAAB; respecto al servicio de alcantarillado, ninguno cuenta con conexión a la EAAB, por lo cual algunos sectores presentan alcantarillados comunales y/o canales abiertos que vierten el agua a las quebradas más cercanas.

Como lo establece la Resolución 2115 de 2007 y en base a la vigilancia realizada a la calidad del agua durante el periodo comprendido entre Enero y Agosto de 2009, el Nivel de Riesgo a la Salud de la población abastecida por los Acueductos Comunitarios es en promedio Alto, sin embargo la normatividad no especifica los tipos de riesgos directos.

Otro riesgo probable en la salud de la población es la formación de subproductos de la cloración como los Trihalometanos (THM), los cuales se forman cuando la turbiedad y la materia orgánica son altas y no son removidas efectivamente antes de la aplicación del cloro (como es el caso de algunos acueductos, 30%). Para corroborar la formación de estos compuestos se deben realizar caracterizaciones del agua mas específicas, como bioensayos para determinar materia orgánica y pruebas toxicológicas de residual de THM. Las enfermedades relacionadas con estos subproductos se muestran en la tabla.

El 90% de los acueductos presentan riesgos de contaminación por cercanías de sus estructuras a zonas de cultivos, lo que representa riesgos de intoxicación por agroquímicos.

**Tabla 26, Conectividad a internet en la localidad, por hogares
2003 vs. 2007.**

CONECTIVIDAD A INTERNET POR HOGARES:				
	2003 HOGARES	%	2007 HOGARES	%
CIUDAD BOLIVAR	3.846	2.48	6.374	4.4
BOGOTÀ	256.451	13.25	420.711	21.3

FUENTE: INFORME DE DESARROLLO HUMANO 2008, PNUD

▼ Farmacias

La localidad cuenta con un total de 230 droguerías, 21 tiendas naturistas y 29 distribuidoras de cosméticos; a continuación se describe el número de establecimiento por territorio social así:

Territorio Social I con un establecimiento, Territorio II con el 48,2% (111establecimientos), Territorio Social III: con el 50,8% (117) y en el Territorio Social IV un establecimiento. Aproximadamente el 50% de los

establecimientos no cumple con la normatividad sanitaria y tal incumplimiento se atribuye a: inadecuadas condiciones locativas del establecimiento, ausencia de contrato de trabajo del director técnico, carecen de termo higrómetro, falta del manual de procedimientos, incumplimiento a la Resolución 1403 de 2007, incumplimiento de normas de bioseguridad, o no reportan recibo o contrato con Eco-Capital para el manejo de residuos peligrosos, distribución de productos fraudulentos, alterados o antibióticos fraccionados.

▼ Características de servicios, transporte y movilidad

El transporte se constituye en parte fundamental para la vida económica y social de las comunidades, al interconectar las distintas actividades productivas y sociales, así como los movimientos de personas y bienes dentro y entre la ciudad. Siendo el transporte un elemento importante en la dinámica social y productiva de la ciudad, el estado y disponibilidad del mismo es un determinante de calidad de vida de la salud de los habitantes de una comunidad.

Dentro de los aspectos a analizar en la dinámica de la movilidad local se destaca: el acceso (costo), disponibilidad, estado de las infraestructura y de los medios de transporte, y el impacto en el ambiente y en la salud (emisión de contaminantes atmosféricos, generación de ruido, congestión vial, accidentes, y los riesgos asociados al traslado de desechos y sustancias peligrosas), que se describe para la zona urbana y rural.

▼ Acceso

Las condiciones de pobreza y de miseria de la localidad afectan a las personas para el transporte urbano. Cifras de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) muestran que el costo de desplazarse en Bogotá en proporción al salario mínimo ha crecido de manera dramática al pasar del 9% al 20%. Esta situación tiene gran impacto social en la ciudad, dado que el 64,5% de los hogares percibe un ingreso mensual inferior a 1,5 salarios mínimos, como lo muestran datos del DANE, para la localidad no existen estudios específicos a este tema.

De acuerdo al observatorio Distrital de Movilidad (Bogotá como Vamos de la Cámara de comercio de Bogotá) al comparar el porcentaje del ingreso del hogar empleado en transporte en los años 2007 y 2008, éste disminuyó en todos los estratos salvo en el 6, donde se mantuvo. Adicionalmente, en el 2008 el gasto en transporte para los estratos 1 y 2 representó el 12% y 10% de sus ingresos en promedio respectivamente. Lo anterior muestra que para los dos años en estudio, las personas de menores recursos económicos emplean un porcentaje de sus ingresos mayor para transportarse que las personas de más recursos.

En cuanto al costo neto diario empleado en el transporte público, para los estratos 1 y 2 éste es de \$3.795 y \$4.037, respectivamente. Entre tanto, para los estratos 3, 4, 5 y 6 este costo varía entre \$6.313 y \$15.738. Esta diferencia se debe básicamente a que los estratos bajos usan los modos de transporte menos onerosos y realizan en promedio menos viajes que los estratos altos. Esta situación ha obligado a sectores de la población local a utilizar medios alternativos de transporte como la bicicleta, caminar o el regateo con los conductores del servicio público para obtener un servicio por un precio más bajo.

Esta difícil situación se torna particularmente grave para ciertos segmentos de la población que por sus condiciones físicas y económicas están en una situación de vulnerabilidad económica mayor; es el caso de los estudiantes, los adultos mayores y de los discapacitados que, además de encontrar múltiples barreras físicas para su acceso al transporte público de la ciudad, representan una población particularmente afectada por el desempleo.

▼ Dotación e infraestructura

En cuanto a la malla vial local, el sistema de movilidad está constituido por los subsistemas viales, de transporte, de regulación y control de tráfico. En conjunto estos subsistemas determinan la calidad y la forma de desplazamiento de las personas; tratándose de la localidad es importante resaltar que el estado del sistema se relaciona directamente con la dinámica de desarrollo de esta, caracterizada por la falta de planeación; lo cual ha determinado rezagos importantes en la infraestructura de la movilidad, no obstante en las últimas administraciones se han realizado cuantiosas inversiones para mejorar la malla vial de la localidad, facilitando el acceso de los habitantes y mejorando el entorno de las comunidades. (De acuerdo a la teoría de las ventanas rotas, las inversiones en el mejoramiento del entorno generan un mejor comportamiento social). A continuación se presenta un resumen de las condiciones generales de la malla vial constituido por cuatro mallas jerarquizadas y relacionadas funcionalmente, y por las intersecciones generadas entre las mismas.

La malla arterial principal:

Es la red de vías de mayor jerarquía que actúa como soporte de la movilidad y accesibilidad metropolitana y regional. Las Avenidas Alameda del Sur, Bosa, Ciudad de Villavicencio, Jorge Gaitán Cortes y la Avenida del Ferrocarril del Sur hacen parte del subsistema metropolitano que garantiza la conexión del centro metropolitano con las áreas de vivienda de la localidad, en términos generales presentan buenas condiciones, no obstante requieren demarcación longitudinal y transversal.

Las Avenidas Boyacá, Autopista del Sur y Circunvalar del Sur, las Avenidas Camino a Pasquilla y Autopista al Llano de tipo V hacen parte del subsistema vial de integración ciudad – región, que está conformado por vías de alta especificación que conectan los municipios aledaños con la avenida Longitudinal de Occidente y con la Avenida Circunvalar del Sur. La Autopista al Llano comunica a la ciudad y a Ciudad Bolívar con la zona oriental del país. En estas vías la ocurrencia de accidentalidad es la más alta en comparación con las malla arterial complementaria y local, las causas de la accidentalidad en estos tramos se debe a la falta de pasos peatonales seguros (Puentes peatonales, cruces peatonales sanforizados), exceso de velocidad y mal comportamiento de los diferentes actores de la vía.

La malla arterial complementaria:

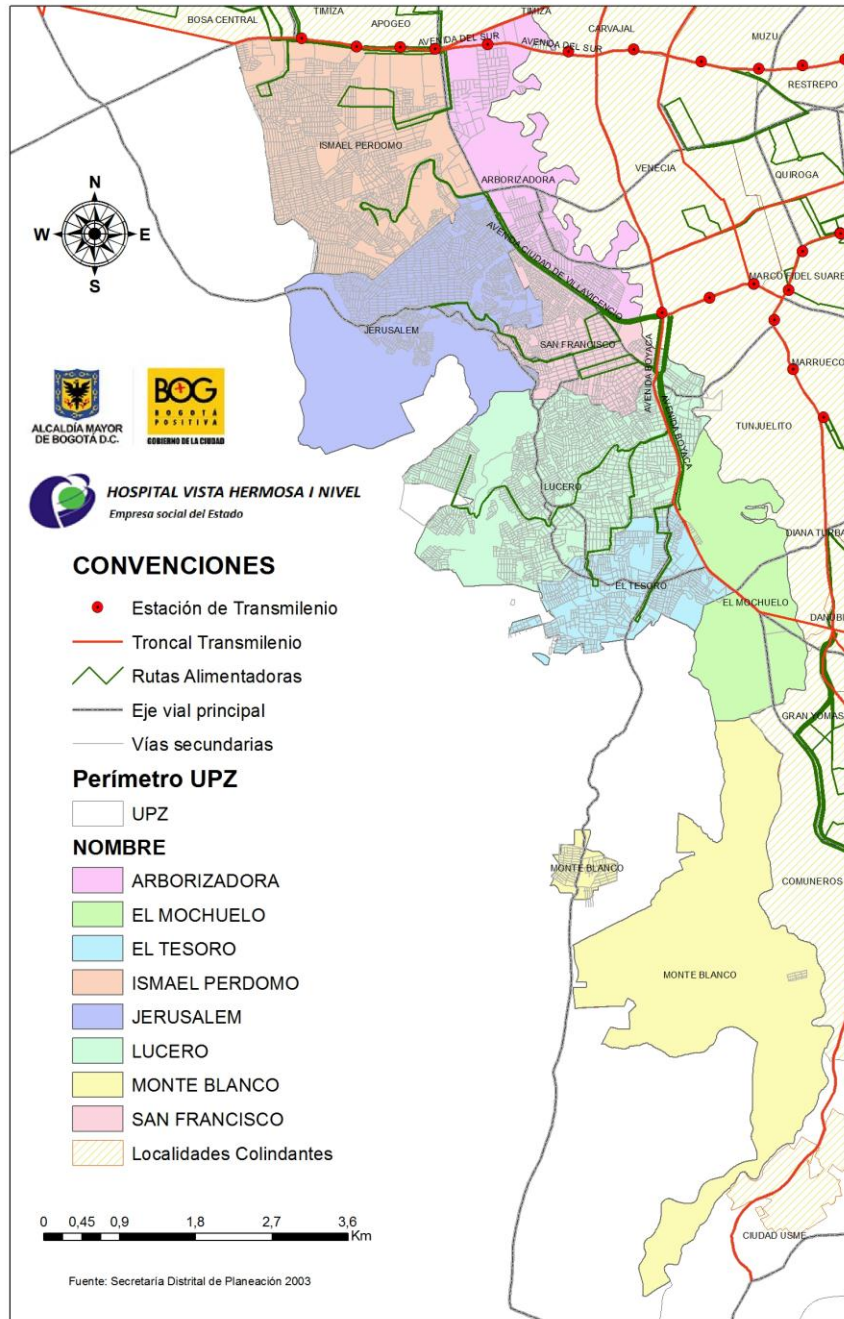
Articula operacionalmente a la malla vial principal y la malla vial intermedia, permite la fluidez del tráfico interior de los sectores conformados por la malla vial principal y determina la dimensión y forma de la malla vial intermedia, la cual se desarrolla a su interior.

Esta malla es de soporte básico para el transporte privado y para las rutas alimentadoras de los sistemas de transporte masivo. De este tipo encontramos en la localidad, la Avenida Paraíso y las Avenidas Bacatá,

Mariscal Sucre, Tunjuelito, San Francisco, AV sierra Morena y Av. Pasquilla que hacen parte de la malla arterial complementaria. En términos generales el ancho de calzada es pequeño considerando el flujo constante de camiones y buses que entran a los diferentes barrios, por la topografía del lugar existen tramos de alto riesgo por curvas peligrosas y pendientes altas, falta demarcación longitudinal y señales verticales, en distintos sectores hay vehículos estacionados a lo largo de la vías, lo cual interrumpe el tráfico y permiten adelantamiento peligrosos, en las zonas escolares no existe la demarcación eficiente y en todos los sectores los conductores no respetan los límites de velocidad establecidos. También es común que en todos los corredores viales los senderos peatonales no tengan especificaciones técnicas para la movilidad del peatón (Ancho no apropiado para flujo grande de personas, no están nivelados y se encuentran diferentes obstáculos y en algunos tramos no existe anden) lo que se refleja en la invasión de la calzadas para el desplazamiento. En conjunto todas estas problemáticas configuran un alto riesgo en la movilidad en tramos, los cuales se reflejan en los accidentes que se generan en estas vías y los constantes taponamientos o trancones a causa de incidentes en estos; el siguiente mapa grafica el sistema vial de la localidad

Mapa 24 Sistema vial y de transporte de la localidad año 2009

Sistema Vial y de Transmilenio en Ciudad Bolívar



Fuente: Secretaria de la movilidad social 2006

La zona rural de la Localidad cuenta con una red vial que comunica a las diferentes veredas y se caracteriza por tener vías de 6 a 8 metros de ancho, algunas sin obras de arte ni mantenimiento, en especial la Vía a

Quiba, Santabárbara y las Mercedes. A las veredas se llega por la vía que se desprende de la autopista al llano, que a su vez se desprende de la Autopista al Llano, partiendo del punto denominado Central de Mezclas; existe un ramal que conduce hasta el corregimiento de Pasquilla, pasando por las veredas de Mochuelo Bajo, Mochuelo Alto, Pasquilla, Pasquillita y Santa Barbará. Los habitantes de las veredas de Santa Rosa y Las Mercedes, localizadas en el sector alto sur, disponen de una carretera que conduce a la vía del sector de Sumapáz. La mayoría de las fincas se comunican con las vías existentes a través de caminos de herradura, servidumbres, trochas y atajos en mal estado

Continúa la misma situación de la malla vial, en especial de las vías secundarias desde hace más de 6 años con respecto a la fecha del 2009; existen vías pavimentadas y con andenes solamente en la zona plana de los barrios ya consolidados, como Candelaria, Meissen, México y San Francisco, al igual que en la vía principal de acceso a los barrios Arborizadora Alta y Jerusalén, vías Paraíso, y Vía Sierra Morena –Potosí. La vía a Pasquilla se encuentra pavimentada. Las vías en peor estado corresponden a los barrios no consolidados o ilegales, en los cuales por su situación no es posible realizar inversiones, más aun cuando no se ha instalado la infraestructura de saneamiento básico. (Caracolí, Tres Reyes, Santa Viviana, San Isidro, El espino, Recuerdo Sur, Verbenal, Divino Niño, Mirador entre otros).

▼ Sistemas de movilidad de la población.

El medio de transporte más utilizado en la localidad es el bus urbano, seguido por el desplazamiento a pie y el 8% de los habitantes de la localidad que prefieren el servicio de Transmilenio, no obstante los alimentadores han permitido que las personas se desplacen cortas distancias sin costo adicional.

Las rutas de transporte público operan en las vías principales, pues en los sitios más alejados se presentan dificultades de acceso, a tal punto que las personas deben caminar entre 30 a 45 minutos desde sus viviendas hasta el paradero de bus más cercano. En la noche, el transporte disminuye considerablemente para toda la localidad, y los taxis sólo aceptan transitar en las partes planas, mas no en la parte alta de la localidad.

El transmilenio se convirtió en una herramienta rápida para salir de la localidad hacia el resto de la ciudad, en especial en trayectos largos, es de resaltar que los alimentadores son una forma de transporte dentro de los barrios de la localidad por los costos que representan.

La zona rural de Mochuelo Pasquilla y Pasquillita cuenta con un sistema de transporte organizado, rutas de buses que comunican las diferentes veredas con la zona urbana. Una ruta sale del barrio Tunjuelito y llega hasta la vereda Pasquilla y la otra toma la vía Usme- Sumapáz, pasando por las veredas Santa Bárbara, Santa Rosa y Las Mercedes. El servicio de transporte entre veredas es más escaso, debido a la inexistencia de rutas permanentes aunque hay vías pavimentadas que facilitan el desplazamiento de personas y productos.

▼ El uso de carro en Ciudad Bolívar

La localidad presenta uno de los más bajos índices de uso en Bogotá, presenta un promedio de 43,5 habitantes por vehículo.

Es trascendental mencionar que en promedio las personas de la localidad deben caminar aproximadamente entre 10 y 15 kilómetros, que corresponden entre 48 y 56 cuadras (Fuente Secretaria de la movilidad), bien sea para tomar su transporte público o para traslados en la localidad, lo que genera una discusión cruzada, por un lado la inexistencia de senderos peatonales seguros que obliga a las personas a caminar por las calzadas vehiculares, exponiéndose a riesgo de atropellamiento o atracos, entre otros delitos, y adicionalmente la cantidad de kilómetros caminados es indicador de inequidad. Por otro lado, se puede pensar que el hecho de caminar mejora el estado físico de las personas, sin embargo, de acuerdo a los profesionales del deporte, se considera que actividad física es acción planeada que requiere calentamiento y estiramiento muscular de tal forma que las jornadas de caminatas pueden estar generando más problemas que beneficios corporales.

Siendo el transporte público el más utilizado en la localidad, es importante resaltar algunos de los problemas de salud que presentan algunos trabajadores y pasajeros relacionados con el modelo de transporte, los cuales fueron descritos de manera confiable en el estudio realizado por PABLO E. CHAPARRO NARVÁEZ y JUAN GUERRERO de la Universidad Militar de Colombia, se enuncian a continuación:

Los conductores de servicio público se ven expuestos a iluminación externa insuficiente, temperatura moderada o intensa, ruido moderado o intenso, exposición a gases y humos, exposición a vibración moderada o intensa, esfuerzo físico ligero o moderado, postura incómoda, tensión de trabajo intensa, presión intensa de los pasajeros, ritmo de trabajo y descanso insuficiente, considerados condiciones de trabajo nocivas o molestas que coinciden con las descritas por Tovalin y Lazcano (1984).

El riesgo de enfermedad mental es significativamente alto en los conductores de transporte público urbano, la ansiedad y depresión, presentados con una frecuencia dos veces mayor a la reportada en otros informes, pueden derivarse de la probabilidad de ser asaltados, de discutir con los pasajeros, del tránsito intenso por donde se movilizan y del ritmo de actividad que a diario llevan.

El dolor lumbar que reportó el grupo de conductores tuvo una frecuencia dos veces mayor que la registrada en otros estudios. Tanto dolor de espalda y de cuello pueden relacionarse con las posturas adoptadas durante el trabajo, los movimientos repetidos e inadecuados, el diseño de la silla de conducción, el espacio ocupado dentro del vehículo, la jornada laboral y el sobrepeso. Los problemas auditivos de los conductores (hipoacusias) fueron también más bajos que los reportados por el mismo investigador.

En relación con el estrés laboral, diversos estudios han demostrado una alta prevalencia de desordenes psicológicos (fatiga, problemas de sueño, tensión y sobrecarga mental), gastrointestinales y músculo esqueléticos asociados. La conducción exige demanda mental que lleva a experimentar fatiga que puede traducirse en somnolencia, sueño, irritabilidad, dificultad en la concentración, dolor lumbar, dolor de piernas y dolor de ojos.

Los conductores de transporte público urbano están expuestos a altos niveles de vigilancia, extrema presión del tiempo, desastres potenciales como consecuencias de un error o falta de atención, exposición a peligros, trabajo nocturno, falta de sitio de descanso, movimientos compulsivos del cuerpo, ejecución de acciones, adquisición y procesamiento de información y condiciones ambientales de trabajo deficientes que actúan como factores de riesgo para estrés.

El conductor a diario se ve sometido a la fuente más importante de inhalación de monóxido de carbono, el tubo de escape de los vehículos con motor. En 1999 se informaba que más de 1 344 000 toneladas de contaminantes eran arrojadas anualmente por los tubos de escape de los vehículos que circulaban por la ciudad, factor que contribuye a incrementar los niveles de carboxihemoglobina luego de trabajar cerca de 8 horas en relación con los niveles de carboxihemoglobina antes de la exposición.

En cuanto a los pasajeros estos se ven expuestos a: El Sobre cupo, es el principal problema de pasajeros en Bogotá, lo cual genera estrés y comportamientos hostiles y agresivos, el modelo de transporte público hace que los pasajeros estén expuestos a accidentes relacionados con la irresponsabilidad en el manejo de los conductores, los pasajeros son extremadamente vulnerables a delincuentes que utilizan los sistemas de transporte urbano para atracar o robar a las personas. Los pasajeros se ven expuestos a los gases de combustión provenientes del automotor y de los vehículos que transitan por la vía.

▼ Accidentalidad

De acuerdo a la organización Mundial de la Salud, la accidentalidad vial es una de las principales epidemias de nuestra sociedad. De hecho, según un estudio realizado conjuntamente con el Banco Mundial, los accidentes de tránsito aparecen como la séptima causa de morbilidad en el planeta, en el caso de Colombia y de Bogotá los accidentes representan la segunda causa de las muertes violentas y en la localidad, de acuerdo a los registros de defunciones, la mortalidad por accidentes representa la segunda causa por muertes violentas en los ciclos de vida de Jóvenes y adultos (ver capítulo de Mortalidad).

Durante el año 2008, se registraron en Ciudad Bolívar 1249 accidentes (incluye todas las clases de accidentes choque (1), Atropello(2), Volcamiento (3), caída ocupante(4) incendio (5) y otro (6)), los cuales representan tan solo 3% de los casos presentados en el Distrito, siendo una de las localidades con menor tasa de accidentalidad de Bogotá; una posible explicación a este fenómeno se relaciona con el número bajo de vehículos por habitante, los cuales determinan el flujo moderado de tránsito en las vías locales, no obstante vale la pena recordar que si bien los accidentes ocurren en puntos críticos específicos en Bogotá, las personas afectadas proceden de las diferentes localidades, incluyendo Ciudad Bolívar.

De acuerdo a los estudios y reportes de accidentalidad realizados por diferentes instituciones de Bogotá (Medicina Legal, Secretaría de Movilidad y fondo nacional de prevención vial) los traumatismos causados por el tránsito afectan a peatones y motociclistas; más de la mitad de las personas fallecidas a causa de choques en la vía pública están comprendidas entre los 15 y 44 años de edad, personas económicamente activas, el mes de mayor número de accidentes es en junio.

Los accidentes ocurridos durante el 2008 dejaron como resultado 19 muertos y 538 heridos leves, los cuales fueron atendidos en hospitales de 2 y 3 nivel de la localidad, no aparecen registradas las lesiones de causa externa en las codificaciones por que los profesionales codifican las lesiones anatómicas y queda sub registrada este tipo de lesión en los servicios de urgencias. El 70% de los accidentes corresponde a choques simples y 20% (254 Atropellados) a accidentes que involucran peatones, lo que demuestra que el riesgo que corren los peatones en las vías de la localidad es alto. Con relación a los últimos años, la participación de los motociclistas en los accidentes de tránsito ha venido en aumento al mismo tiempo que el número de motos que circulan la ciudad, de tal forma que se debe estructurar una política de movilidad para los motociclistas,

teniendo en cuenta que el acceso a este vehículo es sumamente fácil y económico y que el riesgo de fallecer en un accidente de moto es 17 veces mayor que en un accidente de automóvil.

El 79% de los accidentes ocurren en zona residencial, tal vez porque es la zona que predomina en la localidad y porque la mayoría de los sectores residenciales no están dotados de andenes y senderos peatonales, quedando el peatón expuesto a un alto riesgo de accidentalidad.

Todos los días se reportan accidentes de este tipo, sin embargo los jueves, viernes, sábados y domingos en la noche son los días en que se duplica la cifra de accidentalidad y las horas de mayor ocurrencia son entre las 8 a 9 de la mañana, de 12 a 2 de la tarde y de 5 a 8 de la noche, que corresponden al inicio y finalización de jornadas laborales y escolar, los accidentes por sexo son de un hombre por una mujer.

2.7. EL RUIDO EN LA LOCALIDAD

Durante los conversatorios realizados con comunidad por parte del Hospital Vista Hermosa durante el año 2008 en el marco de las unidades de análisis ambiental, se consideró el ruido de los equipos de sonido a todo volumen en los barrios los fines de semana como una alta fuente de contaminación auditiva. Según datos suministrados por la Secretaria de Ambiente del Distrito, las mediciones a seguimientos por ruido se realizan dependiendo de la solicitud requerida por la alcaldía de cada localidad más no por un monitoreo constante o planificado por parte de la secretaria. En 16 seguimientos realizados en establecimientos comerciales se detecta que el 90% de estos superan las normas de ruido para una zona residencial, generando molestias a la comunidad; se considera que las vías de principal movimiento vehicular son las de mayores ruidos, estas son Candelaria la Nueva, avenida Villavicencio, Avenida Boyacá por Meissen y México, San Francisco y Autopista Sur.

2.8. CRIMEN Y SEGURIDAD EN LA LOCALIDAD

César Alfonso Velásquez Monroy, Investigador del Centro de Investigaciones Criminológicas del Policía Metropolitana de Bogotá desarrollo una investigación comparada sobre el comportamiento del crimen y los delitos en las diferentes localidades de Bogotá durante los años 2007 a 2009, parte de esta investigación fue publicada online por la Revista Eure, de la Pontificia Universidad de Chile, del centro de estudios Urbanos y territoriales de la misma Universidad.

Este estudio atañe directamente a Ciudad Bolívar, por ser una de las localidades con mas altos índices de algunos tipos de crimen como el homicidio, dicha investigación se llama: Crimen organizado: orden divergente y vecindarios urbanos vulnerables.

Una expresión del crimen organizado es el homicidio común, pues es una de las sanciones típicas de la violación de sus acuerdos internos, que puede ser extendida al control de actividades legales y a la regulación de la vida cotidiana de la gente. A partir del año 2007, existen registros completos de los móviles preliminares de las muertes en Bogotá. Desde entonces, y hasta 2009, dos localidades concentraron la tercera parte de los asesinatos, de diecinueve en que fue dividida la ciudad con fines político-administrativos. Ciudad Bolívar y Kennedy, por encima de la media (5,3%; más o menos el 2,8%). Los homicidios del crimen organizado son planificados, y de éstos se deduce un patrón espacial. Entonces, ¿se concentra el crimen organizado en Ciudad Bolívar y Kennedy? Al respecto, se destaca que los delitos contra el patrimonio económico suceden hacia el norte y nororienté.

Tabla 27, Porcentaje de Hurtos a Residencias comparado con porcentaje de homicidios comunes en dos localidades.

Localidad	Homicidios Comunes	Hurto a Residencias
Ciudad Bolívar	15.8%	5.8%
Chapinero	1.2%	8.6%

Fuente: Revista Eure, Pontificia universidad católica de Chile, Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales, Vol. 36, no 108, agosto 2010, pp. 49-74

Tabla 28, Distribución porcentual de las modalidades de hurtos a residencias en Bogotá (años 2007-2009), por localidades

Distribución porcentual de las modalidades de hurtos a residencias en Bogotá (años 2007-2009)						
Localidad	Abuso de confianza	Atraco	Descuido	Engaño	Escopolaminado	Llamada millonaria
Usaquén	9,5	9,3	8,9	9	6,4	26,7
Ciudad Bolívar	8,4	6,1	8	8	2,1	0
Bogotá	100	100	100	100	100	100
Localidad	Llaves maestras	Palancas	Ventosa	Violación de cerraduras	Suplantaciones	Otras
Usaquén	7,4	27,9	16,7	14,5	11,3	18,2
Ciudad Bolívar	6,6	6,5	5,4	4,1	3	9,5
Bogotá	100	100	100	100	100	100

Fuente: Revista Eure, Pontificia universidad católica de Chile, Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales, Vol. 36 | no 108 | agosto 2010 | pp.

49-74

Tabla 29, distribución porcentual de los móviles de homicidios comunes en Bogotá (años 2007-2009), por localidades

Distribución porcentual de los móviles de homicidios comunes en Bogotá (años 2007-2009)							
Localidad	problemas personales	problemas pasionales	problemas familiares	Venganza	Ajuste de cuentas	por hurtarle	por hurtar
Usaquén	3,1	2,5	5,4	5,6	5,9	3,8	3,5
Chapinero	1	1,3	0	1,3	0,7	2,3	1,2
Kennedy	14,4	11,3	12,5	14,7	14,9	20,9	25,9
Ciudad Bolívar	15,5	12,6	17,9	16,7	16,7	12,8	15,3
Bogotá	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Revista Eure, Pontificia universidad católica de Chile, instituto de estudios urbanos y territoriales, Vol. 36 | no 108 | agosto 2010 | pp.

49-74

Los homicidios de Ciudad Bolívar suceden en vecindarios periféricos. De acuerdo a la tipología de UPZ, son sectores residenciales de urbanización incompleta.

Los jóvenes suelen ser los más comprometidos en casos de homicidio. Las víctimas en Ciudad Bolívar de 15 a 24 años de edad suman 206 muertes, seguido del rango de 25 a 29 años de edad con 128 decesos entre los años 2007 y 2009, mientras que, para el mismo período, el 43,1% de capturados por homicidios orden judicial en la localidad tienen entre 20 y 29 años de edad tensiones cotidianas, asimilando prácticas delictivas para satisfacer sus necesidades. Nacen, por lo general, de un embarazo indeseado entre padres también jóvenes y con una escolaridad básica, que debaten la decisión de abortar. Luego, la madre es abandonada o cría a sus hijos junto a una pareja violenta. De hecho, la mayor parte de homicidios por problemas familiares en la ciudad se producen en Ciudad Bolívar (Cuadro A1, columna C). La madre, sola o con su pareja, recurre a un trabajo no calificado, en sectores urbanos menos deprimidos, y deja a sus hijos solos gran parte del tiempo. Los niños crecen hasta su juventud en la calle y en los centros educativos, bajo la ley del más fuerte, con el deseo de asumir tempranamente roles de adultos, para ganar independencia económica y sobrevivir por su cuenta, a toda costa.

“La comisión de delitos callejeros por algunos jóvenes convierte a este grupo poblacional en blanco de ajusticiamientos de parte de oferentes privados que son aceptados entre los habitantes de Ciudad Bolívar porque se muestran más eficaces que la acción policial. También arremeten contra habitantes de calle, recicladores y vendedores callejeros ligados a la delincuencia en el imaginario colectivo. Así, adquieren el respaldo para ofrecer servicios de protección a comerciantes y a conductores de buses de transporte público afectados por ladrones, a cambio de una cuota ilegal (extorsiva), o para asesinar a alguien por una deuda pendiente, de tipo económico o de honor (por ejemplo, venganza pasional), previo acuerdo del pago por el homicidio. Sin embargo, la actividad más atractiva para deducir excedentes monetarios es la

comercialización y venta al menudeo de estupefacientes, que les garantiza mayor capacidad bélica y de reclutamiento, además de regulación sobre los jóvenes que delinquen en estas localidades.”³⁰

“La participación de los jóvenes en casos de homicidio revela que quienes incurren en conductas transgresoras o punibles crecen solos, en las calles, con la ambición de emular hábitos de consumo de los sectores pudientes de la sociedad, bajo consideraciones éticas difusas y oportunidades inciertas de vida. Algunos conciben hijos a temprana edad y reproducen el déficit de atención y control parental. Así, los jóvenes quedan sujetos a la regulación violenta del crimen organizado que reprime su intervención en delitos callejeros, los coacciona para que se ocupen en mercados ilegales controlados parcialmente (tráfico de estupefacientes, protección privada financiada con extorsiones, homicidios por encargo, comercio de mercancía hurtada), y los victimiza para demostrar el potencial de control social del mismo crimen organizado.”

Según esta y otras investigaciones sobre criminalidad urbana, la correlación entre marginalidad, problemas familiares y falta de oportunidades en los jóvenes coinciden con la alta incidencia de cierto tipo de delitos, razón de más para prestar atención a las dinámicas sociales que atentan contra la salud de los habitantes de Ciudad Bolívar en forma de violencia y criminalidad.

2.9. LAS ANTENAS Y LAS CARGAS ELECTROMAGNÉTICAS

La exposición a campos electromagnéticos es un fenómeno que ha estado presente en la vida cotidiana y en los desarrollos tecnológicos de la humanidad, no obstante con el desarrollo de las comunicaciones, la exposición ambiental a estos campos ha venido en aumento.

Las telecomunicaciones vienen experimentando en los últimos años un gran desarrollo en el mundo, siendo la telefonía móvil junto con la Internet los servicios de mayor crecimiento que han generado una preocupación a nivel mundial, ya que aumenta paralelamente con la expansión de las redes móviles, cada vez más cercanas a los hogares y sitios de estudio y trabajo.

Según la nota descriptiva N° 193 de la OMS, no se tiene ningún estudio claro frente a la consecuencia adversa en la salud por la exposición a teléfonos móviles o a las estaciones bases. Sin embargo, se han identificado vacíos en las investigaciones que han determinado la ampliación de estas para evaluar los riesgos contra la salud, se tiene un tiempo de 3 a 4 años para ser completados, mientras tanto la OMS recomienda las siguientes medidas preventivas:

³⁰ Crimen organizado: orden divergente y vecindarios urbanos vulnerables. César Alfonso Velásquez Monroy, Centro de Investigaciones Criminológicas del Policía Metropolitana de Bogotá. Revista Eure, Pontificia Universidad de Chile, centro de estudios Urbanos y territoriales.

▼ Gobierno

Si las autoridades reguladoras han adoptado normas de protección contra las RNI, debido a la preocupación del público se deberían introducir medidas de precaución adicionales que ayuden a reducir la exposición a los campos de RF, sin menoscabar la base científica de las normas incorporando arbitrariamente factores de seguridad adicionales a los límites de exposición. Se deberían introducir medidas preventivas como parte de una política adicional que estimule, en forma voluntaria, la reducción de los campos de RF por parte de los fabricantes de equipos y por parte del público. Detalles de estas medidas son proporcionados en un documento separado de la OMS. A la fecha el gobierno colombiano no ha adaptado ninguna ley preventiva.

▼ Personas

La información científica actual no indica la necesidad de algún tipo de precauciones para el uso de teléfonos móviles; si las personas tienen interés al respecto, se les recomienda acortar la duración de sus llamadas, para que ellos y sus hijos disminuyan la exposición a campos de ondas electromagnéticas (RF), o utilizar equipos hand-free para mantener el teléfono móvil separado de la cabeza y el cuerpo.

▼ Acciones institucionales

Acatar las restricciones en el uso de teléfonos celulares para evitar la interferencia de campos magnéticos; los teléfonos móviles pueden interferir con algunos equipos médicos como los marcapasos y audífonos; en los departamentos de cuidados intensivos de hospitales el uso de los teléfonos móviles puede ser peligroso para los pacientes y no deben ser utilizados en estas áreas. Igualmente estos teléfonos no deben ser utilizados en aviones ya que pueden interferir con los sistemas de navegación.

Medidas simples de prevención: Cercos, barreras, u otro tipo de medidas de protección son necesarios en algunas estaciones base (principalmente aquellas localizadas en los techos de edificios) para evitar el acceso no autorizado a áreas en donde los niveles de exposición pueden estar por encima de los límites permisibles.

Equipos de absorción de ondas electromagnéticas (RF): Evidencias científicas no indican la necesidad de recubrimientos de absorción de RF o de otro tipo de "equipos de absorción" para los teléfonos móviles; estos no pueden justificarse desde el punto de vista de la salud y la efectividad de muchos de estos equipos, en reducción de exposición a RF, no está comprobada.

Consultar con la comunidad para la ubicación de estaciones base: El emplazamiento de las estaciones base debe ofrecer buena cobertura para la señal y debe ser de fácil acceso para su mantenimiento. Si bien los niveles de los campos de RF en torno a la estación base no deben ser considerados un riesgo a la salud, la decisión sobre su emplazamiento debe considerar tanto la estética como la susceptibilidad del público. Por ejemplo, la ubicación cerca de jardines de infancia, colegios y parques recreacionales debe tener especial consideración. La comunicación abierta y la discusión entre los operadores de la telefonía móvil, los municipios locales y el público en general durante la etapa de planificación para una nueva antena o estación pueden ayudar a lograr la comprensión del público y la aceptación de la nueva estación.

La antena de Sierra Morena se encuentra dentro de un colegio, el cual no cumple con ninguna de las recomendaciones planteadas por la OMS, las demás antenas se encuentran inmersas en los barrios sin ningún reclamo a la fecha sobre la percepción de riesgo, probablemente por el desconocimiento de este.

El Hospital de I Nivel, como compromiso debe promover información con un sistema efectivo de información sobre la salud entre la Alcaldía Distrital, Local, Planeación Distrital, las industrias y el público en general, es necesario incrementar el conocimiento general acerca de la tecnología de la telefonía móvil y así, reducir cualquier tipo de desconfianzas y temores.

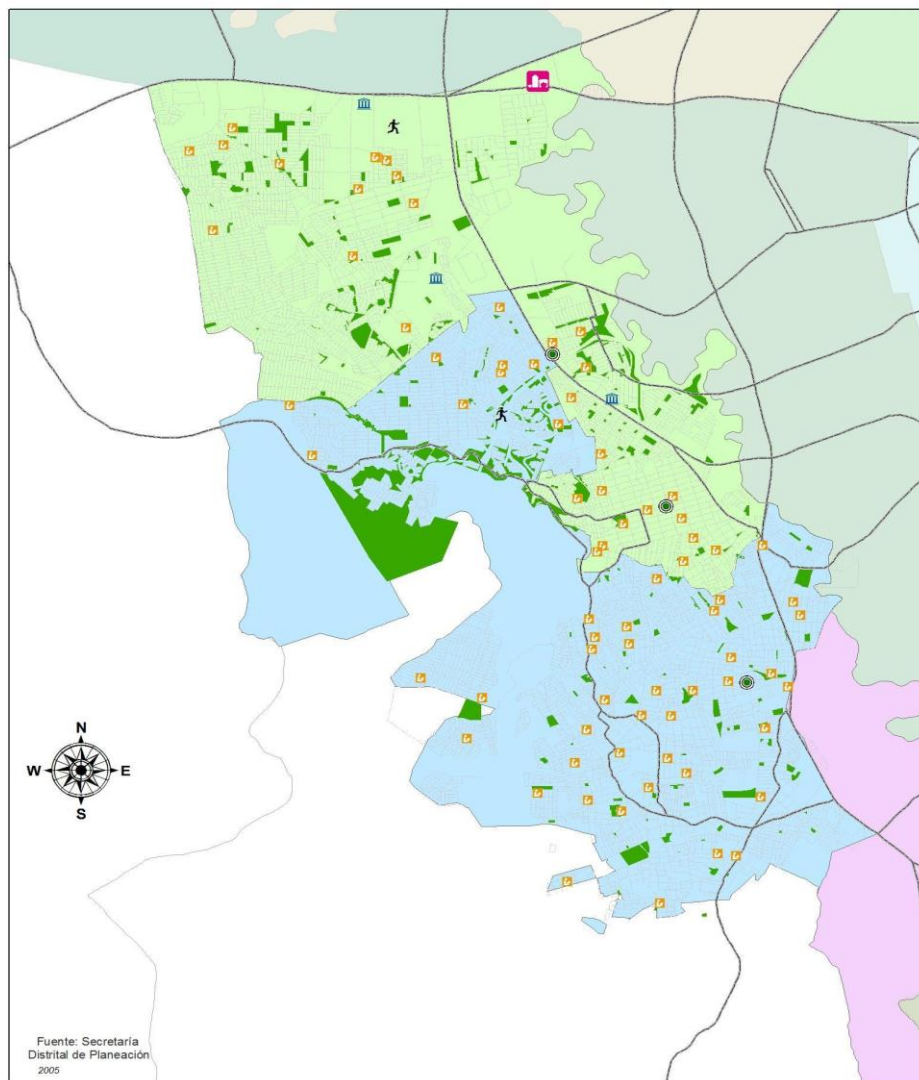
2.10.ZONAS DE ENCUENTRO CULTURAL Y DE RECREACIÓN

La localidad de Ciudad Bolívar tiene dos instalaciones deportivas, el polideportivo la Estancia que se localiza en la UPZ Ismael Perdomo y otro polideportivo que se ubica en la UPZ Jerusalén. En lo referente a las zonas verdes y parques, según la base de datos del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 295 zonas verdes y parques que suman 1'220.975,32 metros cuadrados, lo que equivale a 1,94 m² por habitante. Este indicador es el segundo más bajo en comparación con las otras localidades. En la base de datos del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, se registran los parques diseñados para recreación activa y las zonas verdes y parques de reserva ecológica para recreación pasiva³¹.

³¹ Veeduría Distrital

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gEASb7I27AoJ:www.veeduriadistrital.gov.co/es/download.php?uid%3D0%26grupo%3D253%26leng%3Des%26det%3D10387+parques+ciudad+bolivar&hl=es&gl=co>

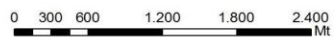
Mapa 25 De parques y de recreación



Fuente: Secretaría
Distrital de Planeación
2005



Parques y Centros Culturales de Ciudad Bolívar



Convenciones

- hipermercado
- plazas_mercado
- administracion
- Centros de cultura 2007
- recreacion
- Vías Principales
- Vía
- Parques IDRD 2003

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, Año 2003

En los habitantes de la localidad, la actividad física, el movimiento corporal y el cuidado del cuerpo se evidencian como gran necesidad, tanto como establecer iniciativas y estrategias que vinculen a hombres y

mujeres en todas las etapas de ciclo vital, con mayor énfasis en las mujeres por la dinámica poblacional de la localidad, y por el papel de cuidadoras que muchas veces ejerce en el marco de la vida cotidiana, no le facilita realizar rutinas de mantenimiento físico. En conversatorios realizados por la intervención de actividad física para el año 2008 refieren que las mujeres son las que permanecen en la casa y las que mayor oportunidad tienen de participar en estos espacios, se deben orientar las acciones en promoción de la salud a establecer mecanismos para generar una cultura del auto cuidado desde la actividad física

Igualmente, la gran presencia de población en etapas de infancia y juventud refleja la necesidad de trabajar fuertemente en la promoción del uso adecuado y creativo del tiempo libre a través de la practica regular de actividad física y el acercamiento a diversas expresiones corporales desde el arte, la recreación, el deporte, el ecoturismo, además es muy importante pensar en el rescate del juego como medio para la interculturalidad, la socialización, la conformación de redes y el disfrute de la corporalidad. Lo anterior debe ser acompañado de una política de revisión y adecuación de los espacios públicos y los escenarios para la práctica de actividad física en lo local y más aun en el ámbito de lo barrial.

Este enfoque de fortalecer la conformación de una cultura del movimiento corporal y el disfrute del tiempo libre, afecta directamente un fenómeno social bastante sentido como el pandillerismo, es decir, que a partir de ofrecer alternativas novedosas y que garanticen goce, respeto y diversión en los jóvenes, se minimizan las posibilidades de derivar el tiempo libre en fenómenos de marginación social donde el joven busca reconocimiento de un lugar en la sociedad.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la importancia de la actividad física y el movimiento corporal esta en razón de cómo a través de ella se puede disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas que a su vez derivan en limitaciones permanentes, discapacidad o limitación permanente por deficiencias en la condición física producto del sedentarismo y detectado a través de la caracterización de personas en condiciones de discapacidad, de la que el 72,51% forman parte de los ciclos vitales de adulto y vejez.

2.11.CONDICIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La seguridad alimentaria y nutricional se define como el estado en el cual todas las personas gozan en forma oportuna y permanente de acceso a los alimentos que necesitan en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve a su desarrollo integral, el de sus familias y el de su comunidad; está determinada por condiciones medio ambientales, acceso a servicios públicos, condiciones sanitarias de los hogares, patrones culturales y condiciones económicas que inciden en la capacidad adquisitiva, viéndose primordialmente afectada la posibilidad de tener o no los alimentos suficientes y adecuados de acuerdo a las necesidades de las diferentes poblaciones.

Se entiende por alimentación el conjunto de procesos previos al consumo de alimentos que incluye la producción, comercialización y preparación de estos; y por nutrición el conjunto de transformaciones que experimentan los alimentos que se consumen y que el cuerpo utiliza para subsistir.

En la medida en que los individuos disponen, acceden, consumen y alcanzan una utilización efectiva de los alimentos, pueden participar en el ejercicio de sus derechos y gozar de los progresos económicos, sociales y culturales dentro del contexto donde se desarrolla.

2.11.1 Disponibilidad

En la zona rural de la localidad se encuentra que una de las actividades económicas más importantes es la producción ganadera con un 34,2%, sigue la producción agrícola en un 18,6%, la producción silvícola en un 1,7%; un 45,5% de los suelos en ésta zona son utilizados para urbanización, para el parque minero, Relleno Sanitario Doña Juana y reserva forestal.

A nivel local, el área cultivada equivale al 11,59%, la producción de papa se destina en un 5% para consumo interno de la localidad, 25% para semilla y el 70% restante se comercializa directamente en Corabastos.

La Alcaldía mayor de Bogotá, SAAB, UESP y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas en el año 2005 en su primera fase del Sistema de abastecimiento de Alimentos para Bogotá, Localidad Ciudad Bolívar y la Alcaldía mayor de Bogotá realizaron la siguiente caracterización:

“Respecto a la producción de arveja, haba, maíz y hortalizas, los productores locales estiman que el 3% se utiliza para el consumo local y el 97% restante se comercializa en Corabastos. El volumen total anual de la producción agrícola de la localidad de Ciudad Bolívar es de 9.788 toneladas, de las cuales 7.770 toneladas (79,4%) son de papa y 1.556 toneladas (15,9%) son de arveja (79%).

En cuanto a la producción agrícola, se encontró que de 267 predios muestreados en 151 de ellos no existía producción agrícola; los productos cultivados principalmente son la papa, seguida de la arveja y del haba. Para la producción pecuaria predomina la ganadería bovina, seguida de la porcicultura y los ovinos.

Al indagar a los productores de la zona rural de la localidad sobre las situaciones del sistema actual de abastecimiento, el mayor porcentaje de la población, 46%, refería que los altos costos de los alimentos eran el principal problema para el abastecimiento de los alimentos en esta zona, el 18% refería la lejanía de los sitios de compra de alimentos, por otro lado, otro 18% de la población refería que los pedidos llegaban incompletos, el 8% refería la falta de surtido en los expendios de alimentos, un 5% referían los altos costos del transporte de los alimentos y otro 5% el incumplimiento en los precios pactados por los proveedores.

Dentro de las respuestas institucionales que se han desarrollado a través del plan de abastecimiento de alimentos se encuentra la eliminación de la excesiva intermediación y otras ineficiencias que gravan los ingresos en los hogares a través de las siguientes acciones: Se ha iniciado la gestión para involucrar al pequeño y mediano productor de la zona rural, a transportadores, a transformadores, distribuidores y tenderos con el fin de lograr redes de abastecimiento y disminuir así los costos de los alimentos y aumentar la ganancia del pequeño y mediano productor con la disminución de intermediarios.

Las redes solidarias han evidenciado las ineficiencias en materia de abastecimiento debido a la ausencia de una plataforma en la localidad, se han generado espacios para la conformación de redes y espacios de negociación directa con productores y proveedores, se han establecido puntos de negociación para garantizar la entrega puntual, sin embargo, se han evidenciado ineficiencias en el transporte, para ello se

han realizado ejercicios de georreferenciación y reconocimiento de los terrenos para realizar recorridos más eficientes, reduciendo costos (una vez a la semana se hace el recorrido).

Actualmente el ICBF se abastece con el mercado local mientras que los operarios de los comedores comunitarios continúan comprando los alimentos en Corabastos, lo que incrementa los costos. Por otro lado se ha iniciado la gestión para la adquisición de lotes productivos en la zona urbana para el autoconsumo de los hogares y se ha iniciado la selección de lotes para cultivar con el acompañamiento necesario.

2.11.2 Acceso

En la Encuesta de Calidad de Vida ECVB-2007 se indaga sobre la percepción que tienen los jefes de hogar o sus cónyuges sobre sus condiciones de alimentación respecto al 2003, se tratan de discriminar las razones para su mejoría en: económicas, cambios de hábitos alimenticios, políticas públicas o privadas y composición del hogar. Los resultados indican que 607.195 (30,7%) jefes de hogar manifestaron que sus condiciones alimenticias mejoraron con respecto a la situación que tenían en el año 2003.

La encuesta de calidad de vida indaga sobre la percepción que el jefe de hogar o conyugue tiene sobre las condiciones de alimentación comparándola entre los años 2003 y 2007; es la cuarta localidad después de Chapinero, Teusaquillo y Rafael Uribe Uribe con percepción del 63,6%, una de las más altas con respecto a Bogotá que es del 57,6%.

El 80,1% de los habitantes de la localidad sienten que mejoró el ingreso, porcentaje superior con respecto a Bogotá donde fue del 78,6%, en las mejoras de las condiciones de alimentación fue inferior con el 23,7% con respecto a Bogotá que es del 30,7%, en cuanto a la pregunta si disminuyeron los miembros de la familia con respecto a Bogotá, Ciudad Bolívar aportó el 4,1%; superior a Bogotá que es del 4%; la localidad ocupa el segundo lugar con el 12,4% cuando se le pregunta si algún miembro de la familia no consumió ninguna de las tres comidas, Santa Fe es el primero con el 12,7% mientras que para Bogotá es del 6,5%.

En el mismo estudio se encontró que el número de comidas se asocia con la edad de las personas, los niños entre 0 y 5 años reciben 3 comidas o más al día en el hogar, mientras que las personas en edad productiva laboralmente entre 20-50 años, tienden a consumir entre 0 y 2 comidas a diario en el hogar, destacando que el 73.1% de los encuestados consumen 3 comidas por persona en el hogar. El 55,86% de las familias encuestadas refieren que utilizan la nevera para almacenar los alimentos, en tanto que el 44,14% restante no cuentan con este electrodoméstico.

Para el año 2009, en el marco del Comité Local de Seguridad alimentaria y nutricional, se recopiló información sobre los programas de apoyo alimentario encontrando que:

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): En Infancia ofrece 1.492 cupos en desayuno infantil tipo 1; 483 cupos en desayuno infantil tipo 2; 1527 cupos en hogares infantiles; 1243 hogares comunitarios con 16.159 cupos, 4 unidades aplicativas de leche temporal con 350 cupos. En juventud ofrece 21.136 cupos en desayuno escolar; 5.973 cupos en almuerzo escolar; 105 cupos en clubes juveniles y pre juveniles. En persona mayor ofrece 4.806 cupos en el programa nacional de alimentación de persona mayor. En todo el ciclo vital, 405 cupo en el programa educador familiar.

Subdirección Local de Integración Social: 1.165 cupos en modalidad de gestantes y lactantes con apoyo nutricional; en todo el ciclo vital 10.691 cupos en comedores comunitarios.

Instituto para la protección de la niñez y juventud (IDIPRON): En juventud ofrece 1.500 cupos en unidades educativas; y en todo el ciclo vital 6.380 cupos en comedores comunitarios de diferente fuente de financiación.

2.11.3 Consumo de alimentos

A través de la caracterización realizada para el Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos en Bogotá, realizada en la localidad durante el 2005, a los hogares encuestados pertenecientes a las UPZ Lucero y Tesoro se les indagó sobre el incremento en el consumo de algún alimento:

El 17,91% de los hogares encuestados reportan al arroz seco como el producto de mayor incremento; por el contrario, el 28,02% refieren disminución en el consumo de carnes. Dentro de las razones expuestas se encontró que un 47% de los hogares señaló el alto costo de los productos como el motivo que impide consumir este alimento.

La alimentación de los hogares dista mucho de ser suficiente en cantidad, adecuada en calorías y nutrientes, un hogar gasta en promedio 1.17 salarios mínimos en alimentos; no se satisfacen las recomendaciones nutricionales de calorías, proteínas, calcio, hierro y vitamina A; se encontró que 4 de cada 10 hogares no cubren las necesidades de calorías y una tercera parte no satisface los requerimientos proteicos. La mitad de los hogares en Bogotá registran déficit de calcio y vitamina A; se encontró un alto consumo de alimentos de alto valor energético, los cereales y los tubérculos representan dos tercera partes del consumo y se presenta un déficit de consumo de frutas y hortalizas. Las necesidades de proteína se satisfacen con alimentos de origen vegetal, de menor costo, una tendencia similar se registra entre los hogares del área rural.

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005, existe una marcada tendencia al abandono temprano de la lactancia exclusiva; en el Distrito Capital, la lactancia materna exclusiva tiene una duración de 3.6 meses, en la localidad de 3.4 meses, lo ideal es 6 meses.

De acuerdo al sitio de compra de los alimentos en la localidad: el 30% de los encuestados realiza sus compras en tiendas, seguido de un 28% en mini mercados. De acuerdo a la frecuencia de compra de los alimentos, se encontró que las personas compran a diario más o menos 8 alimentos del grupo 4 (carne), seguido por 5 alimentos del grupo 1 (cereales) y 3 (hortalizas y verduras).

2.12. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A ESTABLECIMIENTOS

El Hospital Vista Hermosa Empresa Social del Estado, a través del área de vigilancia ambiental, realiza dentro de sus funciones como autoridad sanitaria local procedimientos de inspección vigilancia y control a los establecimientos comerciales, industriales e institucionales donde se manipulan y/o procesan alimentos y

bebidas, se verifican aspectos higiénico-sanitarios relacionados con infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos y documentación, entre otros, con el fin de contribuir de manera efectiva con la corrección o mitigación de factores que pueden afectar la inocuidad de los alimentos e incidir en la aparición de enfermedades atribuidas a los mismos.

Para el año 2008 se realizó inspección a 3.000 establecimientos, el 10,5% (315) cumplen con la normatividad sanitaria, lo cual indica que se tiene que continuar con el proceso de vigilancia, ya que el 89,5% de los establecimientos están colocando en riesgo a los consumidores de los productos que allí se procesan y también a los trabajadores de estos establecimientos.

En la localidad se presume un elevado comercio de leche cruda enfriada y sin enfriar, se desconoce la cantidad de venta de este producto, esta última procedente de las fincas de la zona rural, encontrándose este comercio especialmente en los barrios Alpes, Paraíso y Vista Hermosa.

En cuanto a las pruebas in situ de 12 carros, 6 presentaron adulteración en sus propiedades físicas y químicas; se supone que el consumo es alto por el bajo costo comparado con la leche pasteurizada; es necesario tener en cuenta que la comercialización de este tipo de productos coloca en riesgo la salud de la población, ante la exposición a parasitosis de origen zoonótico, así como a la presencia creciente de *Listeria Monocytogenes* en este tipo de productos, la cual es causante de abortos espontáneos y meningitis en poblaciones vulnerables (niños en gestación y personas inmuno deprimidas,). Por otra parte, el seguimiento a la distribución de este producto es complicado debido al carácter itinerante de este tipo de comerciantes.

En las cafeterías, panaderías y fruterías se ha encontrado que las principales falencias radican en las inadecuadas condiciones locativas de las áreas de preparación, así como en el manejo y exhibición inadecuada de los productos. Una gran proporción de estos inconvenientes radican en la escasez de recursos económicos de los comerciantes, así como en la falta de preparación y desconocimiento de los mismos con respecto a la normatividad sanitaria vigente. Por otra parte, debido a la naturaleza de los procesos derivados de esta actividad, se presentan algunos casos relacionados con contaminación física de los productos.

En los restaurantes y comidas rápidas en el último año no se han presentado casos relacionados con enfermedades transmitidas por alimentos. En cuanto a las deficiencias higiénico sanitarias se cuentan el mal manejo de tiempos y temperaturas, especialmente en el momento de la exhibición de los productos, lo que conlleva a riesgos relacionados con el crecimiento indeseado de microorganismos mesófilos, que a su vez pueden afectar la salud de los consumidores debido los riesgos de infección intestinal, toxiinfección, o bien intoxicación alimentaria. Las condiciones locativas y la ejecución de actividades relacionadas con el aseguramiento de adecuadas condiciones de saneamiento básico dentro de los establecimientos son los puntos en los que los restaurantes y comidas rápidas presentan mayores falencias.

La localidad cuenta aproximadamente con 65 comedores comunitarios cuyos recursos dependen de la Secretaria Distrital de Integración Social - SDIS (26%), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (41%), el Fondo Local de Desarrollo -FLD (12%), IDIPRON (9%) y de recursos de entidades particulares (12%) en los cuales se atienden cerca de 17.700 habitantes de la localidad diariamente. Las condiciones higiénico-sanitarias de este tipo de establecimientos institucionales depende del origen de los recursos a través de los cuales se subsidian, siendo los más críticos los comedores manejados por organizaciones particulares, debido a que muchos de ellos se auxilian a través de donaciones externas que en la mayoría de los casos no

son suficientes para el manejo administrativo y operativo de los mismos, siendo este aspecto lo más preocupante, por el hecho de que los alimentos donados o adquiridos a muy bajos precios en muchos casos no cumplen con los parámetros mínimos de calidad, por lo cual no se asegura de modo alguno la idoneidad de los alimentos distribuidos en este tipo de establecimientos. Por otra parte, muchos de estos comedores funcionan en salones comunales que nunca fueron construidos con este fin, y cuyas adecuaciones se dificultan debido a las reglamentaciones vigentes para este tipo de instalaciones, o bien, por enfrentamientos con las Juntas de Acción Comunal.

Comparativamente, los comedores financiados con recursos de la SDIS, el FDL e IDIPRON, son los que mejores estándares de calidad ofrecen a la población.

Los expendios de bebidas alcohólicas representan un alto riesgo para la salud de los consumidores de la localidad; el consumo de bebidas alcohólicas alteradas y/o fraudulentas, conlleva a la aparición de problemas gastrointestinales como ardor en la boca del estómago, náuseas, vómito, cólicos abdominales, diarrea, así como dolor de cabeza, agresividad sin causa aparente, visión borrosa o doble y trastornos neurológicos como convulsiones, ceguera, deterioro progresivo del estado de conciencia, estado de coma y paro cardio-respiratorio. Estos datos provienen de: Bebidas alcohólicas sin adulterar y salud, Dirección salud Pública y Secretaria de Salud de Cundinamarca, 2002. En la localidad los principales licores que se decomisan por adulteración son aguardiente, ron y Whisky.

Otra de las problemáticas es la distribución de alimentos en plaza de mercado; en el barrio San Francisco históricamente la plaza de mercado ha presentado diversas problemáticas relacionadas con sus condiciones higiénico sanitarias, dentro de las cuales se observa que no existe separación por áreas de productos comercializados; la mayoría de los locales no tiene sistemas de drenaje de aguas grises y estas se disponen hacia las áreas comunes (pasillos y calle); no se respeta el uso comercial de las secciones debido a que estas no se encuentran delimitadas; las instalaciones eléctricas dentro de la plaza y los locales se encuentran en muchos casos expuestas (es decir, no entubadas) además de que no utilizan uniformes ni calzado adecuado. Los vendedores mantienen sus manos en deficientes condiciones de higiene (se encuentran manos sucias, uñas largas, maquilladas y uso de joyas y accesorios) además de que las prácticas de lavado de manos por parte de estos son deficientes.

En cuanto a los baños, aunque se encuentran aislados de otras áreas de la plaza, necesitan adecuación en cuanto a recubrimiento de pisos y paredes con material sanitario de fácil limpieza y desinfección; varios locales de la plaza de mercado se encuentran construidos en materiales no higiénicos que dificultan los procesos de lavado y desinfección. La recolección de los desechos sólidos es deficiente debido a que la cantidad de recipientes es inferior a la requerida. El vehículo recolector de basuras visita la plaza 3 veces a la semana, lo cual resulta aparentemente insuficiente. Sin embargo, cabe aclarar que la disposición de las basuras dentro del depósito no es adecuada, lo que puede ser también causal de la emanación de olores ofensivos y proliferación de plagas, como roedores e insectos. Se evidencia también la presencia de población canina en el interior y exterior de la plaza de mercado.

Por otra parte, en las áreas comunes se encuentran varios sifones, que aunque cumplen su función, necesitan mantenimiento y que se doten con rejillas en buen estado, adicionalmente, no existe evidencia de programa de aseo, lavado y desinfección de áreas comunes.

Debido a lo anterior es prioritario diseñar acciones que permitan la disminución o eliminación de estos riesgos, que no solo involucran a los vivanderos que trabajan en ella, sino también a toda la comunidad aledaña, pues este lugar es el principal sitio de abastecimiento de alimentos de este sector de la localidad.

Por otra parte, se encuentra en remodelación la plaza de mercado de Los Luceros, con recursos de la Secretaria de Desarrollo Económico a través del Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos y el Instituto para la Economía Social, de modo que estas instalaciones permitan el acopio de alimentos y expendio para las localidades de Tunjuelito, Usme y Ciudad Bolívar. La entrega de esta plaza de mercado está proyectada para el mes de Marzo del año 2010, momento en el cual será la plaza más moderna de la ciudad de Bogotá.

Los expendios minoristas son una actividad económica frecuente de la localidad, pero todavía no se conoce el número exacto de los mismos; las principales falencias de este tipo de establecimientos radican en las condiciones locativas de los mismos, pues muchos de ellos han sido instalados en viviendas que no han sido adecuadas para la venta de alimentos; debido esto las áreas de almacenamiento no proveen la protección necesaria a los alimentos allí resguardados, con la subsiguiente exposición a plagas y a otros factores que ponen en riesgo la inocuidad de los alimentos. Se ha evidenciado la venta ambulante o callejera de alimentos que afecta a estos comerciantes, principalmente en los barrios Lucero Bajo y San Francisco, pues venden productos de esta índole a precios más bajos afectando los ingresos de los comerciantes formales.

Los expendios de carne de res, cerdo, pollo, pescado y productos de la pesca presentan un mejoramiento manifiesto en el manejo del producto, teniendo en cuenta que culturalmente este producto se manejaba de modo tal que se exhibían las postas de carne a temperatura ambiente y sin ningún tipo de barrera que la protegiera de la contaminación de origen ambiental, situación que ahora no es común en el grueso de los expendios de la localidad.

Por otra parte, se presenta un comercio importante de carnes foráneas provenientes de los municipios aledaños a Bogotá, así como de carnes provenientes de mataderos clandestinos ubicados en las zonas rurales de Ciudad Bolívar y Usme, lo cual pone en riesgo inminente la salud de los consumidores de la localidad, teniendo en cuenta la exposición a enfermedades zoonóticas como la brucelosis o la cisticercosis, así como la exposición a bacterias cuya proliferación es favorecida por las malas prácticas higiénicas de los manipuladores de alimentos (infección estafilocócica, salmonelosis, entre otras),

En una entrevista de una mujer afro colombiana de trabajos realizados con etnias del Hospital Vista Hermosa año 2008 manifestó: “Antes comíamos pescado con patacón y queso, siempre fresco, siempre gratis, por eso es que la gente del chocó es fuerte y buena para el trabajo. Cuando llegamos a la ciudad nos dieron paquetes de lenteja y garbanzo, a nosotros no nos gusta eso ni estamos acostumbrados, y nos dio duro”; lo que se percibe es un cambio brusco en su dieta, lo que sin duda refuerza cómo el proceso de adaptación cultural implica una reconstrucción de su identidad.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

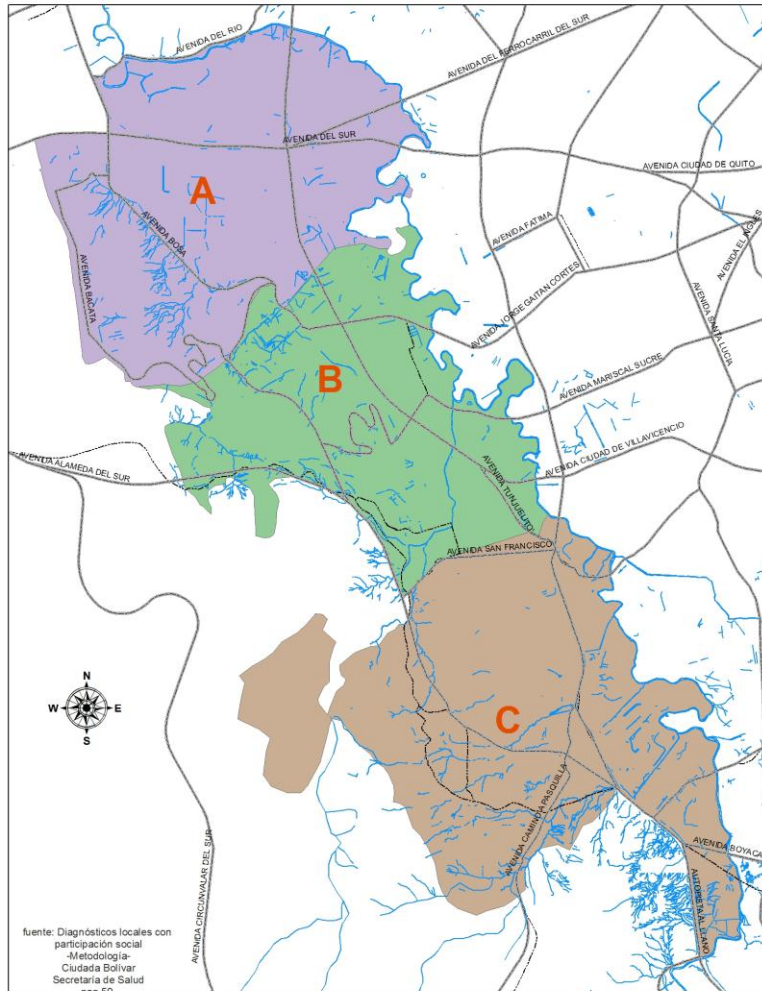
El análisis de las características del territorio y las condiciones de vida de los habitantes de la localidad proporcionaron elementos para comprender las interrelaciones de las personas que habitan en un territorio y comparten unas condiciones particulares de vida que determinan su manera de enfermar y de morir.

Para el año 1997, se inicia un proceso de diagnóstico local con participación social, en donde se desarrollan foros con diferentes organizaciones sociales, se encuentra que la comunidad organizada de ese entonces dividía el territorio para poder identificar sus realidades en A, B, C, D, esta organización de territorio fue adoptada por el sector salud para facilitar la organización administrativa de la intervención, a partir de ello se avanzó en organizar una respuesta dentro de un contexto local de acuerdo a la problemática planteada para esta época. A continuación se muestra el mapa de la organización del territorio ³²

³² Hospital Vista Hermosa, Diagnóstico locales con participación social, Grupo funcional de planeación local. Dirección de salud pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, año 1997, página 59

Mapa 26 División territorial del área urbana año 1997 de la localidad de Ciudad Bolívar

DIVISIÓN TERRITORIAL DEL ÁREA URBANA CIUDADA BOLÍVAR 1997



fente: Diagnósticos locales con participación social
- Metodología:
Ciudad Bolívar
Secretaría de Salud
pag. 69



CONVENCIONES

- QUEBRADAS
- VÍAS PRINCIPALES
- VÍAS SECUNDARIA
- RÍOS

CIUDADA BOLÍVAR

- zona**
- A
 - B
 - C

Fuente: Diagnostico local de Ciudad Bolívar año 1997; página 59

Para está época existía un área de influencia en barrios vecinos del área de influencia de la localidad de Bosa y algunos barrios de la localidad de Kennedy que quedan sobre la autopista Sur.

Para el año 2003, el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. implementó la metodología de cartografía social y la construcción de zonas de condiciones de calidad de vida y salud desde la óptica de los determinantes sociales: dominio general, particular y singular para orientar las intervenciones y gasto social, en especial del

En el año 2003³³, para la ciudad de Bogotá se clasifican 79 zonas de condición de calidad de vida y salud, 4 corresponden a la localidad de Ciudad Bolívar; la clasificación original de estos territorios sociales fue definida para el Distrito Capital desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud desde el sector salud, en el cuadro siguiente se describen de acuerdo a los determinantes sociales que condicionan el territorio social definido:

Tabla 30 Descripción de la clasificación de los territorios sociales

Determinantes social	Descripción	Zonas de calidad de vida y salud
Consumo básico	De acceso precario de vida digna	Territorio I Mochuelo, Monte Blanco
	Predominio de barrios consolidados de origen informal, alto conflicto social	Territorio II: Jerusalén, Tesoro, Lucero
Existencia de dinámicas complejas de producción, consumo	Zona de alta movilidad social y desarrollo mixto	Territorio III: Ismael Perdomo, Arborizadora y San Francisco
Producción	Área de producción agropecuaria y de potencial ambiental metropolitano y regional	Zona rural

Fuente: Diagnostico local de salud con participación social, año 2004; Zonas de calidad de vida y salud

Desde los determinantes sociales como consumo básico, en especial las malas condiciones de vivienda, se denomina territorio I de acceso precario a una vida digna; el Territorio II por barrios consolidados de origen informal y de alto conflicto social, y el territorio III por la existencia de dinámicas complejas de producción y consumo descrito por la alta movilidad social con desarrollo mixto, de invasión (área alta, faldas de la montaña) y de urbanización planeada (área baja) y el territorio IV por determinante social de producción agropecuaria, con gran potencial ambiental metropolitano y regional.

Para el año 2009 se aprueba la división de territorios sociales para la gestión social integral; es muy probable que la comunidad no conozca ni se identifique con esta división territorial; la descripción de estos territorios se hará con profundidad en las condiciones socios ambientales, de producción, de consumo, la organización de la respuesta social se organiza de acuerdo a la problemática detectada, desde los determinantes sociales en salud con el respectivo análisis por territorio social.

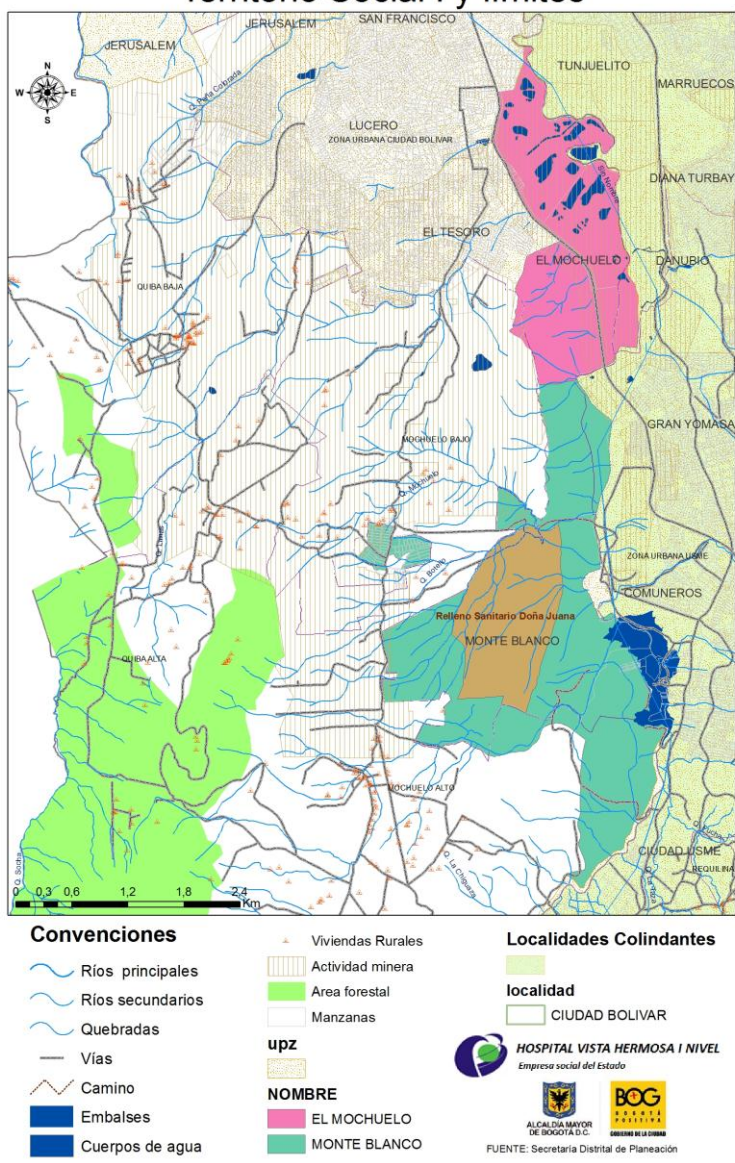
³³ Hospital Vista Hermosa. Diagnósticos locales con participación social, grupo funcional de planeación local. Dirección de salud pública, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, año 2004. pagina 20

3.1. ANÁLISIS DE TERRITORIO SOCIAL I

Conformada por las unidades de planeación zonal (UPZ) Mochuelo (63) y Monte Blanco (64) caracterizadas dentro del plan de ordenamiento territorial (POT), en el siguiente mapa se representa el territorio y sus límites

Mapa 28 Territorio social I y sus límites

Territorio Social I y límites



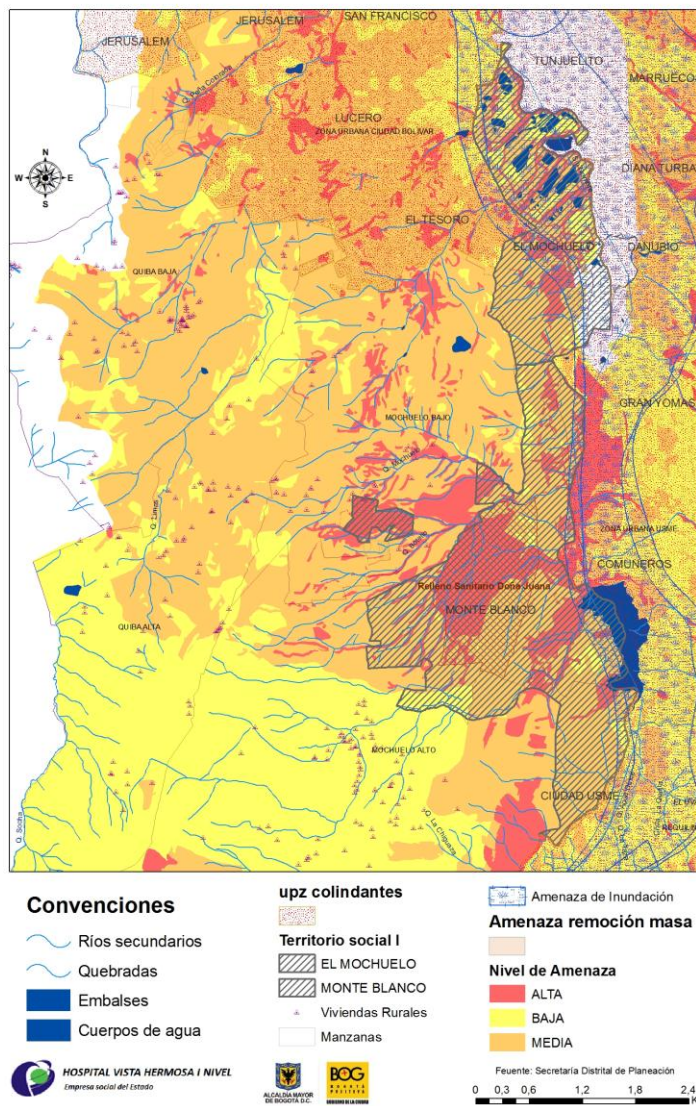
Fuente: Planeación Distrital 2003

El territorio social I, se clasificó en el año 2003 como de acceso precario y de vida no digna, área de potencial industrial minero para la ciudad: Ubicada al sur de la localidad, limita al norte con el barrio México, al oriente con el río Tunjuelito, al sur con el relleno sanitario Doña Juana y al occidente con la autopista al Llano, perímetro. Conformada por dos unidades de planeación zonal (UPZ) Mochuelo y Monte blanco urbano.

3.1.1 Descripción de las Unidades del territorio social I

La UPZ 63 Mochuelo limita al norte con el relleno sanitario Doña Juana, al oriente con el río Tunjuelo, al sur con la futura avenida de Pasquilla y al occidente con el perímetro urbano de los barrios Lagunitas, Paticos, La Esmeralda; tiene una extensión de 321,14 hectáreas gran parte de esta UPZ está conformada por sectores de áreas protegidas que conforman la ronda del río Tunjuelito, y equivalen al 43% (138 hectáreas) de la superficie de la UPZ; tiene 5 barrios, de estos 1 es legalizado, de los 4 restantes no se cuenta con información del proceso de legalización. En el siguiente mapa se muestran las áreas de riesgo:

Mapa 29 De amenaza y remoción en masa del territorio I
Amenaza de Inundación y Remoción en Masa Territorio I



Fuente: Dirección de prevención y atención de emergencias-DEPAE. 2003

Esta zona cuenta con 72 manzanas en riesgo por remoción en masa, de las cuales 20 se encuentran en riesgo medio y bajo, 52 se encuentran en áreas de amenaza alta y 62,3 hectáreas se encuentran en riesgo de inundación. El POT contempla la ampliación del relleno sanitario y la consolidación del Parque Industrial y Minero.

La UPZ Monte Blanco (64) caracterizada dentro del POT está proyectada para la preservación de la estructura ecológica, principalmente en los bosques nativos de Mochuelo y la ronda del Río Tunjuelo. En esta zona se requiere de un abordaje especial al Relleno Sanitario Doña Juana y a la industria de extracción minera que se encuentran ubicados en las veredas de Mochuelo Alto, Bajo y Quiba Baja, los que a su vez se encuentran ubicados dentro de la zona rural pero que comparten con los barrios establecidos por el POT.

Esta UPZ se encuentra ubicada al sur de la localidad, es la más extensa con 790,49 hectáreas, cuenta con la mayor extensión de áreas por desarrollar (113,49 hectáreas), es la única que tiene suelo en expansión, por lo cual es definida en el POT; junto con la UPZ 63-Mochuelo, están proyectadas como zonas de producción sostenible de alta capacidad y de alta fragilidad. En la siguiente tabla se relaciona los barrios por UPZ.

Tabla 31 Barrios por Unidades de de planeación zonal

Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
63	EL MOCHUELO	CENTRAL DE MEZCLAS
		LAS MANAS
		MOCHUELO ORIENTAL
		VEREDA EL PEDREGAL - LA LIRA
64	MONTEBLANCO	BARRANQUITOS
		BRAZUELOS SANTO DOMINGO
		ESMERALDA
		LAGUNITAS
		PATICOS
		EL MOCHUELO II

: Planeación Distrital Plan de ordenamiento territorial año 2003

En la UPZ El Mochuelo, en el barrio Villa Yaqui se reubicó a los habitantes por la inestabilidad de sus suelos. El barrio Mochuelo II y Brazuelos Santo Domingo no son claros en el territorio, se desconoce cuáles son los límites de las veredas de Mochuelo Alto, Mochuelo Bajo, Pedregal; a la fecha no hay nuevos barrios.

Es importante recordar que los barrios de Monte blanco se ubican en la vereda de Mochuelo Bajo y Alto, que son reconocidos por el POT pero que no cuentan con servicio de agua potables sino de acueducto veredal, así como de limitaciones de otros servicios públicos.

La UPZ 63 de uso industrial, al ser establecida como zona de producción sostenible; junto con la UPZ 64 –Monte Blanco, como área de preservación de zonas de producción sostenible de alta capacidad y de alta fragilidad, además, de ser catalogada como zona de asentamiento menor; igualmente, se tiene proyectado dentro del POT

para esta UPZ la preservación de la estructura ecológica principal en los Encenillales de Mochuelo y la Ronda del Río Tunjuelito. La siguiente tabla describe el territorio por UPZ.

Tabla 32 Hectáreas y población por UPZ

Nombre de la UPZ	No. De la UPZ	Tipo	Población	Extensión en hectareas	Denisad poblacional
El Mochuelo	63	Industrial	3477	321,14	10,83
Monteblanco	64	Area por desarrollar	32094	790,49	40,60

Fuente: Planeación Distrital de Bogotá, año 2003

Se presentan 11 habitantes por hectárea, en Mochuelo, es probable que Monteblanco no corresponda a esta población por que se presume que se incluyeron barrios de Usme y se están incluyendo por el plan de ordenamiento territorial en el momento del censo del DANE; sin embargo, no se puede desconocer esta fuente de información.

3.1.2 Afectación del territorio salud ambiente

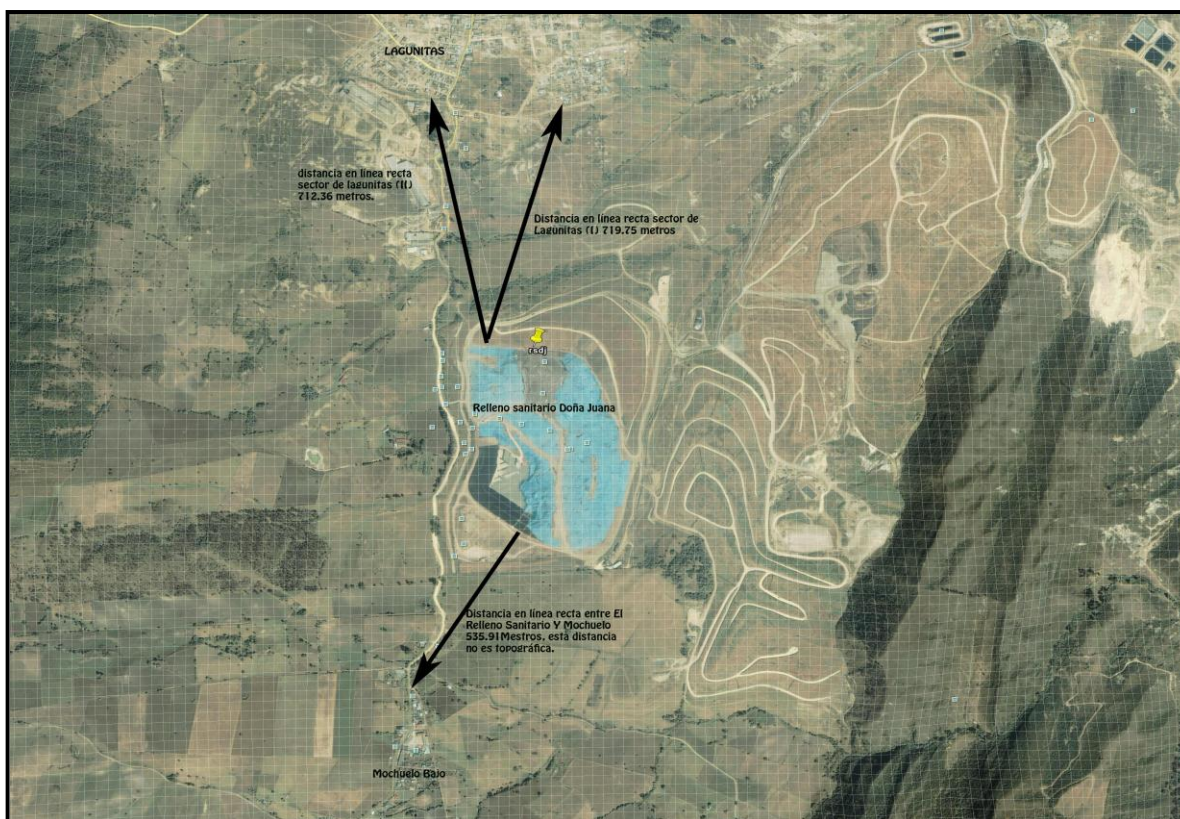


Imagen aérea 1

La anterior imagen del relleno sanitario es tomada de google earth, en ella se mide la distancia lineal del perímetro del relleno sanitario Doña Juana a la población más cercana, en realidad no existe información oficial que determine la distancia mínima de un relleno a una población expuesta, sin embargo, si hay unos criterios mínimos a considerar como cantidad y tipo de residuos, número de habitantes expuestos, cantidad de residuos y topografía, dirección de los vientos; la Organización Mundial de la Salud manifiesta que para una producción de 30 toneladas de basura diaria, mínimo debe estar a una distancia de 200 metros de una población. A la fecha no existe una clasificación desde la fuente del residuo y se están recibiendo 6000 toneladas diaria de basuras con una población expuesta a menos de un kilómetro lineal, convirtiéndose en un problema de ciudad con afectación directa a la vida y al derecho a un ambiente sano de los habitantes del área rural- urbana de la localidad; por lo tanto se requiere una mejor clasificación del residuo e inclusión de estrategias tecnológicas de manejo de residuos diferentes a rellenos.

Cuando se habla de relleno sanitario se hace referencia a un sitio de disposición final de residuos, está conformado por una depresión en el terreno cubierta con una membrana interior, preferiblemente de polietileno, cuenta con un sistema de recolección de líquidos producto de la descomposición orgánica de los residuos que por inclinación y acción de la gravedad son dirigidos hacia una planta de tratamiento, además cuenta con un sistema de extracción de gases producto de la descomposición del material orgánico de los desechos y una cobertura final que procura frenar la entrada de agua, compuesta por una membrana plástica, una de arcilla, cubierta con una capa de arena y tapada a su vez con una capa de tierra fértil que no necesariamente todos los rellenos presentan. Se están disponiendo alrededor de seis mil doscientas (6,200) toneladas diarias de residuos, de los cuales cerca del 8% corresponde a residuos ordinarios (no recuperables), el 76% residuos orgánicos y el 16% residuos reciclables. 0,31 Ton/día de cenizas provenientes de la incineración de los residuos patógenos que efectúa ECOCAPITAL y cuya disposición final se realiza en la celda de seguridad (antigua celda de patógenos); debido al volumen y características de los residuos descritos hay presencia de gases, olores, material articulado, ruido, vectores y vertimientos, además de los contaminantes presentes en los lixiviados (metales pesados, materia orgánica, aceites y grasas etc.).

El relleno fue construido en 1987, se encuentra ubicado al margen izquierdo (oriente) del río Tunjuelo, UPZ MONTE BLANCO, de Ciudad Bolívar, al sur de Pasquilla, y limita al occidente con el perímetro urbano, es una UPZ predominantemente dotacional por la presencia del relleno, cuenta con seis (6) barrios: Barranquitos, Brazuelos de Santo Domingo, La Esperanza, Lagunitas, Paticos y Mochuelo II.

El 25 de septiembre de 1997 se presentó un derrumbe en la zona II, área 3, de aproximadamente un millón de toneladas de residuos, originando una emergencia sanitaria, tal situación generó que la autoridad ambiental estableciera unos lineamientos para que el Distrito elaborara un plan de manejo ambiental para la disposición de residuos a partir de 1998; el Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. realiza acciones de inspección, vigilancia y control a partir del año 2000, 15 años después de inaugurado el relleno se inicia el funcionamiento de la planta de tratamiento de lixiviados (febrero del 2002).

En un estudio descriptivo que realizó el Hospital Vista Hermosa en el año 2000 encontró que los residentes más antiguos son los de la vereda de Mochuelo Bajo con un promedio de 32 años viviendo en la zona, (año 2009) con respecto a la inauguración del relleno en 1987 se evidenció que los barrios se estructuraron 3 años después; las personas refieren mayor frecuencia de síntomas como mareo, náuseas, dolor de cabeza, cefalea, irritación de ojos e irritación de garganta; el dolor de cabeza es persistente a un tiempo mayor de exposición a 5 años; se encontró que la permanencia diaria de olores sí está causando un malestar general,

posiblemente por algún gas ahí emanado, pero como en el momento no se pudo determinar el olor específico a un gas, se hace necesaria la medición de gases con monitoreo en cualquier momento del día en los barrios aledaños, al tener estos datos esto facilitará la realización de estudios de asociación a exposición a gases de mayor toxicidad para el ser humano.

El alto riesgo Biológico por microorganismos y las constantes demandas de la comunidad, hacen que el relleno sanitario Doña Juana sea visto más como un problema de contaminación ambiental y factores deteriorantes de la salud y no como una forma de disposición de los residuos que se generan en el Distrito Capital.

La descomposición de los residuos genera subproductos de carácter líquido lixiviado, los cuales son captados por medio de tuberías de las diferentes zonas de disposición, estos líquidos tienen concentraciones de diferentes sustancias de acuerdo al tiempo de evolución de la descomposición del residuo; presentan alto contenido de materia orgánica, metales pesados (Hierro, calcio, vanadio cromo), aceites, grasas y plaguicidas.

Otros de los subproductos generados por la descomposición de los residuos son los gases, como es el gas metano (CH₄), considerado un gas de efecto invernadero con alto impacto en el cambio climático, y el ácido sulfhídrico (H₂S) característico por su olor a “huevos podridos” es el causante de gran parte de los olores ofensivos junto con los mercaptanos. En la actualidad los gases se extraen por chimeneas y en algunas zonas existe la extracción forzada mediante bombas y la posterior quema del gas en una tea.

Entre los gases y líquidos lixiviados que se puede encontrar en un relleno sanitario está el metano (CH₄), dióxido de carbono (CO₂) y ozono (O₃); los cuales se producen por las diferentes reacciones químicas en el aire; además se presentan compuestos orgánicos volátiles (COVs) (benceno, cloroformo, 1,1-dicloroetano, etilbenceno, cloruro de metilo, tolueno, xileno, entre otros) y metales pesados (arsénico, cadmio, plomo, cromo y mercurio entre otros).

La unidad ejecutiva de servicios públicos UAESP, dando cumplimiento a lo establecido en la licencia ambiental otorgada por la CAR, realizó durante el año 2005 y 2006 un estudio epidemiológico que fue ejecutado por el grupo de epidemiología de salud ocupacional de la Universidad del Valle, esta actividad fue financiada por la unidad ejecutiva de servicios público UAESP, entidad responsable en el Distrito de la operación del relleno sanitario, con dicho estudio se pretendía realizar una evaluación del impacto del RSDJ en la salud de grupos poblacionales en su área de influencia. Dentro de este estudio se encontraron niveles altos de benceno por encima de los valores límites permitidos, lo que ocasionó preocupación para el sector de salud dando origen a la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental en expuestos y no expuestos al relleno sanitario Doña Juana, con un monitoreo para detectar las concentraciones de benceno, xileno y tolueno en aire y los metabolitos de estos en orina de las personas del área de influencia, con previa aprobación del comité de ética del Hospital y de la SDS.

Junto con los olores, el mayor impacto para las comunidades aledañas al RSDJ está dado por la proliferación de vectores plaga, en especial las moscas y los roedores, la problemática se acentúa cuando las condiciones de tenencia de animales son inadecuadas en esta población.

Se han efectuado estudios que permiten identificar la especie de mosca presente en la zona, de acuerdo con el estudio realizado por el Hospital Vista Hermosa en cual se recolectaron 34.145 moscas en el centro Poblado de la vereda Mochuelo Alto, los cuatro barrios de la vereda Mochuelo Bajo y el sector Vista

Hermosa. El 97% (33.121) correspondieron a la especie *Musca domestica*, el 3% restante (1.024) pertenecían a otras especies, distribuidas así: el 98% (1.003 moscas) correspondió a la especie *Calliphora vicina*, el 1.1% (11) fueron clasificadas como *Lucilia sericata* y el 0.9% (10) restante perteneció a la especie *Sarconesiopsis magellanica*. Los géneros *Musca domestica*, *Calliphora*, *Lucilia* y *Sarconesiopsis* son especies sinantrópicas asociadas comúnmente con las viviendas humanas y son las que se presentan en el relleno.

Adicional a las problemáticas descritas se tiene el ingreso de perros en los frentes de trabajo al interior del relleno, lo que justifica un encerramiento con malla que sirva de barrera protectora para impedir el ingreso de estos animales. Existe el paso de semovientes al interior del RSDJ, sin embargo no están en contacto con los residuos pero si se alimentan de los pastos de las zonas clausuradas del relleno.

Por último, el RSDJ es percibido por la comunidad como una fuente generadora de enfermedades y de todas sus problemáticas sociales, no todas las personas pueden trabajar dentro del relleno, nunca han existido recicladores, y cuando las entidades quieren implementar estrategias de solución a los hallazgos encontrados no es fácil, ya que la comunidad solicita el cierre permanente del relleno, porque se ve como una amenaza constante hacia la zona rural y hacia la vida de los habitantes de los barrios.

▼ Análisis de la situación del relleno

El relleno sanitario cuenta con ocho zonas que se han llenado desde su fase inicial. El proceso de inspección vigilancia y control implementado por el sector salud desde el año 2000 hasta la fecha ha permitido avances en relación con las condiciones higiénico sanitarias, laborales y de salud ocupacional que propenden por contribuir a mejorar la calidad de vida de trabajadores y comunidades del área de influencia. A continuación se describen las condiciones actuales:

Zona VIII de disposición de residuos: Si bien es cierto que las áreas de cobertura han mejorado, las mismas aun presentan zonas donde se observan residuos descubiertos y material de cobertura temporal dañado, situación esta que contribuye a la proliferación de gases que generan olores ofensivos, así como la presencia permanente de vectores- plaga (artrópodos, roedores), perros y aves que se desplazan a las zonas aledañas generando impactos negativos en las comunidades.

A la fecha existen 207 trabajadores entre administrativos (10%) y operarios; estos trabajadores, presentan afiliación en seguridad social correspondiente. El personal operativo se encuentra vinculado a través de una cooperativa de trabajo asociada, quienes proporcionan los elementos de protección personal requeridos según puesto de trabajo, otras de las situaciones adversas es que se contrata mano de obra no calificada que habita en el área de influencia de Mochuelo y Monteblanco, encontrándose para el año 2008 cerca de 87 trabajadores.

Es importante resaltar que la ARP contratada cumple con el seguimiento médico a los trabajadores, sin embargo no se efectúan exámenes específicos teniendo en cuenta el factor de riesgo de exposición química y biológica, dando mayor énfasis al riesgo físico que es lo que siempre se tiene en cuenta en la seguridad industrial; por las condiciones propias del relleno se deben efectuar exámenes específicos por exposición química y biológica a los trabajadores del relleno, con el respectivo seguimiento para prevenir daños en la salud del trabajador.

Con base en las visitas de inspección del Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. se ha podido evidenciar que los trabajadores no hacen uso adecuado de los elementos de protección personal, lo cual indica que se tiene que seguir con el proceso de sensibilización y educación para que la utilización de estos elementos se convierta en un hábito de trabajo. Es importante que todo el personal que ingrese a las instalaciones del RSDJ utilice los elementos de protección personal de acuerdo con los factores de riesgo establecidos en cada una de las áreas y puestos de trabajo; igualmente el personal de los consorcios tiene que utilizar los elementos con las condiciones y características establecidas para la zona de disposición.

Es evidente la falta de implementación de los protocolos de lavado, limpieza y desinfección de tanques de almacenamiento de agua para consumo dentro del relleno, que es obtenido de la extracción de un pozo; lo anterior contribuye a que no se pueda garantizar la calidad del agua de consumo en el RSDJ y prueba de esto son los resultados obtenidos en los análisis efectuados de forma periódica en diferentes puntos de la red de conducción y abastecimiento de agua en la que se presenta material sedimentable, hierro superior a los límites permisibles, bajo contenido de cloro residual, y ocasionalmente presencia de coliformes.

El plan de gestión integral de residuos continúa siendo deficiente en su conjunto, sin embargo es de resaltar la separación que se está implementando para los residuos peligrosos, excepto los aceites usados, lo cual se tiene que replicar para todos los residuos generados por la operación del RSDJ.

En cuanto a la revisión documental se encontraron deficiencias e inconsistencias en los registros de cuantificación de la población de moscas; tampoco se tienen estandarizados los protocolos de limpieza, lavado y desinfección de tanques; no existe una estrategia para controlar el ingreso del personal a las instalaciones del RSDJ; no se tiene claro el sitio destinado para el consumo de alimentos cuando el trabajador trae la comida de la casa o se la trae la familia.

No es clara la estrategia de control vectorial; desde hace 10 años se exige el control vectorial, este se continúa realizando con las mismas actividades realizadas por el operador anterior (Proactiva S.A. ESP). Se tiene claro que estas estrategias no permiten un control efectivo de la población de moscas y demás vectores del RSDJ; se resalta que se presentó como parte de la estrategia la caracterización de la población de vectores plaga. Es necesario efectuar un control de los diferentes estadios del vector y de los focos de proliferación de los mismos.

Igualmente se ha efectuado el seguimiento a la población de vectores plaga en la zona aledaña al RSDJ y se ha constatado que la infestación de moscas está aumentando de forma dramática para la comunidad, este aumento coincide con la alta infestación de moscas al interior del RSDJ y ratifica el concepto dado por la ESE, el cual corrobora que cuando la población de moscas aumenta en el interior del RSDJ, sucede lo mismo en las zonas aledañas; en conclusión, la población de moscas en el relleno es directamente proporcional a la existente en las comunidades aledañas.

La ESE, de forma reiterativa viene requiriendo que en los predios del RSDJ se efectúe de forma periódica la poda y el mantenimiento del prado y de todas las zonas verdes, ya que sin este mantenimiento las condiciones son propicias para que se generen vectores plagas, madrigueras de roedores, guaridas de perros y nidos de aves, que una vez se desplazan a las comunidades vecinas son un alto factor de riesgo para la salud y la integridad de la población.

Se continúa sin efectuar el encerramiento perimetral como barrera efectiva para impedir el ingreso de la comunidad, de los semovientes que pastorean y perros que entran en busca de alimento, los cuales se relacionan con la comunidad, colocando en riesgo la salud de la población, en especial la más vulnerable que son los niños.

El casino donde los trabajadores del RSDJ consumen los alimentos cumple con las condiciones higiénico sanitarias mínimas para prestar los servicios de alimentación, motivo por el cual se otorgó concepto favorable en la última visita realizada en Marzo de 2010; igualmente los resultados del muestreo de agua realizado en las instalaciones del casino demuestran que el agua abastecida cumple con la normatividad legal vigente relacionada con los parámetros fisicoquímicos y microbiológicos.

En el campamento principal se tienen deficiencias en algunas áreas que deben ser intervenidas cuanto antes, tales como: enfermería, unidades sanitarias, canales y drenajes de aguas; no existe un reglamento en el que se exijan sanitarios cerca de los frentes de trabajo, los operadores argumentan que transportan a los trabajadores a los baños más cercanos según necesidad.

▼ Planta de tratamiento de lixiviados

Estos residuos líquidos son conducidos hasta un lugar de almacenamiento temporal de los líquidos producto de la descomposición de las basuras (llamados lixiviados), posteriormente ingresan a la planta de tratamiento donde parte de los sólidos se sedimentan y continúan todo un proceso de tratamiento físico, químico y biológico para remover la carga contaminante presente en los mismos; los porcentajes de remoción de materia orgánica pueden llegar hasta el 99.99% de acuerdo con los informes mostrados por la UAESP, lo cual muestra la alta eficiencia del proceso. Una vez realizada la remoción de los contaminantes a los límites permisibles (Norma CAR Resolución 3358/1990), son vertidos al cauce del río Tunjuelo. El flujo de lixiviado producido en el relleno es de 15 l/s, con picos máximos hasta de 28l/s; el flujo tratado es de aproximadamente 14 litros/segundo. Cabe destacar que la planta se construyó con una capacidad de operación de 8l/s y una capacidad máxima de tratamiento de 10 l/s.

La planta de tratamiento de lixiviados viene operando desde el año 2002, durante este periodo ha mejorado sus condiciones sanitarias, operativas y de seguridad, sin embargo, actualmente presenta deficiencias porque cada vez se incrementa en hectáreas, disminuyéndose así la capacidad de la planta con que inicialmente fue creada; en cuanto a las vías de acceso se encuentran deterioradas, situación originada por la maquinaria pesada que ingresó a las instalaciones de la planta para construir el sistema de ampliación de tratamiento de lixiviado, el cual de acuerdo con lo informado por el operador y la UAESP se denominó plan de choque.

▼ Análisis de la planta de tratamiento de lixiviados

Se tiene contratada una compañía para realizar este control, el cual está orientado única y exclusivamente a la intervención química, el mismo consiste en fumigar e instalar unos cebos roenticidas cada 45 días, sin verificar la eficacia de los mismos. Se requiere la construcción de una estrategia de control integral de plagas y roedores donde se involucre el control físico, biológico, químico y cultural y/o la combinación de estos.

La planta carece de un lugar para guardar elementos que se utilizan en obras o aquellos que se consideran inservibles, por lo tanto se observan diferentes elementos en distintos sitios que dadas las condiciones de los procesos de la planta y los factores de riesgo presentes en la misma y ante una posible emergencia incrementan los riesgos en este lugar.

Las condiciones del depósito temporal de almacenamiento de lodos permite que las aguas lluvias ingresen por el costado sur del mismo, esta situación hace que el agua se mezcle con el lixiviado y se desborde, contaminando los suelos y los diferentes elementos que están en la zona. Para la ESE se presentaron fallas en el diseño del depósito y no se tuvieron en cuenta las recomendaciones efectuadas cuando se estaba construyendo esta área.

Igualmente se presentan deficiencias en los lockers de los trabajadores, el vestier está ubicado en el taller, donde la contaminación es alta, esto se agrava cuando los trabajadores dejan su ropa fuera de los lockers; del mismo modo los protocolos de orden, limpieza y desinfección presentan deficiencias en su implementación, las cuales no permiten realizar los procesos de forma optima.

En relación con la salud ocupacional, se cuenta con el organigrama de salud ocupacional y un especialista responsable del área. En cuanto a la política de salud ocupacional, esta se encuentra actualizada, refleja el compromiso gerencial, esta publicada y se ha socializado a los trabajadores; sin embargo el operador aun no ha conformado el comité paritario de salud ocupacional; el programa de salud ocupacional y el panorama de factores de riesgo se encuentra en proceso de actualización, se evidencia que se están llevando de manera esquemática los flujos de procesos. No se cuenta con inventarios de materiales peligrosos ni hojas de seguridad específicas para los mismos. El programa de señalización y demarcación de áreas cumple con la normatividad vigente; el operador del relleno sanitario Doña Juana presenta la dotación de botiquines y programa de capacitaciones que se evidencian en el cronograma de salud ocupacional y los listados de asistencia a las mismas.

Medicina del trabajo: Actualmente se están realizando exámenes de ingreso por parte de la cooperativa CODESCO, quien maneja la mayor cantidad de trabajadores con que cuenta el relleno sanitario. Aún no se han establecido programas de vigilancia epidemiológicos dado que se esperan los resultados de mediciones (ruido y material particulado), que permitan establecer acciones a implementar; no se presentan casos de enfermedad de origen profesional, tampoco tienen en cuenta el riesgo químico ni biológico.

Seguridad industrial: Para esta área se cuenta con normas de seguridad escritas, dadas a conocer a los trabajadores y sujetas a inspecciones periódicas; Se tiene plan de emergencias, dotación contra incendios y brigadas de emergencia capacitadas y conformadas en sus tres componentes (primeros auxilios, evacuación y contra incendios).

El suministro de elementos de protección personal se hace de acuerdo a necesidades de los trabajadores, casi siempre por deterioro de los mismos, se cuenta con registro de entrega y programa de eliminación.

Se realiza reporte de accidentes de trabajo y se está sensibilizando a los trabajadores frente al reporte de incidentes de trabajo dado que no se cuentan con estos registros.

▼ Extracción minera

Por otro lado, el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá estableció la creación de tres parques mineros industriales en la ciudad, ubicados en los sectores de Usme, el Tunjuelo y el Mochuelo, con directa influencia en la Macro Región del Tunjuelo, donde se permite desarrollar de manera transitoria la actividad minera, aprovechando al máximo sus reservas bajo parámetros de sostenibilidad ambiental.

Históricamente, el territorio presenta características de explotación de piedra por empresas privadas, como HOLLISING, CEMEX, SAN ANTONIO. En el año 2000 el informe de "Gestión Ambiental en el Distrito Capital - Enero de 1998 a Diciembre de 2000" del DAMA, caracterizó el número de canteras activas dentro del distrito capital, considerando las explotaciones legales e ilegales provenientes de inventarios y del monitoreo y control por parte de la autoridad ambiental; en este se localizaron 96 industrias dentro y en los límites del perímetro urbano del D.C., según cartografía para ese momento, la zona del Tunjuelo era la de mayor actividad extractiva de Bogotá, con el 70% de las explotaciones

Entre los meses de Mayo y Junio de 2002 ocurrió un hecho de gran afectación en la cuenca del río Tunjuelo; la temporada invernal de ese año produjo el desbordamiento de la quebrada La Chiguaza y la ruptura de una barrera natural que separa el río de la comunidad del margen oriental del río a la altura de la Escuela de Artillería, lo que causó inundaciones en el barrio Tunjuelito (sector El Hoyo) y en la cantera Pozo Azul, respectivamente; luego un segundo episodio de creciente del río desvió parcialmente su cauce, produciendo mayores inundaciones en los barrios y en las canteras Santa María, Carlos Madrid, Sánchez y González y Conagre.

A partir de este suceso se adoptaron una serie de instrumentos para la coordinación institucional y de participación sobre la Cuenca del Río Tunjuelo, la definición de un Macroproyecto Urbano para la cuenca a mediano y largo plazo y la definición de un Plan de Prevención y Mitigación de Riesgos en la cuenca - barrios adyacentes a la zona de canteras-, a corto plazo.

Dentro de las acciones ya ejecutadas se cuenta la construcción de la Presa Cantarrana por parte de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, localizada a 1 Km de la desembocadura de la quebrada Yomasa, donde funciona como un embalse seco que sólo estará lleno durante la temporada invernal para ayudar a controlar las crecientes generadas en lo alto de la cuenca y mitigar las inundaciones en la parte media y baja del río; refuerzo de embalses para controlar los desbordamientos en época de fuertes lluvias; el dragado de 15 km de cauce en su parte baja para mejorar la circulación de las aguas; trabajos de adecuación de las Quebradas Seca, Verejones, Santa Librada, Yomasa, Fucha, La olla del Ramo, Trompeta, La Estrella, Limas y Chiguaza, y finalmente mejoras en alcantarillado para beneficiar a más de 5 millones de personas.

Actualmente el sector de minería de materiales de construcción presenta una gran dinámica, fuertemente influenciada por el proceso de ordenamiento territorial que comenzó a dar en Bogotá entre el 2002 y 2003 y cuyo objetivo general es orientar el desarrollo del territorio y regular la utilización y transformación del espacio físico, acorde con las estrategias de desarrollo económico en armonía con el medio ambiente.

De acuerdo con el POT de Bogotá, los parques minero industriales son zonas en donde se permite desarrollar de manera transitoria la actividad minera, aprovechando al máximo sus reservas bajo parámetros de sostenibilidad ambiental

Los parques minero industriales posibilitaran la integración de licencias mineras para lograr una mayor racionalidad y coherencia en el desarrollo de los frentes de explotación, rehabilitación y construcción urbana, y permitirán crear espacios físicos adecuados para las industrias derivadas de tal actividad, las cuales requieren estar cerca de las fuentes de materiales. Constituyen zonas estratégicas para el desarrollo del Distrito, por ser las áreas que concentran los puntos de extracción de materiales necesarios para la construcción de la ciudad.

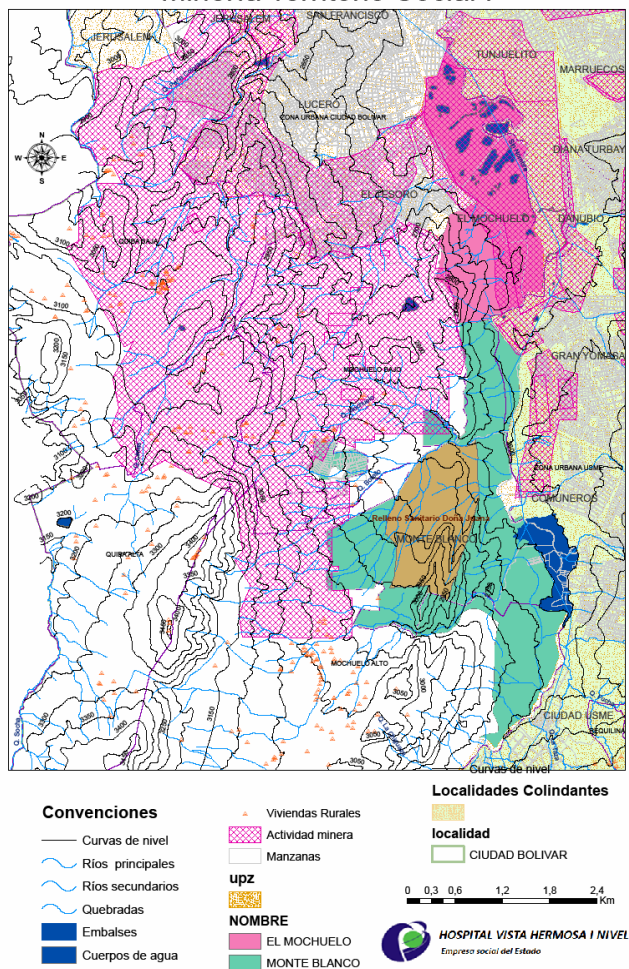
La creación del parque minero se soporta en los Planes de Ordenamiento Minero Ambiental POMAs, que son los instrumentos encargados de estructurar y dirigir los lineamientos para darle un desarrollo ordenado a Mochuelo, Tunjuelo y Usme. Estos serán formulados e implementados por los particulares, bajo la supervisión y coordinación del Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD) y el Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente (DAMA), hoy Secretaria de ambiente.

▼ Parque minero industrial

La extracción minera en Ciudad Bolívar es de gran importancia para el suministro a nivel local y Distrital de material para la construcción; pero a su vez preocupa a los asentamientos humanos que se ubican muy cerca de estas industrias o directamente en las áreas destinadas para la explotación por la contaminación, ya sea de partículas o de presencia de gases producto del proceso de transformación de la arcilla; el siguiente mapa muestra el área de influencia minera.

Mapa 30 Parque minero industrial en el territorio social

Minería Territorio Social I



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación año 2003

Existen diferentes niveles de desarrollo de las industrias, en las que la tecnología empleada para la cocción del producto está determinada por la capacidad financiera del propietario y a su vez determina aspectos de espacio, organización, producción, rentabilidad y reinversión.

Para el año 2008 en el parque minero industrial el Mochuelo existen 73 hornos, siendo el más frecuente el horno colmena (59%), ya que ha sido la opción más aplicada en cuanto a la reconversión tecnológica en las unidades que tenían hornos de fuego dormido, locos o árabes. El combustible utilizado por estos hornos es en su totalidad carbón mineral lo cual influye en el nivel de contaminantes que se generan al ambiente y la posible afectación de estos en la calidad de vida de los habitantes del área de influencia.

Las unidades informales con bajo capital emplean hornos tipo baúl o colmena. Las empresas que tienen hornos de baúl producen escasas unidades de baja calidad y con gran requerimiento de tiempo, lo que lleva a una mínima rentabilidad que se traduce en condiciones laborales deficientes y mayor afectación al entorno; caso contrario sucede con una empresa consolidada que con visión gerencial tiene un horno

Hoffman, en el que la producción es de gran volumen y de tipo continuo, lo que exige a su vez toda una infraestructura física, unos recursos humanos y una organización administrativa que llevan a fortalecer esta empresa.

Consciente de esta situación, el Hospital de Vista Hermosa desarrolla desde el 2004 un trabajo conjunto con las industrias que realizan la explotación, beneficio y/o transformación de materiales pétreos, que a través de los años se ha ido enfocando en mejorar las condiciones de trabajo y salud, y de forma indirecta controlar el impacto negativo sobre las comunidades y el ambiente.

La contaminación hídrica: Esta zona se encuentra afectada principalmente por el vertimiento de lixiviados proveniente de la planta de tratamiento del relleno sanitario Doña Juana y que son vertidos al Río Tunjuelo, por aguas servidas de uso domestico de los barrios del territorio que son conducidas por una red de alcantarillado deficiente y sin tratamiento previo; de aguas residuales de procesos industriales; contaminación por material sedimentable producto de la inadecuada explotación minera realizada en los parques Minero industriales el Mochuelo y el Tunjuelo; por el inadecuado manejo de residuos sólidos de origen doméstico, industrial y algunos provenientes de la tenencia inadecuada de animales así como la actividad agropecuaria por la utilización indiscriminada de agroquímicos. Todos estos factores contribuyen a la contaminación de las fuentes hídricas de la zona.

La invasión de las rondas por parte de la población y de industrias genera impacto en las quebradas que se encuentran en esta zona: la Trompeta, Aguas Calientes, Yerbabuena. Todos estos factores contribuyen a la contaminación del agua que en muchos casos es consumida por las comunidades con sus correspondientes impactos en la salud.

Contaminación atmosférica: Esta zona se encuentra afectada por la presencia de gases provenientes de la operación del relleno sanitario Doña Juana, dentro de los cuales son de interés en salud publica el Benceno, Acido Sulfhídrico, los Mercaptanos y el gas Metano, así como material particulado y olores ofensivos. En el caso de la actividad minera se encuentran contaminantes como Monóxido y Dióxido de Carbono, Óxidos de Nitrógeno y Azufre, Partículas Totales en suspensión y Compuestos Orgánicos Volátiles. Todos estos contaminantes representan una carga que incide directamente en el proceso de salud y enfermedad de la población residente de la zona.

Afectación al Suelo: La explotación minera que se presenta en la zona ha generado una modificación de las características y uso del suelo; tanto esta actividad como la del relleno sanitario han ocasionado un desplazamiento de parte de los habitantes que han vivido allí desde tiempo atrás; adicionalmente esta situación ha permitido el ingreso de personas en condiciones de desplazamiento, generando conflictos de carácter social por la supervivencia y tenencia de tierras.

Riesgos Naturales: Uno de los mayores riesgos de carácter natural presente en la zona corresponde a la remoción en masa, inundaciones e incendios forestales.

Riesgos Antrópicos: Por ser esta zona de transición entre lo urbano y rural se presentan dificultades en las relaciones sociales por tradiciones y prácticas diferenciales entre ellos. Esta condición afecta directamente la distribución de los recursos desde los diferentes actores distritales para atender las necesidades sentidas por las comunidades.

La población ha originado incendios forestales que muchas veces son provocados deliberadamente, que afectan por exposición directa las vías respiratorias altas y los ojos, además del impacto negativo generado en el ambiente por contaminación atmosférica, afectación de suelos y de la capa vegetal.

La disposición de residuos en el relleno sanitario y la inundación de las cárcavas de explotación de CEMEX han originado la proliferación de vectores plaga, que unido a los hábitos inadecuados de vida cotidiana por parte de las comunidades en relación con la disposición de excretas, manejo, aprovechamiento y disposición de residuos; ello contribuye a que la zona presente factores deteriorantes de la salud de la población y daños irreparables al ambiente. De igual forma y teniendo en cuenta la ubicación de familias cercanas a las quebradas se presentan riesgos de inundación.

La ubicación del Relleno Doña Juana, el cual viene siendo operado de forma deficiente, la cercanía de la comunidad al mismo y los impactos generados han conformado un escenario propicio para que se presente conflicto social en la zona, el cual requiere de una intervención de tipo integral desde la institucionalidad con la participación activa de la comunidad.

3.1.3 Ocupación

Este territorio dentro del plan de ordenamiento territorial presenta riqueza frente a la extracción minera y la transformación de este elemento para el desarrollo urbano de Bogotá y de Cundinamarca; los habitantes de Mochuelo presentan con mayor facilidad ingreso de trabajo al parque minero que al relleno sanitario Doña Juana, porque para su ingreso se debe cumplir con los requisitos exigidos por la empresa; a continuación se describen las condiciones laborales tanto dentro del parque minero como en el relleno.

En un proyecto de intervención especial del Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. en la caracterización del parque minero realizado en el año 2007, se identificó en la extracción minera a 817 personas distribuidas en 46 industrias, de estas el 17% corresponde a personal administrativo (10% hombres, 7% mujeres) y el 83% pertenece a la parte operativa (78% hombres y 5% a mujeres).

En lo referente a la seguridad social de los trabajadores, se tiene que el 89% (727) se encuentra vinculado a una EPS y ARP, siendo estos los que están contratados en las empresas legalizadas, por otra parte existe un 7% (57) que pertenece al régimen subsidiado, las razones por las cuales siguen en esta condición son: algunos trabajan por contrato y la afiliación al contributivo temporalmente los desafilia automáticamente del subsidiado, la otra razón es económica, a la mayoría de los trabajadores le pagan por producción de ladrillos y un poco menos del salario mínimo, en cierta forma se ahorran el 12,5% de afiliación a salud y el 16% a pensión, lo cual equivale a \$132.000 pesos aproximadamente de los ingresos mensuales. Por último existe un grupo de trabajadores que no tienen ningún tipo de afiliación a un sistema de salud, este grupo equivale al 4% (32) del total de trabajadores registrados, pertenecientes a aquellas unidades que por su poca actividad y falta de iniciativa están destinadas a desaparecer.

Las condiciones locativas son todos aquellos aspectos de carácter físico de las construcciones que pueden afectar la seguridad del individuo y los bienes de la empresa si no se efectúan las acciones correctivas para prevenir accidentes laborales o impactos en el entorno laboral; actualmente se encuentran mejoras

locativas aproximadamente en 55% de las industrias debido a la competencia generada entre las mismas y que de algún modo es el resultado de las visitas y el seguimiento efectuado por la ESE.

La situación sanitaria que se presenta es preocupante, ya que el 30% (14) de las empresas cuentan con unidades sanitarias adecuadas, una parte posee servicio sanitario pero no realizan aseo periódico y otro grupo dice poseer un servicio sanitario pero realmente son orinales o tasas las que se usan para disponer los residuos comunes. Por último, el 15% (6) de estas empresas no poseen un servicio sanitario a sabiendas que tienen más de 10 trabajadores. En general se deben adecuar los baños con sifones, lavamanos, rejillas, canecas con bolsa y tapa, entre otros. El punto más crítico en la mayoría de las empresas es mantener una adecuada higiene y aseo a nivel general, solo el 19% cumple. De otro lado, la preparación de alimentos y el consumo de los mismos no es la adecuada, las industrias carecen en su gran mayoría de un sitio adecuado sanitariamente para el consumo de alimentos.

La afectación a la salud de los trabajadores y habitantes vecinos se da por el material particulado por corrientes de aire, que arrastran partículas de arcilla producto de la explotación y óxidos de azufre y nitrógeno producto de la combustión del carbón mineral que se utiliza como combustible en los diferentes hornos, sin desconocer que la combustión del carbón puede generar otro tipo de contaminante con afectación a la calidad del aire; este tipo de contaminación puede generar enfermedades crónicas que a la fecha no se ha explorado.

Como se cambió la estructura de la intervención por la S.D.S., a la fecha no se tiene información de lo que está ocurriendo en los trabajadores, lo que no facilita el análisis de la situación por ser esta una ficha estructurada y estandarizada para el Distrito.

En este territorio hay otras actividades informales que deterioran el ambiente como escombreras, las cuales no se encuentran caracterizadas, existe el parque cementerio Serafín, las plantas de asfalto de las que se desconocen las condiciones laborales de las personas que contratan para el desarrollo de los procesos propios de su actividad.

Para la caracterización de unidades de trabajo informal (UTIS) para la vigencia 2008 se intervienen 4 que corresponden a fabricación y expendio de alimentos Para el año 2009 no se llevan a cabo acciones en este territorio, ya que la identificación y búsqueda activa no permitió identificar UTIS y casos de menores trabajando.

3.1.4 Condición socioeconómica

La estratificación en el Distrito Capital se emplea para: realizar la facturación de las empresas de servicios públicos domiciliarios, focalizar programas sociales y, determinar tarifas del impuesto predial unificado de las viviendas, de la contribución por valorización y de las curadurías urbanas. Esta estratificación sirve para materializar los criterios de solidaridad y redistribución del ingreso, en el régimen tarifario para facturar el cobro de los servicios públicos domiciliarios que recibe cada residencia con base en un estrato único, para aplicar (de manera opcional), la estratificación en el cobro del impuesto predial unificado, para aplicar subsidios a los sectores menos favorecidos de la población y recaudar la contribución de los estratos

superiores; se realiza de acuerdo a la capacidad de ingreso y de las características de la vivienda³⁴; en Bogotá existen 6 estratos: estrato uno es bajo, bajo; estrato dos: Bajo, estrato tres: medio-bajo; estrato cuatro: medio; estrato cinco: medio-alto y estrato seis: alto. En la siguiente tabla se describe el número de manzanas por estrato socioeconómico.

Tabla 33 Estrato socio económico por UPZ según el número de manzanas

Territorio Social II	Número de manzanas por estrato socioeconómico			
	Estrato 0		Estrato 1	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
UPZ 63 Mochuelo	0	0,00	10	13,70
UPZ 64 Monteblanco	4	100,00	63	86,30
Total	4	100	73	100

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital 2006

Para ambas UPZ predomina el estrato 1, demostrándose unas condiciones deteriorantes de vivienda con calidad, aún más con las 4 manzanas del territorio que son todas bajo-bajo.

3.1.5 Servicios públicos

“En el sistema jurídico colombiano, el concepto de servicio público es genérico y está compuesto por diferentes especies de origen constitucional o legal, en efecto son servicios públicos desde el punto de vista constitucional: la seguridad social, la salud, el saneamiento ambiental, la educación y los servicios públicos domiciliarios. Desde el punto de vista legal son servicios públicos: el transporte público, transporte y distribución de petróleo y sus derivados.”³⁵

▼ Tipo de afiliación en salud

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia, quien brindó las bases para la prestación de los servicios de salud a través de una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los

³⁴ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29507>, 24 de Junio, 2010, hora 9:23

³⁵ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Servicios-Publicos-Domiciliarios-En-Colombia/237389.html>, Junio 24 del 2010, 11:35

trabajadores independientes, los pensionados y sus familias, y se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

▼ Infraestructura vial

La única vía de acceso es la carretera vía San Joaquín pavimentada desde hace tres años, no se ha realizado mantenimiento de esta vía y se está presentando deslizamiento, con la consecuente afectación al tránsito, es la única vía de acceso.

▼ Análisis de la situación educativa

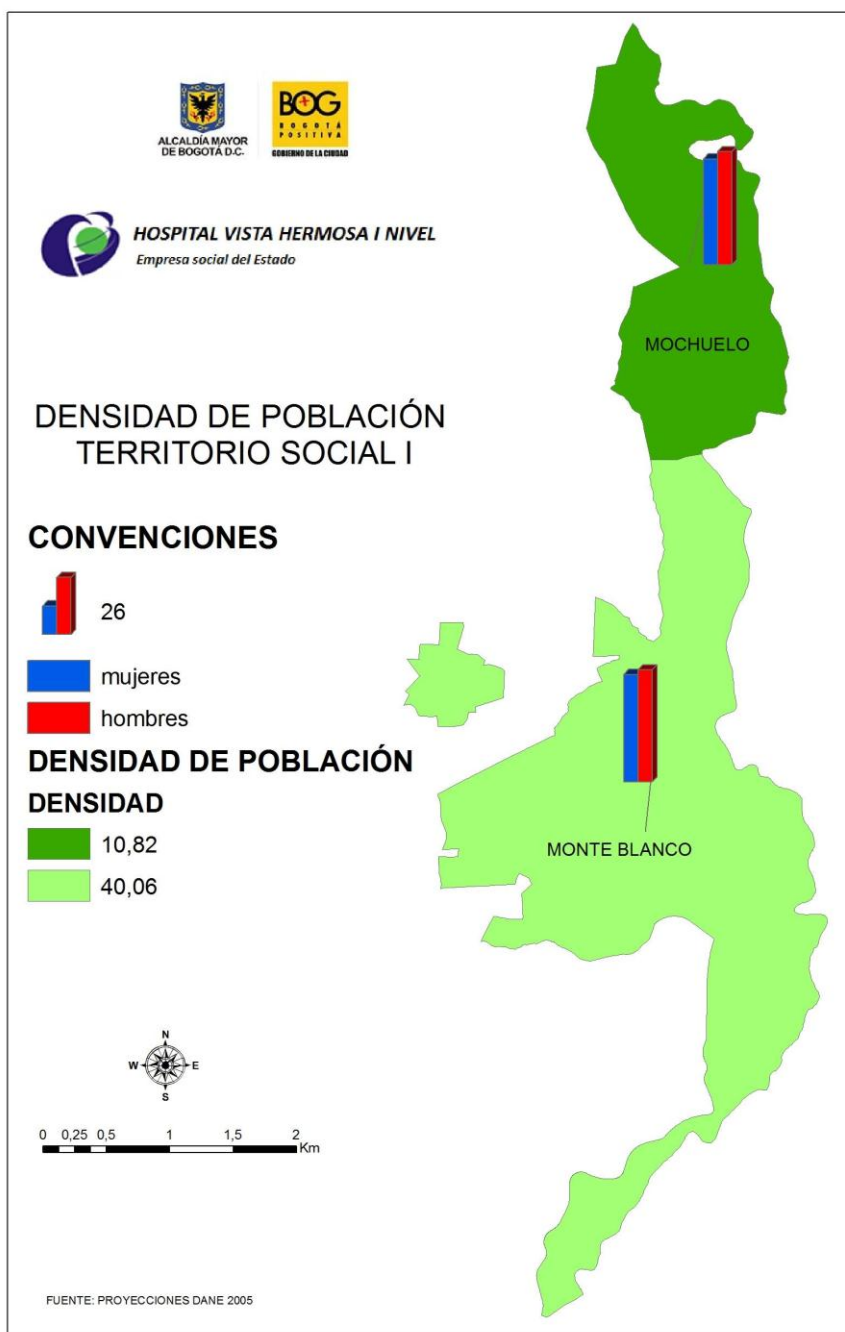
Se construyó un colegio a menos de un kilómetro con respecto a la ubicación del relleno sanitario Doña Juana; a través de las visitas de inspección, vigilancia y control a establecimientos de más de 100 estudiantes, se interviene el Colegio José Celestino Mutis IEDR, con concepto pendiente, ya que las condiciones de potabilidad del agua que se utiliza para el comedor escolar, tiendas escolares y lavamanos de los baños no es completamente apta por incumplir los parámetros de turbiedad, lo que generó la construcción y puesta en marcha de una planta de tratamiento de agua potable dentro del colegio para garantizar la potabilidad del agua y así poder funcionar el comedor escolar, se vienen realizando muestreos de agua para vigilar la calidad del agua de dicho colegio.

En lo referente a los jardines comunitarios del instituto Colombiano de Bienestar familiar, se visitan a tres hogares de bienestar familiar donde los conceptos emitidos son pendientes, ya que no se cumple con las mínimas normas de funcionamiento, para lo cual se han dejado exigencias que aun no han sido cumplidas en su totalidad.

3.1.6 Dinámica de población con enfoque diferencial

La distribución de población entre las 2 UPZ según proyecciones para el 2010 es de 3.477 habitantes en Mochuelo y de 32.094 en Monte blanco, esto quiere decir que por cada habitante de Mochuelo existen 9 en Monte Blanco; la proporción de mujeres es del 48,92% y de hombres el 51,07%. Es importante recordar que la población de Monte blanco incluye los habitantes de los barrios de Usme, un dato no corregido a la fecha por el DANE. El mapa siguiente relaciona la población por UPZ del territorio:

Mapa 31 Densidad de población proyecciones DANE del territorio social I



Fuente: Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015
 (Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

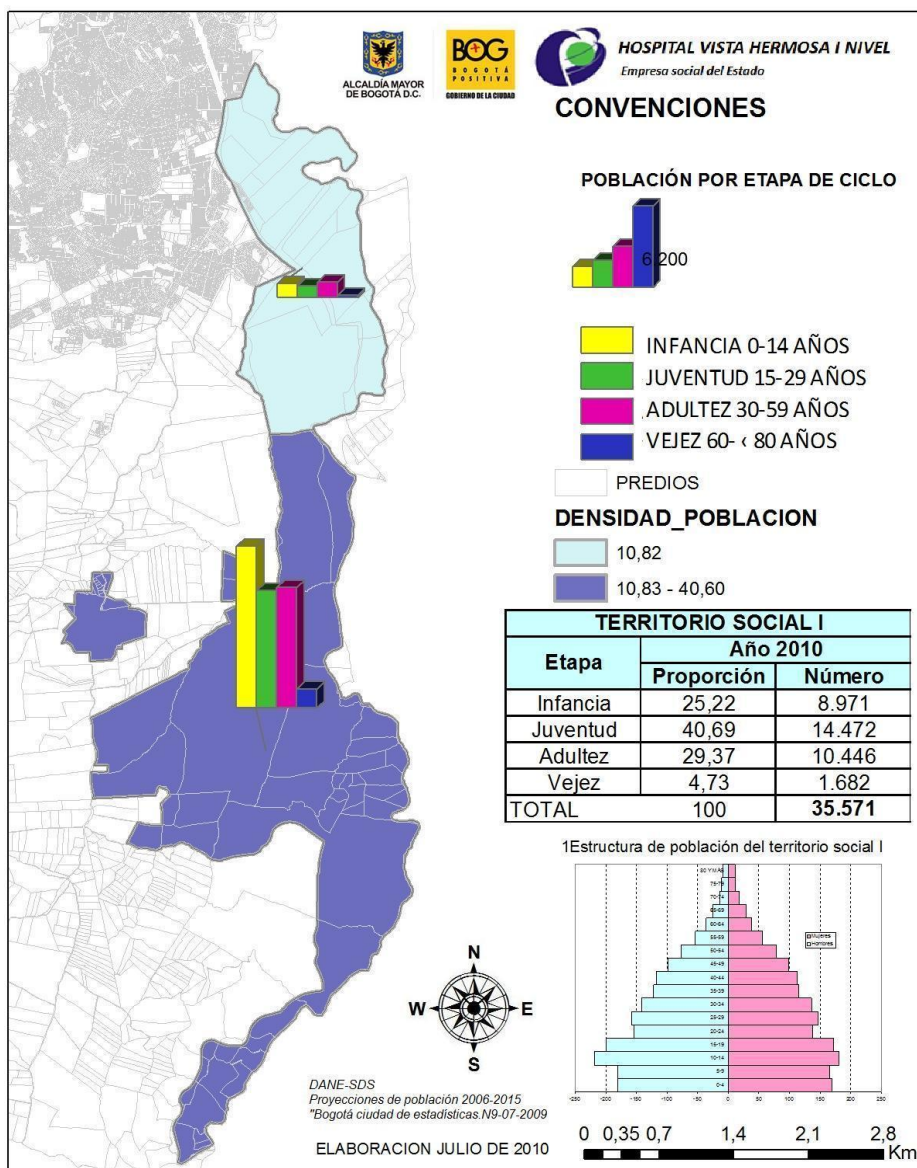
De acuerdo a la vivencia del territorio, la población no corresponde en la UPZ de Monte blanco.

3.1.7 Enfoque poblacional

Se describe la población por etapa de ciclo y por Unidad de planeación zonal de las que conforman el territorio social I; que se grafican en el siguiente mapa.

Mapa 32 Etapa de ciclo por UPZ del territorio social I

Etapa de ciclo por territorio social I año 2010



Fuente: Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015 (Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

Es una pirámide en expansión, a medida que se incrementa en la edad se disminuye la población, tal vez porque se van del territorio, sin embargo, para el grupo de 10 a 19 años hay en el territorio hombres en 2,68% más frente a las mujeres. De 35.571 habitantes de territorio, la etapa de ciclo de juventud es la de mayor proporción, seguida de la de adultez con el 29,37%.

La UPZ 63 de Mochuelo presenta 7 personas en condición de discapacidad frente a 1 de Monte Blanco, El aporte en discapacidad dentro del contexto local es inferior al 1%; se presenta una razón de un hombre a una mujer. No hay población étnica, y de desplazados en salud a su casa se detectan 81 familias, se tiene caracterizada población desplazada para este territorio pero no hay intervención por parte del Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E., las organizaciones gubernamentales no se encuentran ubicadas en este territorio.

Los problemas de salud de origen ambiental son intensos y de amplio alcance; sin embargo, uno de los motivos de mayor preocupación es el alto grado de exposición de diferentes grupos de población a los riesgos para la salud por contaminación ambiental.

Este territorio muestra diferentes factores que generan daño ambiental, el relleno sanitario Doña Juana, donde se depositan 6.200 toneladas de residuos día, los Parques Mineros Industrial (Mochuelo y Tunjuelo, con 52 industrias), tenencia inadecuada de animales, la remoción en masa, las condiciones generales de las viviendas, la inadecuada segregación y disposición de residuos, el parque cementerio Serafín y los hábitos de vida cotidiana, las condiciones de los servicios públicos hacen que en el territorio se presenten conflictos sociales-ambientales, teniendo como consecuencia en los niños afecciones respiratorias, problemas en la piel, retraso en el peso y talla, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades transmitidas por alimentos, intoxicaciones químicas, problemas psicológicos por olores, enfermedades diarreicas agudas, maltrato, y problemas de aprendizaje, en los jóvenes afecciones respiratorias, problemas en la piel, retraso en el peso y talla, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades transmitidas por alimentos, intoxicaciones químicas, problemas psicológicos por olores, enfermedades diarreicas agudas, maltrato, problemas de aprendizaje, alcoholismo y drogadicción, embarazos a temprana edad, en la adultez las consecuencias son iguales a las de los jóvenes, con la diferencia que en esta etapa se presentan enfermedades crónicas, accidentes laborales, enfermedades profesionales, limitaciones permanentes y en la persona mayor se generan los anteriores efectos con la diferencia que se presenta disminución de la capacidad pulmonar y abandono. A continuación Se describe la afectación por etapa de ciclo:

Para el presente territorio el núcleo problemático es: La explotación minera y la presencia del relleno Sanitario Doña Juana, ambos deterioran las condiciones sociales, ambientales y de salud de la población que habita el territorio como consecuencia de una planeación transectorial que desconoce la realidad territorial.

▼ Infancia

En este territorio se encuentran, el relleno sanitario Doña Juana que por la descomposición de las basuras genera de forma permanente la presencia de gases y moscas, y el parque minero, que por extracción de la arcilla y por combustión del carbón para la producción de materiales de construcción, presenta afectación a la calidad del aire, suelo y agua con la consecuente contaminación y afectación a la salud de los que habitan el territorio, además son barrios legalizados en una vereda con acueducto veredal y que por el plan de

ordenamiento territorial no se tiene cuantificada con exactitud la población que habita este territorio, ya que es compartida con la de los barrios de Usme.³⁶

En el subsistema de vigilancia de salud oral (SISVESO) se registró el número de veces del cepillado, sin embargo en los 7 registros se encuentra higiene oral deficiente, y se encuentra 1 hombre y 3 mujeres con fluorosis.

Además, en el colegio José Celestino Mutis, con 293 niños y niñas, entre los 4 y 7 años se realizó inicialmente un control de placa bacteriana con un 64,3% (alto) durante el mes de abril, ya a finales del año (octubre) el índice fue del 24,73%(medio), registrando así un avance en la calidad de la higiene oral del 61,5%; igualmente se realizó la identificación de la prioridad de atención del total de los escolares encontrándose alta un 39,9% de esta población, el 29,7% en prioridad media de atención y el 30,4 % en prioridad baja de atención³⁷

Los niños y niñas que viven en hacinamiento pueden generar un riesgo de contaminación ambiental, ya sea por los malos olores provenientes de la contaminación ambiental y que por la baja ventilación de esta se incrementa, también existe una inadecuada tenencia de animales, lo que facilita la aparición de enfermedades compartidas entre animales y hombres.³⁸

En este territorio no hay un espacio de esparcimiento recreativo donde los niños y niñas puedan llevar a cabo actividades de juego que promuevan el desarrollo de ejecuciones propias de su edad, una dificultad que se ha encontrado es que los niños y niñas escolarizados son los únicos que pueden acceder a programas de promoción de actividad física, dirigidas en algunos casos por el ámbito escolar, pero se ha encontrado que estos estudiantes no viven en el territorio, por tanto, la oferta genera en las instituciones educativas límites en los escenarios recreo – deportivos, de esparcimiento y disfrute del tiempo libre para los menores en los no escolarizados.

El hacinamiento en las viviendas puede facilitar la dificultad en la convivencia, para el año 2008 se notificaron 9 niñas por maltrato emocional, siendo este provocado por la madre y el padre; y también 8 niños notificados por maltrato emocional y negligencia por parte de sus padres,³⁹ El maltrato emocional comprende todas aquellas actitudes, acciones y palabras que se utilizan para las humillaciones, insultos, gestos de desaprobación; se entiende como negligencia el aislamiento y descalificación personal, ambos deterioran la autoestima e imagen personal tanto de niñas como de niños.

Parte de las causas por las que se generan este tipo de maltratos en los niños y niñas están relacionados con los bajos ingresos económicos de las familias, asociados a los trabajos informales a los cuales se someten los padres para su subsistencia; la alimentación para los niños y niñas del territorio, en la ficha de caracterización de salud a su hogar registró que el 21,1% (451 individuos) redujeron la ración de alimentos que consumían, debido a factores inminentemente económicos⁴⁰; situación que refleja la mala nutrición de estos, así no se pueden desconocer los hallazgos del estudio realizado por la Universidad del Valle en el año 2005 en menores expuestos y no expuestos al Relleno Sanitario Doña Juana, donde se encontró que existe

³⁶ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Informe sala situacional Salud Ambiental año 2008

³⁷ Hospital Vista Hermosa I Nivel., E.S.E; Ámbito escolar año 2009

³⁸ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Informe sala situacional Salud Ambiental año 2008

³⁹ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Reporte SIVIGILA, subsistema de SIVIM. 2009.

⁴⁰ Hospital Vista Hermosa I Nivel., E.S.E. Ficha de caracterización de Salud a su Casa, año 2009

un retardo en el crecimiento de los menores de cinco años expuestos al relleno, relacionándolo con los riesgos ambientales por la exposición a gases, que afecta el aprovechamiento biológico de los alimentos en los niños y niñas, relacionados a su vez con el bajo ingreso económico como factor de riesgo, pero el estudio no indagó sobre el consumo y la frecuencia de los alimentos.

Con respecto a la situación nutricional de las mujeres en periodo de gestación y sobre un total de 7854 datos que ingresaron al SISVAN 2009; el bajo peso se presentó en 11 casos, la malnutrición por exceso expresada en sobrepeso y obesidad para 8 casos y 30 casos se encuentran en adecuado peso para la edad gestacional⁴¹.

En los registros de peso y talla por atención institucional en la UPA de Mochuelo Alto se encontró desnutrición aguda en menores de diez años en 6 casos, en bajo peso con 6 casos, es decir susceptible a deteriorar fácilmente su estado nutricional actual; en cuanto al estado nutricional normal fueron 11 casos.

En cuanto a los niveles de baja talla en menores de 10 años o sea desnutrición crónica, 72 casos en comparación con la población en riesgo de 65 casos; la población que se encuentra con talla adecuada para la edad I es del 0.2 % con 333 casos.

La notificación al sistema de SISVAN, durante el año 2009 no es alta por las formas de contratación de las EPS, con respecto al Hospital de I Nivel, además de la baja oferta en programas de apoyo alimentario por que la población en esta área es baja; el Comité local de SAN registró un hogar comunitario del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en donde la población objetivo son niños y niñas de 2 a 5 años.

Por la situación de trabajo de los padres, los niños y niñas se ven obligados a permanecer extensas horas del día solos, ya que para los padres es imposible pagar por el cuidado de sus hijos, situación que empieza a generar abandono de sus propios hogares, y por ende se reduce el tiempo dentro del núcleo familiar, perdiéndose espacios para compartir experiencias, fomentar la comunicación y el dialogo, enseñar y orientar los primeros valores; valores que serán sustento para la vida en sociedad y a lo largo de la vida del niño o niña.

Se presenta una disminución en la notificación de eventos, al parecer existe un sub -registro de notificación; los eventos de mayor frecuencia son la exposición rábica con 4 niños, hepatitis A: 1 niño y 1 niña y la varicela 1 hombres y 3 mujeres. Los casos de mortalidad por enfermedad diarreica y por enfermedad respiratoria en menores de cinco años no se han notificado para este territorio social.

Como la exposición rábica es el evento de mayor frecuencia, se describen las acciones que se realizan desde el área ambiental de salud pública del Hospital; no se efectuó ningún operativo de recolección canina porque no se presentó solicitud de las comunidades ya que los perros y gatos que se tienen son para el acompañamiento y protección de las casas y las fincas, los perros callejeros son escasos; se llevaron a cabo 8 esterilizaciones caninas por solicitud comunitaria y se vacunó a 646 caninos que corresponde al 3,1% del total de perros vacunados en la localidad.

Para el control vectorial en este año no se llevó a cabo la aplicación de productos químicos por el Hospital Vista Hermosa, pero se efectuaron acciones de seguimiento a las actividades implementadas por el operador del relleno en la zona de influencia, sector de Mochuelo Bajo.

⁴¹ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E SIVIGILA, subsistema de SISVAN año 2009

Las alteraciones a la salud mental se manifiestan en comportamientos agresivos, dificultades de interacción social, tendencia a interpretar de modo hostil la conducta de los otros, baja autoestima. Por el subsistema de vigilancia de violencia intrafamiliar se encontró que el padre, la madre, el padrastro y otro familiar son los de mayor representatividad, se presenta frente a 8 hombres, con problemas de egocentrismo cognitivo y social.

Los malos hábitos saludables se ven reflejados en la salud oral, de acuerdo al reporte en el 2009 se registró la higiene oral como deficiente, además se encontró la presencia de fluorosis de un niño o niña por tres niños o niñas⁴², lo que justificaría indagar el motivo por el cual se presenta.

Para niños y niñas con discapacidad, de acuerdo al registro de localización y caracterización de población con discapacidad para el periodo comprendido de 2007 a 2009, se realizaron asesorías a 9 niños y niñas con discapacidad, en este territorio, de los cuales 5 su limitación es auditiva, 3 con limitación cognitiva y solo 1 con limitación motora.

Dentro de las acciones de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), se registra como dificultad la falta de transporte, la deficiencia en las vías de acceso por viviendas alejadas de las vías principales por la distribución geográfica; esto dificulta a las familias acceder a servicios de salud de forma integral, generando a su vez incrementos en los gastos económicos.

Niños y niñas que no cuentan con ofertas de servicios de salud, en especial a la inclusión y prioridad en los programas de apoyo nutricional, habilitación funcional, aunque estén en algún régimen de vinculación, muchos de los niños y niñas con discapacidad no tienen facilidad de acceso a dichos servicios por la ubicación del territorio, la cual incrementa los costos en la familia en transportes por los largos trayectos a realizar. En otros aspectos al falta acceso a una vivienda digna, como referencia importante de las familias.

El territorio no ofrece ventajas para el desplazado ni para la ubicación de grupos étnicos, por la baja presencia institucional y por la distribución geográfica

Núcleo problemático: Infancia: Afectación a la vida y la salud de niños y niñas que impiden el disfrute de la calidad de vida y un desarrollo integral.

▼ Juventud

Debido a las condiciones de pobreza, los y las jóvenes asumen roles propios de la adultez, como el de ser proveedores para el apoyo económico en sus hogares, las opciones laborales están vinculadas al Parque Industrial Minero y algunas actividades en el Relleno Sanitario Doña Juana, las cuales pueden ser vistas como oportunidad laboral (son empleados, sin necesidad de demostrar experiencia laboral, promueven la organización juvenil, orientada a la sensibilización del cuidado del medio ambiente y el manejo ecológico), o amenaza, ya que representa una exposición a riesgos laborales y enfermedades crónicas y/o agudas⁴³

Si bien el territorio plantea una frontera agrícola, los y las jóvenes de la zona reconocen que no se sienten atraídos por las actividades agropecuarias como opción productiva, sin embargo, se convierte en una opción

⁴² Hospital Vista Hermosa I Nivel., E.S.E. SIVIGILA, subsistema de SISVESO. 2009

⁴³ Hospital Vista Hermosa I Nivel, ES.E. Informe de gestión local en salud de etapa vital de adultez año 2009

para quienes presentan algún tipo de discapacidad, ya que encuentran allí menos barreras arquitectónicas para su libre desarrollo (aunque esta actividad no sea de su total interés).

Enfermedades crónicas: se presentó un total de 1816 consultas resolutivas obtenidas a través de los RIPS a partir de los 10 años, y se realizaron 287 consultas de detección de alteraciones, para juventud las consultas para el año 2009 a los servicios de salud por esta etapa fue de 19,62% (394); las diez primeras causas de morbilidad ocuparon el 11,30% del total de las atenciones y el 57,61% de las consultas realizadas en el rango de edad (10 a 26 años). La rinofaringitis aguda fue la primera causa con un 11,92%(47) del total de consultas atendidas en ese rango de edad, seguida de cefalea con un 7,86%(31), otros dolores abdominales y los no especificados con un 4,31%(17) y otras patologías como amigdalitis estreptocócica, gastritis no especificada, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, asma no especificada, conjuntivitis aguda no especificada, epistaxis e infección de vías urinarias de sitio no especificado ubicadas entre las diez primeras causas de consulta, estos datos pueden reflejar la afectación de la contaminación en la salud de los que habitan el territorio. En lo relacionado con los eventos de notificación obligatoria se presenta un caso de hepatitis A, una intoxicación por químico que es por intento de suicidio y una exposición rábica.

Sistema de vigilancia de salud oral (SISVESO): Por cada mujer que se cepilla los dientes hay 2 hombres que lo hacen 2 veces al día, sin embargo es deficiente el cepillado en ambos sexos.

En el año 2009 se han caracterizado en salud oral 8 familias, encontrándose 16 jóvenes de los cuales al 37% (6 de 16) se les realizó conserjería en salud oral y control de placa bacteriana con un promedio 44%, lo que refleja una higiene oral deficiente. Se observan barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud oral por que se encuentran fuera de la localidad, en los centros de atención primaria en salud de sus respectivas EPS.

Los jóvenes identificados en la caracterización de personas en condiciones de discapacidad (año 2005-2008) fueron 6, presentan diferentes afectaciones al sistema nervioso y de movilidad del cuerpo, manos, brazos y piernas. Los jóvenes en condición de discapacidad al igual que en la etapa de infancia no encuentran redes de apoyo, en especial de servicios de salud, en esta etapa ellos prefieren involucrarse en las actividades de producción agrícola y pecuaria, en donde encuentran menos barreras para su libre desarrollo (aunque no sea de su interés o habilidades), y la formación la han obtenido de la observación del cuidador, ya que no tienen acceso a procesos de formación productiva y laboral de otra fuente. En juventud, para el mismo periodo de la etapa anterior se realizan asesorías a 11 jóvenes de los cuales 6 su limitación es cognitiva, 3 con limitación motora y 2 limitación múltiple.

Para la juventud con discapacidad se agudiza la ausencia de servicios y redes de apoyo institucional, acorde a los intereses y necesidades particulares de los y las jóvenes que permitan su desarrollo integral, se evidencia la falta de reconocimiento de la etapa de juventud, ya que se pasa del niño al adulto, ausencia en los procesos de detección temprana de la discapacidad, por lo cual se observan jóvenes en el escenario escolar en extra-edad, el apoyo que se observa para esta etapa viene de la propia red familiar, que enseña a los y las jóvenes el aprovechamiento del entorno para la satisfacción de necesidades básicas.⁴⁴

El territorio no es un escenario adecuado para desarrollar actividad física y las pocas oportunidades para el disfrute del tiempo libre (mínima participación en escuelas deportivas y práctica de actividades laborales) se

⁴⁴ Hospital Vista Hermosa I Nivel. E.S.E. Análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida de las personas en condición de discapacidad por territorio social. Año 2009-2010

convierten en factores de riesgo frente al sedentarismo; además se asumen a temprana edad responsabilidades de pareja que influyen de forma negativa o positiva en el desarrollo de sus expectativas.

En los colegios se presenta una tendencia a la deserción escolar, en donde los y las jóvenes no encuentran en la oferta escolar una opción de vida que dé respuesta a sus necesidades inmediatas. Para el caso de las mujeres jóvenes, la deserción está asociada al embarazo, encontrándose que el control prenatal no es su principal interés, sin desconocer que esta demanda de servicios puede estar condicionada por los patrones culturales aun arraigados en la zona⁴⁵ o por las dificultades del transporte para ser atendidas en la respectiva IPS de acuerdo a la afiliación en salud; la apropiación de métodos de planificación familiar, la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual no son tomados como prioridad por los y las jóvenes, sin desconocer los esfuerzos que el sector salud ha realizado para disminuir esta situación⁴⁶, lo que refleja es que para la disminución de embarazos de adolescentes influyen más otras condiciones educativas de la madre, disminución de la violencia del grupo familiar, entre otros.

Esta etapa se caracteriza por la manera como se afianzan los auto esquemas, a través de la aceptación y como se refuerzan escenarios de socialización para vincularse a grupos de pares, dentro del territorio los espacios de socialización y esparcimiento se dan alrededor de expresiones artísticas, como la danza y la música, que en algunas organizaciones se convierten en una opción económica no reconocida. Para el caso del territorio, este tipo de exploraciones no son con fines lucrativos, sin embargo existe un grupo musical que produce su música con equipos rudimentarios, y buscan patrocinio para la compra de equipos con calidad y tecnología.

Núcleo problemático: Servicios y redes de apoyo institucional y comunitario planeados desde lo institucional, desconociendo los intereses de las y los jóvenes, disminuyendo las oportunidades para mejorar sus condiciones de calidad de vida.

▼ **Adultez**

En esta etapa vital, las problemáticas encontradas en la infancia y la juventud empiezan a expresarse en consecuencias, agudizándose a partir de los mayores de 45 años, y encontrando diferencias en la manera como se manifiestan entre hombres y mujeres.

El hombre que tiene un arraigado valor patriarcal, asume el rol proveedor con todo el peso que implica, encontrar un empleo que le permita solventar los gastos económicos para su familia, y en ocasiones asumen los gastos de los hijos de uniones anteriores; los hombres se desempeñan en empleos formales e informales ofrecidos en el parque industrial minero, algunas actividades asociadas al Relleno Sanitario Doña Juana y en oficios de vigilancia o construcción fuera de la localidad, en una menor proporción en actividades agropecuarias.

También es notorio que en el territorio se manejan prejuicios machistas, las mujeres están dedicadas a actividades del hogar y a la preparación de alimentos a los trabajadores de esta zona, su salud corporal y mental pasa a un segundo plano; el caso específico de la mujer con discapacidad y/o cuidadora presenta

⁴⁵ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Análisis del ámbito escolar año 2009

⁴⁶ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Unidad de análisis Salud sexual y reproductiva año 2010

condiciones más acentuadas frente a la inequidad de género, desempleo, acceso deficiente a los servicios de rehabilitación, no construcción de una familia propia, carencia de sostén familiar / comunitario y aislamiento por los estigmas presentes frente a la discapacidad.

A través de la caracterización de personas en condiciones de discapacidad entre el año 2005 – 2008, se encuentran 41 personas, de estas 23 son hombres y 18 mujeres; refieren como principal afectación las del movimiento de cuerpo y manos, este grupo carece de apoyo institucional para su proceso de rehabilitación; falta de recursos económicos y dificultad de acceso a una fuente productiva para cubrir necesidades básicas. Se evidencia que el hombre adulto cuando su limitación lo permite asume un rol productivo en actividades agropecuarias y trabajos en ladrilleras, pero no es de manera constante. En asesorías domiciliarias se identifican a 11 personas adultas con discapacidad, de las cuales 5 su limitación es cognitiva, 1 con limitación de tipo mental, 3 con limitación motora y 2 con limitación visual.

Las mujeres que conviven con discapacidad o que son cuidadoras y que participan en espacios comunitarios, comienzan a reconocerse como sujetas de derechos, pues se reconocen como nicho donde se desarrolla la capacidad para establecer relaciones afectivas y sociales; así mismo se convierten en un soporte social a través de su empoderamiento en acciones de construcción social, uniéndose como colectivos o formándose como lideresas comunitarias, insumo para los procesos de inclusión social. Para el caso de las discapacidades adquiridas y congénitas se presenta temor desde cuidadores y profesionales, porque no hay preparación en cómo abordar el tema sobre la sexualidad más allá de lo genital.⁴⁷

La falta de herramientas familiares y las barreras de acceso en la prestación de servicios para dar respuesta de rehabilitación, aumentan la gravedad del daño. Por su parte, la mujer adulta del territorio ve relegado su rol de cuidadora y socializadora, al tener que apoyar económicamente al hombre, e incluso solicitar ayuda a los hijos mayores, para lograr solventar los gastos del hogar⁴⁸

La deserción escolar en la juventud, marca una adultez con un bajo nivel de escolaridad, que dificulta acceder a un mercado laboral formal competitivo. “En esta zona, el 62,7% de los hombre no han cursado la primaria, el 35,4% terminaron el bachillerato y el 1,9% poseen educación técnica y universitaria “En las mujeres el 48,9% no han cursado primaria, el 47,6% tiene bachillerato y el 3,4% educación técnica y universitaria”. Teniendo unos niveles educativos un poco más altos que el de los hombres.⁴⁹

Los hombres y mujeres presentan largas jornadas de trabajo y trasnocho, reflejando deterioro en su condición física, con un cansancio paulatino en donde no solo se ven, sino que se sienten viejos a una edad prematura, deterioro en la salud mental al experimentar la pérdida de su rol productivo y haber dedicado su juventud y parte de su adultez joven a solventar la economía de sus hogares, se ven obligados a relegar sus aspiraciones, lo que se manifiesta como un proyecto de vida inconcluso o frustrado. Estos sentimientos de desgaste e insatisfacción personal se convierten en factores de riesgo desencadenando violencia intrafamiliar.⁵⁰

⁴⁷ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E.; unidad de análisis de discapacidad año 2010

⁴⁸ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E.; unidad de análisis de discapacidad año 2010

⁴⁹ UNIVERSIDAD DEL VALLE. Evaluación del Impacto del Relleno Sanitario Doña Juana en la salud de grupos poblacionales en su área de influencia. Bogotá 2006. Página. 142

⁵⁰ Hospital Vista Hermosa I Nivel. E.S. E; unidad de análisis de salud mental, año 2010

Los riesgos a los que se ven expuestos los hombres en las actividades laborales afectan su capacidad física, mental y productiva, en las mujeres las actividades domesticas van ocasionando un desgaste físico, el manejo del frió (lavado de ropa) y calor (planchado, cocina, etc.) sin medidas de precaución, van provocando la aparición de signos de deterioro que se agudizan con los años, sin desconocer la doble jornada que asume la mujer en el hogar; las dificultades de movilidad en el territorio, y los altos costos de desplazamiento hacen que este tipo de población se quede en la casa con sensación de abandono.⁵¹

Considerando, el desgaste físico y la disponibilidad energética que deben destinar a las actividades productivas mencionadas anteriormente, establecer las condiciones nutricionales de la adultez se convierte en una prioridad en este territorio, y en toda la localidad, debido a que actualmente no se tiene un estudio que permita establecer los niveles nutricionales de la adultez, y hacer un análisis de la cantidad de dinero que destina a la seguridad alimentaria para su grupo familiar.⁵² La inclusión de alimentos procesados en la dieta, como gaseosas, refrescos, fritos y paquetes, es llamativa por la disminución de tiempos en la preparación de los alimentos, pero ocasionan un deterioro en la salud, lo que genera obesidad, hipertensión y diabetes.

Los programas de salud sexual que se adelantan en el territorio están dirigidos a los escenarios escolares para adolescentes, y algunas acciones ya sea directas o indirectas que desarrollan en las escuela de padres, las intervenciones van dirigidas a la mujer mientras que en los hombres no se enfatiza la atención de promoción y prevención y se desconocen acciones para propender por una salud sexual sana.

Por tanto se ratifica el tabú frente a la sexualidad, en donde las relaciones de pareja se configuran desde el dominio del hombre y el rol reproductor de la mujer, hace que sean ellas quienes eligen los métodos de planificación familiar, motivadas por el miedo de perder su actividad económica más que por una conciencia real de la salud de su cuerpo y la libre toma decisión de su proyecto de vida.⁵³

Las consultas en la UPA de Mochuelo dependen de la forma de contratación con las Empresas Promotoras de Salud, no atienden a población contributiva, al interpretar la consulta se observa que se atienden dos mujeres frente a un hombre, los motivos de consulta son genitourinarios debido a que es más frecuente la consulta de mujeres; la consulta a los servicios médicos asistenciales se disminuye en esta etapa, ya que dedican más tiempo a las actividades productivas y prefieren agotar otras instancias como la automedicación, consulta en droguerías y/o remedios caseros, y urgencias, pues los servicios de salud son percibidos como demorados, de baja calidad y poca efectividad. En el estudio de la Universidad del Valle se encontró que hay una disminución en la capacidad pulmonar y está relacionado con la exposición al parque minero, lo que obliga a mejorar los planes ambientales y programas de salud ocupacional.

Si bien la priorización del rol productivo ha relegado el rol socializador y cuidador, hay escenarios como la calle y colegio donde las acciones institucionales no logran vincular a la adultez dentro de estrategias de intercambio intergeneracional que promuevan actitudes de cambio y apropiación de hábitos saludables, especialmente del cuidado de la salud oral, generándose una doble ruptura. En primera medida, la infancia no logra aplicar los aprendizajes de prevención y promoción de la higiene oral estimulados en la escuela en escenarios vivenciales de la cotidianidad en la familia, dificultando la aprehensión de los mismos; la adultez

⁵¹ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Informe de gestión local en salud en la etapa vital de adultez año 2009

⁵² Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Informe de gestión local en salud en la etapa vital de adultez año 2009

⁵³ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. unidad de análisis de salud sexual y reproductiva año 2010

no le brinda importancia a los hábitos socializados por la infancia, visualizándolos como ajenos a su realidad, y que determinaran hacia finales de la adultez, un fuerte tendencia hacia la pérdida de piezas dentales.⁵⁴

El tiempo de ocio de la población adulta de este territorio es dedicado al descanso (sueño – televisión) y al consumo de bebidas alcohólicas, consumo más frecuente en hombres que en mujeres; vistas como fuentes de compensación de las largas y pesadas jornadas laborales, dejando poco tiempo al disfrute en familia, y expresiones recreo – deportivas, que no son muy estimuladas por la baja oferta institucional y la inexistencia de espacios adecuados⁵⁵. Desde la intervención de enfermedades crónicas se evidencia que en la adultez joven (27 a 44 años) se realizaron 335 consultas para un 16,68% y las diez primeras causas de morbilidad ocuparon el 5,97% (120) del total de las atenciones y un 35,82% de las consultas realizadas en la etapa de ciclo (27 a 44 años), la cefalea fue la primera causa de morbilidad, seguida del lumbago no específico, rinofaringitis aguda (resfriado común), gastritis no especificada, hipertensión esencial (primaria), epilepsia tipo no especificado, otros dolores abdominales y los no especificados, obesidad no especificada, amigdalitis estreptocócica, y infección de vías urinarias, sitio no especificado para un 5,97%; 5,37%; 4,48%; 4,18%; 3,58%; 2,69%; 2,69%; 2,39%; 2,39% y 2,09% respectivamente.⁵⁶

Para la adultez madura (45 a 59 años), se realizaron 512 consultas para un 25,50%, las primeras causas de morbilidad ocupan el 10,95%(220) de las atenciones y 42,97% de las consultas de la etapa de ciclo (45 a 59 años), la hipertensión arterial primaria fue la primera causa de morbilidad para un 27,54%(141), seguida del lumbago no especificado, con un 2,93%(15), rinofaringitis aguda (resfriado común), cefalea, otros dolores abdominales y los no especificados, diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, artrosis no especificada, dolor en articulación, gastritis no especificada y hiperlipidemia mixta, para un 2,93%(15); 1,95%; 1,56%; 1,37%; 1,17%; 1,17% 1,17%; y 1,17% respectivamente. Se presenta un caso de mortalidad en hombre tanto en el año 2008 y 2009 por SIDA.

Por el subsistema de vigilancia de salud oral (SISVESO): La frecuencia de cepillado es de 2 veces al día en las mujeres frente a 1 hombre que lo hace 3 veces, y continúa la higiene deficiente.

En el año 2009 se han caracterizado en salud oral 137 familias, encontrándose en ellas 199 en etapa de adultez, de los cuales al 14% (29 de 199) se les realizó acompañamiento en salud oral y control de placa bacteriana con un promedio de 47%, indicando un índice regular, lo que refleja una higiene oral deficiente. Aunque en esta zona es donde se encuentran más IPS con servicio de odontología del hospital, los adultos priorizan las citas para sus hijos y acceden poco al servicio, aunque por urgencias es la primera etapa que accede a la consulta, reflejando un descuido en realización de las medidas preventivas que favorecen la salud bucal. A los padres de los niños de los jardines les falta reforzar el hábito del cepillado y de control odontológico, los docentes refieren tener hábitos saludables.

Se presentan problemas locativos como falta de agua e infraestructura. Falta información en padres para crear hábitos que mejoren la calidad de vida familiar.

En el año 2009 se han caracterizado en salud oral 8 familias en esta zona, encontrándose en ellas 10 adultos, de los cuales al 20% (2 de 10) se les realizó consulta en salud oral y control de placa bacteriana con un promedio de 79% indicando un índice muy alto, lo que refleja una higiene oral deficiente.

⁵⁴ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. unidad de análisis de salud oral año 2010

⁵⁵ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. unidad de análisis actividad física año 2010

⁵⁶ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. unidad de análisis crónicas año 2010

Por otro lado, las condiciones deteriorantes ambientales han marcado una fuerte sensibilización sobre el tema por sus pobladores, que han logrado consolidarse como una fuerte organización comunitaria buscando acciones de responsabilidad social por parte de las empresas extractoras del parque minero y los operadores del Relleno Sanitario Doña Juana. Las juntas de acción comunal son lideradas por hombres adultos; desafortunadamente, los intereses económicos y políticos que colocan a este territorio en una posición estratégica han ocasionando fuertes enfrentamientos entre las juntas de acción comunal, que han terminado disputándose por la consecución de recursos financiero para el bien particular de los líderes.

Núcleo problemático: En la oferta institucional se invisibilizan las particularidades de la adultez reduciendo las oportunidades de un desarrollo integral y que por las distancias geográficas del territorio dificultan aún más su desarrollo.

▼ Vejez

Las personas mayores se caracterizan por ser los fundadores de este territorio, lo que marca un fuerte arraigo y sentido de pertenencia sobre el mismo, ya que ellos forjaron la organización comunitaria, buscaron la legalización de los barrios, la adecuación de lotes, la dotación de servicios públicos y hasta la implementación de vías de acceso, son tan solo una muestra de las capacidades de movilización y cohesión social de sus pobladores.

Este grupo posee un legado campesino de las diferentes regiones del país de las que provienen, considerando que muchos de ellos llegaron como desplazados de la Violencia de la década de los 50s, y la incursión paramilitar en las zonas rurales del país a principios de los 80s. Conformaron una coral y un grupo de danzas que recibe recursos de la Alcaldía local. Este legado campesino muestra una fuerte fundamentación de las relaciones sociales y familiares a través de dinámicas verticales, jerárquicas y patriarcales, que se siguen reproduciendo generacionalmente.

Los vínculos religiosos son fuertes en esta población, convirtiéndose en un condicionante en la toma de decisiones y pautas de crianza en el hogar; actualmente, el territorio presenta una fuerte incursión de iglesias protestantes, ganando adeptos en la juventud y la adultez, pero escasa en las personas mayores, que se identifican como católicos, lo que muestra dificultad para el cambio.

En el año 2009 se han caracterizado en salud oral 8 familias, encontrándose en ellas 2 personas mayores, a ninguno de ellos se les realizó consulta en salud oral y control de placa bacteriana debido a que no se encontraron en el momento de la visita. A la etapa de vejez es a la que se le realizan menos intervenciones en salud oral en el ámbito familiar debido a que se encuentran en menos proporción, a diferencias de las otras etapas y en el momento de la visita no se encuentran o no quieren hacer parte de ella.

En la intervención de enfermedades crónicas, se registraron 767 consultas,⁵⁷ de personas mayores, para un 38,19%, donde se encuentra que las primeras causas de morbilidad ocupan el 20,57%(413) de las atenciones y 53,85% de las consultas de la etapa de ciclo, eso quiere decir que a medida que aumenta la edad también aumentan las consultas; la hipertensión arterial primaria fue la primera causa de morbilidad con un 43,94% (337), sigue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, como consecuencia de alteraciones

⁵⁷ Hospital Vista Hermosa, I Nivel, E.S.E. RIPS año 2009

tempranas en vías respiratorias y de efecto secundario de la hipertensión arterial y continúan las mismas afecciones que anteceden a este grupo de edad. Sumándole también la exposición que tiene la población mayor a la expulsión de gases, por la quema de carbón y las fundiciones de las actividades propias de las ladrilleras y el Parque Minero.

A través del registro de caracterización de discapacidad del año 2007; se detectó un total de 30 personas, de estas 17 son hombres y 13 son mujeres, la principal afectación es el movimiento del cuerpo y de las manos, seguida del sistema cardio-respiratorio y las defensas, la población queda estancada porque en este territorio no se cuenta con las instituciones que presten servicios integrales para personas mayores, no hay redes de apoyo, esta población tiende al abandono y desprotección.

En asesorías domiciliarias se realizan las visitas a 9 personas en esta etapa de ciclo, de las cuales 3 presentan limitación auditiva, 3 limitación visual, 2 con limitación motora y 1 con limitación mental.

En la adultez madura empiezan a aparecer una serie de condiciones que determinan la vida en la vejez; unas de ellas son las secuelas físicas de las actividades productivas, que marcan la aparición de enfermedades limitantes (artritis, pérdida de la visión, descalcificación, obesidad entre otras), y que se agudizan con las dificultades de movilidad del medio, ocasionando una fuerte tendencia a la quietud en esta etapa vital.

Esta situación empeora las condiciones de enfermedades que si bien ya no son mitigables, si pueden manejarse para brindar una mejor calidad de vida en los últimos años de la existencia; la adherencia de esta población a los servicios de salud se hace de una manera más regular que en otras etapas, contando que los signos de alarmas son más frecuentes, y que se tiene una mayor disponibilidad de tiempo para acceder a las citas médicas. Sin embargo, el no contar con un centro de salud en el territorio provoca fuertes barreras de acceso, en términos de movilidad y costos de desplazamiento; además que los servicios de salud de un I Nivel no son de atención especializada para las enfermedades crónicas, en especial se ve afectada la salud bucal por que se evidencia la pérdida de piezas dentales, no existen programas de rehabilitación oral en este grupo de edad, y además sus hábitos alimentarios cambian, provocando que se eliminen algunos alimentos en la dieta de estas personas, contribuyendo al deterioro nutricional y tendencia a la malnutrición.

Por tanto, la rehabilitación oral es fundamental en esta etapa, desde la competencia de salud primer nivel, se debe formar a la persona mayor en los cuidados orales cuando se tiene una prótesis dental; es notable que la falta de articulación en los programas de higiene oral en las diferentes etapas de la vida y malos hábitos de cepillado ocasionan en las personas desconocimiento en el manejo de la salud oral y la identificación de signos de alarma en enfermedades bucales.

Continuando con los hábitos saludables, el territorio no proporciona las condiciones adecuadas para la existencia de espacios recreo-deportivos, que no se deben implementar por la alta contaminación ambiental en el aire, pero además no existe una tendencia a la vinculación de organizaciones de personas mayores a los programas de actividad física del IDRD, en este territorio la oferta es nula, y se reduce a acciones esporádicas.

Por otra parte, la discapacidad se acentúa en la medida en que no se tienen redes de apoyo, los cuidadores de estas personas son personas adultas que priorizan el tema productivo, convirtiéndose en una población que queda estancada, porque en este territorio no se cuenta con instituciones que presten servicios integrales para personas mayores, generando que la población mayor tienda al abandono y a la

desprotección. De acuerdo al registro de localización y caracterización de población con discapacidad (2005-2007) en este territorio se encuentran registrados 30 entre mujeres y hombres; para el mismo periodo se realizan asesorías domiciliarias a 9 personas de las cuales 3 presentan limitación auditiva, 3 limitación visual, 2 con limitación motora y 1 con limitación mental.

Con relación a las marcadas pérdidas que atañen a esta etapa, no solo de la movilidad, de la capacidad productiva, del deterioro físico, sino las pérdidas emocionales como la muerte de su pareja, de amigos y conocidos, desarrollan sentimientos de desesperanza y confusión, que asociados al abandono por su arraigo y sentido de pertenencia por el territorio y los sentimientos de frustración por sus proyectos de vida inconclusos, ocasionan una fuerte depresión en las personas mayores, que predisponen a este grupo poblacional a la aparición de enfermedades mentales.

Si se consideran las condiciones de pobreza de la población, las personas mayores empiezan a ser vistas como una carga económica para la familia, se desarrolla violencia intrafamiliar, por la carga social que representa frente a los bajos ingresos y a las condiciones de deterioro, razón por la cual buscan afanosamente la ayuda del subsidio estatal, desarrollan actividades económicas peligrosas para su realidad física como ventas ambulantes, exponiéndose a las variaciones climáticas, que agudizan las enfermedades pulmonares.

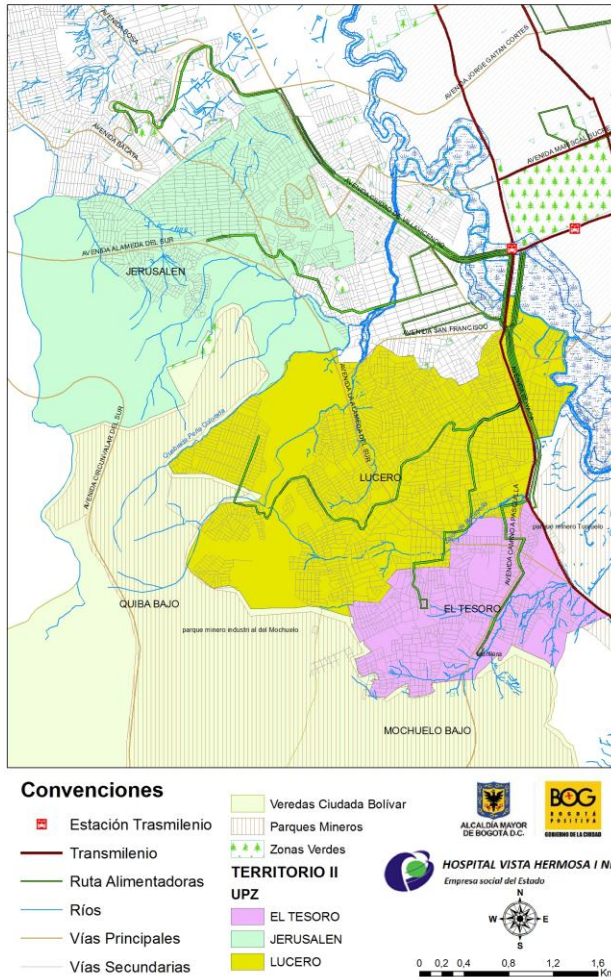
Actualmente existe una organización de personas mayores adscrita a este territorio, que ha estado vinculada a la consecución de subsidios para la vejez, ofertados por la Secretaria de Integración Social.

Núcleo problemático: El tipo de actividad económica del territorio va en detrimento del desarrollo del individuo ocasionando el deterioro, abandono y soledad que impide un envejecimiento activo.

3.2. ANÁLISIS DE TERRITORIO SOCIAL II

Conformada por las unidades de planeación zonal (UPZ) Lucero (67), Tesoro (68) y Jerusalén (70) caracterizadas dentro del plan de ordenamiento territorial; a continuación se muestra en el mapa la organización del territorio con sus respectivos límites geográficos, (POT).

Mapa 33 Territorio social II y sus limites
Territorio Social II



Fuente: Planeación Distrital

Dadas las condiciones estructurales del suelo en estas UPZ hay zonas de riesgo no mitigable y zonas de remoción en masa, al igual que un alto riesgo por inundación.

De las tres UPZ, el Lucero es la de menor extensión.

3.2.1 Descripción por las unidades de planeación zonal del territorio social II

La UPZ 67 Lucero limita al norte con la quebrada Peña Colorada, al oriente con Río Tunjuelito, costado sur del desarrollo México y Avenida Boyacá, al sur con la Futura Avenida Camino de Pasquilla (Cra. 17A), Cl. 71 A bis sur, Zanjón la Represa, Cra. 18A bis, Cl. 76 sur, costado norte del desarrollo El Tesoro, Cra. 18N, Cl. 77D sur, Costado sur del desarrollo Tierra Linda; al occidente limita con el desarrollo Bella Flor, límites sur y

occidental de los desarrollos el Paraíso y el Mirador, Quebrada Peña Colorada; en la tabla siguiente se describen las características por unidades de planeación zonal:

Tabla 34 Hectáreas y población por UPZ

No, bre de la UPZ	No. De la UPZ	Tipo	Población	Extención en hectareas	Denisad poblacional
Lucero	67	Residencial de urbanización incompleta	160834	581,61	276,53
El Tesoro	68		48542	223,1	217,58
Jerusalén	70		46198	461,98	100,00

Fuente: Planeación Distrital de Bogotá, año 2003

De las 3 UPZ el Lucero es la de mayor tamaño y la de mayor concentración de población por hectárea, a continuación se describe cada una de las UPZ del territorio social:

La UPZ 67 Lucero se ubica en la parte media de la localidad, limita al norte con la quebrada Peña Colorada, los desarrollos Sauces, Acacias y la Avenida Boyacá, al oriente con el Río Tunjuelito, costado sur del desarrollo México, Avenida Boyacá, al sur con la futura Avenida Pasquilla (Carrera 17ª calle 71ª Bis sur), zanjón la Represa (Carrera 18ª Bis – Calle 77D sur), costado sur del desarrollo Tierra Linda y al occidente limita con los desarrollos Bella Flor, El Paraíso y el Mirador y la Quebrada Peña Colorada.

Tiene una extensión de 581,61 hectáreas, es la más extensa de las UPZ residenciales de urbanización incompleta; del total del territorio de la UPZ, 13 Manzanas se encuentran en zona de alto riesgo no mitigable. En zonas de riesgo por remoción en masa se encuentran 495 manzanas, de las cuales 69 se encuentran en zonas de amenaza alta, en Zonas de amenaza media se encuentran 392 y 39 en zonas de amenaza baja. En zonas de amenaza por inundación en la UPZ existen 50 manzanas, de las cuales 9 se encuentran en una zona de amenaza alta, 6 manzanas se encuentran en zonas de amenaza media y 35 manzanas se encuentran en zonas de amenaza baja.

Los suelos de la UPZ son de calidad árida y arcillosa, por ende la vegetación existente en el sector es pobre, existen árboles de Urapan, saúco y pino sembrados por el jardín Botánico.

Tabla 35 Barrios de la Unidad de Planeación zonal 67 El Lucero

Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
67	LUCERO	ACACIA IV
		ALFA
		ALTOS DE JALISCO
		ALVARO BERNAL SEGURA
		BELLA FLOR
		BELLA FLOR SUR
		BELLA VISTA LUCERO ALTO
		BRISAS DEL VOLADOR
		BUENAVISTA SECTOR A
		CIUDAD MILAGROS
		COMPARTIR
		CORDILLERA SUR
		DOMINGO LAIN I
		DOMINGO LAIN II - EL BOSQUE
		DOMINGO LAIN III
		EL BOSQUE
		EL CASTILLO
		EL MIRADOR
		EL PARAISO
		EL SATELITE
		EL TRIUNFO SUR
		ESTRELLA DEL SUR
		FLORIDA DEL SUR
		GIBRALTAR SUR
		GIBRALTAR I Y II
		JUAN PABLO II
		LA ALAMEDA
		LA ALAMEDA II SECTOR
		LA CABAÑA
		LA ESCALA III
		LA ESMERALDA SUR
		LA ESTRELLA SECTOR LAGOS
		LA TORRE
		LAS DELICIAS DEL SUR
		LAS MANITAS
		LAS MANITAS II SECTOR
		LOS ALPES
		LOS ANDES SECTOR 5 NUTIBARA
		LUCERO ALTO
		LUCERO BAJO CORPORACION SAN ISIDRO
		LUCERO BAJO SECT. LA CONQUISTA
		LUCERO MEDIO
		LUCERO SUR BAJO
		MARANDU
		MEISSEN
		MÉXICO
		MIRADOR NUTIBARA
		NACIONES UNIDAS - CHAPARRO
		NACIONES UNIDAS - STA ROSA
		NUEVA COLOMBIA
ROCIO ALTOS DEL SUR		
SAN LUIS ALTOS DE JALISCO		
TABOR-ALTALOMA		
TIERRA LINDA		
URBANIZACION COMPARTIR		
URBANIZACION EL PRECISO		
URBANIZACION KALAMARY		
URBANIZACION LA ALAMEDA		
URBANIZACION LA ESCALA		
URBANIZACION LAS QUINTAS DEL SUR		
URBANIZACION LA SERRANIA DEL SUR		
VILLA GLORIA		

Fuente: Plan de ordenamiento territorial 2003

La UPZ 68, El Tesoro tiene una extensión de 223,10 hectáreas; limita al norte con los desarrollos de Tierra Linda (Calle 79 sur, calle 77 d sur, carrera 18 N), el Tesoro (calle 76 sur, carrera 18 A Bis) y zanjón La Represa (CLL. 71 A bis sur, carrera 17 a), al oriente con la Avenida Boyacá, al sur con el límite del perímetro urbano y

el municipio de Soacha y al occidente con el límite del perímetro urbano y el municipio de Soacha y desarrollos el Recuerdo Sur y República de Canadá. En la UPZ el tesoro se tiene proyectado dentro del POT la centralidad de Casa de Teja.

Del total del área de la UPZ, 182,8 hectáreas, que representan el 81,5% están urbanizadas y 40,3 hectáreas correspondientes al 18.5% están por desarrollar. La densidad en la UPZ es de 229 habitantes por hectárea. La UPZ tiene una población aproximada de 41.866 habitantes. En la UPZ encontramos una Manzana en zona de riesgo no mitigable y 495 manzanas en zona de riesgo por remoción en masa, de las cuales 64 están en amenaza alta, se identifican por la comunidad los barrios de San Joaquín, Divino Niño, Los Duques y Cerro Sur, al igual 392 manzanas más en zona de amenaza media y 39 manzanas en zonas de amenaza baja.

Está conformada por 45 barrios, de los cuales 32 están legalizados (71,1%), 2 se encuentran en proceso de legalización (4,4%), uno con legalización negada (2,2%) y 10 barrios no tienen información al respecto (22.2%). Sin embargo, la comunidad identifica y reconoce 37 barrios, de los cuales el sector ilegal está representado por el barrio Sotavento y la parte alta de Casa de Teja, del mismo modo refieren que el barrio el Cedro no está contemplado como tal en Planeación Distrital. En la siguiente tabla se listan los barrios que corresponden a la respectiva unidad de planeación zonal.

Tabla 36 Unidad de Planeación zonal 68 El Tesoro

Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
68	EL TESORO	ACAPULCO I
		ARABIA
		BOGOTA SECTOR TEQUENDAMA
		BOGOTA SUR- LA ESPERANZA
		BUENOS AIRES
		BUENOS AIRES II
		BUENOS AIRES III SECTOR
		CASA DE TEJA
		CEDRITOS DEL SUR
		DIVINO NIÑO
		EL CONSUELO
		EL MINUTO DE MARIA
		EL MOCHUELO
		EL RECUERDO SUR
		EL REFLEJO II
		EL TESORITO
		EL TESORO
		ELTRIGAL
		FLORIDA SUR ALTO
		INES ELVIRA
		LA CUMBRE (Antes El Recuerdo Sur)
		LOS DUQUES
		MINUTO DE MARIA
		MONTERREY
		OCHO DE DICIEMBRE
		PARCELACION BOGOTA
		POTRERITOS
		QUIBA
		QUIBA URBANO
		REPUBLICA DE VENEZUELA
		REPUBLICA DEL CANADA
		RINCON DEL DIAMANTE
		SAN JOAQUIN EL VATICANO
		SAN JOAQUIN VATICANO-GALPON
		SAN JOAQUIN VATICANO-VERGEL
		SAN RAFAEL SUR
		SOTAVENTO
		URBANIZACION BUENA VISTA
		URBANIZACION CERROS DEL SUR
		URBANIZACION CHICALA
URBANIZACION EL LIMONAR		
URBANIZACION MIRADOR DE SAN CARLOS		
URBANIZACION URAPANES DEL SUR		
VILLA DIANA LOPEZ		
VILLAS DE SAN JOAQUIN		

Fuente: Plan de ordenamiento territorial 2003

La UPZ 70 Jerusalén se encuentra al sur occidente de la localidad, representa el 10.51% del total de la localidad con una extensión de 350,08 hectáreas, la UPZ mantiene un carácter residencial de urbanización incompleta. Cuenta con 79 hectáreas por desarrollar. Para esta UPZ se cuentan 27 barrios.

La UPZ cuenta con 74.891 personas, con una densidad poblacional de 276 personas por hectárea, el 94.1% pertenecen al estrato 1, el 5.8% pertenece al estrato 2. Las zonas más pobladas son: Candelaria (Con cuatro etapas), Arborizadora y Manuela Beltrán, las menos pobladas son las zonas altas de Jerusalén. La mayor

parte de la UPZ se encuentra localizada en terreno plano del sector 3, establecido por el POT con desarrollos como: Manuela Beltrán, Jerusalén sectores Bella Vista La Y, Jerusalén sector el Plan, Jerusalén sector la Isla, Sector las Brisas, Sector Media Loma, Sector Nueva Argentina, Sector Paraíso, Sector Plan Canteras, Sector Potosí, sector Pradera Esperanza, Sector Santa Rosita las Vegas, Sector tanque laguna, entre otros.

Existen problemas con relación a la escrituración de los predios, específicamente en el sector por donde pasa la prolongación de la vía a Villavicencio, puesto que muchos propietarios de las viviendas no poseen escrituras lo que impide la venta de los predios al IDU, de igual manera no se reconoce el valor real de las viviendas, los barrios afectados por este problema son Los Cerezos y Pradera.

Los barrios del sector Jerusalén se ven afectados por la actualización del trazado de las avenidas Jorge Gaitán Cortes y Alameda del Sur, de acuerdo al POT. Esto genera tensión en la comunidad debido a que implicará la adquisición de viviendas y el desplazamiento de muchas familias.

Tabla 37 Barrios por Unidades de de planeación zonal

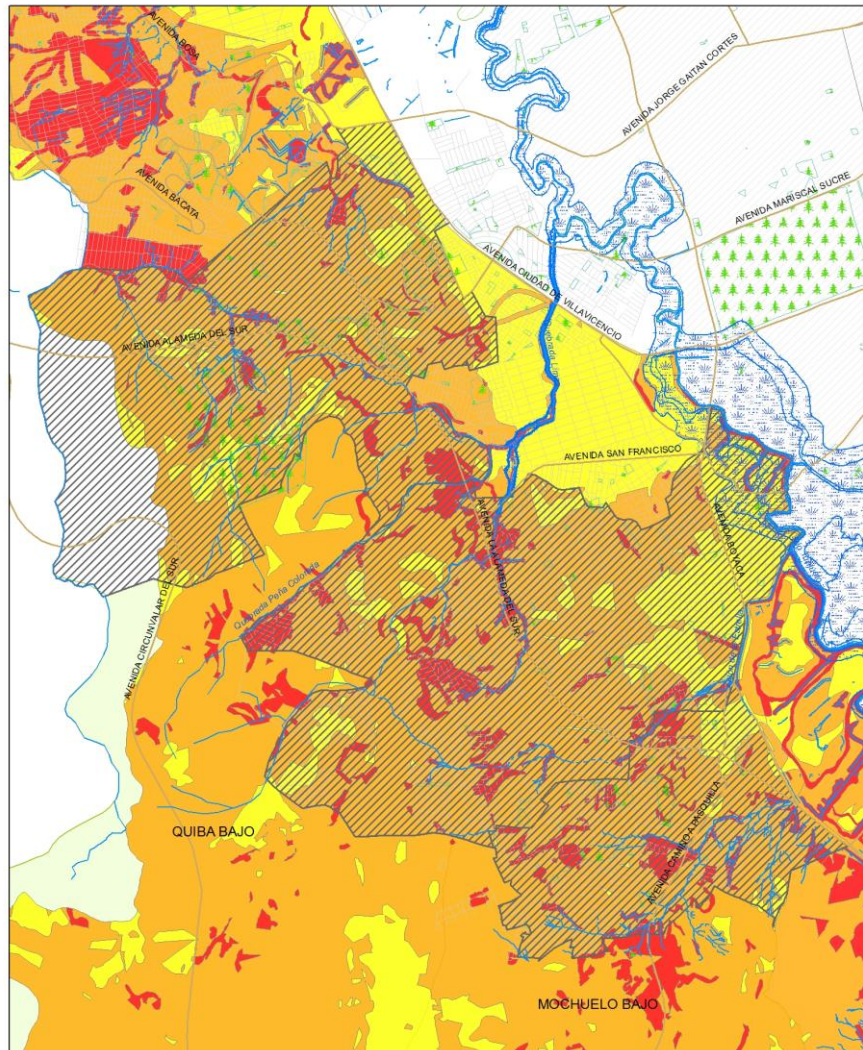
Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
70	JERUSALEN	ARBORIZADORA ALTA
		BELLAVISTA
		BELTRÁN
		FLORIDA SUR ALTO
		JERUSALÉN
		JERUSALEN SECTOR BELLAVISTA - LA Y
		JERUSALÉN SECTOR EL PLAN
		JERUSALÉN SECTOR LA ISLA
		JERUSALÉN SECTOR LAS BRISAS
		JERUSALÉN SECTOR MEDIA LOMA
		JERUSALEN SECTOR NUEVA ARGENTINA
		JERUSALÉN SECTOR PARAISO
		JERUSALEN SECTOR PLAN CANTERAS
		JERUSALÉN SECTOR POTOSI
		ESPERANZA
		VEGAS
		JERUSALEN SECTOR TANQUE LAGUNA
		LA PRADERA
		LAS BRISAS
		LAS VEGAS DE POTOSI
		POTOSÍ
		URB. BOSQUES DE CANDELARIA
		URB. CANDELARIA LA NUEVA II SECTOR
URBANIZACION LA MILAGROSA		
VERONA		
ETAPA		
VILLAS DE BOLIVAR		

Fuente: Planeación Distrital Plan de ordenamiento territorial año 2003

3.2.2 Afectación del territorio social II en salud y ambiente

Los procesos de urbanización no planeada generan condiciones que exponen la vida de los que habitan en el, en especial se presenta la clasificación de riesgo media, sin desconocer que el territorio no es homogéneo en los riesgos; en el siguiente mapa se grafican las amenazas naturales.

Mapa 34. Mapa Amenazas Naturales territorio II
Amenazas Naturales Territorio Social II



Convenciones

- Ríos
- Vías Principales
- Vías Secundarias
- Zonas Verdes
- Territorio Social II

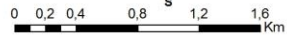
Veredas Ciudad Bolívar

Remocion en masa

- AMENAZA
- ALTA
- BAJA
- MEDIA
- Areas inundables

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
Empresa social del Estado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
 BOG
BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD



Fuente: secretaria Distrital de Planeación 2003

Fuente: Dirección de prevención y atención de emergencias-DEPAE. 2003

La mayor concentración de zonas de alto riesgo está en las partes pendientes de Lucero y Tesoro. Las siguientes son las afectaciones del territorio:

Contaminación Hídrica: Dentro de las fuentes hídricas que presentan mayor afectación se encuentran: Quebrada Trompeta, Quebrada Limas, El Infierno, Zanjón de la Estrella, Quebrada peña Colorada, las cuales por acción de los vertimientos de carácter doméstico e industrial presentan degradación a lo largo de su curso.

Quebrada Limas: Esta quebrada en la zona II atraviesa desde Quiba hasta el barrio Villa Gloria en la UPZ Lucero, es un territorio donde confluyen varias problemáticas: olores ofensivos, manejo inadecuado de residuos, construcción de viviendas en la zona de ronda de la quebrada, proliferación de vectores (roedores, moscas, mosquitos, etc.), sedimentación del cauce por efecto del material proveniente de canteras, represamiento y desbordamiento de la quebrada por los anteriores factores.

Quebrada Trompeta: La micro cuenca de la quebrada LA TROMPETA está conformada por dos afluentes denominadas quebrada El Infierno y quebrada El Diablo. Desde el barrio San Joaquín hasta la Avenida Boyacá presenta vertimientos de aguas domésticas, presencia de residuos sólidos domésticos y generados por vehículos de tracción animal, invasión de ronda y acumulación de material sedimentable por acción de la actividad de extracción minera.

Contaminación atmosférica: Esta zona presenta afectación proveniente de las emisiones de fuentes fijas como fábricas artesanales de fundición de metales, quemas de carbón de leña y fuentes móviles con contaminantes como Dióxido y Monóxido de carbono, Óxidos de Nitrógeno y Azufre, Material Particulado. Además recibe toda la carga contaminante proveniente del Relleno Sanitario doña Juana y el Parque Minero Industrial el Mochuelo por acción del viento.

Afectación al Suelo: Esta zona se encuentra determinada por la ubicación de familias en zonas de alto riesgo y en forma de invasión, lo que conlleva al establecimiento de barrios ilegales que no cuentan con el acceso a servicios públicos, esto contribuye al deterioro de la calidad de vida de los habitantes de la zona. Así mismo se encuentran industrias en áreas residenciales y la inadecuada explotación pecuaria en los barrios de San Joaquín, Bella Flor, Alpes y Paraíso, entre otros.

Riesgos naturales: Uno de los mayores riesgos de carácter natural presentes en la zona corresponde a la remoción en masa e inundación debido al desbordamiento de las quebradas.

Riesgos Antrópico: La zona II cuenta con diferentes conflictos sociales originados por la presencia de grupos armados ilegales, delincuencia común y consumo de sustancias psicoactivas.

3.2.3 Condición socioeconómica

En la siguiente tabla se describe el número de manzanas por estrato socioeconómico, definido en el Distrito Capital:

Tabla 38 Número de manzanas por estrato socioeconómico y por UPZ

Territorio Social II	Número de manzanas por estrato socioeconómico					
	Estrato 0		Estrato 1		Estrato 2	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
UPZ 67 El Lucero	106	33,23	1215	52,42	240	76,92
UPZ 68 El Tesoro	70	21,94	431	18,59	30	9,62
UPZ 70 Jerusalen	143	44,83	672	28,99	42	13,46
Total	319	100,00	2318	100,00	312	100,00

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital 2006

De acuerdo a la tabla anterior, la UPZ Jerusalén es la de mayor concentración de manzanas en estrato 0; en estrato 1 y 2 en la UPZ del Lucero; no existe estrato 3 para este territorio. Del total de 2949 manzanas de este territorio, el 10,81% (319) demuestran un deterioro de mala calidad de servicios básicos de la vivienda y de servicios públicos.

3.2.4 Ocupación

Esta zona está densamente poblada, con alto desarrollo económico, en especial de la comercialización de productos; sin embargo se presentan dificultades para relacionarse con otros puntos de la de la ciudad, además se concentra la mayor población desempleada de la localidad y en promedio solo trabaja una persona por hogar.

En cuanto a la presencia de unidades de trabajo informal se evidencia la mayor actividad en el sector de consumo como restaurantes y panaderías, seguido de salas de belleza, comercio, y reparación de automotores en mayor número.

De las intervenciones del Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. del ámbito laboral, se detecta que las actividades económicas predominantes se encuentran asociadas a los riesgos de tipo biológico dado por las actividades en los restaurantes, panaderías y salas de belleza, relacionados con la disposición de residuos sólidos y manejo de herramientas contaminadas por residuos; el riesgo ergonómico para estos trabajadores es debido a posturas inadecuadas y manejo de cargas; riesgo de tipo químico en especial para la reparación de automotores, los cuales producen en el trabajador alteraciones osteo-musculares, respiratorias y enfermedades asociadas a virus, bacterias y hongos.

Para la vigencia 2009 se realizaron entre otras, promoción del trabajo decente en unidades de trabajo informales correspondientes a grupos étnicos, entre los cuales se encontraron grupos indígenas (Wounaan - Kamsá) y afro descendientes, se encuentran relacionadas sus actividades con trabajo de artesanías y restaurantes respectivamente.

Tabla 39 Distribución de trabajadores según salario, actividad económica y etapa de ciclo año 2009

Sexo	Número de trabajadores	Salario			Actividad económica				Etapa de ciclo vital				
		Menos de 1 mínimo	1 Mínimo	Más de un mínimo	Restaurantes	Panaderías	M-Mecánica	Madera	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulto	Mayor
Mujeres	264	39,0%	48,1%	12,9%	62,6%	34,1%	1,9%	1,4%	1,1%	1,5%	23,5%	72,0%	1,9%
Hombres	244	29,9%	49,6%	20,5%	32,3%	56,7%	5,5%	5,5%	2,0%	3,3%	20,8%	67,8%	6,1%
Total	508	68,9%											

Fuente: Intervención promoción de entornos saludables, en Unidades de trabajo informal, ámbito laboral del Hospital Vista Hermosa I Nivel año 2009

Existen 0.9 hombres frente a una mujer que trabaja; los hombres presentan un mejor ingreso probablemente por las actividades económicas que desarrollan (metal mecánica y maderas), que las mujeres que en mayor número realizan actividades relacionadas con la actividad económica de consumo, la actividad de los hombres a pesar de funcionar a demanda representa mayor ingreso, lo que justificaría un ingreso superior para estos. El 68,9% de los y las trabajadoras se encuentran por debajo de un salario mínimo, que impide suplir las necesidades básicas de la familia. La mayor concentración de trabajadores se encuentra en la etapa de adulto con similar proporción para hombres y mujeres. Se encuentran 7 mujeres y 12 hombres menores de edad trabajando en las actividades económicas de panaderías y restaurantes.

3.2.5 Servicios Públicos

“En el sistema jurídico colombiano el concepto de servicio público es genérico y está compuesto por diferentes especies de origen constitucional o legal, en efecto son servicios públicos desde el punto de vista constitucional: la seguridad social, la salud, el saneamiento ambiental, la educación y los servicios públicos domiciliarios. Desde el punto de vista legal son servicios públicos: el transporte público, transporte y distribución de petróleo y sus derivados.”⁵⁸

▼ La vivienda con servicios públicos

En atención a solicitudes de vivienda en riesgo se han realizado visitas a 32 solicitudes en viviendas de alto riesgo por humedad y filtraciones, que se canalizan a la Empresa de Acueducto y Alcantarillado, en algunos casos se dejan recomendaciones para saber si las filtraciones son ocasionadas por los vecinos o son filtraciones por el terreno, vale aclarar que estas visitas no tienen concepto sanitario; se realizan dos visitas y si no cumplen con las recomendaciones se canaliza a la Alcaldía Local para que ellos tomen las medidas pertinentes, a la fecha se desconocen las medidas tomadas por esta entidad.

⁵⁸ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Servicios-Publicos-Domiciliarios-En-Colombia/237389.html>, Junio 24 del 2010, 11:35

▼ Establecimientos públicos

No existe un censo confiable sobre el número de establecimientos públicos en las UPZ de la localidad, esto se debe a la dinámica de abrir y cerrar establecimientos de acuerdo a las necesidades de los dueños de estos centros de atención, que obedece a una dinámica de mercadeo y consumo que se establece de acuerdo al ingreso económico de los que habitan una región. El Hospital de Vista Hermosa I Nivel realiza visitas de inspección, vigilancia y control a establecimientos públicos dando cumplimiento a la normatividad sanitaria, de esta actividad se desprende la siguiente descripción de establecimientos visitados:

A sitios comerciales de bajo riesgo, como parqueaderos, venta de ropa, cabinas telefónicas, oficinas de chance y baratillos entre otros, donde se han realizado 22 visitas, de estas, 5 establecimientos tienen concepto favorable, ya que han cumplido con todos los requerimientos normativos, y 17 están en concepto pendiente, aquellos donde cumplen parcialmente con los requerimientos normativos, por lo tanto se otorgan plazos para que se cumplan las observaciones que se dejan durante la visita inicial, los pendientes son por falta de botiquín de acuerdo a resolución 705 del 2007, o fallas en el aseguramiento del sistema eléctrico, extintores sin recargar y señalización de áreas incompleta.

Entre los establecimientos que sirven como bodegas de reciclaje o como compra y venta de material de segunda para construcción se han detectado 16 establecimientos, de los cuales hay 2 visitados y que se encuentran en concepto sanitario favorable ubicados en la UPZ 70, esto debido a que ya cumplieron con los requerimientos normativos. En pendiente se encuentran 14 establecimientos porque sus condiciones estructurales no son aptas para almacenar grandes cantidades de material, por desorden y desaseo en las zonas de almacenamiento, por falta de botiquín completo y por tener extintores sin recarga vigente. Actualmente se encuentran dentro de un plazo establecido con el propietario para dar cumplimiento a los requerimientos dejados en la visita. Los establecimientos que se visitaron se encuentran ubicados en la UPZ 67.

Se ha realizado inspección, vigilancia y control a los almacenes donde se comercializan colchones con el fin de verificar los proveedores y controlar que no se estén adquiriendo colchones en lugares que no cumplan con la normatividad de producción y sanitaria que los rige. Se han visitado 5 establecimientos quedando en concepto favorable un establecimiento visitado en la UPZ 67 Lucero, barrio Lucero Bajo, después de realizar 3 visitas durante el año y en pendiente hay 4 establecimientos, debido a que son visitas similares a las que se hacen en los establecimientos de bajo riesgo, el incumplimiento parcial de la normatividad sanitaria permite dar un plazo para que el propietario las atienda, en el caso de no hacerlo en el tiempo establecido se emitiría el concepto sanitario desfavorable.

3.2.6 Descripción de la situación educativa

Hay un total de 82 colegios, de los cuales 39 son públicos y 43 privados; este territorio aporta el 40,95% para la localidad. El Hospital Vista Hermosa, I Nivel, E.S.E. interviene a través de la estrategia de salud al colegio a 11 colegios para este territorio social, repartidos así: 5 en la UPZ 67, 2 en la UPZ 68 y 4 en la UPZ 70, con 19.472 estudiantes sin contar con docentes y padres o cuidadores; la cobertura por colegios con la estrategia de salud al colegio es de 28,20% en el territorio.

Como problemática social se encuentran familias completas que consumen psicoactivos y desintegradas, abuelos cuidadores, madres con hijos de diferentes padres que ocasionan abuso sexual y abandono y negligencia de los padres.

Entre los docentes existe alta rotación de estos por la dificultad para enfrentarse con la problemática social de los estudiantes, entre ellos hay porte de arma blanca que facilita la amenaza, un docente fue asesinado por un estudiante.

Además existe una problemática ambiental por los olores del relleno, hay cortes de agua, ya sea porque no sube o por daños en la red, presencia de perros con alta frecuencia de accidentes de animal mordedor y basuras en las calles.

Existen pandillas y grupos como Emos o metaleros que pelean entre ellos; confrontación entre estudiantes de diferentes instituciones y embarazos en mujeres adolescentes no cuantificadas, falta por profundizar este dato.

Con las actividades de inspección, vigilancia y control, se interviene a 89 establecimientos educativos de más de 100 alumnos, incluyendo en esta actividad a casas vecinales, jardines y un hogar de bienestar familiar múltiple, donde hay 10 hogares de bienestar familiar (HOBIS) en una sola infraestructura.

Se emitió concepto favorable a 12 establecimientos educativos que cumplen con todas las normas de funcionamiento, garantizando el bienestar de la comunidad escolar, en concepto pendiente se encuentran el 78,65% (70) por no cumplir con todas las exigencias dejadas para el funcionamiento adecuado, entre las exigencias más comunes está la tienda escolar por no tener plan de saneamiento, control de proveedores, carnés y certificados médicos de los manipuladores de alimentos y en cuanto a la infraestructura de los establecimientos por mantenimiento a unidades sanitarias, lavado de tanques y controles integrales de plagas. En concepto desfavorable se encuentran 5 establecimientos educativos por no cumplir con exigencias dejadas desde el año pasado y por encontrarse en algunos casos con humedades en los colegios que pueden provocar riesgo para la comunidad estudiantil, en la parte física por que las placas se pueden colapsar y provocar accidentes y en lo biológico por enfermedades respiratorias ocasionadas por la humedad que se presentan en techos, paredes y en algunos casos por rebosamiento de aguas residuales, como fue el caso de un colegio Distrital, en otros conceptos hay 2 establecimientos que han sido cerrados o trasladados de sitio de trabajo.

Se interviene a 32 establecimientos educativos de menos de 100 alumnos también, incluidos jardines y casas vecinales, sus conceptos son: 4 establecimientos favorables, 25 pendientes y 3 cerrados, las características de los conceptos son similares a las de los colegios de más de 100 alumnos.

En inspección vigilancia y control a 255 hogares de bienestar familiar sus conceptos son: 19 hogares favorables por cumplir con las normas mínimas de funcionamiento, y con concepto pendiente el 91,37% (233) por no cumplir con las mínimas normas de funcionamiento, para lo cual se han dejado exigencias y aun no han sido cumplidas en su totalidad, estas por lo general son mejoramiento de unidad sanitaria exclusiva para los menores, plan de saneamiento, manejo adecuado de residuos y botiquín entre otros, hay 2 hogares en desfavorable por no cumplir con las exigencias dejadas durante el proceso de cuatro visitas y poner en riesgo la integridad de los menores, y 1 hogar cerrado por estar funcionando en un segundo piso de una tienda que vende bebidas alcohólicas.

Las condiciones socioeconómicas, culturales, el nivel de educación, la inseguridad, violencia y los problemas de diseño arquitectónico en las infraestructuras entre otros, hacen que temas como la actividad física y el movimiento corporal en lo local adquieran relevancia como elementos necesarios en la construcción de la calidad de vida y la salud de los sujetos, y en la formación de tejido social y movilización cotidiana como satisfactor de múltiples necesidades de la existencia humana.

3.2.7 Condiciones de producción consumo

En la ficha de caracterización de Salud a su Casa se realizan unas preguntas que permiten determinar la situación de seguridad alimentaria y nutricional, en las familias intervenidas se encuentra que para este territorio hay un total de 80.866 individuos caracterizados activos a abril de 2010. Es importante mencionar que las siguientes preguntas no especifican la etapa de ciclo vital.

A la pregunta: Por falta de dinero para comprar alimentos, ¿algún miembro de la familia, en el último mes, dejó de recibir algunas de las comidas (desayuno, almuerzo o comida)?” se obtuvo que el 21,52% (17.406) individuos dejaron de recibir alimentos.

En el último mes, ¿Faltó dinero en el hogar para comprar alimentos?” un total de 23,69% (19.159) individuos presentaron esta dificultad.

En el territorio se cuenta con 8 comedores comunitarios de IDIPRON, donde se beneficia población de todas las etapas de ciclo vital, sin embargo, hacen principal énfasis en personas mayores, niños, mujeres gestantes, personas en condición de discapacidad y madres cabeza de familia. Además de 24 comedores comunitarios de la Secretaria de Integración Social. Desde la ESE, se realizan actividades de educación en salud oral, con un espacio en el baño para este uso, actividades de educación higiénica sanitaria con la respectiva caracterización por cada comedor, así como de los derechos en alimentación y frecuencia de alimentos con valor nutritivo que se relacionan a los del suministro del comedor

Desde la intervención de promoción y vigilancia de la aplicación del Código de Sucedáneos y el decreto 1397 de 1992 se realizó trabajo de campo en supermercados, mini mercados y expendios minoristas con los profesionales del área de medio ambiente; teniendo en cuenta el comportamiento de las diferentes UPZ de la localidad, se eligió la UPZ 67 Lucero para realizar la intervención, fue difícil encontrar leches artificiales, razón por la cual se recurrió a las etiquetas de algunos alimentos complementarios de la leche materna, incluyendo cereales, papillas, así como leches de continuación y de uso familiar, en total se revisaron 17 productos; siendo Nestlé y Comercial Tropical Gel las de mayor uso.

3.2.8 Dinámica poblacional con enfoque diferencial.

Este territorio es el más densamente poblado en relación con el resto de la localidad y así mismo es la zona con más presencia de actividad comercial, asociada al acceso a vías principales que facilitan la comercialización de productos. En cuanto a la presencia de unidades de trabajo informales la mayor

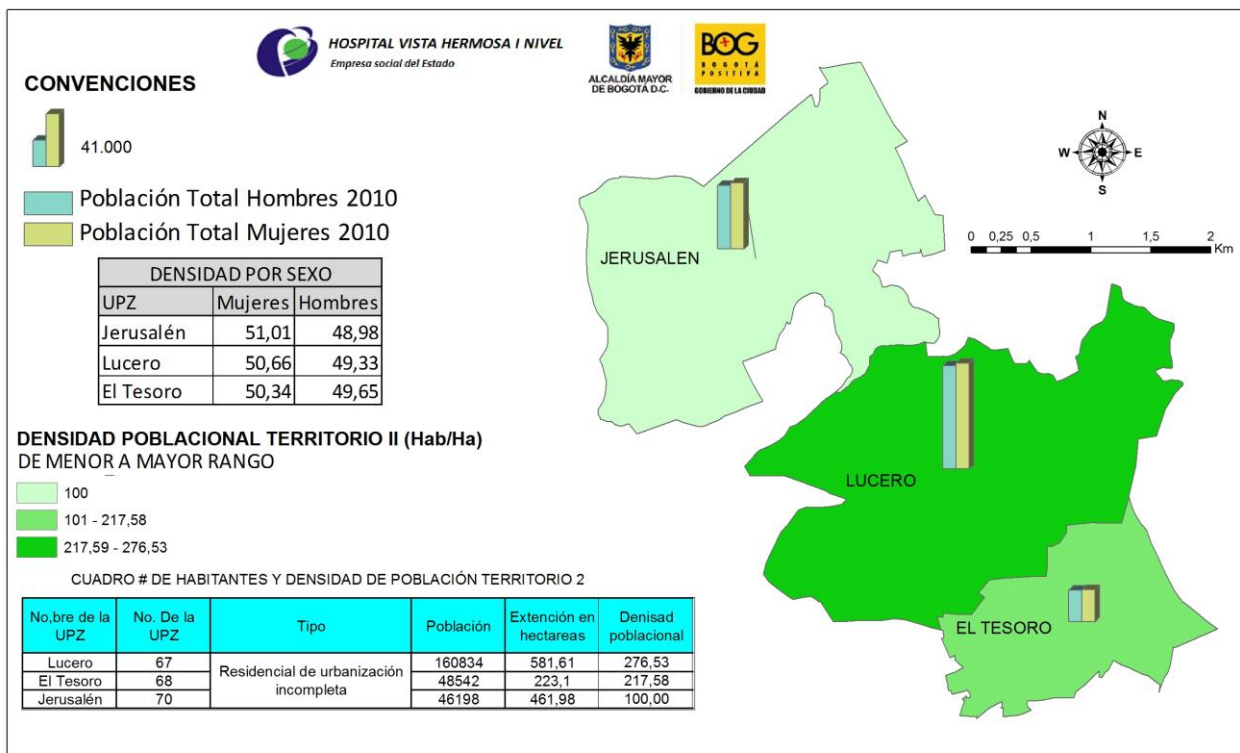
actividad es en el sector de consumo como restaurantes y panaderías, seguido de salas de belleza, comercio, y reparación de automotores en mayor número.

De acuerdo a las actividades económicas predominantes, se encuentran asociados los riesgos de tipo biológico para restaurantes, panaderías y salas de belleza, relacionada con la disposición de residuos sólidos, y manejo de herramientas contaminadas por residuos biológicos; el riesgo ergonómico para estos trabajadores y para las demás actividades económicas ocupa también un lugar importante debido a posturas inadecuadas y manejo de cargas; riesgos de tipo químico en especial para la reparación de automotores, los cuales producen en el trabajador alteraciones osteo-musculares, respiratorias y enfermedades asociadas a virus, bacterias y hongos.

Con relación al dato poblacional, se toma la proyección 2006 – 2010, representando en el siguiente mapa la distribución de población por territorio social II (ver mapa 35):

Mapa 35 Densidad de población por territorio social II

DENSIDAD DE POBLACIÓN TERRITORIO 2 POR UPZ

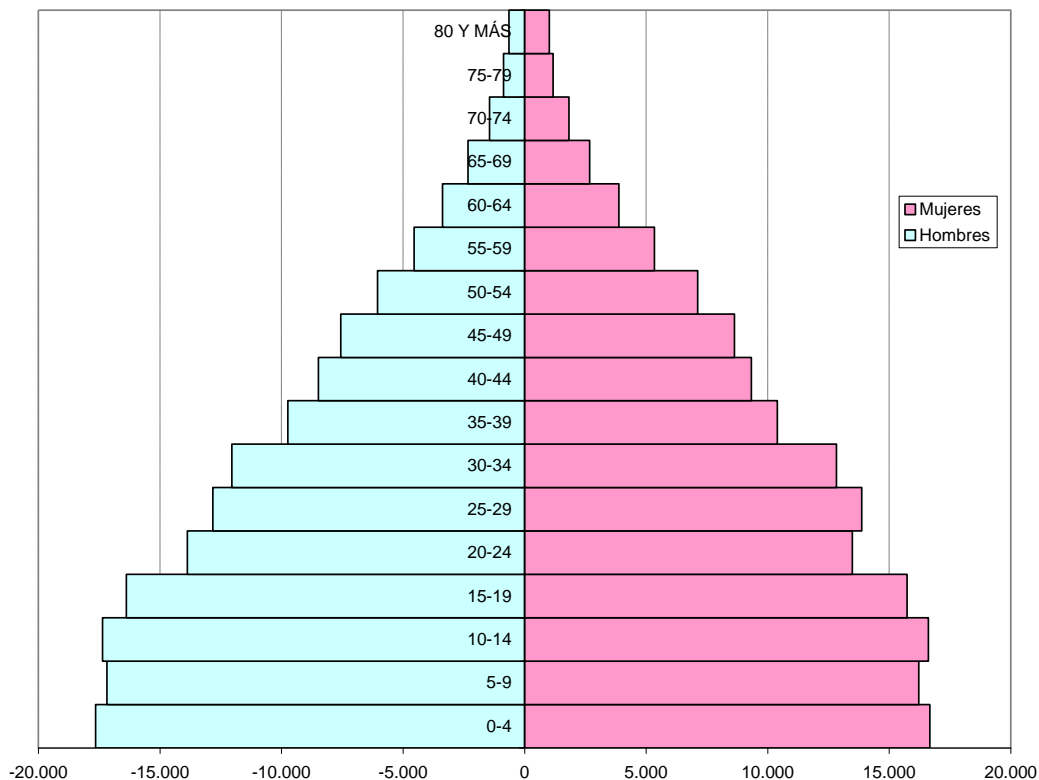


DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015 (Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

Mayor concentración de población en la UPZ Lucero, hombres y mujeres se distribuyen por igual en cada UPZ; la UPZ Lucero es el lugar de mayor concentración de la población, tal vez por ser la primera en

consolidarse en este territorio, la del Tesoro es un potencial para el crecimiento urbano, a futuro se puede presentar una dinámica diferente de población por territorios de acuerdo a la dinámica de organización del territorio.

Gráfica 16 Estructura de la población año 2010 del territorio social II



FUENTE: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015 (Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

De acuerdo a la gráfica anterior se ve una pirámide en expansión, a medida que se incrementa en edad se disminuye la población, bien sea por que salen del territorio, el 49,27% son hombres y el 50,73% son mujeres, a partir de los 25 años predominan las mujeres frente a los hombres.

Este territorio se caracteriza por recibir un alto porcentaje de población desplazada y grupos étnicos, quienes intentan convivir en un contexto urbano, lo que afecta las prácticas y creencias que culturalmente han construido en sus lugares de origen.

El siguiente análisis de situación se basa en las diferentes relatorías y grupos de trabajo comunitario de los profesionales que desarrollan actividades en los diferentes espacios y barrios; se narra desde los determinantes sociales de salud y como estos afectan en la salud de los que habitan el territorio.

3.2.9 Enfoque diferencial

Se entiende por enfoque diferencial, el reconocimiento de situaciones y condiciones particulares, determinadas por características como la edad, el género, la discapacidad, el desplazamiento y la pertenencia a un grupo étnico.

Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona, lo que implica avanzar en un análisis relacional que haga visible las diferencias, mostrando las múltiples maneras de leer la realidad y las variadas formas de apropiarse del territorio.

En este sentido, un análisis desde el enfoque diferencial implica hacer una discusión crítica, desde el amplio abanico jurídico que nos plantea la Constitución de 1991, al erigirse Colombia como una nación pluriétnica y multicultural⁵⁹, y como esta mirada normativa logra accionar en la cotidianidad socio – cultural, desde los usos y costumbres, practicas, hábitos y relaciones interculturales.

▼ Etnias

En este territorio han sido identificados por el Hospital Vista Hermosa las comunidades indígenas Woaunaan, Uitoto, Tubu, Ambika Pijao e Ingas; ubicados especialmente en la UPZ Lucero y el grupo afro colombiano que habita en el Paraíso. Aunque diferentes en muchos aspectos étnicos – culturales, estos grupos presentan una serie de coincidencias o condiciones comunes que afectan de distinta forma a las personas pertenecientes a la comunidad, de acuerdo a la etapa de ciclo vital en la que se encuentran.

Antes de exponer estas características, se debe aclarar que entre las comunidades étnicas hay diferencias en cuanto a la cosmovisión y cosmogonía, por ejemplo, aspectos frente a la manera como se entiende y se asume la salud puede variar entre un grupo y otro; para comunidades indígenas como los Inga ubicados principalmente en este territorio, la salud es entendida de manera holística, integral, en donde cuerpo y mente están conectados entre sí y con la naturaleza, con la “madre tierra”, por esta razón las comunidades no tienen disgregados temas como la salud mental o la salud sexual o reproductiva porque todo hace parte de un todo. Por otra parte, comunidades como los grupos de interés afro colombianos de Paraíso y Divino Niño, comprenden la salud más como la ausencia de la enfermedad, y por tal razón, podríamos comprender porque sólo asisten a los servicios de salud cuando son casos de extrema urgencia.

La incursión de estos grupos étnicos en la ciudad ha generado transformaciones irreparables, producto de procesos de enculturación⁶⁰, que se transforman en la adopción y mezclas de prácticas culturales como medios de supervivencia en un contexto ajeno. Por tanto, no podemos hablar de homogeneidad en cuanto a las situaciones que afectan a los grupos étnicos, sino de particularidades acordes con las experiencias de vida y cotidianidad de la población.

⁵⁹ Constitución Política de Colombia 1991. Artículos 7, 10, 63, 68, 286. En donde se plantea la diversidad de la nación y el reconocimiento de la existencia de grupos con características especiales que demandan una atención especial.

⁶⁰ Proceso por el cual una persona adquiere los usos, creencias, tradiciones, etc., de la sociedad en que vive. Diccionario de la real academia de la lengua española

Aunque el desarrollo normativo y teórico sobre el enfoque diferencial para los grupos étnicos se encuentra en estado avanzado, las estrategias del distrito no presentan un enfoque diferencial, en la medida en que no hay una comprensión del mismo por parte de las instituciones, así como de los funcionarios y funcionarias.

Los casos exitosos se presentan especialmente en las comunidades organizadas en torno a la figura de cabildo, dentro de estas estrategias exitosas tenemos el proyecto Inga, que apunta al fortalecimiento de la medicina tradicional y la prevención del alcoholismo; el jardín infantil Inga, las canastas nutricionales para los cabildos, y la contratación de personal perteneciente a los grupos étnicos que direccionan la temática en algunas instituciones (Hospitales de la red pública, IDPAC, Casas de igualdad de oportunidades). Mencionemos que el reconocimiento distrital al cabildo le brinda la posibilidad a estas comunidades de actuar autónomamente en términos de ejecución de proyectos, contratación de personal de las mismas comunidades y seguimiento desde los usos y costumbres propios de los procesos, fortaleciendo una relación directa con la administración distrital, pero que los pone en un discurso desigual con las comunidades a las que no se les ha otorgado este carácter, entre ellos los pueblos afro colombianos.

▼ Desplazados

Los datos que se capturan para las personas desplazadas no son claros y muy seguramente pueden estar subregistrados, sin embargo, se toman datos de la unidad de atención y orientación a población desplazada, en la siguiente tabla:

Tabla 40 Número de personas desplazadas por UPZ en el territorio

Territorios sociales de la gestión social integral	UPZ	Total de personas	Total por territorio	Frecuencia por territorio
Territorio II	Jerusalén	303	1394	46,67
	Lucero	802		
	Tesoro	289		

Fuente: Unidad de atención y orientación a población desplazada año 2009

Según datos de la Unidad de Apoyo y orientación a población desplazada de la localidad de Ciudad Bolívar, en el territorio II, se caracterizó para el año 2009 a un total de 1349 personas en situación de desplazamiento, de las cuales 802 pertenecen a la UPZ Lucero, 303 a Jerusalén y 289 personas a Tesoro; siendo uno de los territorios donde hay mayor cantidad de población en situación de desplazamiento.

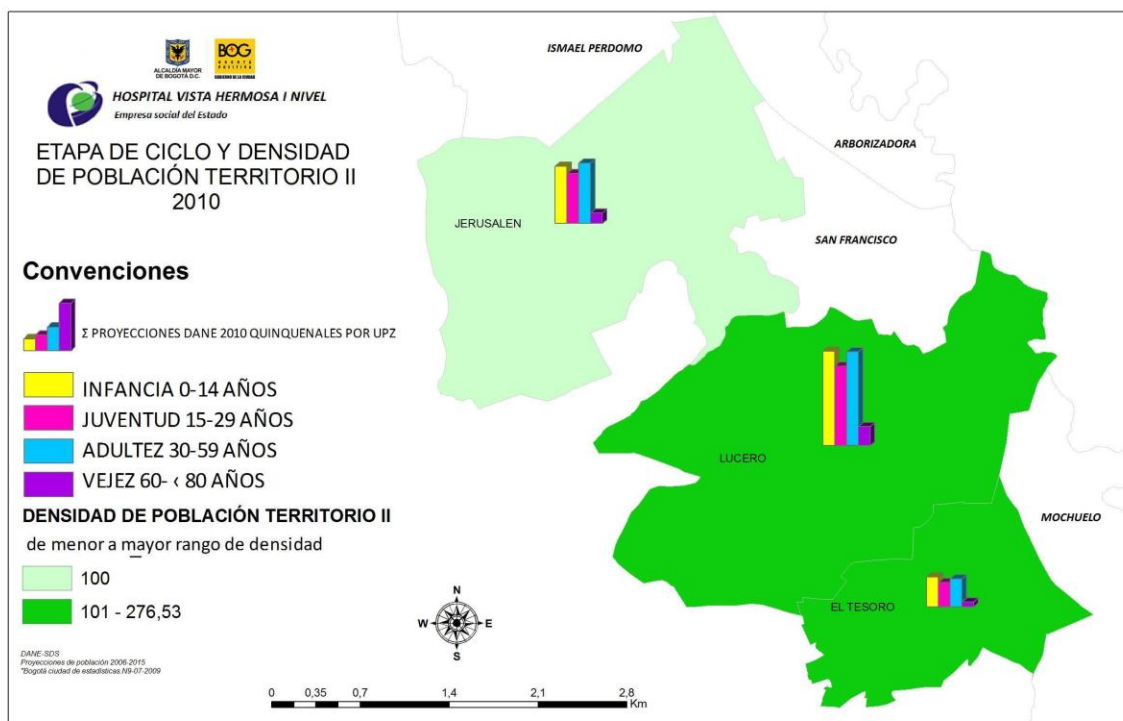
De acuerdo a la información recogida por el Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso en Salud (SIDBA), durante el año 2009 se identificaron 141 barreras de acceso a la población especial; 10 corresponden al territorio II; distribuidas en los centros de atención: 3 en el Cami Jerusalén, 6 en el Cami Vista Hermosa, 1 en la UBA Paraíso, todos estos ubicados en la UPZ Lucero. La barrera que se presentó con mayor frecuencia fue la dificultad en el acceso a servicios por inconsistencias, que se refiere a problemas por múltiple afiliación o cruces con el contributivo u otro ente territorial, seguida de la prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario; dificultades para prestación servicios POS, POS-S, NO POS-S; dificultad de acceso a servicios por ausencia del nombre del padre en registro civil con quien no tienen

contacto. Estas barreras de acceso se presentaron en todas las etapas del ciclo vital y se identifica con mayor frecuencia en mujeres por ser las que más consultan.

3.2.10 Condiciones de salud por etapa de ciclo

El siguiente análisis de situación se basa en las diferentes relatorías y grupos de trabajo comunitario de los profesionales que desarrollan actividades en los diferentes espacios y barrios; se narra desde los determinantes sociales de salud y como estos afectan en la salud de los que habitan el territorio por etapa de ciclo, en el siguiente mapa se incluye la población por unidad de planeación para el territorio.

Mapa 36 Número de hombres y mujeres que habitan por unidad de planeación zonal según etapa de ciclo del territorio social II



Fuente: Proyecciones de población DANE Elaborado por Gestión Local en salud año 2010

La etapa de mayor frecuencia es la de juventud seguida de la de adultez; a continuación se describe por etapa de ciclo. El territorio 2 aporta el 58,8% (6784) de registros de personas con discapacidad, la razón es de 1 hombre por cada mujer y de las UPZ la de mayor aporte de registro de personas con discapacidad es el Lucero. Sin embargo, tomando las proyecciones del DANE y agrupando la población como muestra el mapa 24, la mayor parte de la población está entre infancia y adultez, seguida por juventud.

▼ Infancia

El 21.91% (67.730) de los habitantes del territorio se encuentran en la etapa de infancia, donde la situación en salud y calidad de vida de la población infantil es atravesada por numerosos factores familiares, sociales, económicos y culturales que condicionan el desarrollo en lo intelectual, corporal, psicosocial y emocional, definiendo de manera importante roles y comportamientos en los niños y niñas que evidencian la falencia de estímulos y escenarios protectores en el territorio.

La pregunta es ¿cómo deberían ser esas pautas de crianza asertivas? ¿Cómo los padres pueden ajustar sus métodos de educación al ritmo en el cual los niños/as y adolescentes se mueven hoy en día?, la respuesta no es sencilla y debe atender a las particularidades de cada familia, pero sin lugar a dudas deben estar basadas en la comunicación, la confianza y la complicidad que muchas veces no existe entre padres e hijos, al punto de no poder ser amigos, y finalmente que los padres y madres conciban a sus hijos como una propiedad y no como misión.

Es necesario nombrar los diferentes tipos de familia que surgen de acuerdo a las historias de vida de las personas; en este sentido se encuentran familias mono parentales, extensas y compuestas, en las que se tejen otro tipo de vínculos afectivos y se asumen diferentes roles según las capacidades y necesidades de sus integrantes.

En el ámbito familiar se registra falta de diálogo y comunicación, se presenta la violencia intrafamiliar, donde el 50% de los notificados son de 11 años, la madre es con mayor frecuencia quien arremete contra sus hijos, seguida por el padre, el padrastro y otros, esta característica se acentúa en el en barrio Lucero siendo el de mayor notificación, es importante reconocer cual es el factor que desencadena en ella estas conductas de agresión, cuales son las cargas que tienen las mujeres-madres, cuáles son sus estrategias frente a la educación de los hijos y el rol del padre frente a esta actividad formadora y de responsabilidad compartida con la madre.

Otra de las dificultades que se vive al interior de las familias tiene que ver con la necesidad de que padres y madres deban trabajar en jornadas extensas y/o fines de semana para tener el sustento de las familias, donde generalmente se tienen dos o más hijos/as. Cabe anotar que el desempleo es una situación que aqueja a muchos habitantes del territorio, por esta razón quienes cuentan con un trabajo no pueden perderlo, el punto está en que por el exceso de ocupación se descuiden las tareas propias con los hijos/as y se incurra en la negligencia.

Esto deriva que en situaciones de soledad, descuido y abandono de niños y niñas, se refleja en la falta de cuidado y aseo personal, mala higiene oral, desnutrición o malnutrición, dificultades escolares, accidentes domésticos o incursión en parches, donde pueden iniciar el consumo de sustancias psicoactivas.

Los niños y niñas presentan malos hábitos de higiene oral generando enfermedades dentales iniciales como la caries dental y enfermedades de tejidos de sostén como la gingivitis; el acceso a los servicios de salud oral se ve limitado por falta de tiempo de los padres de familia y/o por las dificultades con el aseguramiento y por las formas de contratación que tienen las EPS con el I Nivel de Atención, sin embargo, se ha registrado el bajo compromiso de los padres de familia para involucrarse en los hábitos de higiene oral de sus hijos/as como el cepillado, evidenciándose aun más el descuido los fines de semana; además la no asistencia a los servicios de salud oral.

Con relación a la seguridad alimentaria y nutricional de las familias, existe un total de 22,3% (18041 individuos) que redujeron la ración de alimentos que consumían, asociado a factores económicos. En los escolares el diagnóstico nutricional para los menores de 10 años contó con 33.202 registros captados en los servicios de atención de las IPS del Hospital, donde se registró desnutrición aguda en menores de diez años en el 1,3% (431 niños y niñas), en la población en riesgo por bajo peso el 2,3 % (763 niños y niñas), es decir susceptible a deteriorar fácilmente su estado nutricional actual; en cuanto al estado nutricional normal es del 42% (13944 niños y niñas) y los niveles de sobrepeso del 1,6% (531 niños y niñas). En este indicador es el territorio II el que presenta los mayores porcentajes de población con bajo peso y riesgo a desnutrición aguda.

Los niveles de baja talla o sea desnutrición crónica, en menores de 10 años fue del 8,2% (2.722 niños y niñas), en comparación con la población en riesgo que fue del 7,2%, (2390 niños y niñas), en cuanto a la población que se encuentra con talla adecuada para la edad fue del 21,1 % (7.005 niños y niñas).

Con respecto a la situación nutricional de las mujeres en periodo de gestación y sobre un total de 7.854 datos que ingresaron al SISVAN, el bajo peso es del 19% (1.492 gestantes), mientras que la malnutrición por exceso expresada en sobrepeso y obesidad para este grupo se encuentra en 10% (785 gestantes), un 24% (1884 gestantes) se encuentran en adecuado peso para la edad gestacional.

Por otro lado, para la población infantil desplazada, el conflicto armado ha significado un grado de vulnerabilidad para niños, niñas y mujeres, dado que esta población se ha convertido en botín de guerra para el conflicto interno del país; al desplazarse forzosamente, los niños y las niñas enfrentan problemas específicos como necesidades básicas insatisfechas, inadecuadas relaciones entre pares debido a las diferencias culturales, fragmentación familiar, ruptura de redes sociales, inseguridad alimentaria, exposición a enfermedades por condiciones de hacinamiento y por cambios climáticos en que su vestido no es acorde al frío y a las corrientes de aire de la localidad.

Dentro de la familia desplazada, la infancia se encuentra en dinámicas de continua transformación por los efectos ocasionados por el desplazamiento; así, se identifica que la desnutrición, las enfermedades respiratorias agudas, la desescolarización, la existencia de múltiples barreras de acceso a los diferentes servicios para la restitución de sus derechos, los cambios culturales continuos y severos, la discriminación y necesidades básicas insatisfechas son factores que inciden directamente en la cotidianidad de la infancia. También se reconocen afectaciones en términos de salud mental por violencia intrafamiliar, inestabilidad familiar, débiles redes de apoyo emocionales, duelos no resueltos o adquisición de nuevos roles dentro de los núcleos familiares debido a que en algunas ocasiones se ha perdido la figura paterna, materna o de autoridad y falta de recreación y estimulación.

De acuerdo a la distribución escolar en la localidad de Ciudad Bolívar, existe un total de 997 niños y niñas, distribuidas por sexo: el 55% (545) mujeres y un 45% (452) hombres, sin embargo, no se cuenta con información cualitativa que sustente las diferencias en relación con el sexo.

En el caso de niños y niñas pertenecientes a grupos étnicos se ven abocados a la ruptura en las dinámicas de socialización y transmisión de la cultura, que se transforma en estrategias de adaptación a la ciudad, provocando choques por la asimilación de tecnologías, una lengua diferente, cambios en la dieta alimentaria, abandono y adopción de roles, manejo de un vestuario distinto, apropiación de un espacio

habitacional ajeno a sus usos y costumbres, entre otros, que finalmente desencadenan una resignificación de la identidad cultural, pasando por la pérdida del pensamiento propio y la adopción de nuevas prácticas.

Las consecuencias de esta situación son evidentes; los niños y niñas de las comunidades que no tienen como lengua el español, al enfrentarse al nuevo territorio al que han llegado no hablan ya la lengua propia de su etnia, a excepción de la comunidad Woaunaan, en la cual el 100% de los niños aún hablan la lengua propia de su pueblo.

De la misma forma, en los colegios o jardines se enfrenta a una serie de situaciones, tales como estigmatización por su indumentaria, discriminación por parte de sus compañeros, pero esto no es más que el reflejo de tener que enfrentarse a un sistema educativo que les es extraño y que no tiene nada que ver con las dinámicas propias de sus comunidades. Si bien el Estado Colombiano ha venido avanzando en una jurisprudencia en el tema, a la hora de aplicar la normatividad existe un pleno desconocimiento y barreras para adaptar modelos de educación bilingüe y propia, que terminan en deserción escolar.

Por otra parte, la inseguridad en los barrios afecta doblemente a los niños de los grupos étnicos, debido a la marginalidad de algunas zonas donde se encuentran sus viviendas o el trabajo de sus padres, esto en el caso Inga conlleva a la exposición a situaciones como drogas y pandillas, entre otras, a las cuales no estaban acostumbrados en sus lugares de origen. En general, hay una interrupción de sus vivencias como niños dentro de sus comunidades, que se ven drásticamente detenidas por el proceso de adaptación a un nuevo territorio.

La alimentación, que en el territorio de origen tiene un significado profundo y va más allá de la nutrición o la satisfacción del apetito, y que juega un papel en la comunicación e interacción entre la comunidad, en el territorio II es insuficiente para satisfacer la demanda diaria y no corresponde a la dieta propia a la que estaban acostumbrados los niños y las niñas.

En cuanto a la población afro, los niños y niñas de los sectores de Divino Niño se enfrentan a una serie de enfermedades respiratorias debido al polvo de las calles y a la existencia de una microempresa de fundición de aluminio en el sector de Divino Niño. De la misma forma, cuando hay temporadas de lluvias los niños y las niñas afros de este sector son los más vulnerables debido a que las viviendas no presentan las condiciones adecuadas; son construcciones precarias en madera, las cuales permiten el paso del agua, presentando humedad, que afecta a la infancia con enfermedades respiratorias.

De la misma forma, la calidad de la prestación de los servicios públicos también les genera problemas en cuanto a la salud, principalmente en cuanto a la ausencia de un servicio de acueducto y alcantarillado, ya que el agua que consumen actualmente no es de buena calidad; lo que parece generar enfermedades diarreicas; en cuanto a la energía, otro problema que se presenta es que los cables de la luz no están bien instalados y en varias ocasiones se han producido cortos eléctricos, poniendo en riesgo la salud, principalmente de los niños, quienes juegan cerca de estas instalaciones.

En el caso de la infancia del sector de Paraíso se evidencia una afectación en la salud por causas similares a las de los niños y niñas de Divino Niño, provocando enfermedades diarreicas y respiratorias. La única diferencia encontrada en estos momentos es que por las encuestas realizadas por la referente del proceso de comunidades afros y la gestora comunitaria en el año 2009, se encuentra la infancia en condición de malnutrición.

En el ámbito escolar; la mayoría de niños y niñas de Divino Niño están estudiando en los jardines de la SLIS en Mochuelo Alto y Pasquilla Baja, y en los colegios aledaños al sector. Refieren que todo es normal, que los niños tienen ruta que los recoge y los lleva a la casa. Sin embargo, los niños y niñas del sector de Paraíso no cuentan con la misma suerte, algunos niños están sin jardín y colegio por múltiples inconvenientes como falta de documentos o desnivelación en cuanto al grado al que deben ingresar según su edad.

Para los niños y niñas en condición de discapacidad existe una concentración de colegios integradores ubicados por la diferencia, donde la comunidad educativa tenga escenarios comunes para entender la discapacidad en las UPZ Lucero y Jerusalén, desafortunadamente estos colegios no han asumido el enfoque diferencial, sino que han creado salones aparte en donde mantener a la infancia con discapacidad, este modelo lejos de ser integrador, lo que hace es aislar a la población. Se hace necesario crear espacios de convivencia y respeto.

Desde el trabajo adelantado por la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, se ha identificado la necesidad de fortalecer en los jardines infantiles principalmente la detección temprana de signos de alarma y alteraciones en el desarrollo, como método preventivo de futuras discapacidades y que permitiría actuar oportunamente frente a estas dificultades.

Se ha mencionado de manera importante la ausencia de docentes específicos para el área de educación física en primaria, jardines y casas vecinales; quienes desarrollan este rol son las maestras y maestros que tienen a su cargo los grupos de estudiantes y deben cumplir con la enseñanza de todas las demás materias. Si bien la labor que estos docentes desempeñan es de gran importancia para los niños y niñas, se considera también que el no contar con un docente directo para la promoción de la actividad física y la formación deportiva limita la capacidad de explorar y desarrollar una gran cantidad de habilidades en la población infantil, que pueden incidir no solo en aspectos motores sino también cognitivos y en general en procesos de aprendizaje.

En razón a lo anterior se establece la necesidad de fomentar desde las familias y las instituciones educativas espacios para la recuperación del juego como la actividad que enmarca un sin número de oportunidades de desarrollo, bienestar y aprendizaje para la infancia.

En relación al tema del trabajo y la producción, 194 de los 253 menores trabajadores identificados corresponde a esta zona, ya que la intervención se priorizó en este sector, identificados y caracterizados por el ámbito laboral, corresponden a esta zona, que es una de las más comerciales de la Localidad. Los niños y niñas realizan actividades relacionadas con la venta ambulante y la construcción. Estas prácticas estimulan la deserción escolar.

Al hablar de la salud materna y lactante, es evidente la falta de adherencia a controles prenatales y cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, las barreras de acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes, por la contratación con las EPS-S, así como la baja adherencia a la lactancia materna, que para la localidad se ubica en un promedio de 3.5 meses.

De acuerdo a las enfermedades de las gestantes (ITS y VIH/SIDA), se pueden afectar los recién nacidos con sífilis congénita, VIH y Hepatitis B, situaciones que se han identificado principalmente en el último trimestre del embarazo.

La morbilidad de VIH/SIDA intensifica la notificación por ser mujeres gestantes, esto no quiere decir que sean el grupo de mayor mortalidad, debido a que no se está vigilando la enfermedad en hombres.

El embarazo en adolescentes se ha incrementado, aspecto que se ve obligado a mejorar condiciones de ingreso económico a la familia, calidad de educación, establecer instituciones amigables para la atención de la sexualidad de forma integral y fortalecer lazos de comunicación efectiva desde el grupo familiar

En cuanto a los servicios de salud, en la población infantil la enfermedad respiratoria es común con un 30,2%, seguido de los problemas de piel con el 12,0%, estas son las que presentan mayor porcentaje de detección; sin embargo, para menores de 2 años se identifica el mayor número de ingreso con enfermedad respiratoria con 2.025 casos, del cual el mayor porcentaje de ingreso son las Bronquiolitis, que se definen como el primer episodio de enfermedad bronco obstructiva, en 761 casos que representan el 37,5 %, seguido del síndrome Broncosbtructivo con 524 casos que reflejan el 25,8%, sigue la laringotraqueitis con 288 casos con un porcentaje de 14,2 % y por último la neumonía con 150 casos que muestran en porcentaje el 7,4% .

Los casos sospechosos de sarampión, rubéola y tosferina detectados a través del SIVIGILA son negativos y se presentan en la infancia, tal vez se deba a la vigilancia intensiva de este evento.

Paras eventos similares a la influenza predomina la notificación del año 2008 para la infancia a raíz de la presencia del nuevo virus H1N1.

Núcleo problemático: Vulneración de los derechos de las y los niños frente a la construcción de sujetos autónomos por parte de los actores y representaciones sociales, como consecuencia del escaso desarrollo por condiciones socioeconómicas, geográficas y ambientales del territorio.

▼ Juventud

La etapa de juventud presenta dentro de este territorio el porcentaje más alto de población en comparación con las demás etapas del ciclo vital con un 38.87%, equivalente a 120.168 habitantes.

Hablar de juventud implica reconocer la complejidad y múltiples dimensiones de este término, ampliar la vista para detenerse a pensar en las juventudes e identidades, de los grupos étnicos, los desplazados, juventudes que se asumen y las que aun no se reconocen, a quienes se les impone o a quienes simplemente siguen el curso de las dinámicas sociales dadas en especial en este territorio.

Existen jóvenes que se caracterizan por su capacidad de emprendimiento, trabajo, creatividad y participación, con el ánimo de transformar la representación que de ellos socialmente se ha construido y que ha marcado históricamente su posición en la sociedad.

Las problemáticas, dificultades, carencias, situaciones de pobreza y marginalidad que han afrontado los y las jóvenes suponen una doble vía. Por una parte, la reproducción de prácticas de violencia ejercida por jóvenes, pero también hacia los jóvenes, haciendo de este territorio uno de los más violentos de la localidad. Y por otro, aquellas experiencias de vida en donde se han generado estrategias para reinventarse en un contexto tan polémico.

El contexto de violencia propio del territorio está dinamizado por la consolidación de grupos juveniles dedicados al hurto y a la venta de sustancias psicoactivas, que consideran estas actividades como fuente principal de ingresos. Además de la formación de parches y pandillas, que ven en las relaciones de agresividad un mecanismo de defensa y de supervivencia.

El origen de la condición de discapacidad en la población juvenil obedece a situaciones de violencia e inseguridad por heridas de armas de fuego o armas blancas principalmente, en especial en los barrios Juan Pablo II, Villa Gloria, Compartir, La Esmeralda, Cordillera, Naciones, Ocho de Diciembre, Cumbre y Alpes. Las consecuencias en salud y calidad de vida para estos jóvenes se expresan en traumas raquimedulares, que derivan en cuadriplejías o paraplejías, condiciones permanentes con las cuales deben reorientar no solo su sentido de vida, sino todo un sentido de vida familiar.

La participación social de los y las jóvenes con discapacidad de este territorio es escasa, puede pensarse que la elaboración del duelo por la discapacidad no ha sido resuelto y que esto evidencia falta de motivación para vincularse a espacios y organizaciones juveniles, sumados a la poca credibilidad frente a algunos programas que no responden a las necesidades y urgencias concretas de la población.

También existen jóvenes con diferentes tipos de discapacidad que se encuentran en casa, con dificultades para relacionarse al interior del núcleo familiar, porque persiste el imaginario de individuos improductivos, desconociendo su ciudadanía, escasas oportunidades para construcción de un sentido de vida viable y afectación de su calidad de vida; por ello, la inclusión social se constituye en un reto que se debe concretar y dar continuidad desde las acciones orientadas para la población con discapacidad en general.

Por otra parte, la exposición al consumo y abuso de sustancias psicoactivas se encuentra determinada por las relaciones al interior de la familia. Como se veía en los primeros años de la vida, estas relaciones están dadas por escenarios de maltrato y abandono, que se perpetúan al pasar los años.

La manera como se configuran las relaciones de pareja marca condiciones propias de la juventud en este territorio. Por un lado, el abandono, la infidelidad y las rupturas emocionales, propician los intentos de suicidio con predominio en mujeres y de suicidio consumado con predominio en hombres, catalogados como lesión de causa externa y reportada a través del Subsistema de vigilancia en salud pública, SIVIGILA

Esta situación muestra una débil configuración de la identidad juvenil, supeditada al concepto de otros, y a la necesidad de afecto permanente como falencia del núcleo familiar. Es preciso mencionar el aumento del embarazo en jóvenes, pese a los esfuerzos institucionales por reducir el fenómeno, lo que demuestra que es necesario trabajar en la configuración de una sexualidad basada en la autonomía, y no en programas de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

De otra parte, el mayor porcentaje de casos identificados de reportes de citologías con algún tipo de anomalía o malignidad se da en mujeres entre los 15 y 24 años, lo que refleja una vida sexual activa, y demanda con urgencia fortalecer las actividades de promoción y prevención en hombres y mujeres para disminuir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

En relación con la salud oral se encuentran enfermedades como caries, enfermedad gingival y periodontitis, las prioridades de los y las jóvenes de la zona evidencian la necesidad de contar con tratamientos que no son contemplados por el POS-S como ortodoncia, rehabilitación y estética dental, sin embargo es el grupo de

edad de mayor concentración en la consulta, en el SISVESO se reporta que predomina el cepillado 2 veces al día, pero con una deficiente higiene oral, y por cada hombre hay una mujer con fluorosis.

En el año 2009 en esta zona se caracterizaron en salud oral 137 familias, encontrándose en ellas a 163 jóvenes de los cuales al 27% (44 de 163) se les realizó conserjería en salud oral y control de placa bacteriana, con un 47% indicando un índice regular, es decir una higiene oral deficiente. Algunas familias no cuentan con todos los elementos básicos para la realización de la higiene oral, tales como seda dental y cepillos adecuados tanto en tamaño como en buen estado.

En relación con la enfermedad crónica, se aprecia que en la etapa de Juventud se realizaron 16661 consultas para un 29,71% del total de las consultas realizadas en el 2009, las diez primeras causas de morbilidad ocuparon el 6,73%(3776) del total de las atenciones y el 22,66% de las consultas realizadas en la etapa de ciclo (10 a 26 años). La Cefalea fue la primera causa de morbilidad, con un 5,33%(889) del total de consultas atendidas en ese rango de edad, seguida de Rinofaringitis aguda con un 3,28%(546), Parasitosis intestinal, Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo, Dermatitis atópica no especificada, Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados, Hipertensión esencial (primaria), Migraña no especificada, Disminución de la agudeza visual, y otras Gastritis, para 3,26%(544); 2,41%(402); 1,96%(326); 1,60%(267); 1,31%(218); 1,16%(194); 1,16%(192); y 1,13% respectivamente.

Por otro lado, la falta de oportunidades es determinante al momento de hablar de juventud, donde aún con toda la vitalidad e ímpetu característico de esta etapa del ciclo vital se presentan restricciones para acceder a espacios educativos, técnicos, profesionales y escenarios laborales que dignifiquen su condición humana, ya que las oportunidades que se les ofrecen, por una parte no están acordes a sus expectativas, y por otra no corresponden a la formación y nivel educativo que presentan. La deserción escolar principalmente se da en el período de bachillerato y la media vocacional.

Para el caso de la juventud perteneciente a grupos étnicos, la noción de joven no se hace presente en este grupo poblacional, ya que dentro de los usos y costumbres de estas culturas se pasa de la infancia a la adultez. Con la inserción de estos grupos a la ciudad se generan cambios internos, donde se empiezan a motivar nuevas prácticas, propias de las juventudes urbanas como el uso y abuso de sustancias psicoactivas, la incursión en grupos organizados, el manejo de expresiones culturales ajenas a sus tradiciones, e incursión en actividades informales, entre otros.

La juventud, al igual que la infancia se enfrenta a una Resignificación de la identidad cultural que incluye la pérdida del pensamiento propio y la adopción de nuevas prácticas.

En el caso del Cabildo Inga, se ha dado una fuerte influencia de consumo y abuso de bebidas alcohólicas, producto de las interrelaciones en las cabeceras municipales, ciudades intermedias y las capitales. Esta situación se prolonga y extiende en la cotidianidad del territorio II, haciendo que uno de los intereses más latentes de la juventud sea el acceso a este tipo de consumo.

En este orden de ideas, la necesidad de ingresar a un mercado laboral se hace latente en esta etapa vital, que se enfrenta a procesos de deserción escolar pero también a una oferta de mano de obra barata dados los bajos niveles de formación. En este mismo sentido, las actividades productivas no son acordes con los usos y costumbres, obligando a los jóvenes a aprender nuevas formas de producción e ingresar a un modelo de acumulación, lejano de las concepciones de colectividad tradicionales.

Así mismo, existe un marcado desinterés por ingresar a la Universidad, debido a la discriminación que la comunidad refiere encontrar allí y por las dinámicas de ingreso para las comunidades indígenas.

Recordemos que dentro de los roles tradicionales de los grupos étnicos, la etapa de juventud se pierde, dado que para el caso de los hombres a partir de los siete años se inicia un proceso de preparación hacia la adultez, y en las mujeres la adultez se asume con la menarquía.

Aun así, con la incursión en la ciudad esta condición cambia sustancialmente. El asumirse como joven cambia con la experiencia de cada comunidad. Para el caso de los Woanaan, se evidencia una marcada tendencia a establecer la juventud como una etapa vital. Mientras que en los Inga, el entenderse como joven es una condición ajena pero novedosa en su incursión en escenarios distintos a los tradicionales.

En cuanto a la población afro, en el sector del Divino Niño la población joven es reducida, pero mencionan que una de las amenazas más latentes para ellos y ellas, es la presencia de pandillas y grupos al margen de la ley, que desencadenan en escenarios de inseguridad y exclusión social. Un fenómeno recurrente, es que la juventud afro busca la aceptación social y la inclusión dentro de las dinámicas juveniles propias del contexto, tomando la decisión de ingresar a las pandillas y terminan aceptando y adoptando las mismas características y comportamientos de ellos.

En el ámbito escolar se presenta mucha deserción, ya sea por que los padres no tienen el suficiente dinero para darles para los materiales escolares o para comprarse un refrigerio, dicen algunos de ellos que “a veces les toca irse al colegio sin desayuno los de la jornada de la mañana y los de la jornada contraria sin desayuno y almuerzo”, para ellos es desalentador que los padres se quejen de no tener dinero para comprar los uniformes, igualmente asistir al colegio con uniformes en mal estado. También afirman que “es mejor trabajar que ir a un colegio en donde todo el mundo te discrimina y se burla de ti por lo que eres”

En cuanto a la educación superior, los padres no tienen la información suficiente para transmitirla a los hijos, desalentando la importancia que le otorgan a la formación formal.

Para los jóvenes afros es difícil conseguir trabajo en la ciudad, sin embargo, afirman que la mayoría de ellos están trabajando, aunque no en lo que a ellos les gustaría; no obstante, deben solventarse las necesidades básicas y por esta razón aceptan estos trabajos.

Hay casos exitosos, pero se dan de igual forma al interior de las comunidades con un reconocimiento legal y organizadas en torno a alguna figura como es en el caso de los Cabildos, en donde se cuenta con grupos de jóvenes, que adelantan diferentes proyectos para el fortalecimiento de su identidad y promueven el acceso a la educación superior, promueven el manejo de expresiones culturales propias como la música, la danza y la elaboración de artesanías, que incluso comercializan, pese a los altos costos. Las comunidades que no cuentan con esta figura se presentan como desplazados y pierden sus posibilidades de acceso.

Por otra parte, la juventud en general dentro de este territorio no cuenta con los escenarios suficientes para realizar actividad física, y tampoco con los medios económicos para desplazamientos a otros territorios de la localidad que cuentan con un equipamiento más completo, disminuyendo las posibilidades de la promoción de la actividad física, la recreación y el deporte. De igual forma, las condiciones de violencia e inseguridad, originan que los escenarios recreo – deportivos, se conviertan en espacios para el encuentro de bandas, parches, pandillas y expendedores de drogas, y no para la misión con la que fueron creados.

Un tema de gran interés y estigma para este territorio está dado en términos del derecho a la vida, considerando que frente a las condiciones de violencia e inseguridad, la respuesta que ha sido más violencia, con la creación de campañas de limpieza social, en la que se elimina la vida de las y los jóvenes que hacen parte de grupos delictivos.

Las investigaciones existentes sobre violencia en Ciudad Bolívar se han apoyado sobre información oficial, muchas veces parcial o desactualizada, además de sesgada, lo que se expresa en sub registro de denuncias o el traslado de algunos cuerpos, por parte del CTI, en caso de homicidios, a poblaciones vecinas como el caso de Soacha, dándole poca validez a la información de los pobladores. La situación más significativa se relaciona con la violencia o muerte de jóvenes, donde la comunidad expresa unas cosas y las autoridades otras. Las declaraciones oficiales generalmente las atribuyen a enfrentamientos entre pandillas o venganzas personales, desconociendo fenómenos ampliamente denunciados por las organizaciones de jóvenes, referidos a la mal llamada limpieza social.

La situación de amenaza recurrente está expresada con los boleteos y amenazas a través de panfletos, desconocida o minimizada por las autoridades, según los mismos jóvenes no es nueva, ya que nunca desapareció; esto incrementa la zozobra entre los sectores organizados cada que aparece, ya que además de ir contra sectores “indeseables”, que en algunas visiones de la comunidad o las instituciones son las prostitutas, comunidad LGTB, desempleados o drogadictos, encubre amenazas a los procesos organizativos de las comunidades y a líderes sociales.

Núcleo problemático: Reconocimiento y auto reconocimiento inadecuado como actores sociales de las y los jóvenes que limitan el desarrollo social y de respeto por la vida, agudizándose por la estigmatización del territorio.

▼ Adultez

La adultez, con un porcentaje de 33.02, representa la segunda etapa con mayor número de habitantes en el territorio (102.075). Históricamente, hablar de adultez es sinónimo de producción, responsabilidades, familia, hogar, trabajo, hijos e hijas y cuidado, lo que ha generado que se desconozca a la población adulta como sujeto de derecho en todas sus expresiones, pero lo más preocupante aún es que ella misma no se asume como tal.

En el espacio laboral existen limitantes, originadas en la discriminación ejercida por empresarios de otros sectores de la ciudad hacia los trabajadores por ser residentes de Ciudad Bolívar, sumado a la deficiente calificación tanto académica como laboral, ya que se suman en esta etapa de la vida las consecuencias de la deserción escolar originada en la infancia y la juventud, así mismo, la necesidad de solventar el rol proveedor disminuye el estímulo por la formación, lo que reduce las oportunidades en el medio laboral del sector formal de la producción.

Existe una población económicamente activa, dedicada a la comercialización de productos, ubicados en las vías de acceso y en diferentes puntos de la capital, existe desempleo, en promedio trabaja una persona por hogar. Los trabajadores no cuentan con contrato laboral y se dedican al desarrollo de trabajo informal, demostrando además la desprotección a nivel de seguridad social a la cual debería tener derecho toda la población colombiana, es importante añadir que característicamente para esta etapa del ciclo vital la

consolidación de redes sociales y los procesos de organización podrían contribuir a mejorar sus condiciones de trabajo.

En el ámbito de la familia es claro que la violencia en diferentes modalidades es ejercida en mayor proporción contra los niños, y en segundo lugar las mujeres; sin embargo son expresiones de violencia que son normalizadas por ellas.

Con relación a lo que expresan las mujeres referido a la violencia cotidiana externa, se manifiesta por el acoso sexual, la violencia intrafamiliar por parientes y amigos cercanos; según la información recogida con la comunidad, las víctimas principales de los atracos callejeros son los hombres adultos debido a su rol laboral, ya que tienen que desplazarse a otros sectores de la ciudad a tempranas horas e igualmente llegar a horas avanzadas de la noche, aunado en algunos casos a actitudes o comportamiento de riesgo como desplazarse bajo los efectos de bebidas alcohólicas.

La labor del cuidado de otros, es tomada como una responsabilidad de las mujeres, situación en la que se incurre en la falta de cuidado propio desde lo físico, mental, emocional y social. De esta manera las mujeres trasladan a un segundo plano sus necesidades y deseos para satisfacer los requerimientos de su pareja, hijos e hijas o padres y entran a descuidar aspectos importantes para la vida humana como es la sexualidad, (Desconociendo los derechos sexuales y reproductivos), así como la capacidad de disfrutarla de una manera plena y segura, se ve la importancia de que las mujeres conozcan de la interrupción voluntaria del embarazo por las tres causales como son la afectación a la salud mental y física, malformaciones congénitas y casos de violación.

Los hombres se dedican en mayor medida a ser los proveedores económicos del hogar mientras que muchas mujeres además de trabajar y cumplir un horario cotidiano desarrollan labores domésticas, labores de cuidado como las ya mencionadas o han asumido el rol de madres cabeza de familia.

El territorio se caracteriza por recibir un alto porcentaje de población desplazada y perteneciente a grupos étnicos, quienes intentan convivir en un contexto urbano, lo cual afecta las prácticas y creencias que culturalmente han construido en sus lugares de origen, sin embargo, a pesar de la diversidad y complejidad de sus problemáticas se ven como puntos en común: La reestructuración/transformación del esquema tradicional de familia, restricciones socioeconómicas importantes, falta de oportunidades educativas y laborales.

La etapa de ciclo vital de la adultez en los grupos étnicos se enfrenta a una situación si bien distinta en su forma, igual en su fondo, en la medida en que los adultos ya tienen interiorizadas muchas de sus costumbres, tradiciones, saberes y en sí de su cultura; pero su adaptación al territorio se torna más complicada y por ende, las oportunidades de satisfacer muchas de las necesidades que los agobian se ven también reducidas. No hay recursos económicos para el sustento de las familias, en gran parte porque sus saberes no son reconocidos como trabajos dentro de la ciudad (Medicina Ancestral, artesanía), ligado a esto, tienen que enfrentarse a un mercado laboral y económico en el que sus saberes no son reconocidos de igual forma que en el territorio, por tal razón, los precios de las artesanías que venden resultan costosos para el consumidor ciudadano, en el caso de la comunidad Woaunaan o terminan sometidos a la persecución policial por ocupar el espacio público, en el caso de la comunidad Inga.

En lo relacionado con las redes de apoyo para las personas en condición de discapacidad, no hay suficientes a pesar de encontrar un número significativo de mujeres y hombres en la misma condición. Así mismo, se puede notar que prevalece más la discapacidad física tanto en hombres como en mujeres debido a la manera de convivir con su entorno como la violencia; desde los diferentes aspectos se presenta dificultad en los desplazamientos y traslados por el terreno ya que no hay un transporte adecuado que facilite la movilidad a las entidades e instituciones correspondientes para su proceso de rehabilitación.

En cuanto a la condición laboral de la adultez con discapacidad, predomina la venta ambulante, trabajos como zapatería o trabajos manuales que son desarrollados al interior de las viviendas. Si bien estas actividades le permiten a la persona con discapacidad preservar sus habilidades, niveles de funcionalidad y estar activo cotidianamente, no son suficientes para responder con las demandas económicas que tienen las familias, se resalta que en este territorio se establece la mayor concentración de redes de apoyo de cuidadores y cuidadoras.

El acceso a los servicios de salud oral es mínimo, ya sea por la falta de tiempo o por la falta de recursos económicos para pagar los procedimientos y tratamientos que necesitan, ya que sus prioridades son el sustento de sus familias. Hay malas experiencias personales en el pasado con los servicios de salud oral, creando resistencia a la consulta y así mismo se transmiten esos temores a los miembros de sus familias.

Se observa que hay pérdida parcial prematura de dientes, poco interés por el cuidado de la cavidad bucal, trayendo como consecuencia enfermedades periodontales y dentales. La necesidad de tratamiento rehabilitador es alta y no pueden acceder por falta de recursos económicos.

En cuanto a la morbilidad presentada, para este grupo de edad se presenta que por cada 2 mujeres que consulta lo hace 1 hombre, tanto hombres como mujeres se cepillan 2 veces al día, con un déficit de higiene bucal; no hay fluorosis y el número de consultas a esta edad se disminuye 38 veces con respecto a juventud.

En el año 2009, de las 137 familias caracterizadas se encontraron a 199 adultos, de los cuales al 14% (29 de 199) se les realizó conserjería en salud oral y control de placa bacteriana a un 47% indicando un índice de higiene oral deficiente.

Aunque en esta zona es donde se encuentran más IPS con servicio de odontología del hospital, los adultos priorizan las citas para sus hijos y acceden poco al servicio, aunque por urgencias los adultos son los que más acceden, reflejando el descuido en las medidas preventivas que favorecen la salud bucal y están sujetos a las formas de contratación.

En relación con la enfermedad crónica de 27 a 44 años, se realizaron 12282 consultas para un 21,90% y las diez primeras causas de morbilidad ocuparon el 4,53%(2545) del total de las atenciones y un 20,72% de las consultas realizadas en la etapa de ciclo (27 a 44 años), la cefalea fue la primera causa de morbilidad, seguida de la hipertensión esencial (primaria), lumbago no específico, migraña no especificada, rinofaringitis aguda (resfriado común), gastritis no especificada, epilepsia tipo no especificado, obesidad no especificada, diabetes mellitus sin complicaciones y hipotiroidismo, para un 4,64%(570); 3,96%(487); 2,77%(340); 2,10%(258); 1,58%(194); 1,34%(165); 1,34%(164); 1%(123); 0,99%(122) y 0,99%(122) respectivamente.

De 45 a 59 años, 11309 consultas para un 25,50%, las primeras causas de morbilidad ocupan el 7,59%(4256) de las atenciones y 37,63% de las consultas de la etapa de ciclo (45 a 59 años), la hipertensión arterial primaria fue la primera causa de morbilidad para un 65,13%(2772), seguida de diabetes mellitus no

insulinodependiente sin mención de complicación, lumbago no especificado, infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo, enfermedad pulmonar del corazón no especificada, hipotiroidismo no especificado, gastritis no especificada, migraña no especificada, obesidad no especificada, y otra hiperlipidemia, para un 6,93%(395); 7,42%(316); 4,02%(171);3,57%(152);3,29%(140);2,80%(119); 1,88%(80); 1,60%(68);y 1,48%(63) respectivamente.

Núcleo problemático: Ausencia de oportunidades que restringe la participación en procesos de auto reconocimiento y reconocimiento como sujetos de derecho.

▼ Vejez

La etapa vital de vejez presenta el porcentaje más bajo de habitantes en el territorio con un 6.21, equivalente a 19.190. Pensar en la persona mayor es remitirse a historia, sabiduría, conocimiento y experiencia, sin embargo, la situación que ellos y ellas afrontan diariamente en el territorio no es del todo satisfactoria. Se presentan de manera importante situaciones de abandono y soledad al interior de la familia; son las personas mayores quienes asumen en muchas ocasiones el cuidado del hogar y se presentan como acudientes de nietos/as en los colegios. Es decir que les son atribuidas responsabilidades que están en manos de los adultos y adultas y para las cuales muchas veces no están preparadas. Por ejemplo, los abuelos y abuelas son quienes participan de las reuniones de padres de familia en las instituciones educativas, deben diligenciar formatos y muchas veces no saben leer y escribir, o comprometerse con cambios que dependen rotundamente de la voluntad y el compromiso de padres y madres de familia.

De otra parte, se ha observado que no existen programas de recreación adecuados para ellos y ellas, donde se reconozcan sus necesidades y se diseñen planes de trabajo que tengan en cuenta todas las condiciones de salud que están presentes en la persona mayor; adicionalmente, es importante fortalecer el programa de actividad física como una oportunidad de ocupación y recreación, con propuestas que se mantengan en el tiempo y cuenten con los recursos necesarios para su desarrollo.

Al hablar de salud oral, el grupo poblacional de este territorio se ve afectado por el abandono de las familias y como consecuencia la asistencia a los servicios de salud oral es mínima. Además, la pérdida prematura de dientes los lleva a acudir a los servicios particulares, ya que el POS no cubre sus necesidades de tratamiento rehabilitador.

Una de las características de estas personas es la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión o diabetes, las cuales afectan el estado sistémico y así mismo el de la salud bucal, en este orden de ideas se presentaron para personas mayores de 60 años, 12629 consultas para un 22,52%%, las primeras causas de morbilidad ocupan el 14,45%%(8104) de las atenciones y 64,17% de las consultas de la etapa de ciclo (mayores de 60 años), la hipertensión arterial primaria fue la primera causa de morbilidad para un 51,11%(6455), seguida de la enfermedad pulmonar del corazón, no especificada, con un 5,71%(721), diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación con un 2,98%(377), cefalea, lumbago no especificado, epilepsia, gastritis no especificada, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, artritis reumatoide seronegativa y dermatitis atópica para un 1,74%(141); 1,44%(117);1,16%(94);0,98%(72); 0,55% (45); 0,52% (42); 0,49% (40); y 0,65%(5) respectivamente.

En SISVESO se detecta que disminuyen 38 consultas con respecto a juventud y con adultez en 14 consultas, esto lo que demuestra es que a medida que se incrementa la edad se disminuye el número de consultas, y los que asisten presentan un hábito del cepillado de 2 veces al día y con deficiente higiene oral, no se tiene en cuenta la pérdida dentaria.

Una situación que es recurrente durante la prestación de los servicios, no solo de salud sino de servicios en general es la falta de humanización en la atención de la persona mayor en los diferentes programas, y más aún si se están enfrentando ante una persona mayor en condición de discapacidad.

Es necesario fortalecer los procesos de sensibilización con el personal de salud para que se pueda brindar una atención más humanizada y cálida a la persona mayor, donde sean tratados como seres humanos integrales y se preste la atención necesaria a sus inquietudes y necesidades; se observa que los problemas de desnutrición se acentúan por no contar con sus piezas dentales, o prótesis que devuelvan la funcionalidad para las actividades de masticación y deglución. Es así como la necesidad de las personas mayores en relación a la salud oral se enmarca en procesos de rehabilitación en salud oral como son las prótesis dentales, para las cuales no se cuenta con el recurso económico necesario y obligan a la persona mayor a perder no solo la posibilidad de sonreír tranquilamente, sino de hablar, expresarse.

Además de la existencia de grupos de apoyo a la persona mayor en este territorio, la persona con discapacidad que se puede desplazar no se encuentra con actividades que promuevan la actividad física, de igual forma la familia no genera actividades de tiempo libre ni otras que rescaten la identidad de la población mayor, además, no cuentan con zonas verdes que permita a la persona mayor con discapacidad realizar actividades de esparcimiento, a pesar de existir lugares de recreación como parques, estos presentan barreras físicas o arquitectónicas que limitan a la persona mayor con discapacidad en el uso de dichos espacios.

Las personas mayores con discapacidad generalmente se encuentran en situación de abandono o son víctimas de negligencia por parte de la familia, ya que para la misma su prioridad es la realización de actividades productivas, satisfacer sus necesidades y abandonar el rol de cuidadores de la persona mayor con discapacidad. Por otro parte, la persona mayor es quien asume el rol de cuidadores de personas con discapacidad, deteriorando su estado tanto de salud física y como mental.

Dentro de las actividades económicas como trabajo informal y que realizan de acuerdo a la discapacidad que presentan, están centradas en cantantes, artistas, eléctricos, digitadoras y elaboración de artesanías.

Las personas mayores con discapacidad cuentan principalmente con los servicios de salud con marcadas dificultades en el acceso, oportunidad, cobertura, prioridad, calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud, igualmente se encuentran restricciones en el acceso a las ayudas técnicas precisamente por su ciclo vital.

La persona mayor en los grupos étnicos presenta una baja capacidad para realizar un diálogo intercultural entre sus usos y costumbres, y los procesos urbanos, invisibilizando y debilitando el rol de la persona mayor dentro de las comunidades étnicas, acentuando el choque cultural que marca grandes diferencias en las prácticas curativas, con todas las dificultades para posicionar la medicina tradicional como una práctica válida en el contexto de la ciudad, la cosmovisión e identidad dentro de un contexto urbano. De otra parte, no cuentan con posibilidades de empleo concretas y una marcada pérdida de su identidad como

transmisores de conocimiento a los jóvenes y niños/as. En la ciudad no se les puede ayudar por estar en la búsqueda del sustento diario, empezando una lucha por sobrevivir, y pasan al abandono casi completo, en el territorio se les cuida, es sagrado su saber, lo que han vivido, de ellos se obtiene el conocimiento, la experiencia, "de ellos nos alimentamos". Ellos dicen cómo debe vivir una comunidad, también transmiten el pensamiento, sin embargo, falta reconocimiento del saber ancestral para el fortalecimiento de la cultura y el acceso a la verdadera educación propia para jóvenes y niños.

Las personas mayores desplazadas experimentan sentimientos de tristeza causada ya sea por la pérdida de un ser querido, por la pérdida del contacto con la familia, por la pérdida de los objetos materiales, por la pérdida de su estilo de vida; adicionalmente, se sienten incapaces por no poder ser productivos y ocupar su tiempo adecuadamente viendo perdido todo el esfuerzo o lucha que han realizado en la vida; por otra parte, frente a las condiciones de discapacidad se ha observado con mayor latencia la discapacidad física, con falta de actividades ocupacionales que les permita ser útiles tanto a nivel familiar como social.

Las personas mayores de este territorio presentan casos de trabajo informal relacionados con actividades de alimentos, reparación automotriz, cuero y calzado, maderas, metalmecánica, panaderías y restaurantes, resistencia a modificar hábitos laborales, avances tecnológicos y por el mismo aprendizaje empírico. Sin embargo, este trabajo informal manifiesta sintomatologías principalmente relacionados con problemas osteomusculares, de visión, sensación de cansancio, cefalea, y problemas mentales e irritabilidad.

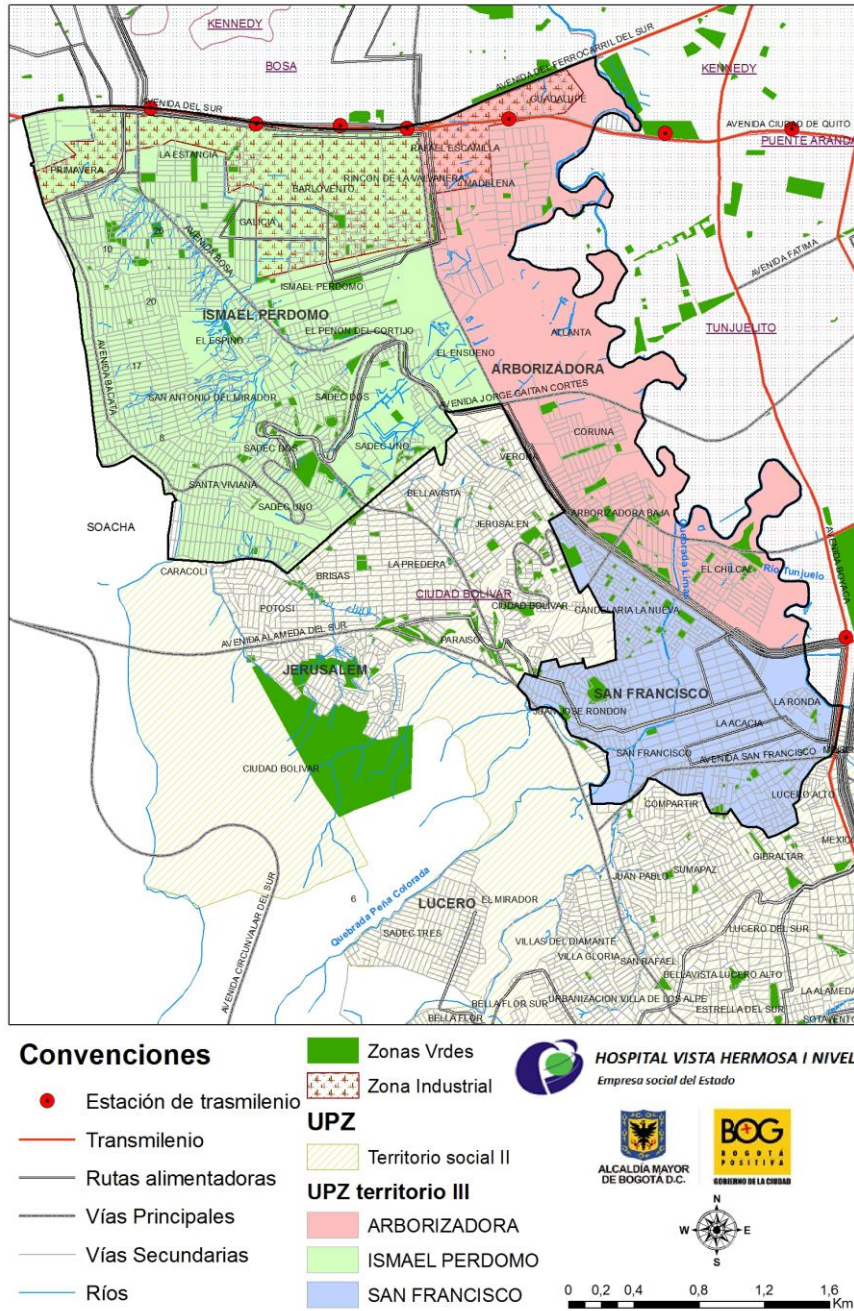
Núcleo problemático: Pérdida de la autonomía de las personas mayores, originada por un sistema social que subvalora la vejez, generando invisibilización familiar, dependencia económica, desconocimiento de los saberes culturales y barreras para el acceso a la oferta institucional del territorio.

3.3. ANÁLISIS DE TERRITORIO SOCIAL III

Conformada por las unidades de planeación zonal (UPZ) Arborizadora (65), San Francisco (66) e Ismael Perdomo (69) caracterizadas dentro del plan de ordenamiento territorial (POT). En el siguiente mapa se describe las características geográficas del territorio:

Mapa 37 Mapa contexto territorial III y sus limites

Mapa General Territorio Social III



Fuente: Secretaria Distrital de planeación; Año 2003

Este territorio contempla una franja industrial sobre la autopista sur, reúne dos UPZ de una antigua consolidación, San Francisco y Perdomo y una de reciente consolidación con procesos de urbanización permanente, Arborizadora. La UPZ de Ismael Perdomo tiene una zona de frontera con Soacha siendo está un

área con presencia de población de alta vulnerabilidad social; en conclusión, es un territorio heterogéneo, que llevaría a replantearse como territorio social o de priorizar la UPZ para el 2011. A continuación se describe cada unidad de planeación zonal:

La UPZ 65 Arborizadora: localizada en el extremo nororiental de la localidad, limita al norte con la Autopista Sur, al oriente con el Río Tunjuelito, al sur y al occidente con la avenida Villavicencio; cuenta con 17 barrios. En la siguiente tabla se relaciona los barrios reconocidos por el plan de ordenamiento territorial en esta unidad de planeación:

**Tabla 41 Barrios de la Unidad de planeación zonal 65
Arborizadora**

Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
65	ARBORIZADORA	URBANIZACION GUAITQUIA
		ARBORIZADORA BAJA
		ATLANTA
		CORUÑA
		EL CHIRCAL SUR
		EL ESQUINERO
		LA PLAYA
		LA PLAYA II
		MADELENA
		RAFEL ESCAMILLA
		SANTA HELENA
		SANTA ROSA SUR
		URB. PROTECHO BOGOTA
		URBANIZACION ATLANTA
		URBANIZACION CASA LARGA
		URBANIZACION LA CORUÑA
		VILLA HELENA

Fuente: Planeación Distrital de Bogotá, año 2003

La UPZ 65 Arborizadora es residencial de urbanización organizada, su extensión es de 326.97 hectáreas, cuenta con diecisiete (17) barrios, todos son legalizados, cuenta con una población de 62.380 habitantes, presenta una densidad poblacional de 190,78 habitantes por hectárea.

La UPZ 66 San Francisco: Limita al norte con la avenida Villavicencio, al oriente con el Río Tunjuelito y la Avenida Boyacá, al sur con Compartir y Marandú, y al oriente con las urbanizaciones Candelaria la Nueva y Juan José Rondón, y con la futura avenida Circunvalar del Sur. Es una UPZ con urbanización incompleta y la menos extensa de la localidad con 182,34 hectáreas. La UPZ de mayor concentración de población es la de San Francisco y la de mayor extensión es la de Ismael Perdomo, que se encuentra ubicada al extremo nororiental de la localidad, cuenta con 11.890 viviendas y 15.256 hogares. El área de suelo sin desarrollar es de 52,30 hectáreas y su suelo urbano es de 274.67 hectáreas, posee una amenaza baja por inundación, en un área de 46,37 hectáreas, equivalentes a 8 manzanas.

La UPZ 66 San Francisco cuenta con dieciocho (18) barrios, de los cuales 11 son legalizados, 2 corresponden a vivienda oficial y 1 tiene negado el proceso de legalización, 4 barrios no cuentan con información de su

proceso de legalización; en la siguiente tabla se describen los barrios reconocidos por el Plan de ordenamiento Territorial de esta unidad de planeación zonal.

Tabla 42 Barrios de la Unidad planeación zonal de San Francisco

Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
66	SAN FRANCISCO	ACACIA III PARTE BAJA
		ACACIAS SUR
		CANDELARIA LA NUEVA
		COLMENA
		COLMENA III
		GIBRALTAR I Y II
		JUAN J. RONDON - LA CASONA
		JUAN JOSE RONDON
		LAS ACACIAS
		MILLAN LOS SAUCES
		PUERTA AL LLANO
		SAN FERNANDO
		SAN FRANCISCO
		SAN LUIS
		SANTA INES LA ACACIA
		SAUCES - HORTALIZAS- RECUERDO
CANDELARIA LA NUEVA		
VILLAS DE BOLIVAR		

Fuente: Planeación Distrital de Bogotá, año 2003

Esta UPZ cuenta con una población de 74.322 habitantes, presenta una densidad poblacional de 407,60 habitantes por hectárea. En zonas de riesgo no mitigable se encuentran 2 manzanas correspondientes a 5606 m2. Se identifican zonas de alto riesgo por remoción en masa, dentro de las cuales 10 manzanas están en alto riesgo, 124 en riesgo medio y 356 en riesgo bajo, para un total de 490 manzanas en riesgo. Igualmente se presenta riesgo de inundación en 31 manzanas de la UPZ, de las cuales 7 presentan riesgo alto, 9 riesgo medio y 15 riesgo bajo. Esto como consecuencia de los continuos desbordamientos de la Quebrada Limas.

La vegetación en la zona es escasa dadas las condiciones del suelo y los procesos urbanísticos. Las especies animales predominantes en el sector son: perros, roedores, zancudos y moscas, por la cercanía de los caños y la quebrada Limas.

La UPZ Ismael Perdomo, se localiza al extremo nor-occidental de la localidad, tiene una extensión de 554.89 hectáreas, es la UPZ más extensa de tipo residencial, cuenta con urbanización incompleta, allí se ubica una zona industrial ubicada en el costado norte y una zona dotacional en el sector de Sierra Morena; está

conformada por 65 barrios, de los cuales treinta y dos (32) se encuentran legalizados, ocho (8) en proceso de legalización, tres (3) a los que se les ha negado el proceso de legalización, uno (1) de vivienda oficial y veintiuno (21) de los cuales se desconoce el estado de su proceso de legalización. En la siguiente tabla se relaciona los barrios de esta unidad de planeación:

**Tabla 43 Barrios por unidad de planeación zonal 66
Ismael Perdomo**

Número de la UPZ	Nombre de la UPZ	Barrios
69	ISMAEL PERDOMO	BONANZA SUR
		CARACOLI
		CASA LOMA II
		CASAGRANDE
		CASALOMA
		CASAVIANCA
		CONJUNTO RESIDENCIAL LA VALVANERA
		COOPERATIVA ISMAEL PERDOMO
		EL CERRO DEL DIAMANTE
		EL ENSUEÑO
		EL PEÑON DEL CORTIJO
		EL PORVENIR DE LA ESTANCIA
		EL PORVENIR II ETAPA
		EL PORVENIR ZONA C
		EL RINCON DEL PORVENIR
		EL ROSAL
		ESPINOS I
		ESPINOS III SECTOR
		GALICIA
		ISMAEL PERDOMO
		LA CARBONERA
		LA CARBONERA II
		LA ESTANCIA
		LA PRIMAVERA
		LA UNION - DIVINO NIÑO
		LOS TRES REYES - I ETAPA
		MARIA CANO
		MIRADOR DE LA ESTANCIA
		MIRADOR DE LA PRIMAVERA
		PEÑON DEL CORTIJO III SECTOR
		PERDOMO ALTO
		PRIMAVERA SUR-OCC.
		PROYECTO RAFAEL ESCAMILLA
		RINCON DE GALICIA
		RINCON DE LA ESTANCIA
		RINCON DE LA VALVANERA
		SAN ANTONIO DEL MIRADOR
		SAN ISIDRO
		SAN ISIDRO II
		SAN ISIDRO SECTOR CARBONERAS
		SAN ISIDRO SECTOR CERRITO I
		SAN ISIDRO SECTOR CERRITO II
		SAN ISIDRO SECTOR CERRITO III
		SAN RAFAEL DEL ALTO DE LA ESTANCIA
		SANTA VIVIANA
		SANTA VIVIANA – SECTOR VISTA HERMOSA
		SANTO DOMINGO
		SIERRA MORENA
		TRES REYES II SECTOR
		VALVANERA
		URB. EL ARROYUELO-PREDIO EL ALMACEN
		URB. EL ENSUEÑO
		URB. RINCON DE LA VALVANERA MZ.7
		URBANIZACION BALMORAL II
		URBANIZACION BARLOVENTO
		URBANIZACION CALABRIA
		URBANIZACION GALICIA
		URBANIZACION INDIA CATALINA
		URBANIZACION LA ESTANCIA
		URBANIZACION LA LLANADA
		URBANIZACION LA RIVIERA DEL SUR
		URBANIZACION LAS HUERTAS

Fuente: Planeación Distrital de Bogotá, año 2003

Esta UPZ tiene el mayor número de manzanas localizadas en zonas de alto riesgo no mitigable, ubicadas en los barrios San Antonio, Mirador, la parte norte de Santa Viviana, sector Vista Hermosa, zona occidental del barrio Espino III y en la parte norte y centro del barrio Mirador de la Estancia. En la UPZ residen un total de

146.646 habitantes, distribuidos en 25.346 hogares, es decir, existen alrededor de 4 personas por hogar, los estratos socioeconómicos predominantes son el 1 y el 2.

En esta UPZ se evidencian conflictos por el uso del suelo, originados básicamente por: la escasa pavimentación de las vías y la no entrega de escrituras de los predios, puesto que éstos aparecen con varios propietarios, además, la comunidad manifiesta que los recursos para el mejoramiento de los barrios son insuficientes dadas las malas condiciones de los mismos. Sin embargo, es importante resaltar que la mayoría de los barrios que conforman la UPZ, cuentan con servicios básicos a excepción de Santo Domingo, Caracolí y Espino III Sector, los cuales no cuentan con redes de acueducto ni alcantarillado, y se encuentran en zona de alto riesgo.

De otra parte, la falta de la escrituración de las tierras genera incertidumbre por parte de los habitantes, ya que no pueden disponer de ellas, bien sea para someterla a adaptaciones que le permitan generación de ingresos o para uso habitacional exclusivamente, que se convierten en subarrendamientos e inquilinatos a posteriori.

Esta problemática influye en la productividad del sector, por cuanto esta UPZ cuenta con un área de comercio formal e informal (almacenes de ropa, zapatos, relojerías, restaurantes entre otros), ubicados principalmente en el corredor comercial del barrio Perdomo, la Estancia y Galicia a lo largo de sus vías principales.

3.3.1 Relación salud ambiente territorio

Las UPZ Arborizadora, San Francisco e Ismael Perdomo son de clasificación residencial con sectores consolidados y sectores de urbanización incompleta, con un sector industrial en el costado norte de la UPZ Perdomo y otro dotacional en Sierra Morena.

Quebrada Limas: Sufre desbordamientos debido a la obstrucción del cauce por basuras e invasión de la ronda de la quebrada generando vertimientos de carácter doméstico en los sectores de Sauces y San Francisco; en Candelaria la Nueva y Protecho se observan depósitos de basura a lo largo del cauce, con abundantes pastizales de kikuyo que reciben igualmente basuras.

Quebrada Santa Rita: Aparece aproximadamente entre la calle 63 y la carrera 77ª; barrios Espino y Tres Reyes sector I, siendo inicialmente un colector de aguas lluvias, el cual se debe a la falta de planeación en el desarrollo urbano, posteriormente se convierte en un vertedero y canal de aguas residuales. A partir de este punto la quebrada cruza por los barrios Espino sector II y III, Tres Reyes, San Rafael, Rincón Del Porvenir, Porvenir de la Estancia, y Altos de Galicia donde desemboca en la red de alcantarillado.

El cauce de la quebrada es constantemente contaminado con aguas negras de los barrios circundantes, y en el confluyen varias problemáticas: olores ofensivos, emisiones de material particulado, manejo inadecuado de residuos sólidos, construcción de viviendas ilegales en la zona de ronda, proliferación de vectores (ratas, moscas, zancudos etc.), presencia de sedimentación en el cauce de material proveniente de escorrentía en época de lluvias de la parte alta de la zona, represamiento y desbordamiento de la quebrada por los anteriores factores, entre otros.

Contaminación atmosférica: El corredor industrial se encuentra ubicado sobre la autopista sur, está conformado por industrias procesadoras y transformadoras de materias primas, utilizando diferentes combustibles para realizar los procesos de producción, se destacan las industrias de plásticos, transformación de piedra, alimentos, cueros, productos de aseo y la fábrica de tabaco; industrias que aportan a la atmósfera material particulado, olores ofensivos, óxidos de azufre y nitrógeno.

La dinámica que se presenta entre los sectores industrial y habitacional genera conflictos sociales, históricamente en el área de Perdomo ha existido industria tal y como está contemplado en el plan de ordenamiento territorial, sin embargo, se están creando proyectos habitacionales para las comunidades, los cuales una vez dados al servicio, afectan a la población por emisiones, olores, ruido y material particulado. Igualmente en la zona se han construido colegios que perciben afectación de las industrias, agravando la problemática por la destinación que se le da al suelo.

Riesgos naturales: En esta zona existe alto riesgo por remoción en masa, especialmente en los Altos de la Estancia, situación que lleva a la reubicación de familias, generando conflictos de tipo social.

Riesgos Antrópicos: Las industrias representan un alto riesgo para las comunidades y el ambiente de la zona ya que en su gran mayoría carecen de planes de contingencia para atender posibles derrames o emisiones de sustancias peligrosas, demostrado con el evento ocurrido con el anhídrido ftálico ocurrido en Carbo Química y que presentó afectación directa en el Colegio Cundinamarca.

3.3.2 Condición socioeconómica

La estratificación en el Distrito Capital se emplea para: realizar la facturación de las empresas de servicios públicos domiciliarios, focalizar programas sociales y, determinar tarifas del impuesto predial unificado de las viviendas, de la contribución por valorización y de las curadurías urbanas. Esta estratificación sirve para: materializar los criterios de solidaridad y redistribución del ingreso en el régimen tarifario, para facturar el cobro de los servicios públicos domiciliarios que recibe cada residencia con base en un estrato único, para aplicar (de manera opcional) la estratificación en el cobro del impuesto predial unificado, para aplicar subsidios a los sectores menos favorecidos de la población y recaudar la contribución de los estratos superiores; se realiza de acuerdo a la capacidad de ingreso y las características de la vivienda⁶¹; en Bogotá existe 6 estratos: estrato uno es bajo, bajo; estrato dos: Bajo, estrato tres: medio-bajo; estrato cuatro: medio; estrato cinco: medio-alto y estrato seis: alto. En la siguiente tabla se relaciona el número de manzanas por unidad de planeación zonal:

⁶¹ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29507>, 24 de Junio, 2010, hora 9:23

Tabla 44 Número de manzanas según estrato socioeconómico

Territorio Social III	Número de manzanas por estrato socioeconómico							
	Estrato 0		Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
UPZ 68 Arborizadora	45	12,68	0	0,00	179	21,70	79	88,76
UPZ 66 San Francisco	33	9,30	108	11,71	355	43,03	0	0,00
UPZ 69 Ismael Perdomo	277	78,03	814	88,29	291	35,27	10	11,24
Total	355	100,00	922	100,00	825	100,00	89	100,00

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital año 2006

La UPZ de Ismael Perdomo es la de mayor aporte de manzanas de estrato 0 y 1; la UPZ Arborizadora es la de mayor concentración de manzanas en estrato 3, es el único territorio de la localidad que posee este estrato.

3.3.3 Ocupación

En la zona industrial de Ciudad Bolívar, ubicada en el sector de la autopista sur, se identificaron cuatro actividades que reúnen el mayor número de empresas: fabricación de prendas de vestir, excepto prendas de piel (18%); elaboración de productos de panadería y productos derivados de la harina (12%); fabricación de calzado (6%), y producción, transformación y conservación de carne y pescado (4%).

La industria de fabricación de prendas de vestir, ropa exterior e interior para hombre, niño, mujer y niña, corsetería, camisería, vestidos de baño, ropa sobre medidas y servicios satélites se ubicó principalmente en el sector de los barrios La Estancia, Las Acacias, Madelena y Candelaria La Nueva; la industria de elaboración de productos de panadería, macarrones, fideos, y productos derivados de la harina se concentra en los barrios Las Acacias e Ismael Perdomo. En la siguiente tabla se describe la población beneficiaria de las intervenciones del ámbito laboral, en unidades de trabajo informal.

Tabla 45 Tipo de intervención en unidades de trabajo informal 2009

Tipo de intervención en	Número de beneficiarios	Etapas de ciclo			
		Infancia	Juventud	Adulthood	Vejez
UTIS	1012	1	210	755	46
Etnias	21		6	15	
Desplazados	16		1	14	1
Salud Mental	1547	1176	220	151	
Salud oral	53		9	44	
Trabajo infantil	290	239	51		
Discapacidad	249	1	75	166	7
Total	3188	1417	572	1145	54

Fuente: Intervención promoción de entornos saludables, en Unidades de trabajo informal, ámbito laboral del Hospital Vista Hermosa I Nivel año 2009

Para este territorio se han beneficiado un total de 3.188 personas, trabajadores y no trabajadores, predomina la etapa de infancia y adultez. En salud mental se realizan talleres grupales y visitas domiciliarias

para sensibilizar a los estudiantes, docentes y padres de familia en la prevención de formas de trabajo infantil. En la siguiente tabla se distribuyen los trabajadores según salario y de acuerdo al sexo.

Tabla 46 Distribución de trabajadores según salario, actividad económica por sexo.

Sexo	Número de trabajadores	Salario			Actividad económica				Ciclo vital				
		Menos de 1 mínimo	1 Mínimo	Más de un mínimo	Restaurantes	Panaderías	M - Mecánica	Madera	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulto	Mayor
Mujeres	491	26,7%	58,0%	15,3%	95,5%	4,1%	0,4%	0,0%	0,2%	1,4%	20,7%	77,4%	0,2%
Hombres	546	15,9%	58,6%	25,5%	33,0%	49,3%	8,8%	8,8%	0,0%	1,3%	18,6%	74,4%	5,8%

Fuente: Intervención promoción de entornos saludables, en Unidades de trabajo informal, ámbito laboral del Hospital Vista Hermosa I Nivel año 2009

Existe 1.1 hombre frente a una mujer que trabaja, las mujeres tienen mayor ingreso que los hombres, relacionado con el tipo de actividad económica, dado que las mujeres se concentran en restaurantes y los hombres en panadería, mecánicas y madera, es una actividad que funciona a demanda, lo que no favorece la estabilidad del ingreso para los hombres, representando un bajo ingreso para estos. El 42,6% de trabajadoras y trabajadores se encuentran por debajo de un salario mínimo. La mayor concentración de trabajadores se encuentra en la adultez, con igual proporción para hombres y mujeres. Se encuentran 8 mujeres menores de edad en actividad económica de consumo.

Con la caracterización del programa salud a su casa, de las familias que habitan en este territorio se encuentran un total 20.850, los jefes del hogar en desempleo corresponden al 5,7% (1.192) (Fuente Salud a su casa año 2009).

3.3.4 Servicios públicos

“En el sistema jurídico colombiano el concepto de servicio público es genérico y está compuesto por diferentes especies de origen constitucional o legal, en efecto son servicios públicos desde el punto de vista constitucional: la seguridad social, la salud, el saneamiento ambiental, la educación y los servicios públicos domiciliarios, de lo legal son servicios públicos: el transporte público, transporte y distribución de petróleo y sus derivados.”⁶²

▼ La vivienda con servicios públicos

Se entiende por vivienda el lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas.⁶³

Para cobertura de servicios públicos se hace referencia a datos locales, más no específicos por UPZ, para caracterizar las condiciones de servicios públicos, el Hospital a través del programa salud a su casa en este

⁶² <http://www.buenastareas.com/ensayos/Servicios-Publicos-Domiciliarios-En-Colombia/237389.html>, Junio 24 del 2010, 11:35

⁶³ Real academia de la lengua española

territorio, cuenta a la fecha con 16.790 viviendas y 20.850 familias, con una razón de 1.4 familias por vivienda con un promedio de 5 individuos. En la siguiente tabla se relaciona la tenencia de vivienda:

Tabla 47 Tenencia de vivienda de las familias del programa salud a su casa

	Número	Porcentaje
Arriendo	6773	33,05
Propia Pagando	2049	10,00
Propia Pagada	9265	45,21
Subarriendo	383	1,87
Otros	2024	9,88
Total	20494	100,00

Fuente: Base APS en línea, Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. año 2009

La mitad de la población no cuenta con vivienda propia, lo que se refleja en la alta rotación de las familias, 356 familias se encuentran sin dato, correspondiente al 1.70%. Se encuentra que las viviendas inadecuadas corresponden al 6,7% (1.128), ya sea por fallas de construcción o por deterioro de la infraestructura, las viviendas en refugio (carpas) son el 8% de las viviendas (1327), además se detectó que el 17% (3576) se encuentran en riesgo por peligro de deslizamiento, determinado por las condiciones topográficas del terreno; presentando alta vulnerabilidad por vivienda inadecuada. Las viviendas que no poseen servicios públicos son: energía el 0,7% (147), acueducto el 3,5% (733), gas 9,8% (2053), teléfono el 20% (4222), alcantarillado el 1,5% (256).

Se han realizado visita a 6 solicitudes de vivienda de alto riesgo, de las cuales 4 son por humedad y filtraciones que se canalizan a la Empresa de Acueducto y Alcantarillado, en algunos casos se dejan recomendaciones para saber si las filtraciones son ocasionadas por los vecinos o son filtraciones por el terreno, una visita por mal manejo de residuos y mascotas que fue canalizada a la Alcaldía local para que haga intervención, ya que tienen un criadero de palomas y una visita por que faltaba rejilla de canaleta de aguas lluvias cerca de un colegio, este caso se canalizó a la EAAB. Vale aclarar que estas visitas no tienen concepto sanitario y solo se realizan dos visitas, si no cumplen con las recomendaciones se canaliza a la Alcaldía local para que ellos tomen las medidas pertinentes.

▼ Establecimientos de atención al público

Durante el primer semestre del año 2010 los barrios que componen esta zona se han visto en la necesidad de solicitar masivamente visitas de control sanitario, a causa de reuniones que ha venido realizando la Alcaldía Local solicitando toda la documentación reglamentaria para el funcionamiento de establecimientos comerciales, se emitió concepto favorable a 38 establecimientos; la gran mayoría tuvo un proceso de 2 visitas durante el año, en la primera se dejaron los requerimientos para lograr el cumplimiento de la normatividad sanitaria, en la segunda se verificó que ya se hubiesen cumplido estos requerimientos. Los establecimientos que se visitaron se encuentran distribuidos en las 3 UPZ que conforman esta zona de calidad de vida y en Pendientes están 86 establecimientos que se han visitado en esta zona, tienen concepto sanitario temporal ya que cumplen parcialmente con los requerimientos de norma. La mayor cantidad de establecimientos no cumplen con el botiquín, extintor con recarga vigente, señalización de áreas,

elaboración de Plan de Saneamiento ni sistema eléctrico seguro, en desfavorable se emitieron dos conceptos sanitarios en la UPZ 69 en establecimientos donde se dejaron requerimientos que no fueron atendidos por sus propietarios. Las recomendaciones que se habían dejado fueron principalmente: adecuación de paredes, dotación de botiquín, recarga de extintor, señalización de áreas y elaboración de Plan de Saneamiento.

Se han realizado tres visitas a recicladoras, a las cuales se les han dejado recomendaciones para que se cumplan y que están en espera de próxima visita de revisión, sus conceptos son pendientes.

También se visitaron los almacenes donde se comercializan colchones, con el fin de verificar los proveedores de los mismos y controlar que no se estén adquiriendo colchones en lugares que no cumplan con las normatividades de producción y sanitaria que los rige. Los conceptos son pendientes y se han realizado 10 visitas a establecimientos con estas características, a los que se les han dejado recomendaciones tales como dotación de botiquín, dotación o recarga de extintor, elaboración de Plan de Saneamiento y señalización de áreas.

Hay un centro Comercial, Metrosur, donde se ha realizado una sola visita durante el primer trimestre del 2010 y presenta concepto pendiente, se dejaron exigencias en cuanto a mejoramiento de infraestructura, sistema de acceso para personas en condiciones de discapacidad, manejo de residuos sólidos entre otros.

▼ Tipo de afiliación

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia, que implantó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.⁶⁴

▼ Servicios públicos domiciliarios

Son los que llegan a las casa, como el acueducto con agua potable para consumo humano, la energía, el gas, y recolección de basuras, manejo adecuado de aguas lluvias y aguas residuales. Queda pendiente por indagar los servicios por UPZ.

⁶⁴ Sistema General de seguridad social en salud en Colombia, 24 de Junio 2010, 12:10

▼ Descripción de la situación educativa

La educación de niñas y niños se puede desarrollar en jardines y colegios públicos o privados, para este territorio se identifican ambos en la siguiente tabla:

Tabla 48 Colegios privados y públicos por territorio

Territorios sociales	Unidades de		Colegios privados		Colegios públicos	
	Nombre de la UPZ	No. De la UPZ	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Territorio 3	Arborizadora	65	15	14,29	1	1,49
	San Francisco	66	18	17,14	11	16,42
	Ismael Perdomo	69	29	27,62	14	20,90
	Total		62	59,05	26	38,81
	Total		105	100,00	67	100,00

Fuente: Secretaria Distrital de Salud año 2008

En este territorio el 59,05% de colegios son privados, y el 38,81% públicos, existen 3 colegios privados frente a uno público; la UPZ de mayor concentración de colegios privados es Ismael Perdomo en la parte baja de la localidad con la mayor cantidad de oferta educativa, contando inclusive con la sede Tecnológica de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, cabe anotar que la mayor parte de la población académica está compuesta por jóvenes de otras localidades del Distrito.

El Hospital Vista Hermosa, I Nivel, E.S.E. intervino 6 colegios dentro de este territorio, 1 en la UPZ 66 y 5 en la UPZ 69, con 23.032 estudiantes; se presenta una cobertura para instituciones públicas del 23,07%. En la UPZ Arborizadora no se realizó intervención.

A través de este trabajo se encontró que entre los estudiantes se presenta ideación e intento suicida como problemática social, presencia de pandillas, tribus urbanas (Emos) y embarazos en adolescentes.

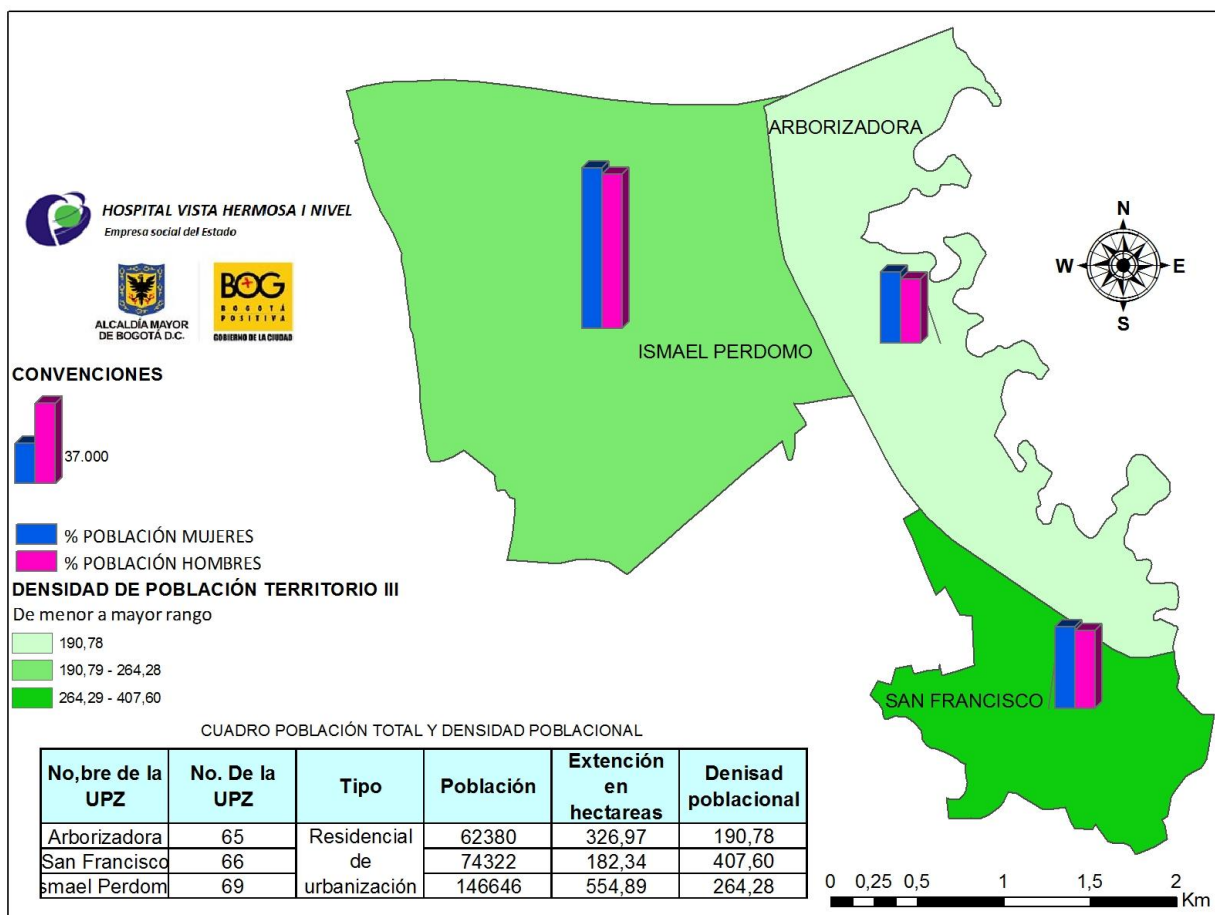
El nivel educativo de las personas, comparativamente con las demás zonas es más alto, pues se encuentra mayor número de personas con bachillerato, formación técnica y profesional, especialmente en población joven, aspecto que influye en el tipo de labores desempeñadas y en los ingresos familiares.

3.3.5 Dinámica de población con enfoque diferencial

El enfoque poblacional facilita la descripción por etapa de ciclo, etnia, orientación sexual e identidad de género, el DANE cuantifica cuantos hombres y mujeres habitan por unidad de planeación zonal, en el siguiente mapa se representa la población:

Mapa 38 Densidad de población territorio social III por UPZ

DENSIDAD DE POBLACIÓN TERRITORIO 3 POR UPZ



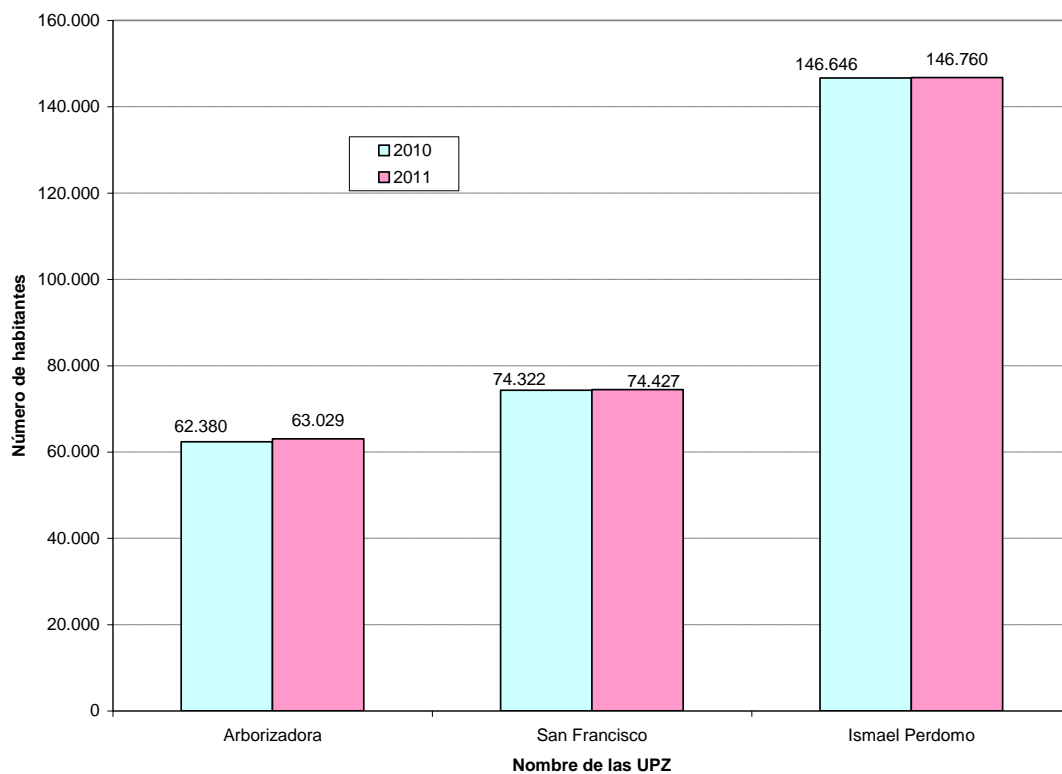
Fuente: Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015 (Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

Para este territorio existen 283.347 habitantes, correspondiente al 45,09% de la localidad, la UPZ de mayor concentración de población es San Francisco, de acuerdo al mapa anterior.

3.3.6 Población por unidad de planeación zonal

La siguiente gráfica representa la población por unidad de planeación zonal según proyecciones DANE 2005

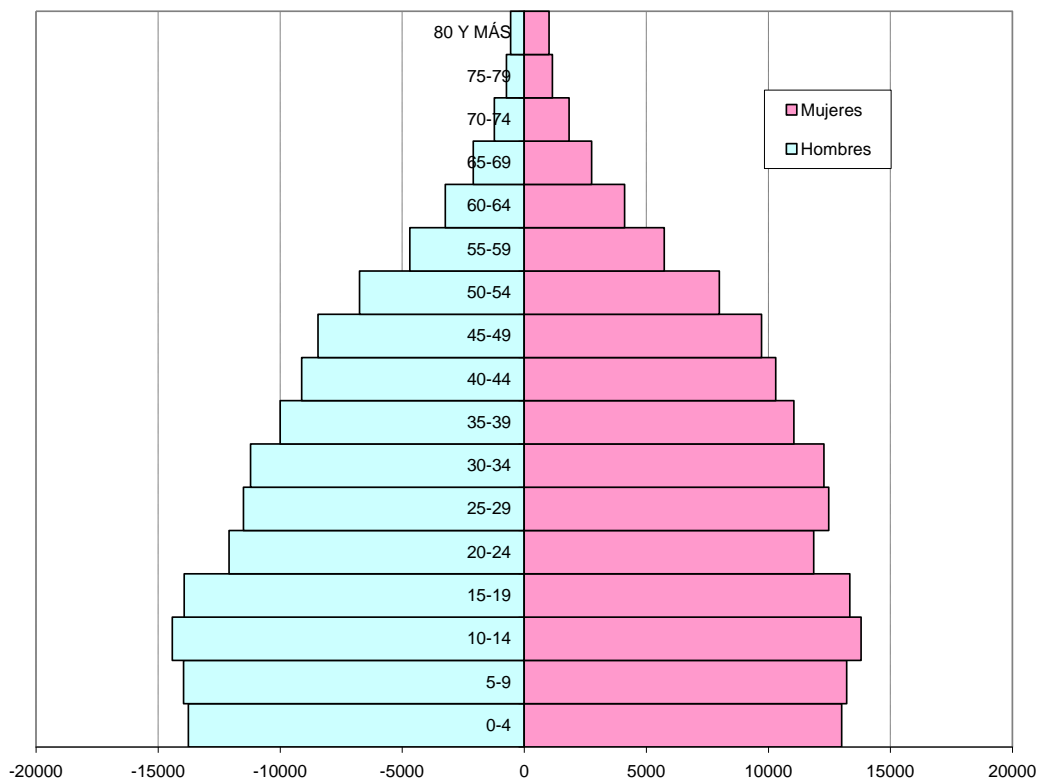
Gráfica 17 Población por UPZ comparado 2010 y 2011



Fuente: Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015
(Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

De acuerdo esta gráfica, la mayor concentración de población está en la UPZ del Perdomo; se busca caracterizar la población por etapa de ciclo, con enfoque diferencial para profundizar el análisis de la situación y facilitar la intervención, ya sea en su condición étnica, de identidad de género, o de situaciones que generan una intervención especial como discapacidad y desplazamiento forzado por la violencia. La siguiente gráfica representa la estructura de la población por grupos quinquenales de hombres y mujeres.

Gráfica 18 Estructura de población para el territorio social III



Fuente: Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006-2015 (Información tomada de: Bogotá Ciudad de estadísticas No.9, Julio 2009)

Para este territorio existen 283.347 habitantes, correspondientes al 45,09% de la población de la localidad, es una pirámide en expansión, a medida que se incrementa la edad disminuye la población; se presenta un porcentaje de 48,60% hombres (137.696) y 51,40% (145.650) mujeres.

3.3.7 Enfoque diferencial

Se entiende como el reconocimiento de situaciones y condiciones particulares, determinadas por características como la edad, el género, la discapacidad, el desplazamiento o la pertenencia a un grupo étnico. Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona, lo que implica avanzar en un análisis relacional que haga visible las diferencias, mostrando las múltiples maneras de leer la realidad y las variadas formas de apropiarse del territorio.

En este sentido, un análisis desde el enfoque diferencial implica hacer una discusión crítica, desde el amplio abanico jurídico que nos plantea la Constitución de 1991, al erigirse Colombia como una nación pluriétnica y multicultural, y como esta mirada normativa condiciona la cotidianidad socio – cultural, desde los usos y costumbres, practicas, hábitos y relaciones interculturales.

▼ Etnias

El Hospital identificó a las comunidades indígenas Camentsa, Ambika Pijao e Inga, ubicadas especialmente en la UPZ Ismael Perdomo; y las organizaciones afrocolombiana Ormuafro en la UPZ Arborizadora, Fundarteco, Palma Negra y Afrodes – Abcun en la UPZ Ismael Perdomo.

Como puede verse, este territorio tiene mayor presencia de organizaciones afro colombianas que de comunidades indígenas; la mayoría de las personas pertenecientes a etnias sufren desplazamiento forzado, por tanto, comparten no sólo la problemática propia de los grupos étnicos sino la del desplazamiento. La situación de calidad de vida y salud de dicha población se encuentra inmersa en las descripciones que se realizan por etapas de ciclo vital.

▼ Desplazados

Es el territorio de mayor concentración de personas, aporta el 50,62% de la recepción de las personas en el contexto local, probablemente por la cercanía a todos los servicios y entidades que se concentran en este territorio, (Defensoría del pueblo, Alcaldía local, Casa de Justicia entre otros).

De acuerdo a la información recogida por el Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso en Salud (SIDBA), durante el año 2009 se identificaron 131 barreras de acceso, 129 en población desplazada y 2 en población indígena, estas 2 barreras de acceso identificadas para población indígena se presentaron en la UPA Sierra Morena y UPA Potosí; de las 129 barreras de acceso restantes relacionadas con la población desplazada, 110 están concentradas en la UPA Sierra Morena; 1 en el Cami Manuela Beltrán, 3 en la UBA San Isidro, 11 en la UPA Candelaria, 2 en la UPA Potosí y 1 en la UPA San Francisco.

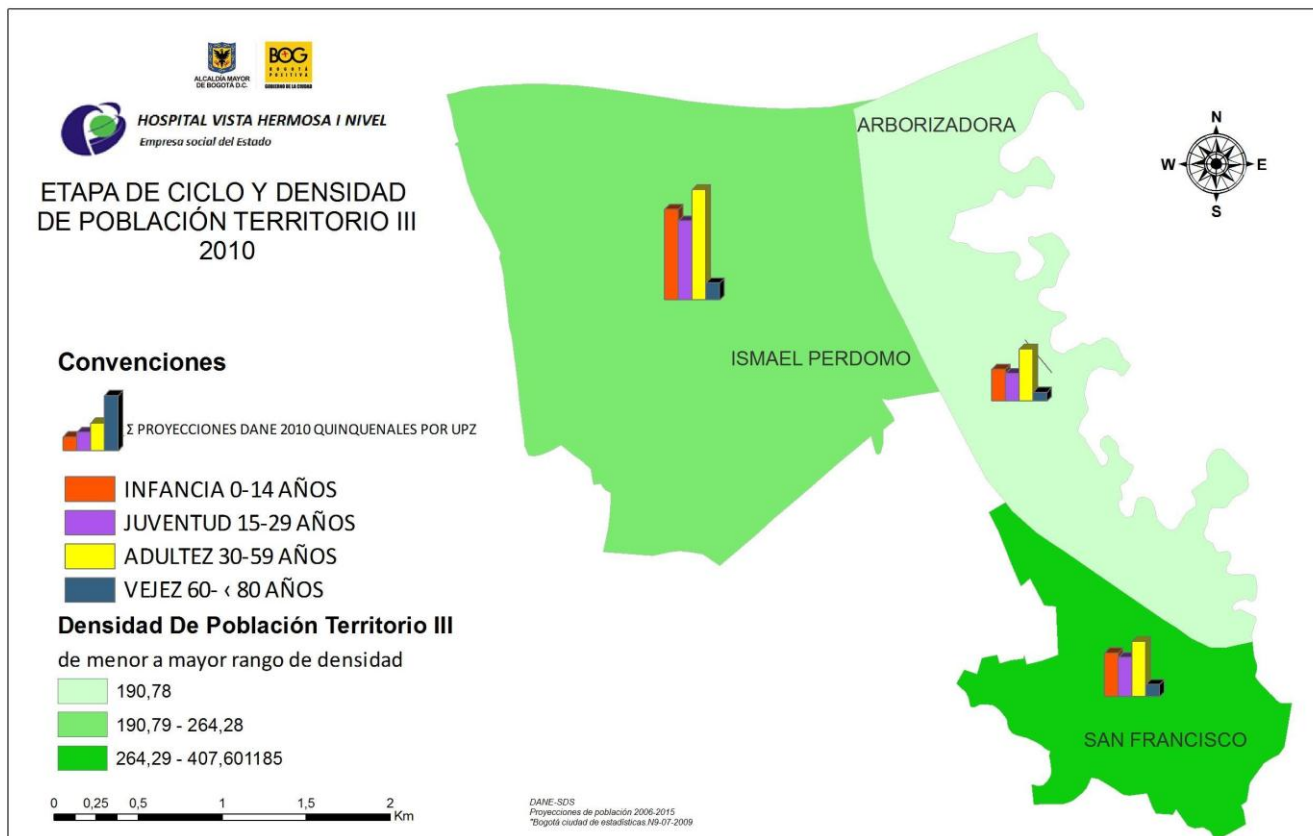
No obstante, la situación en términos generales no es muy distinta a la del territorio II, en el sentido de que la barrera que se presentó con mayor frecuencia fue la dificultad en el acceso a servicios por inconsistencias en comprobador de derechos, seguida igualmente de la prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario; las dificultades para prestación servicios POS, POS-S, NO POS-S; la dificultad en el acceso a servicios por padre en registro civil con quien no tienen contacto. Estas barreras de acceso se han presentado en todas las etapas de ciclo vital.

Frente a lo anterior es necesario aclarar que los hallazgos encontrados frente a las condiciones de calidad de vida y salud de las personas en situación de desplazamiento del territorio III dan cuenta de condiciones percibidas por las diferentes intervenciones del Hospital Vista hermosa desde la Transversalidad de desplazamiento, el territorio para esta población se convierte en el espacio donde habitan y buscan acceder a oportunidades y redes institucionales de apoyo, lo que puede hacer explicito que esta población opte por ubicarse en este territorio dadas sus características y presencia institucional en comparación a otros territorios de la localidad.

3.3.8 Condiciones de salud por etapa de ciclo

A continuación se representa gráficamente la población por unidad de planeación zonal según etapa de ciclo:

Mapa 39 Número de habitantes por etapa de ciclo en unidades de planeación zonal del territorio social III



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

La etapa de ciclo de adultez es la de mayor concentración para todas las UPZ del territorio social III. Para este territorio se ha descrito el siguiente núcleo problemático: Dificultad de adaptación a las nuevas prácticas sociales, culturales y familiares que afectan el desarrollo de habilidades para la vida en el territorio y débiles procesos de asociación y organización del sector productivo que limitan la potencialización del desarrollo social y económico del territorio.

▼ Infancia

Las condiciones de calidad de vida y salud de los niños y niñas en este territorio están determinadas en gran medida por las condiciones de vida de su ámbito familiar, pero sobretodo por las condiciones de vida de sus

padres y cuidadores, que asumen su rol dependiendo de condiciones estructurales como el nivel económico, relacionado este con las posibilidades de acceso a la esfera productiva y educativa.

La UPZ de Ismael Perdomo presenta dificultad de acceso a los espacios recreativos por la ubicación geográfica, pero es la que presenta mayor oferta de programas para el uso del tiempo libre. Tiene la mayor oferta de escuelas deportivas con disciplinas tradicionales como fútbol, fútbol de salón, patinaje, basquetbol, atletismo, pero siempre orientadas a la competencia y el alto rendimiento, aunque también estas se encuentran en las zonas bajas de la localidad en los polideportivos la Estancia y Candelaria la Nueva. Los espacios actuales no son suficientes frente a la demanda para la práctica de los deportes tradicionales.

Como se mencionaba en el aparte de generalidades, la parte baja del territorio cuenta con una amplia infraestructura educativa que permite que la gran mayoría de los niños puedan acceder a la educación, lo que va definiendo brechas de inequidad frente a aquellos niños y niñas de la parte alta, que por sus condiciones de desplazamiento y fragilidad social no acceden a la educación, o lo hacen en una condición de desventaja por varios factores como el nutricional, además del estigma y el rechazo que se vive en las instituciones educativas que no reconocen las particularidades de la comunidad; discriminando a grupos de niños y niñas pertenecientes a grupos étnicos, en este caso fuertemente representados por los afro descendientes, que se enfrentan a un choque cultural y social, en el que, al igual que los desplazados, no encuentran coherencia entre la propuesta educativa y sus costumbres y vivencias culturales.

Frente a lo anterior, los niños y niñas tienen bajo rendimiento académico, especialmente en edades entre los 8 a 14 años, sus motivaciones no están relacionadas con el estudio, sus intereses están enfocados en conseguir empleo para ayudar a sus padres en la crisis económica que atraviesan por el desplazamiento, otra dificultad es que en el área rural la educación y los compañeros son diferentes a la de la ciudad, se observa que para los menores el desplazamiento es un cambio brusco, donde sus costumbres y forma de relacionarse con los otros suele ser muy diferente, el 36% se encuentran desescolarizados, ya que muchas familias recién llegadas a la ciudad desconocen el proceso para ingresar al menor a estudiar, además de estar en proceso de adaptación a la ciudad.

Es importante resaltar que los niños y niñas en el campo no ingresaban a la escuela, y si lo hacían tenían que combinar el estudio con los trabajos de su grupo familiar para el apoyo a su sostenimiento, además, en el campo el acceso a las escuelas es limitante por las distancias, esta situación está muy relacionada con prácticas culturales.

Las comunidades afro descendientes temen perder la riqueza cultural que los define como etnia, o que ya no hablen la lengua de su propia etnia, otro aspecto vulnerado en los grupos étnicos ha sido el de alimentación, la cual es insuficiente para satisfacer la demanda diaria, aunque muchas familias Pijaos reciben apoyo de la Canasta nutricional, los alimentos suministrados no corresponden a la dieta propia de su grupo; son estigmatizados por su indumentaria, en el caso de los que usan collares, capisayos en el grupo de los Camentsa, falta la educación propia que el Estado Colombiano no ha contemplado en el modelo educativo urbano y que conlleva a la discriminación por parte de los compañeros y en muchos casos a la deserción escolar; también sufren inseguridad en los barrios, ya que un buen número de familias viven en sitios afectados por problemáticas sociales muy sentidas como delincuencia común, o alto consumo de SPA, entre otras.

En la población infantil desplazada se hace más explícita la discriminación a la cual se enfrentan en su entorno escolar y social.

En este territorio se encuentran registrados 722 niños y niñas con discapacidad, que también encuentran similares barreras relacionadas con la discriminación, ya que hay dificultades en reconocer las potencialidades y capacidades, iniciando desde el grupo familiar en que los padres no están preparados para la convivencia y que al llegar al ámbito escolar se acentúa por que los docentes no tienen las herramientas para la educación y formación de niños y niñas con discapacidad, a esta falla humana, se suma la dificultad del acceso por las barreras físicas que no están adecuadas para la discapacidad y los escasos espacios de recreación no están adaptados para el desplazamiento de estos; los programas y proyectos no son específicos de acuerdo al tipo de discapacidad, lo que favorece la inasistencia escolar y a actividades recreativas.

Como existen diferencias en el plan obligatorio de salud de acuerdo al tipo de afiliación, falta información y direccionamiento para realizar trámites administrativos y así acceder a los servicios de salud, aumentando la deserción de los programas o tratamientos a los que los niños y niñas deben asistir.

En la zona alta, por las condiciones de fragilidad ya descritas, los niños y niñas se ven obligados a trabajar, ya sea ayudando a sus padres en algunas labores domésticas o en la unidad de trabajo informal del grupo familiar, asumiendo labores que no corresponde a esta etapa.

En ese sentido, el trabajo infantil que se presenta en este territorio está dado básicamente por las condiciones socioeconómicas precarias de las familias, ya que los niños y niñas empiezan a trabajar para colaborar con el sustento diario, las principales actividades que realizan se encuentran en los restaurantes, panaderías, reparadores de automotores y en el sector de las maderas entre otros, presentando a futuro riesgos que generan ATEP, vulneración de los derechos, reproducción de modelos de pobreza y perpetuidad de la misma, inasistencia y deserción escolar, consumo de psicoactivos, embarazos precoces, violencia, afectación a sus condiciones de salud, necesidades básicas insatisfechas y limitación en el ejercicio de libertades y derechos.

Desde la intervención de trabajo infantil se identificaron 239 niños y niñas, de los cuales 135 corresponden al sexo masculino y 104 al sexo femenino, encontrados tanto en colegios distritales como privados del territorio; también se identificaron en algunos programas y proyectos de la localidad como los comedores comunitarios. Una de las actividades laborales con mayor número de niños y niñas trabajadores es el de cuidadores de otros menores, con mayor porcentaje del sexo femenino 15%, y 7% masculino.

El cuidado y la formación depende de las dinámicas de cada familia, lo pueden asumir directamente los padres o la red familiar, en ocasiones se delega a los jardines, colegios y a extraños (vecinos, e instituciones), lo que puede generar actitudes y prácticas que afectan la relación con otros niños y niñas de su edad, con las instituciones y con cuidadores; la falta de orientación de los cuidadores ante la dificultad de la crianza puede traer como consecuencia el abandono del grupo familiar o el rechazo en lo institucional; la denuncia de violencia no es la solución cuando niños y niñas se ven afectados por las dinámicas familiares.

Para su supervivencia, la población infantil depende estrictamente del cuidado de otros y otras, si los adultos no tienen las herramientas para dialogar con los menores en la construcción de su presente y su futuro, así se construyen prácticas favorables para la salud y la vida, en las que la salud oral no es importante

en el auto cuidado, lo que a su vez puede llevar a otras consecuencias como deficiencias nutricionales o problemas infecciosos que pueden desencadenar enfermedades crónicas.

Esto puede condicionar factores de comportamiento, que desde la salud mental se identifican como agresividad y rebeldía, o los relacionados con la sobreprotección en niños y niñas de los hogares de los barrios de Arborizadora y Perdomo Bajo, así como en situaciones de abandono en zonas altas del territorio, acompañados igualmente de agresividad tanto de cuidadores y cuidadoras como de los niños y niñas. Ligado a esto encuentran las diferentes modalidades de violencia en que se ven involucrados cuidadores y cuidadoras. Situación agravada por el hecho de que generalmente los cuidadores grupo no tienen la formación suficiente para denunciar estos hechos, sino que generalmente la denuncia y el reporte pasa por los adultos, lo cual puede estar generando un sub registro.

Se registraron 346 casos de maltrato en niñas, de los cuales 125 fueron por maltrato emocional por parte de los padres; para los niños se registraron 357 casos, por maltrato emocional fueron 167 niños, igualmente realizado por los padres.

En la zona de Arborizadora y Perdomo Bajo se ven casos relacionados con la malnutrición, especialmente con sobrepeso, lo cual es convierte signo de alerta para futuras enfermedades crónicas. Por eso es necesaria la corresponsabilidad entre cuidadores y cuidadoras, niños y niñas y otros actores sociales para fomentar hábitos saludables para que en cualquier condición o situación se desarrollen potencialidades de auto cuidado.

Para el diagnóstico nutricional en los menores de 10 años, se contó con 33202 registros, se encontró que el nivel de desnutrición aguda en menores de diez años fue de 0,9% (325 casos), en riesgo por bajo peso fue del 1.7%, (564 casos), es decir susceptible de deteriorar fácilmente su estado nutricional actual, el estado nutricional normal fue de 31,1 % (10325 casos) y los niveles de sobrepeso fueron del 1% (3302 casos). En este indicador, el territorio III está en segundo lugar, con los mayores porcentajes de población con enflaquecimiento y riesgo. Los niveles de baja talla en menores de 10 años fueron del 3,7% en comparación con la población en riesgo que fue del 3,8%. La población con talla adecuada para su edad fue del 15.3%.

Con respecto a la situación nutricional de las mujeres en periodo de gestación, sobre un total de 7854 datos ingresados al SISVAN, el bajo peso fue de 11% (863), mientras que la malnutrición por exceso expresada en sobrepeso y obesidad para este grupo es de 6% (471), 14% (1099) se encuentran en adecuado peso para la edad gestacional.

En relación con la cantidad de niños suplementados con sulfato ferroso y vitamina A en este territorio durante el 2009, en la UPZ 65 Arborizadora fueron 3267 escolares, en la UPZ San Francisco 3396 escolares y en la UPZ Ismael Perdomo 12252 escolares.

En el marco del derecho humano a la alimentación, se trabajó con un grupo de niños del Colegio Santa María de la Cruz, ubicado en el barrio Verona, en la UPZ 65 Arborizadora; se exploraron y reconocieron imaginarios y representaciones en torno a la alimentación y la Seguridad Alimentaria y Nutricional, en ellos se encontró que los niños y niñas no tienen una definición clara sobre los derechos humanos, los derechos que conocen son los que les han enseñado en el colegio, reconociendo el derecho a la educación, la risa, la recreación, la vida, y la tranquilidad. Cuando hablan del derecho a la alimentación mencionan que es importante porque sin ella se pueden enfermar y no podrían realizar sus actividades cotidianas (juegos,

estudios), resaltan aspectos de la alimentación saludable (frutas, verduras) y enfatizan en la responsabilidad que tienen sus padres en la realización del derecho.

Los niños mencionaron la pobreza, la falta de dinero y el desempleo como aspectos que inciden en que la alimentación no sea la mejor en calidad y cantidad en la familia, la comunidad y la localidad; no hacen mención sobre ninguna situación que afecte positiva o negativamente el derecho humano de la alimentación. Consideran que los refrigerios escolares ayudan a que los niños y niñas puedan realizar mejor sus actividades en el colegio.

Dentro de las enfermedades compartidas por animales en el 2009, el evento de mayor notificación en niños fue la exposición rábica con 75 casos y en niñas 31 casos.

En cuanto a lesiones de causa externa e intoxicaciones, el evento de mayor notificación fue 2 niños con lesiones por pólvora, seguido de 2 niños con intoxicación por sustancias químicas, en cuanto a las niñas, se notificaron 3 casos de intoxicaciones por metanol.

En relación con las enfermedades de transmisión sexual, definidas como todas aquellas adquiridas por el comportamiento, actitudes y prácticas en la vida sexual de los hombres y las mujeres, los eventos de mayor notificación fueron 2 niños y una niña con sífilis congénita.

La vacuna es la principal herramienta para proteger la vida humana contra enfermedades causadas por virus o bacterias; es una actividad de prevención que se sustenta en los diagnósticos sospechosos de notificación obligatoria, en ese sentido, dentro de los eventos inmunoprevenibles en la infancia se encuentra la varicela con 139 casos en niños y 129 casos en niñas, seguidos por 20 casos de parotiditis (10 en niños y 10 en niñas).

Otro evento de vigilancia que genera impacto negativo en la salud colectiva son aquellos similares a la influenza con 88 casos en niños y 85 en niñas, seguido de 15 casos de niños y 10 casos de niñas por mortalidad perinatal.

En lo que se refiere a la enfermedad bucal, ésta se detecta a través de los RIPS, y en el subsistema de vigilancia centinela de salud oral (SISVESO); a continuación se describen los hallazgos por etapa de ciclo.

En SISVESO se encontró que tanto hombres como mujeres se cepillan 2 veces al día y se encuentra que por cada mujer que se cepilla 3 veces al día, lo hacen 2 hombres; sin embargo se presenta déficit de higiene oral tanto en hombres como en mujeres en igual cantidad.

En ese sentido, se reconoce una tendencia a responsabilizar unos a otros (padres o docentes) de las condiciones que afectan la salud oral de niños y niñas, que de manera general se consideran desfavorables en la localidad. Sumado al poco interés de los padres por la salud bucal de ellos y ellas por otras prioridades; es importante resaltar que el desconocimiento, los mitos e imaginarios hacen parte de la causa de dicha situación encontrada.

Del 100% (202 niños) caracterizados en el 2009, se realizó control de placa bacteriana al 32% (65 de 202), con un promedio de índice de placa bacteriana del 53%; lo que nos indica higiene oral regular, es el territorio con el índice más alto. La etapa de infancia es a la que se le realizan más consejerías en salud oral e índices de placa bacteriana en el ámbito familiar, ya que los niños son criterios de selección de las familias y ellos se encuentran en el momento de la visita. Dentro de las visitas se observan enfermedades orales como

caries dental y enfermedad gingival; un gran número de estas familias no cuentan con las condiciones materiales para prácticas de higiene oral, afectando así la práctica adecuada del cepillado.

En el territorio III se trabaja con 6017 niños y niñas, de las cuales 48.1% son mujeres y 51.9% hombres, en los Colegios Sierra Morena sede A, B, C y D y en los CEDID María Mercedes Carranza, Cundinamarca, La Estancia, San Isidro Labrador sede B y Rodrigo Lara Bonilla sede A y B. En el primer monitoreo de la calidad del cepillado se observó un 44.7 % de placa, que es un índice regular y refleja higiene oral deficiente, poniendo a niños y niñas en mayor riesgo de adquirir enfermedades que afectan la salud bucal, es necesario continuar programas de promoción de la salud que afecten de una manera positiva las practicas favorables a la salud oral. Al realizar la identificación de necesidades, el 44.6% de los niños y las niñas de la localidad se encuentran en alta prioridad de atención odontológica, el 23,9% se encuentra en prioridad media y solo un 31.5% de los niños y niñas se encuentran en prioridad baja, lo que refleja poco uso de los servicios de salud por parte de la población.

Por último, algunos niños y niñas se encuentran afiliados al régimen contributivo, con IPS que se encuentran lejos de su vivienda, lo que se convierte en una barrera de acceso a los servicios de salud. Es importante recalcar que el papel de los padres es determinante en la formación de hábitos saludables, siendo una constante el bajo compromiso frente a la salud de sus hijos.

En este territorio se intervienen 5 jardines con 465 niños, falta estimulación para el desarrollo psicomotor de estos por parte de el jardín, lo que facilitaría la práctica de hábitos saludables especialmente en salud bucal. El acceso a los servicios es mínimo por bajo compromiso de los padres.

En este territorio el ámbito comunitario está trabajando en 1 jardín con 210 niños, se detectan falencias en las prácticas de higiene bucal como el cepillado dental, igualmente se presentan barreras de acceso a los servicios de salud en cuanto a afiliación al sistema de salud y por falta de tiempo para llevar a los niños al servicio.

Núcleo problemático. El deterioro familiar donde se desenvuelve la infancia y la ausencia de orientación en cuidadores para la educación de niños y niñas, traen como consecuencia las marcadas expresiones de violencia, reduciendo las posibilidades de un desarrollo integral en la construcción de sujetos para el futuro.

▼ Juventud

Desde una visión adulta, las necesidades identificadas en los diferentes sectores del territorio asocian a los y las jóvenes como generadores de delincuencia y consumidores de sustancias psicoactivas, esta visión se queda corta al no reconocer que son las relaciones familiares deteriorantes las que han generado estas situaciones, aunadas a condiciones como el desplazamiento forzado, que obligan a iniciar de manera temprana la vida laboral, condiciones de hacinamiento y familias numerosas, no se tienen datos que reflejen el estado de depresión, se presentan intentos suicidas en especial en mujeres.

Existen diferentes modalidades de violencia intrafamiliar contra los y las jóvenes, manifestaciones de descontento frente a situaciones que se presentan dentro del territorio y que afectan directamente tanto a las familias como a cada uno de sus miembros y que no promueven una sana condición mental.

Las condiciones de deterioro social llevan a la vinculación laboral de este grupo de edad, en áreas como la construcción, el reciclaje, la ayuda en labores domésticas y el cuidado de niños y niñas, así como en labores de trabajo ambulante y mendicidad. Estos oficios no cuentan con la protección de seguridad ocupacional, ya que la mayoría se ejecutan en la informalidad y por tanto no garantizan la debida seguridad social, condición que deteriora la calidad de vida de los jóvenes del territorio.

En las zonas bajas se presenta frecuentemente esta situación, sin embargo, se encuentran jóvenes dedicados a estudiar, ya sea terminando su secundaria o vinculados a alguna institución de educación superior; generalmente deben combinar las actividades educativas con las laborales, pero el apoyo de la red familiar puede explicar menores niveles de deserción del medio educativo.

En el ámbito escolar, estrechamente relacionado con los factores económicos y con el trabajo se encuentra una amplia oferta institucional para jóvenes de la parte baja del territorio, incluyendo la Universidad Distrital, en la cual estudian en su mayoría jóvenes de otras localidades de Bogotá.

El territorio concentra la mayor cantidad de organizaciones juveniles de la localidad; en su mayoría con expresiones artísticas, culturales y deportivas. Se resaltan escuelas de perfeccionamiento en el polideportivo la estancia, que son una minoría de la población, el resto de jóvenes no realizan una adecuada utilización del tiempo libre, mas por el interés en los video juegos que por falta de espacio en la zona baja.

También hay jóvenes que muestran interés por la práctica de deportes extremos como los skaters, que pueden aunque fomentan la creatividad se convierten en una amenaza, ya que ponen en riesgo su integridad física al compartir espacios de práctica con las vías vehiculares, existen otras manifestaciones de la actividad física en muchos jóvenes organizados alrededor de propuestas artísticas y culturales del territorio, tales como el break dance, el hip hop o los malabares, entre otras.

Existe discusión sobre la influencia de la baja calidad de la educación secundaria en los bajos índices de ingreso a la universidad, aunque se ha mejorado en cobertura, contando con dos nuevos mega colegios en la zona de Perdomo, no se garantizan las herramientas para competir por el acceso a los escasos cupos que brinda la educación superior pública, ya que la privada se hace inalcanzable; sin embargo, se percibe que los adolescentes del territorio quieren “seguir estudiando para salir adelante”, siendo responsables de “terminar el año bien”, siendo una fortaleza que buscan “salir bien para graduarse y empezar una nueva vida” ven el SENA como una oportunidad; no hay formación ni apoyo económico para crear empresas.

La alcaldía local ha creado un proyecto de becas para acceder a la educación superior en áreas técnicas y tecnológicas, que a su vez plantean la discusión frente a las expectativas que tienen los y las jóvenes respecto al tipo de educación a la que quieren acceder, que no necesariamente es de tipo técnico y tecnológico.

Los jóvenes tienden a socializar a través de la conformación de grupos, el contexto de deterioro familiar y social, la ausencia de oportunidades laborales y educativas, y la necesidad de adquirir productos ofertados por el mercadeo de consumo, los condiciona a competir socialmente o a conformar grupos de delincuencia social, especialmente en sectores de San Francisco y parte Alta de Perdomo; donde los espacios para la socialización de los jóvenes coexisten con las micro mafias, constituidas alrededor del consumo de sustancias ilícitas, actividades que se desarrollan tanto al interior como al exterior de los colegios, alternativas que los jóvenes toman como medio de subsistencia para ellos y ellas y sus familias.

Aunque es un territorio donde se encuentran varias empresas del sector formal, no hay oportunidad de inclusión partiendo desde la formación, ya sea para los jóvenes con discapacidad o de grupos étnicos, por lo tanto deben desempeñarse como trabajadores informales para suplir las necesidades de sus familias con el respectivo desgaste físico y afectación a la salud.

En sectores como Caracolí, Santa Viviana y Santo Domingo se presentan casos de discapacidad en que las calles que no están pavimentadas dificultan la movilidad, en otros sectores no es adecuada la infraestructura para el desplazamiento.

No existe preparación para la crianza de niños y niñas que se ven afectados en la juventud, prevalecen las influencias culturales y familiares, en especial para el desarrollo de la sexualidad humana desde la integralidad, del afecto, de la reproducción biológica y de la autonomía.

La educación institucional y de salud se dirige a programas de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual para prevenir embarazo en adolescentes y también programas para la atención de la gestante adolescente, aunque sin involucrar a la pareja para la corresponsabilidad social frente al nuevo ser, fortaleciendo un ciclo vicioso de violencia y abandono familiar. Se desconoce la importancia de la autonomía para el desarrollo de la sexualidad (toma de decisiones, identidad de género).

Las organizaciones juveniles en su mayoría trabajan alrededor de expresiones artísticas, culturales y deportivas, que a su vez abordan temas como los derechos humanos en diferentes aspectos, los y las jóvenes han liderado múltiples procesos de denuncia y propuesta, no solo para sus áreas de influencia sino para toda la localidad. Se resaltan organizaciones de población afro descendiente, tanto en la parte Alta de Perdomo, como en la UPZ Arborizadora, que trabajan con toda la población y en diferentes espacios de participación.

Hay apatía por parte de la comunidad adulta de los sectores como Candelaria, San Francisco y de la UPZ de la Arborizadora hacia la población juvenil y la participación en proyectos de diversa índole.

Los jóvenes de los grupos étnicos se sienten rechazados por sus manifestaciones étnicas, que tienen como consecuencias el desempleo y/o condiciones de empleo no dignas; el no acceso a la educación superior ante la obligación de responder a las necesidades económicas básicas de la familia; la alta deserción escolar, especialmente en el bachillerato, y la falta de oportunidades para la formación académica y laboral en el contexto urbano.

En esta zona existen barrios donde se ubican familias y organizaciones de grupos étnicos, como Caracolí y los barrios circundantes, en especial para los afros colombianos, que a su vez se ven transformados por el territorio; estos jóvenes consolidan sus manifestaciones y prácticas culturales; sin embargo, también se enfrentan a una serie de necesidades insatisfechas porque están inmersos en un territorio no planeado.

No ocurre lo mismo con los Camentsa, quienes presentan un número reducido de jóvenes, que no logran adaptarse a la ciudad territorio y terminan regresando a sus lugares de origen.

Los jóvenes están interesados en el componente estético de la salud bucal más que en el funcional, que se registra por una deficiente higiene bucal; es de recordar que lo estético no está contemplado en el Plan obligatorio de salud.

Respecto a la seguridad alimentaria, los y las jóvenes han manifestado en diferentes espacios que esta no es su prioridad, debido a dos condiciones: una, los intereses están relacionados con eventos prioritarios para ellos y ellas; pero también es necesario tener en cuenta que existen dificultades frente al acceso debido a condiciones económicas precarias y que es un grupo desprotegido por programas de comedores comunitarios y refrigerio escolar; por lo que se presume malnutrición por déficit o por exceso no cuantificadas.

Durante el año 2009 se trabajó en 1 colegio centinela donde se encontró que en 1.991 registros de jóvenes mayores de 10 años, el 5,1% presentan bajo peso, el 7.2% presenta retraso en el crecimiento; en cuanto al sobrepeso fue de 9%, siendo este el problema más grave de alimentación inadecuada.

En el marco del derecho humanos a la alimentación, se realizó un grupo focal, cuyo objetivo fue explorar y conocer los imaginarios y representaciones en torno a la movilización y la Seguridad Alimentaria, donde se encontró que los jóvenes no tenían una definición clara sobre derechos en alimentación, existe confusión entre derechos y deberes, reconocen el derecho a la vida, la libertad, a tener una familia, el estudio, a ser respetados, a la libre expresión, a no ser discriminados por la clase social y a la recreación; reconocen la alimentación como un derecho, haciendo énfasis en el papel que tienen los adultos en la garantía de éste, pero también en su disfrute, afirman que el Estado es quien debe garantizar el cumplimiento de los derechos humanos, respecto al derecho a la alimentación consideran que lo hace de manera parcial, pues aunque crean programas de apoyo alimentario para familias vulnerables, no hace control frente al aumento del precio de los alimentos, de forma que no todas las personas accedan a todos los alimentos.

Dentro de los aspectos que influyen para que la alimentación sea adecuada en calidad y cantidad mencionan los económicos, relacionándolos con los altos precios de los alimentos y con el desempleo, resaltan el conflicto actual del país que afecta a todas las ciudades, en lo ambiental reconocen que la contaminación del agua y el mal uso de los suelos afectan la calidad de los cultivos, así como el uso de pesticidas que afecta de manera negativa la calidad de los alimentos.

Entre las enfermedades compartidas por animales se encuentra que en el 2009 el evento de mayor notificación en jóvenes fue de 27 casos en hombres y 20 en mujeres por exposición rábica.

En cuanto a lesiones de causa externa e intoxicaciones, el evento de mayor notificación en hombres fue de 6 jóvenes con casos de intoxicación por plaguicidas, seguido de 3 jóvenes con casos de intoxicación por fármacos, en cuanto a las mujeres se notificaron 10 jóvenes con intoxicaciones por sustancias químicas, seguido de 8 casos de intoxicaciones por fármacos .

En relación con enfermedades de transmisión sexual, definidas como todas aquellas adquiridas por el comportamiento, actitudes y prácticas en la vida sexual de los hombres y las mujeres; en cuanto a los eventos de mayor notificación se encuentran 6 mujeres jóvenes con sífilis, seguida de 3 casos de morbilidad VIH/SIDA, 2 en mujeres y 1 en hombre joven.

La vacuna es la principal herramienta para proteger la vida humana contra enfermedades causadas por virus o bacterias; es una actividad de prevención sustentada en los diagnósticos sospechosos de notificación obligatoria, en ese sentido, entre los eventos inmunoprevenibles para juventud, se encontró notificación de 12 casos de varicela en hombres y 33 casos en mujeres, seguidos de 6 casos de parotiditis.

Se presentan otros eventos de vigilancia que generaron impacto negativo en la salud colectiva como aquellos similares a la influenza, 8 casos en hombres y 29 en mujeres.

Con relación a la salud bucal, hay interés por tratamientos estéticos (ortodoncia, diseño de sonrisa...) que están por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en muchas ocasiones no son accequibles a esta población. Como resultado, la población joven utiliza con frecuencia los servicios del SGSSS para la atención de urgencias, al estar puesto el interés en lo estético se descuidan las prácticas preventivas de higiene, aumentando las enfermedades orales generales como caries y periodontitis.

Este grupo de edad tuvo 3 veces más consultas que el grupo de infancia, por cada hombre hay una mujer con 2 cepillados al día, los hombres dicen cepillarse los dientes 17 veces más que las mujeres; sin embargo, el déficit de higiene oral es igual tanto para hombres como para mujeres.

En el año 2009 se han caracterizado en salud oral 118 familias en esta zona, encontrándose en ellas 133 jóvenes, de los cuales al 23% (31 de 133) se les realizó consejería en salud oral y control de placa bacteriana con un promedio de 44%, indicando un índice regular, lo que refleja una higiene oral deficiente. Un gran número de estas familias no cuentan con las condiciones materiales (espejo, iluminación, ventilación) para la realización de las prácticas de higiene oral. Algunas familias no cuentan con todos los elementos básicos para la realización de la higiene oral como seda dental y cepillos en buen estado.

Núcleo problemático: Ausencia de oportunidades en educación, producción económica que garantice el desarrollo integral de los jóvenes y que se ven reflejados por las diferentes expresiones de violencia.

▼ Adultez

Frente al rol de cuidador o cuidadora, el adulto tiende a descuidar su propia salud, lo que genera malos hábitos alimentarios provocando enfermedades crónicas y enfermedades orales que pueden conducir a la pérdida de dientes, situaciones que afectan la autoestima.

Los adultos refieren mala nutrición relacionada con la situación económica, también hay inadecuados hábitos alimenticios adquiridos desde la infancia, ya sea por el bajo nivel educativo o por prácticas culturales que afectan la salud de cada región de Colombia; los adultos no acceden a los comedores porque se prioriza la garantía del acceso al alimento a niños y niñas.

En la parte alta de este territorio se presentan dificultades de acceso y disponibilidad a los servicios de salud.

De acuerdo a la identificación de necesidades de los tenderos en la Plaza de mercado San Francisco, se encontró que las condiciones de estructura son inadecuadas debido a los procesos de construcción informal realizados por los propietarios, así como la falta de recursos económicos que permitan mejorarla. Hay poca credibilidad de los comerciantes en las instituciones distritales, generando poca iniciativa a la hora de plantear proyectos que involucren la participación activa de los comerciantes y vivanderos de la Plaza.

En la plaza de San Francisco, diecisiete de los veinte tenderos ofertan frutas, quince tenderos ofertan hortalizas y verduras, doce tenderos cereales, tubérculos y raíces, siete tenderos carnes, huevos y leguminosas, dos tenderos azúcares, dos tenderos otros productos tales como hierbas aromáticas, un

tendero grasas, un tendero lácteos y un tendero todas las anteriores; la clasificación de estos alimentos está basada en el tren nutricional de la alimentación para la población colombiana.

Los tenderos manifiestan desconcierto en cuanto a la falta de control interno en la central de abastecimiento Corabastos, ya que no hay un ente que regule y verifique exactitud en precios y pesos; en ocasiones los bultos llegan con déficit en el peso, cuando llegan al negocio se dan cuenta y no hay a quien reclamarle, en este momento hay que vender más caro para poder amortiguar la pérdida.

También, aseguran que trece de ellos prefieren ser independientes, no desean formar parte de alguna asociación o red, indicando como causales de rechazo el hecho que no les gusta asociarse, lo consideran una pérdida de tiempo, creen que no hay igualdad de criterios entre ellos, prefieren asesorarse antes de tomar una decisión de este tipo, imaginan que se puede prestar para peleas y no creen en asociaciones; uno de estos tenderos no está de acuerdo con las asociaciones pero considera que todo depende del beneficio que aporte la asociación.

Las principales motivaciones que tuvieron los tenderos entrevistados para colocar su negocio fue la mala situación económica, la falta de oportunidades para desempeñarse en otros empleos, seguido por quienes por tradición familiar han estado en este gremio.

Los roles culturales de los adultos hacen que no destinen tiempo a la práctica de actividad física, más allá de la que realizan en sus actividades laborales, lo que potencializa el daño osteomuscular y otras enfermedades.

No hay promoción de actividades recreativas o deportivas o escenarios alternativos para el adulto y que brinden posibilidades al trabajador y su familia para el aprovechamiento del tiempo libre, no se cuenta con actividades en la noche, después de sus actividades laborales, hay que pagar si quieren participar en actividades dirigidas o torneos deportivos.

El trabajo informal se constituye en factor de riesgo para las condiciones de salud, porque implica no contar con normas y elementos de protección adecuados para trabajos que generalmente tienen un alto riesgo de afectaciones a la salud (construcción, vigilancia, mecánica, carpintería, pintura, entre otros), desencadenando procesos que pueden conducir a la discapacidad por accidentes de trabajo, o a la enfermedad crónica por exposición a diferentes agentes nocivos para la salud, sin embargo, en el sector de Arborizadora los adultos cuentan con establecimientos de mayor seguridad para la salud del trabajador.

Las enfermedades, al manifestarse de manera temprana, y especialmente en los casos que conllevan a la discapacidad, hacen que las condiciones de fragilidad económica se agraven, afectando al resto del núcleo familiar, ya que la oferta laboral tiende a discriminar a la población con alguna discapacidad y no se cuenta con programas específicos que atiendan las necesidades de esta población, hay bastante desempleo y hogares en los cuales trabaja un solo integrante del núcleo familiar.

Las personas que se encuentran en desplazamiento a veces quieren ser reconocidos como desplazados y otras veces quieren ocultar su situación; se presentan dificultades para reconocer su condición de desplazados por los trámites administrativos, por la presencia de organizaciones privadas que desean recursos económicos a través de esta intervención. Se ha identificado mayor concentración de familias desplazadas por la cercanía a la alcaldía Local, y por que ya se cuenta con sectores de asentamiento permanente como el Perdomo Alto, que se va acrecentando constantemente por la llegada de nuevas

familias; así mismo se establece como un lugar donde es más fácil y económico conseguir una vivienda en arriendo.

Los procesos de asentamiento y construcción de vivienda son precarios, ya que son familias con escasas o nulas redes de apoyo, que llegan a la ciudad con pocas posibilidades a todo nivel, y que tratan de responder de manera urgente a las necesidades básicas de subsistencia, entre ellas la vivienda, esto las lleva a ubicarse en laderas de la montaña, generalmente en zonas de alto riesgo de deslizamiento, como el barrio Altos de la Estancia, que presenta uno de los mayores porcentajes de riesgo de remoción en masa de la localidad, de donde han sido reubicadas las familias de el Espino I y II, que desaparecieron como barrios.

Esta alternativa de ocupación “ilegal”, en terrenos sin escrituras ni títulos, hecho relacionado con ser zonas catalogadas de alto riesgo, lo que lleva a no contar con los servicios públicos básicos, se desconoce la afectación en salud por que no existe un registro clínico específico para este grupo.

La etapa de adultez en este territorio se ve afectada de distinta forma por las dinámicas nuevas a las que deben enfrentarse; en los grupos étnicos, los adultos en su mayoría cuentan con un saber ancestral que les permitía obtener los recursos para su auto sostenimiento en sus territorios, este saber no es funcional en el nuevo contexto, en otros casos, estos saberes y habilidades no son lo suficientemente valorados como para permitirles por sí solos obtener esos recursos.

Alguien que vivía de cazar, pescar, cultivar o construir una canoa difícilmente encontrará una fuente de trabajo en la ciudad acorde a esos conocimientos, esto lleva a unas condiciones de empleo no dignas y dificultad para el auto sostenimiento, con consecuencias directas como son falta de recursos económicos para el sustento de las familias, subempleo como vendedores ambulantes, trabajadores de la construcción en el caso de los hombres afro colombianos o empleadas domésticas en el caso de las mujeres afro colombianas o cazadores en el caso de los Camentsa, en estos subempleos hay inestabilidad laboral. La situación ideal garantiza el retorno con protección de la vida y desarrollo agropecuario en sus lugares de origen.

Frente a la problemática de la etapa de adultez en este territorio, el líder de la comunidad Camentsa que tiene asiento allí, afirma: “Aquí se sobrevive, aquí se desarticula de la construcción de comunidad y pervivencia del pueblo, no se puede construir y mantener esa interrelación entre la construcción de pensamiento y cultura, difícilmente se fortalecen los lazos entre las diferentes familias que forman la comunidad, el reconocimiento y la orientación a los niños y niñas y a los jóvenes. Hay una negación de las vivencias, se empieza una lucha por sobrevivir, no se pueden desarrollarse como tal, sino que ya están inmersos en un sistema cuadrículado”.

Tradicionalmente a la mujer se le ha asignado el papel de educadora de su grupo familiar, es la responsable de la formación de los hijos, de la planificación familiar, no hay responsabilidad de los padres en la crianza de los hijos e hijas, se desconocen los derechos del padre, prima la mujer frente al cuidado.

La mujer asume la responsabilidad porque es la que engendra, el hombre se ve obligado a dar un reconocimiento económico y se desconocen sus capacidades de crianza y orientación, la tradición cultural queda reflejada en las leyes actuales y en las actitudes y prácticas.

Existen diferentes manifestaciones de violencia tanto en hombres como en mujeres, se presenta mayor notificación en la mujer y en menores de edad, lo que implica fuertes repercusiones en la salud mental; los

hombres no manifiestan las violencias de que son objeto por parte de las mujeres; por estilo de crianza se presentan mitos, tabúes y creencias que limitan el cambio de actitudes y prácticas.

Los adultos han liderado la organización y movilización comunitaria, volviendo a la historia de constitución de la zona, fueron fundadores de los barrios en su época de juventud y aun mantienen el interés por el desarrollo social de sus territorios, este liderazgo está atravesado en algunas ocasiones por intereses de tipo político que favorecen más lo individual que lo colectivo, se observa mayor participación de mujeres, pero son los hombres los que en la mayoría de los casos ocupan los puestos directivos y de representación.

Entre las enfermedades compartidas con animales se encuentra que en el 2009, el evento de mayor notificación en adultos fue por exposición rábica, 31 casos en hombres y 46 en mujeres.

En cuanto a lesiones de causa externa e intoxicaciones, el evento de mayor notificación fue intoxicación por sustancias químicas, con 6 casos de adultos, seguido de 3 adultos con casos de intoxicación por plaguicidas, en cuanto a las adultas, se notificaron 3 casos de intoxicación por plaguicidas.

En relación con las enfermedades de transmisión sexual, definidas como todas aquellas adquiridas por el comportamiento, actitudes y prácticas en la vida sexual de los hombres y las mujeres; los eventos de mayor notificación fueron 7 adultas con sífilis y 4 adultos con morbilidad por VIH/SIDA.

La vacuna es la principal herramienta para proteger la vida humana contra enfermedades causadas por virus o bacterias; es una actividad de prevención, sustentada a través de los diagnósticos sospechosos de notificación obligatoria, en ese sentido, dentro de las eventos inmunoprevenibles en la adultez de mayor notificación se encuentran 4 casos de hombres con varicela y 7 casos mujeres, seguido de 1 caso de tuberculosis en un hombre.

Sin embargo, se presentan otros eventos de vigilancia que generan impacto negativo en la salud colectiva, como los similares a la influenza con 18 casos en adultos y 33 en adultas, seguidos de 1 mortalidad materna.

En la etapa de adultez se manifiestan las consecuencias de la ausencia de prácticas preventivas de la salud bucal tanto en la infancia como en la juventud, encontrando y desarrollando patologías irreversibles que llevan a la pérdida total y parcial de dientes, el tratamiento a estas condiciones no se encuentran dentro del POS, por lo que una de las alternativas es la consulta privada y en ocasiones acceden a tratamientos con personas no calificadas para dar solución a dicha situación, parte de esta situación está determinada por la condición de ser responsables del hogar, asumiendo prioridades como el interés por otros miembros de la familia, mitos y creencias y/o aspectos económicos con los respectivos impactos negativos en la autoestima.

En SISVESO se encuentra que la consulta con respecto a juventud disminuye 2 veces, el cepillado de 2 veces al día es igual tanto en hombres como mujeres presentando deficiencia en la higiene bucal.

En el año 2009 se caracterizaron en salud oral 118 familias, encontrándose en ellas 172 adultos, de los cuales al 27% (46) se les realizó consejería en salud oral y control de placa bacteriana, con un 17% con índice bajo. Un gran número de estas familias no cuentan con las condiciones materiales para la realización de las prácticas de higiene oral.

Igual que para la etapa anterior, un gran número de estas familias no cuentan con las condiciones materiales (espejo, iluminación, ventilación) en el lugar donde realizan la higiene oral.

A los padres de los niños de los jardines les falta interés para asumir responsabilidades en la generación del hábito del cepillado y visita al odontólogo.

Núcleo problemático: El adulto está inmerso en un rol de proveedor que no les permite reconocerse como actores sociales y sujetos de transformación.

▼ Vejez

Las personas mayores se encargan de la crianza de sus nietos como única labor, que generalmente es “remunerada” con las posibilidades de una habitación y comida, olvidándose de otras necesidades fundamentales en la vida como personas mayores, como la recreación y la construcción de nuevas relaciones sociales, que en la zona están reducidas, principalmente en las zonas altas, a la asistencia de comedores comunitarios y bonos para la alimentación; es importante aclarar aquí que solamente se pueden beneficiar de uno de estos servicios y que estas respuestas institucionales desconocen los requerimientos nutricionales particulares de ésta población (un solo alimento al día); no siempre están acompañados de un proceso integral.

Frente a la alimentación, está fuertemente relacionada con las condiciones de salud bucal, no se ha cuantificado la población que ha perdido todos sus dientes y que en algunas ocasiones están reemplazados por prótesis, generalmente en mal estado; mientras que en otras circunstancias no pueden acceder a una prótesis, teniendo en cuenta que estos procedimientos no están incluidos en el POS. Estas dos condiciones dificultan el aprovechamiento de los alimentos, afectando también sus condiciones de bienestar general, inclusive en sus relaciones personales y de autoestima.

En el marco del derecho humano a la alimentación se realizó un grupo focal, cuyo objetivo fue explorar y conocer los imaginarios y representaciones en torno a la movilización y seguridad alimentaria y nutricional, se encontró que el grupo no posee una definición clara sobre el concepto de derecho, pero si enumeran algunos derechos (salud, vivienda, vida, libertad, educación, respeto y alimentación), indicando a su vez algunos mecanismos de exigibilidad de los mismos, entre los que se encuentra el derecho de petición; consideran que los derechos se deben pedir y/o exigir, no los relacionan como algo propio.

Se encontraron casos de personas mayores en trabajo informal relacionado con actividades de alimentos, reparación automotriz, cuero y calzado, maderas, metalmecánica, panaderías y restaurantes, por la exclusión que se da al interior de las familias, la falta de formación, la misma exclusión laboral en sectores que garanticen un trabajo formal, baja cobertura en programas orientados a la vejez, violencia intrafamiliar, bajas condiciones socioeconómicas, ausencia de vinculación al SGSS, resistencia a modificar hábitos laborales, avances tecnológicos y por el mismo aprendizaje empírico. Sin embargo, este trabajo informal manifiesta sintomatologías, principalmente relacionadas con problemas osteomusculares, de visión, sensación de cansancio, cefalea, y problemas mentales e irritabilidad.

Las consecuencias de la exposición a diversos factores favorables y desfavorables para la calidad de vida se manifiestan en esta etapa vital; si estas condiciones estuvieron marcadas por múltiples inequidades en el aspecto económico, social y cultural, como es el caso de muchas personas mayores de esta zona, se hacen más evidentes y difíciles sus condiciones de vulnerabilidad en la actualidad. Contando además con dificultad de acceso a servicios de salud a consecuencia de las barreras impuestas por el sistema de afiliación a salud,

como eventos no POS, y en otros casos por la discapacidad generada por diversos procesos degenerativos que impiden su movilización.

Sin embargo, es necesario resaltar que los procesos de participación y organización son liderados por personas mayores, encontrando allí una posibilidad de encuentro, de recreación y de esparcimiento, pero también de movilización en pro de los derechos de las personas mayores de la zona.

Estos procesos están bastante consolidados en la parte baja de la localidad, en la UPZ Arborizadora existe una organización de más de 100 adultos mayores, que no solo se dedican a diversas expresiones artísticas, culturales y recreativas, sino que además gestionan y ejecutan proyectos para toda la población de la localidad y participan de diversos espacios de planeación y construcción conjunta. Frente a una perspectiva generacional, muchas organizaciones juveniles y de adultos se sienten desplazadas por la amplia participación de la persona mayores de la zona tres; situación que debe conducir a que tanto jóvenes como adultos fortalezcan sus espacios organizativos y a que las personas mayores reconozcan sus habilidades y potencialidades, así como los nuevos lenguajes de la participación propuestos por generaciones más jóvenes; esto debe invitar a la construcción de espacios de encuentro intergeneracional que den mucha más fuerza a la organización social de base. El IDRD realiza muchas actividades de participación con estos grupos.

Hay personas mayores en el sector de Perdomo, parte Baja de San Francisco y la UPZ de Arborizadora que cuentan con mayores redes de apoyo familiares, o que cuentan con algún sustento económico debido a su pensión de trabajo, lo cual posibilita y anima su participación en diferentes espacios, además de elevar la autoestima al no sentirse dependientes de otros.

Las personas mayores desplazadas experimentan sentimientos de tristeza causado por la pérdida de un ser querido, del contacto con la familia, de los objetos materiales o/y de su estilo de vida; adicionalmente, se sienten incapaces por no poder ser productivos y ocupar su tiempo viendo perdido todo el esfuerzo que han realizado en la vida; por otra parte, frente a las condiciones de discapacidad, se ha observado con mayor latencia la discapacidad física y la falta de actividades ocupacionales que les permita ser útiles tanto a nivel familiar como social.

Es importante resaltar como en las comunidades afro descendientes ubicadas en el barrio Caracolí las personas mayores asumen un papel de liderazgo en el que se reconocen como seres con numerosas potencialidades, son los miembros de la comunidad encargados de transmitir sus tradiciones culturales a las nuevas generaciones, responsabilidad que se hace más valiosa en un contexto de ciudad; son las personas de las comunidades étnicas desplazadas que más añoran el regreso a sus tierras de origen. Sin embargo, no en todas las comunidades sucede de esa manera, en otros grupos étnicos las personas mayores presentan poca capacidad para realizar un dialogo intercultural entre su etnia y la cultura urbana, invisibilizando y debilitándose del rol de la persona mayor dentro de las comunidades étnicas. Con ello se agudizan sus enfermedades por las barreras de acceso a los servicios de salud como la falta del documento de identidad, y cae en el olvido la medicina alopatía y ancestral.

Entre las enfermedades compartidas por animales en 2009, el evento de mayor notificación en adultos mayores fue exposición rábica con 11 casos en hombres y 13 en mujeres. En cuanto a lesiones de causa externa e intoxicaciones, el único evento de notificación fue de intoxicación por plaguicida en una adulta mayor.

En relación con las enfermedades de transmisión sexual, definidas como todas aquellas adquiridas por el comportamiento, actitudes y prácticas en la vida sexual de los hombres y las mujeres; en cuanto a los eventos de mayor notificación se encuentra en el 2008 un caso de una adulta mayor con hepatitis C .

La vacuna es la principal herramienta para proteger la vida humana contra enfermedades causadas por virus o bacterias; es una actividad de prevención sustentada a través de los diagnósticos sospechosos de notificación obligatoria, en ese sentido, dentro de las eventos inmunoprevenibles en la vejez, se encontró como mayor notificación 2 casos de tuberculosis pulmonar, uno en una mujer y el otro en un hombre. Se presentaron otros eventos de vigilancia con impacto negativo en la salud colectiva como los similares a la influenza con 7 casos en adultos mayores y 8 en adultas mayores.

Por otra parte, se evidencia la dependencia de esta población a otras etapas del ciclo como son los jóvenes y adultos y en ocasiones a personas de su mismo ciclo; reflejándose en el descuido y abandono de la salud bucal al no realizar las prácticas de higiene que la favorecen. Se observa la necesidad de prótesis dentales para devolver función a la boca por la pérdida temprana parcial o total de las piezas dentales, en ocasiones imposibilitando una adecuada nutrición, Adicional a la posible malnutrición, las pocas o malas prácticas de higiene oral tienen una relación directa de manifestaciones en boca con pacientes comprometidos sistémicamente, lo que agudiza la situación de la salud bucal de ellos y ellas, mostrando una población enferma. En SISVESO, la consulta se disminuye 317 veces con respecto a la etapa anterior, hay déficit de higiene oral, y predomina el cepillado de 2 veces al día.

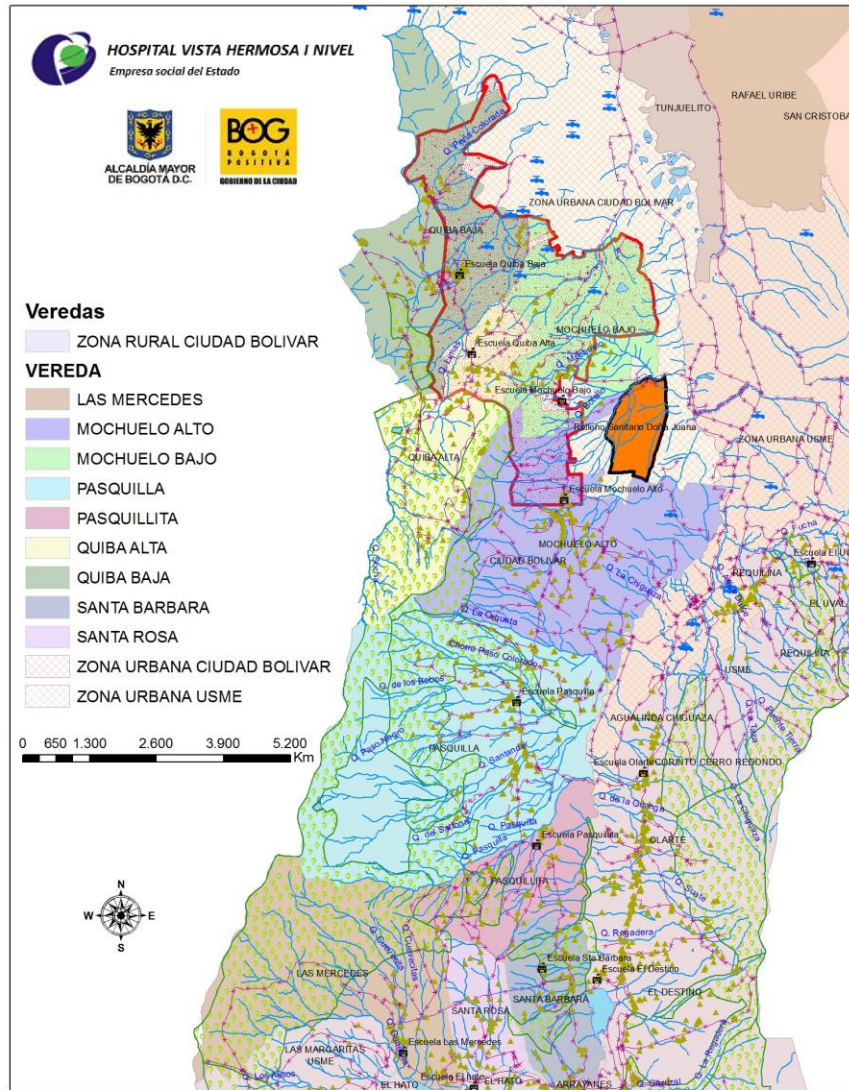
En el año 2009 se han caracterizado 118 familias, encontrándose en ellas 8 personas mayores, de las cuales al 25% (2) se les realizó consejería en salud oral y control de placa bacteriana con un 49%, índice regular que refleja una higiene oral deficiente. A la etapa de vejez es a la que se le realizan menos intervenciones en salud oral en el ámbito familiar debido a que se encuentran en menor proporción que las otras etapas y en el momento de la visita no se encuentran o no quieren hacer parte de ella.

Núcleo problemático: Vejez: Débil construcción social y familiar frente a los roles de la persona mayor, desconociéndose las potencialidades y experiencias acumuladas de los mismos, originada por la diversidad poblacional y cultural presente en este territorio.

3.4. ANÁLISIS TERRITORIO SOCIAL IV

Hace parte de la unidad de planeación rural del río Tunjuelo, se refiere al asentamiento humano conformado por poblados de diferentes niveles de consolidación, estos son: Centros poblados rurales: Pasquilla, Mochuelo Alto y asentamientos menores: Pasquillita y Santa Rosa. El suelo rural limita al Norte con el perímetro urbano de la capital, por el Oriente y Sur con Usme, y por el Occidente con el municipio de Soacha, cuenta con 9.555,94 hectáreas, el 73,51% de la superficie de la localidad, de las cuales 3.981,51 hectáreas son de suelo protegido; conformado por nueve (9) veredas: Las Mercedes, Pasquilla, Pasquillita, Mochuelo Alto, Mochuelo Bajo, Quiba Alto, Quiba Bajo, Santa Bárbara y Santa Rosa. En siguiente mapa se representa el área rural:

Mapa 40 Territorio social IV y sus limites
TERRITORIO SOCIAL IV, VEREDAS



Convenciones

- Casas rurales
- Red hídrica
- Caminos
- Escuelas rurales
- Área Forestal Distrital
- Cuerpos de agua
- Doña Juana
- Parque Minero
- Tanques de abastecimiento de agua

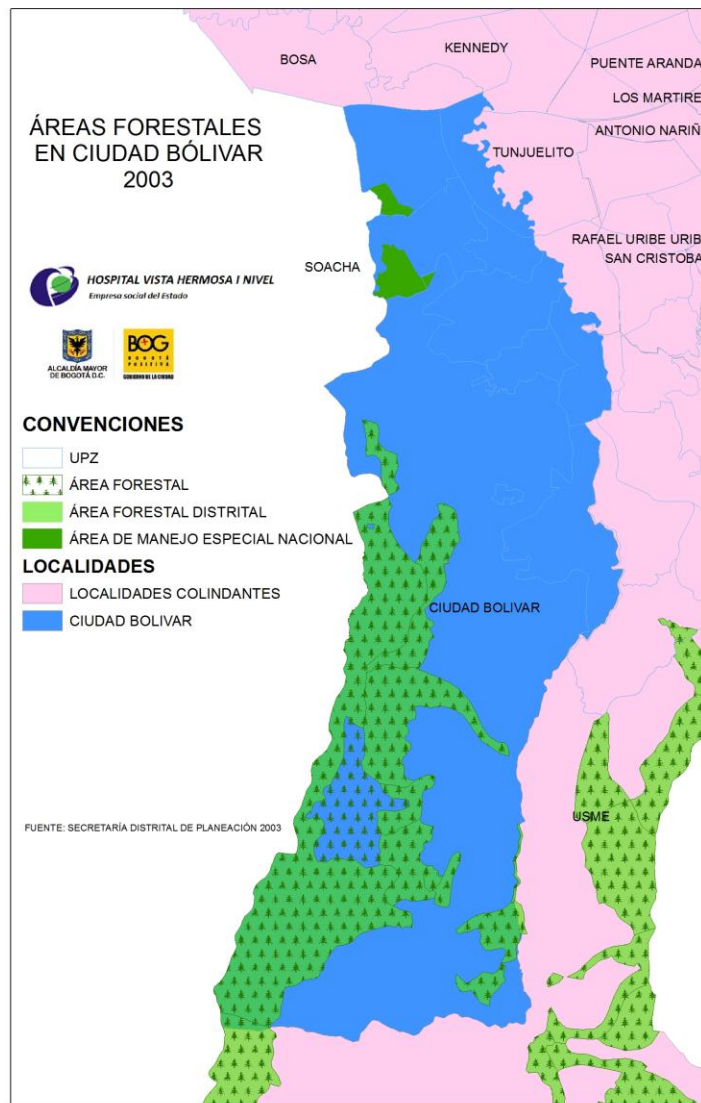
Fuente: Plan de ordenamiento Territorial. 2008

Es un área de altísima irrigación por ser de páramo, el área del relleno se encuentra en el centro rural, presenta frontera con Sumapáz y Usme.

3.4.1 Áreas forestales

El total de áreas forestales en la localidad es de 4.585,67 hectáreas que corresponden al 35% de la superficie total de la localidad, de las cuales 3.981,51 hectáreas (86,7%), se localizan en la zona rural; 593,28 hectáreas (12,9%) están localizadas en el área urbana y 10,88 hectáreas (10,4%) en el área de expansión; en el siguiente mapa se muestran las áreas forestales:

Mapa 41 Mapa de áreas forestales



Fuente: Universidad de Cundinamarca año 2008

Los recursos naturales de la zona rural han sido extinguidos en un 95%, especialmente por el aprovechamiento agropecuario de las tierras y los fuertes procesos de expansión urbana no planificada; sin embargo, gran parte de vegetación es endémica del bosque andino y del bosque de niebla; en el primero se encuentran las especies: Cordoncillo, Chite, Chicalá, Chusque, Encenillo, Gaque, Laurel, Sietecueros, Tuno, Uva Caimarona, Amarillo, Arrayán, Corcho, Cucharo Blanco, Hojarazco, Laurel de cera, Manzano, Mortiño, Pegamosco y Tagua; en el segundo encontramos Achicoria, Árnica, Chusque, Cortadera, Chilco y Helechos.

En menor proporción, al interior de la localidad existen formaciones ecológicas de páramos en alturas superiores a los 3.400 msnm, se caracterizan asociaciones vegetales típicas de esta zona como son: los bosques de Porte Bajo o Enanos, donde encontramos Amarguero, Mortiño, Tunos, Tíbar, Chusque, Romero de páramo y Frailejón, otros son las Herbáceas y pajonales encontrando Achicoria, Árnica, Coralito, Cortadera, Helecho, Juno y Pajonales.

Se encuentran especies nativas de mamíferos como conejo de páramo, curí, ardilla, fara, zorro y borugo; aves como arrendajo, colibrí, tominejo y azulejillo; anfibios como tres especies de ranas y reptiles como lagarto, collarejo y lagartijas.

3.4.2 Ocupación

Las áreas productivas rurales definidas por el Plan de ordenamiento territorial son de 3 tipos: 1. Sostenible de alta capacidad: Área productora de Pasquilla y de Mochuelo. 2. Sostenible de lata fragilidad: Las Mercedes, Santa Bárbara, Pasquillita, El Saltonal y Barrancos de Mochuelo. 3. Corredor de restauración Chorro de Arriba.⁶⁵

Existen 33 predios con actividad extractiva minera, 3 poseen título minero expedido por el Ministerio de Minas y Energía dentro de la Secretaría Distrital de Ambiente de la localidad; de acuerdo con el material extraído se clasifican en 3 grupos: arcilla, concentrada en el sector de Bella Vista y Mochuelo Bajo, explotadores de grava en el valle del río Tunjuelo y explotadores de arena, recebo y bloque en las canteras del sector de Jerusalén y quebradas Limas y Quiba.

Las veredas de Pasquilla, Mochuelo y Santa Rosa se tratan como sectores de producción agropecuaria de aproximadamente 5600 hectáreas, el 30% (1680) de hectáreas para producción agrícola; la producción está representada por cultivos de carácter transitorio como son: papa (*Solanum tuberosum*), arveja (*Pisum sativum*), haba (*Vicia faba*) y, en mínima proporción, otros como cebolla cabeza (*Allium cepa*), cebolla junca (*Allium fistulosum*), maíz (*Zea maíz*), algunas hortalizas y frutales, de las 1.010 hectáreas en cultivos, según lo informado por la comunidad, cerca de 500 hectáreas se concentran en sectores de las veredas Mochuelo Alto, Pasquilla, Pasquillita y Santa Rosa.

La producción de papa se destina en un 5% para consumo interno de la localidad, 25% para semilla y el 70% restante se comercializa directamente en Corabastos. Respecto a la producción de arveja, haba, maíz y hortalizas, los productores locales estiman que el 3% se utiliza para el consumo local y el 97% restante se comercializa también en Corabastos.

⁶⁵ Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Plan Zonal Rural de la cuenca media y alta del río Tunjuelo mediante el proceso participativo, 2004.

La actividad pecuaria ocupa aproximadamente el 23,4% del área rural, que equivale a 2.381,3 hectáreas, se centra en cerdos, gallinas y conejos, que se emplean para consumo familiar. Otra actividad que se desarrolla en la zona rural de esta localidad es la explotación bovina de doble propósito, la cual se lleva a cabo mediante pastoreo en forma extensiva, la raza predominante es la Normanda por ser doble propósito (carne y leche), los pastos más utilizados por los pequeños ganaderos son el kikuyo, la falsa-poa, el pasto oloroso y el azul orchoro.⁶⁶ Las formas de ocupación dependen de las actividades del territorio, no se hacen intervenciones en unidades de trabajo informal en el ámbito laboral.

3.4.3 Condición Socioeconómica

El área rural de la localidad aporta el 8% de las zonas rurales del Distrito⁶⁷, es la segunda localidad en población campesina del distrito, con el 21,7%; no se puede hablar de estrato socioeconómico, aquí se desarrollan “economías campesinas” que establecen estilos de vida diferentes a los del área urbana.

Existen presiones sobre lo rural, la influencia de los niños urbanos en los colegios abren el panorama a una sociedad de consumo y de competencia desigual para el niño o niña campesina que por contexto familiar y ambiental es diferente, sus condiciones de vivienda no son comparables, como tampoco las vías de acceso, ni los espacios de juego y recreación con que cuenta el niño campesino con respecto al urbano, desde esta edad se inicia el desapego por su origen y por ello la emigración de jóvenes y adultos.

Por eso se deben formular estrategias por una condición de vida digna del campesino, que propenda por un desarrollo económico ambientalmente sostenible en busca de la armonía con el patrimonio ambiental, como es el caso el de la reserva forestal del páramo que busca la conservación del agua que nutre a la ciudad.

Este es un territorio de gran riqueza para la producción agropecuaria, al campesino no se le han fortalecido las herramientas necesarias tanto en el conocimiento como en lo técnico para producciones limpias, se trabaja el campo por una tradición empírica, lo que deteriora la calidad de sus productos y afecta el patrimonio ambiental.

3.4.4 Condición de servicios públicos

Desde el punto de vista legal del sistema jurídico colombiano, el concepto de servicio público es genérico y está compuesto por diferentes especies de origen constitucional o legal, en efecto son servicios públicos desde el contexto constitucional: la seguridad social, la salud, el saneamiento ambiental, la educación y los

⁶⁶ Informe de gestión ULATA 2006

⁶⁷ Departamamento técnico administrativo del medio ambiente DAMA, IMPRO LTDA, Estudio plan de desarrollo Rural, Agropecuario y Ambiental sostenible para Bogotá,2000

servicios públicos domiciliarios y desde el punto de vista legal son servicios públicos: el transporte público, transporte y distribución de petróleo y sus derivados.”⁶⁸

Desde lo rural, el desarrollo de todos los servicios debe propender por calidad en la prestación sin detrimento de lo ambiental, mejorando la calidad de la vida de los que habitan allí.

3.4.5 La Vivienda con Servicios Públicos

Hay 588 viviendas aunque no existe igual número de familias, según el presidente de la JAC de Pasquilla, habitan alrededor de 800 familias, muchas de las cuales comparten la vivienda con otro núcleo familiar.

El 38% de las viviendas están fabricadas con material diferente al ladrillo o bloque, sobresaliendo de este porcentaje la utilización de material recuperable, los otros materiales que se utilizan son adobe y ladrillo.

La zona rural presenta un nivel de ilegalidad del 34% en las viviendas, por diferentes factores como la no radicación en catastro o problemas de sucesión, en muchos casos las familias por falta de dinero no hacen el traspaso de sus fincas ante un estamento legal en el momento de venderle a alguno de sus familiares, además se presentan casos de varios habitantes que han vivido en la zona desde hace muchos años, pero en realidad no son los dueños y solamente realizan labores necesarias en las fincas, razón por la cual es posible que no conozcan o no tengan acceso a la documentación de los terrenos.

En cuanto al estado de construcción de las viviendas rurales, poseen pisos de cemento, de tierra o en cerámica, siendo los pisos en cemento y los pisos en tierra los que favorecen inadecuadas condiciones de aseo por acumulación de partículas, presencia de vectores como ácaros, pulgas y chinches entre otros.

El uso de unidades sanitarias en las viviendas de la zona rural está dado sobre todo por el uso de unidades diferentes a baterías de baño convencionales, sobresale el uso de pozos sépticos.

Por otra parte, el servicio de energía eléctrica tiene presencia en la totalidad de las veredas, ya que la red de conducción y de distribución de energía está a cargo de la Empresa de Energía Eléctrica de Bogotá y la gran mayoría de las viviendas rurales dispone del servicio a través de acometidas e instalaciones internas. El proceso de electrificación ha sido también en gran parte esfuerzo de sus habitantes, quienes con recursos propios hicieron la instalación de la red, sin embargo, los habitantes se quejan del servicio expresando que “en las casas que quedan cerca al transformador los electrodomésticos se queman debido a que la energía llega con alto voltaje, y en las que están alejadas de este, la luz solo sirve para alumbrar, ya que es tan bajo el voltaje que no alcanza para mover electrodomésticos como lavadoras o nevera..”

El servicio de telefonía tiene cubrimiento muy bajo en la zona rural, sin embargo, existen algunos teléfonos de servicio público o comunitario en los centros poblados, es decir, un teléfono por vereda, la señal de telefonía celular es casi nula.

La población de la zona rural no cuenta con servicio de acueducto, ni de potabilización, el agua es enviada por la red de acueductos veredales, los habitantes acuden a diferentes métodos para la recolección y

⁶⁸ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Servicios-Publicos-Domiciliarios-En-Colombia/237389.html>, Junio 24 del 2010, 11:35

almacenamiento del agua que utilizan para sus actividades diarias, por ejemplo, los que están más cercanos a fuentes de agua, como los nacimientos en los páramos y las quebradas, conectan mangueras o tuberías desde las mismas hasta la vivienda para finalmente almacenarla en tanques o galones de agua, en concreto, en cemento, en tanques o canecas de plástico, asbesto o aluminio y/o aljibes. A continuación se describen los acueductos que ofrecen el servicio en el área rural.

Tabla 49 Distribución de acueductos veredales y población beneficiaria

Acueducto	Sector abastecido	Viviendas	Usuarios	Concentración de usuario/vivienda
AGUAS CALIENTES	Mochuelo bajo barrios Paticos, Lagunitas, Esmeralda y Barranquito (zona industrial).	749	3.700	4,94
PASQUILLA CENTRO	Pasquilla Centro y parte de Saltonal	159	2.450	15,41
ASOQUIBA	El paramo, Quiba alto y bajo, parte de Aguas Calientes, Tierra Colorada, el Guabal y Ojo de Agua.	300	2.200	7,33
ASOCERRITO BLANCO	Pasquilla sector paso negro	60	151	2,52
ASOPORQUERA I	Vereda Mochuelo Alto, sector el Curubo, el Moral y Alto de Gallo	150	750	5,00
ASOPORQUERA II	Vereda Mochuelo Alto	50	250	5,00
PIEDRA PARADA	Pasquilla sector paso colorado y del alto - Lagunitas.	118	500	4,24
AACUAPASA	Pasquillita y Santa Rosa	179	1.850	10,34
AACUAVIDA	Las Mercedes, el Hato y Santa Barbara	1925	12971	6,74
Total		3690	24822	

Fuente: ACODAL. Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental 2009

En relación a la tabla anterior, la mayor proporción de usuarios por hogares se concentra en los acueductos de Pasquilla centro y AACUAPASA, y la menor proporción se da en ASOCERRITO BLANCO.

Los acueductos tienen diferentes años de funcionamiento, tienen un representante legal y están reconocidos por la Corporación Autónoma Regional-CAR, con diferentes usuarios según el número de habitantes de las veredas.

Captación: Se realiza en los nacimientos provenientes del páramo, con riesgos directos de contaminación por la presencia de tránsito de caballos y presencia de agroquímicos, la conducción y distribución se realiza mediante tubería de PVC con diámetros de 2in a 1/2in, actualmente carecen de micro medidores domiciliarios.

El sistema de tratamiento del agua: Como tratamiento primario, el acueducto cuenta con un desarenador que presenta múltiples fisuras en su estructura, para lo cual han realizado diversos arreglos correctivos pero ninguno definitivo.

En la primera cámara de reparto se observa sedimentación, lo que indica que el desarenador no remueve el total de los sólidos suspendidos más pesados. La frecuencia de limpieza y desinfección es cada cuatro meses o dependiendo de las temporadas de lluvia. Los acueductos no poseen sistema de potabilización del agua, ya que la población abastecida del sector es reacia a consumir agua clorada y están gestionando la instalación de filtros caseros. Posee un tanque de almacenamiento cuya estructura se encuentra deteriorada y con fisuras; el aseo y desinfección se realiza cada seis meses.

La red de distribución posee diferentes cámaras de quiebre de presión, que a su vez sirven de cámaras de reparto; las cámaras tienen tapas en concreto y algunas metálicas, sin embargo, no representan suficiente protección para los riesgos de contaminación por agroquímicos.

El Hospital Vista Hermosa en sus funciones como autoridad sanitaria, realiza vigilancia rutinaria de la calidad del agua en acueductos veredales desde el año 2008 de forma mensual, anteriormente era vigilado por el Hospital Nazareth.

Según lo establece la Resolución 0811 de 2008, las muestras de agua son tomadas en los puntos concertados previamente con el acueducto, realizando muestreos mensualmente en un punto de la red, con objeto de medir el cumplimiento de los estándares fisicoquímicos y microbiológicos de la calidad del agua (Resolución 2115 de 2007). Una vez obtenidos los resultados, a cada muestra se le determina el índice de riesgo de la calidad del agua (IRCA), que a su vez permite clasificar el nivel de riesgo a la salud.

En el año 2008, el IRCA osciló entre alto e inabordable sanitariamente, debido a los periodos fuertes de lluvias y la ausencia de métodos de potabilización; los parámetros fisicoquímicos por bajo Cloro Residual Libre (100%) y color alto se consideran no aceptables.

Respecto a los parámetros microbiológicos, hubo incumplimiento en el 100% de las muestras de agua, debido a la ausencia de un proceso de potabilización en el acueducto que evite la proliferación de microorganismos.

Los habitantes realizan el mantenimiento de los tanques, la calidad de agua para el consumo no siempre es la mejor, factores como la frecuencia en que se realiza el mantenimiento de los mismos, la cantidad de días en que algunos de ellos deben almacenar el agua o las condiciones del entorno no son las mejores, ya que por ejemplo, en Verbenal de Quiba un carro tanque presta el servicio cada 4 o 5 días, por lo que es necesario que se almacene el agua en varios tanques que no siempre permanecen dentro del hogar, sino que se mantienen a la intemperie, razón por la cual el líquido es mucho más vulnerable a factores contaminantes como material particulado, deposiciones fecales de vectores como moscas, roedores e incluso la presencia de aves y caninos que pueden acercarse a consumir agua en los mismos.

El servicio de alcantarillado no existe, lo que se utiliza comúnmente es el sistema de conducción a través de zanjas, que se comunican a manera de red a cielo abierto, obligando a los habitantes a almacenar las aguas negras en el fondo de sus casas -caso de la utilización de pozos sépticos o en tuberías comunitarias cuando existen-, propiciando la proliferación de vectores y sus consecuentes enfermedades y acrecentando el problema de contaminación de las aguas superficiales naturales.

3.4.6 Tipo de Afiliación en Salud

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia, quien brindó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.⁶⁹

No se tienen un número exacto de afiliación de acuerdo a la descripción de la clasificación, las personas en etapa de vejez, como dependen de sus hijos, son afiliados como beneficiarios al régimen contributivo por estos, lo que hace más difícil el acceso a los servicios de las respectivas IPS; las formas de contratación que cobijan a los adultos se encuentran siempre en transición, lo que les dificulta acceder a los servicios cuando los requieren, además de las largas distancias que tienen que cubrir, ya que ninguna EPS desea abrir servicios por la baja población pero que tampoco contratan con la E.S.E. por los trámites administrativos y por las dificultades financieras en la contratación entre particulares y el estado.

3.4.7 Vías de acceso a las veredas

A las veredas se ingresa por la autopista al Llano, que conduce hasta el corregimiento de Pasquilla, por vía pavimentada, se cruzan las veredas Mochuelo Bajo, Alto, Pasquilla, Pasquillita y Santa Bárbara, hay una vía alterna que comunica la vereda Olarte de Usme con Pasquilla, y por el barrio Vista Hermosa con las veredas de Quiba y Mochuelo Alto.

⁶⁹ Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia , 24 de Junio 2010, hora: 12:10

3.4.8 Descripción de la situación educativa

Existe dificultad en reconocer cuales son las escuelas en las veredas, porque la Secretaría de educación no se rige por el área de influencia de la localidad sino por la cercanía a la zona urbana, quedando la escuela las Mercedes como del área de influencia de Usme.

En el área rural existen tres colegios con 6 sedes, con un total de 2.673 estudiantes, aunque no todos viven en la zona rural, lo que causa dificultad en la relación con los y las niños y las y los jóvenes que residen en esta área.

Como problema ambiental se presenta el consumo de aguas veredales y vías de acceso no pavimentadas, lo que impide el ingreso a los buses para el transporte.

La mayor concentración de estos niños procede de barrios urbanos de Bogotá, que traen unos hábitos diferentes a los de la zona rural, los padres campesinos los ven como una amenaza por la influencia de estos en sus hijos.

En cada colegio ocurren problemáticas diferentes, en Pasquilla se presenta consumo de sustancias psicoactivas, en Mochuelo Alto alta frecuencia de irritación en ojos y en Quiba con ideación suicida y sensación de soledad.

La problemática con los docentes se concentra en inadecuado manejo del estrés debido a mala situación social y familiar de los estudiantes, el manejo de la voz y de procedimientos educativos y de resolución de conflictos, así como la afectación ambiental por la cercanía al relleno sanitario.

3.4.9 Actividad Física y Recreación

Las condiciones socioeconómicas, culturales, el nivel de educación, la inseguridad, la violencia, los problemas de diseño arquitectónico y de infraestructuras, entre otros, hacen que el disfrute de espacios para la recreación, el deporte y la actividad física no se den con criterios de accesibilidad, equidad y autonomía en la localidad.

Situaciones como la concentración de escenarios y oferta recreo deportiva en las zonas urbanas, así como altos costos para acceder a actividades de recreación y disfrute del ocio dificultan la promoción de la actividad física, favoreciendo el sedentarismo y la aparición de enfermedades crónicas desde edades tempranas. Adicionalmente, desde las representaciones sociales no se hace una distinción entre el deporte, la recreación y la actividad física, lo que dificulta promover acciones de movimiento corporal como elemento necesario para el disfrute de la calidad de vida y la salud. Esto se traduce en reducir los recursos locales a escuelas de formación deportiva.

Para el caso específico de la zona rural, los escenarios y oferta recreo deportiva se concentran en los colegios y no tienen en cuenta las dinámicas culturales de la zona ni las particularidades poblacionales, desde donde se podrían establecer estrategias de promoción de la actividad física.

3.4.10 Condiciones de producción consumo

En la ficha de caracterización de Salud a su Casa se realizan preguntas que permiten determinar la situación de seguridad alimentaria y nutricional en las familias intervenidas, para este territorio hay un total de 1048 individuos caracterizados como activos a abril de 2010. Es importante mencionar que las siguientes preguntas no especifican la etapa de ciclo vital.

A la pregunta: Por falta de dinero para comprar alimentos, ¿algún miembro de la familia, en el último mes, dejó de recibir algunas de las comidas (desayuno, almuerzo o comida)?” complementada con una escala de frecuencia conformada por: “rara vez”, “Algunas veces” y “siempre”, se obtuvo que 168 individuos dejaron de recibir alimentos de forma oportuna, lo que corresponde a un 16% de respuestas positivas del total de población.

En el último mes, “¿Falto dinero en el hogar para comprar alimentos?” se encontró que un total de 190 individuos tuvieron dificultades económicas para la compra de alimentos, lo que corresponde a un 18,1% con respuestas positivas del total de población.

Infancia: Teniendo en cuenta los datos mencionados, la siguiente pregunta se relaciona directamente con la infancia: “En el último mes, ¿tuvo que reducir la cantidad de alimentos de las comidas de los niños(as) menores de 5 años porque no se tuvo suficiente dinero para comprar alimentos?”, existe un total de 185 individuos que redujeron la ración de alimentos que consumían, acción asociada a factores eminentemente económicos, lo que corresponde a un 17,7%. Llama la atención que siendo una región agropecuaria se hable de comprar alimentos, ¿por qué no fomentar el consumo con alimentos de valor nutritivo que se produzcan en la región?

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Alimentaria y nutricional (SISVAN), se encontró que por un niño o niña con malnutrición en déficit hay uno por exceso, de los datos captados predomina la desnutrición crónica.

Sobre la situación nutricional de las mujeres en periodo de gestación se encontró que existe malnutrición por exceso y no se está teniendo en cuenta para la intervención oportuna en gestante ya que se privilegia la atención a las de bajo peso.

Dentro de los grupos priorizados para la vigilancia nutricional se encuentran los escolares de 5 a 18 años, este proceso se desarrolla desde el año 2006 bajo la estrategia de unidades centinelas. Durante el año 2009 se trabajó en seis colegios centinela de los cuales 1 pertenece a esta zona: Colegio Rural Pasquilla, ubicado en la vereda Pasquilla. A continuación se relacionan los resultados encontrados para los niños y niñas menores de 10 años intervenidos:

Sobre un total de 1036 registros pertenecientes a escolares del CED Rural Pasquilla (de este total solo el 30% de escolares viven el área rural), se presentó bajo peso en los menores de 10 años en un 1,8%, mientras que el 8,8% presenta riesgo a déficit de peso, el retraso en crecimiento es de 4,3%. El sobrepeso en los escolares es del 3,4%.

Juventud: A continuación se relacionan los resultados encontrados para los y las jóvenes mayores de 10 años; del total de 1036 registros, (de este total solo el 30% de escolares viven el área rural), pertenecientes a

escolares del CED Rural Pasquilla, 6,8% presentan niveles bajos de peso, retraso en el crecimiento el 11.5 %, en cuanto al sobrepeso, la prevalencia es del 9,7%. Si se comparan los datos con los de infancia se triplica la obesidad en jóvenes respecto a infantes.

Al revisar la oferta de programas de apoyo alimentario reportadas durante el año 2009, en el Comité local de Seguridad alimentaria y nutricional se asume que hay programas de apoyo para las gestantes, para este territorio no se presentó bajo peso al nacer; no se conocen a la fecha los beneficiarios para adultez y vejez y se desconoce el estado de valoración nutricional para este grupo de edad.

Es un territorio de producción agropecuaria, con hábitos de producir para la venta más que para el consumo de su grupo familiar, no se comprende por ello que se donen canastas campesinas con productos agrarios propios de la región; esta política desmotiva las huertas caseras, se fomenta la compra de productos que pueden cultivar y producir deteriorando su independencia económica y alimentaria, se fomenta la dependencia del estado a grupos familiares campesinos, lo que facilita intervenciones que no son claras en el contexto de decisiones políticas y se condiciona y enturbia la participación ciudadana.

El territorio cuenta con una población de 3.558 habitantes, la distribución por sexo es 51,5% mujeres y 48,8% hombres, en el grupo menor de 10 años de edad la proporción es de una mujer por cada hombre. El 70% de las familias es mono nuclear con un promedio de 4,5 personas por vivienda. El 30% restante son familias extensas con 2 y hasta 3 núcleos de parientes unidos por lazos de consanguinidad y/o afinidad o alianza, con un promedio de 6 personas por hogar. No se hallaron madres cabeza de familia.⁷⁰

3.4.11 Condiciones de seguridad social

Los habitantes acuden por cercanía y por vías de acceso a Usme, en especial desde las veredas de Santa Bárbara, Las Mercedes, Santa Rosa, es importante recordar que no se tienen instituciones privadas de salud en este territorio y que el SGSSS a la fecha impide acceder por lugar de residencia a las personas que consultan, similar situación se presenta con los certificados de defunción, que a pesar de indicar si es urbano o rural a la fecha no se está discriminando por parte de la S.D.S. y se clasifican como casos locales sin diferencias de territorio, los casos que se presentan quedan consignados por localidad de residencia y no diferencian si es habitante urbano o rural, el único subsistema que da una descripción de la enfermedad es el SIVIGILA, determinado por la obligatoriedad de notificación por lugar de residencia sin importar el lugar de atención, los demás subsistemas quedan consignados según la oferta de servicios de Pasquilla de acuerdo a la contratación

3.4.12 Relación salud ambiente territorio

El suelo rural de la localidad de Ciudad Bolívar limita al Norte con el perímetro urbano de la capital, por el Oriente y Sur con Usme, y por el Occidente con el municipio de Soacha, cuenta con 9.667 Hectáreas, que representan el 74,38% de la superficie de la localidad.

⁷⁰ Caracterización de salud a su casa, Hospital Vista Hermosa, I Nivel, E.S.E.

Contaminación hídrica: La condición de ruralidad no favorece el cubrimiento de servicio de alcantarillado, el 8% de las viviendas, según encuesta del Hospital Vista Hermosa realizada en el 2008, tienen el servicio, el sistema de conducción de las aguas servidas más común es a través de zanjas, que se comunican a manera de red a cielo abierto.

En esta zona la implementación del sistema de alcantarillado ha sido remplazada por soluciones parciales, lo que obliga a los habitantes a almacenar las aguas negras en el fondo de sus casas (caso de la utilización de pozos sépticos) y/o verter las aguas residuales a tuberías comunitarias cuando existen, o en zanjas, propiciando la proliferación de vectores y sus consecuentes enfermedades, estas aguas residuales tienen como destino final cuerpos de aguas receptores, acrecentando el problema de contaminación de las aguas superficiales naturales.

El uso indiscriminado de agroquímicos, así como los residuos provenientes de estos son dispuestos a cielo abierto, lo que contribuye a la contaminación de las fuentes hídricas y a las aguas superficiales, que a su vez son fuentes de abastecimiento de los acueductos comunitarios que proporcionan el líquido vital a las comunidades.

Contaminación atmosférica: La emisión de vapores producto de la aplicación de plaguicidas, la quema indiscriminada de bosques, la transformación de residuos y materia orgánica al aire libre y la utilización de leña como combustible hace que el aire se contamine generando efectos en la salud de la población, el ambiente y la productividad de la zona. Las grandes cantidades de gases producidas por el Relleno como metano, ácido sulfhídrico, mercaptanos y el dióxido de carbono contribuyen al cambio de la zona rural, lo cual se refleja en la producción agropecuaria, el cambio climático y la calidad del aire que se respira.

Afectación al suelo: La contaminación por desechos agropecuarios, aguas contaminadas por contaminación humana y del relleno no está establecida, igualmente, se desconoce el grado de erosión o agotamiento del suelo por la actividad agropecuaria. También existen problemas legales en la tenencia de la tierra como fue anotado anteriormente.

Riesgos naturales: La inundación de zonas aledañas a las quebradas y al río Tunjuelo y los incendios forestales son factores de riesgo que pueden alterar las condiciones de la zona.

Riesgos Antrópicos; Los incendios forestales provocados, la explotación agropecuaria y los hábitos culturales de la población son factores que inciden directamente en las condiciones de salud de la población y del ambiente, existe un riesgo potencial de presencia de grupos armados al margen de la ley, explotación minera, ampliación del relleno sanitario y el latente interés de compañías multinacionales en el recurso hídrico hacen de esta zona un escenario propicio para el conflicto social y cambio de las condiciones del territorio, el cual forma parte del la reserva hídrica y forestal del Distrito.

3.4.13 Descripción de la población diferencial

No hay presencia de grupos étnicos ni de desplazados en este territorio, probablemente por las distancias, y porque además la propiedad de las viviendas se concentra en el grupo familiar, los servicios específicos para población desplazada se centran en los barrios vecinos de la Alcaldía Local, no se tiene cuantificada la población por identidad de género, tampoco grupos u organizaciones, es algo por indagar en el área rural.

No existe población caracterizada ni censada en la zona rural, en el censo nacional no se diferenció de la urbana.

3.4.14 Condición de salud por etapa de ciclo

El siguiente análisis de situación se basa en las diferentes relatorías y grupos de trabajo comunitario de los profesionales que desarrollan sus actividades en los diferentes espacios y barrios de la localidad; se narra desde los determinantes sociales de salud y como estos afectan en la salud de los que habitan el territorio; a continuación se describe a los pobladores por etapa de ciclo vital, partiendo del siguiente núcleo problemático: El modelo de planeación distrital invisibiliza la ruralidad, lo que dificulta generar respuestas integrales para el desarrollo sostenible que contribuyan a la calidad de vida.

▼ Infancia

En los hábitos de la familia predominan los carbohidratos, así sean productores de leche y quesos, siendo esta una fuente de ingreso, los cultivos son para la venta y no son importante para el consumo, hay bajo consumo de frutas y verduras, pese a encontrarse en una zona en donde la principal producción económica es agrícola, se promueve una canasta campesina con alto grado de carbohidratos sin balance nutricional, el Hospital Vista Hermosa promueve el trueque de alimentos en la zona rural para promover un balance nutricional, en especial con especies que no sean de tierra fría.

En este mismo sentido es clave mencionar que desde las dinámicas culturales, en la formación de la infancia se incluye el participar en las actividades propias del campo como una herramienta de socialización primaria de tradición familiar; estos ejercicios culturales realizados por grupo familiar deben ser aprovechados desde la institucionalidad para los procesos de promoción y prevención, en especial para el manejo del accidente del animal mordedor, común en los infantes con 3 casos (año 2008) y 5 notificados (año 2009) a la UPA de Pasquilla, se considera que existe baja notificación probablemente porque no se consulta frente al accidente del animal mordedor, al igual que para la enfermedad respiratoria, no hay casos de mortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles. 71

Para la población con discapacidad, (que aporta para la localidad el 1% del total censado)⁷², existen barreras de acceso a los servicios de rehabilitación /habilitación dadas las distancias geográficas, además hay desconocimiento del núcleo familiar de la oferta de servicios para esta población, existen 10 casos para este grupo de edad, presentan múltiples limitaciones, en especial para el sistema nervioso.

En salud materna y lactante, es evidente la falta de adherencia a controles prenatales y cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, existen muchas barreras de acceso a los servicios de salud para las mujeres gestantes por el tipo de contratación con las EPS-S.

⁷¹ Eventos de notificación obligatoria SIVIGILA Hospital Vista Hermosa I Nivel- E.S.E.

⁷² Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2007 Hospital Vista Hermosa I Nivel – E.S.E.

Hubo baja notificación de violencia intrafamiliar, se notificó solo una mujer; un hombre recibió maltrato físico y emocional por parte de la madre y un caso de negligencia por parte del padre en un hombre (SIVIM año 2009).

Predomina la exposición rábica, a continuación se describen las acciones realizadas por el grupo de saneamiento ambiental del Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E., para el año 2009 se realizó un operativo de recolección canina; los caninos allí son de acompañamiento y protección para las casas y las fincas, los perros callejeros son escasos; para este año se vacunaron 406 caninos y felinos, un 1,96% con respecto al total de vacunados en la localidad (20.658). Se esterilizaron 12 hembras caninas por solicitud de los propietarios; no se presentaron quejas por inadecuado mantenimiento de animales ni se solicitó recolección canina; los casos de accidente de animal mordedor no ocasionaron complicaciones graves; no se realizó control vectorial en el área rural por infestación de plagas ya que haya baja presencia de desechos orgánicos.

El sistema de vigilancia de salud oral (SISVESO) tuvo 8 registros (4 hombres y 4 mujeres), ambos sexos se cepillan los dientes dos veces al día; sin embargo, se encontró deficiente higiene oral para todos los casos; hay una niña que presenta mancha blanca de fluorosis.

En el territorio 4, se trabajó con niños y niñas del colegio Mochuelo Alto, Pasquilla sede A, B y C y Quiba Alta sede A y B, con 739 niños y niñas entre 4 y 7 años; se les realizó control de placa inicial, que fue del 48,4% en el mes de abril y al terminar el año en octubre fue 26,3%, lo que supone un avance en la calidad de la higiene oral del 47,5 %; también se identificó la prioridad de atención, del total de los escolares, el 45,6% se encuentra en alta prioridad de atención, el 26,3% en media prioridad de atención y solo el 28,1 % en prioridad baja de atención; se concluye que los niños y niñas tienen un control de placa alto, las actividades de promoción de salud al colegio mejoraron la calidad de la higiene oral y disminuyó la probabilidad de enfermedades que afecten la salud oral, es evidente que hay barreras de acceso a los servicios de salud y hay bastantes niños y niñas en alta prioridad de atención.

No hay escenarios deportivos y los que hay se encuentran concentrados en la zona escolar, hacen falta escuelas de formación recreo-deportiva. Solo hay participación de ámbito escolar en la promoción de la actividad física.

Núcleo problemático: Ausencia de redes de apoyo que promuevan el ejercicio de los derechos de la infancia, desde la promoción de prácticas culturales propias de la ruralidad.

▼ Juventud

Dentro de las problemáticas de la zona rural, la deserción escolar reviste gran importancia, causada por la falta de interés (especialmente en los hombres, quienes por lo general cursan hasta séptimo grado), las expectativas creadas por la convivencia con el estilo de vida urbano (Mochuelo, Pasquilla y Quiba), ingreso rápido al sector productivo y búsqueda de remuneración, (Santa Bárbara, Santa Rosa y las Mercedes), en este contexto la educación se convierte en segunda opción.

Cuando hay problemas económicos en las familias, se privilegia la formación académica del hombre frente a la de la mujer. La formación de la mujer está orientada bajo el modelo de dependencia afectiva y magnificación de la maternidad.

La presencia de jóvenes urbanos en los colegios de la zona rural hace que se presente un choque sociocultural, generando pérdida de identidad rural, fenómeno reforzado por la influencia de los medios de comunicación.

Los jóvenes, en su proyecto de vida buscan opciones de formación y capacitación relacionadas con las labores rurales, pero este interés se ve truncado por obstáculos como las pocas o nulas oportunidades para acceder a la educación superior, se carece de estrategias de educación agrícola y ambiental para los jóvenes de esta zona.

Las organizaciones juveniles encuentran en la zona rural un dispositivo movilizador potente, que permiten el encuentro y la organización; se encuentran grupos organizados alrededor de la protección de la cuenca del río Tunjuelo y sus afluentes; la lucha en contra del proyecto del Parque Minero Industrial; la no expansión y el cierre del relleno sanitario “Doña Juana”; la conservación de la zona rural que los adultos ven como amenazada.

No se reconoce localmente la zona rural como escenario para la promoción de la actividad física, lo que implica que los jóvenes no aprovechen la riqueza natural que tienen a disposición, sin embargo, tampoco se evidencian espacios recreo deportivos constituidos como tal en la zona que permitan reconocer otras formas de expresión.

Se reportaron 6 casos de discapacidad en este territorio, de los cuales 3 refieren alteración metabólica - hormonal y otras alteraciones del sistema nervioso y visión;⁷³ la amplia extensión de la zona dificulta el vincularse a instituciones y asistir a los servicios de salud por el trayecto que tienen que recorrer y para el cual requieren acompañamiento constante por parte de sus cuidadoras, hay desconocimiento de los servicios y beneficios de las instituciones para las personas con discapacidad.

Intoxicación por sustancias químicas, solo hubo un caso por exposición debida a actividad agrícola o intento de suicidio para el año 2009⁷⁴. La notificación de violencia intrafamiliar es escasa, se presentó un caso en una mujer que recibió maltrato por negligencia y descuido por parte de su pareja, es posible que no se notifiquen este tipo de eventos por la tradición cultural, se presentó también un caso de un joven por maltrato emocional de parte del padre, un hombre notificó maltrato emocional por parte de su pareja, caso excepcional ya que no es frecuente que los hombres lo realcen. (SIVIM 2009).

En la etapa de Juventud se realizaron 157 consultas, que corresponden al 19,03% del total de las consultas realizadas en el 2009 para detección de enfermedades crónicas, entre las diez primeras causas de consultas, ocuparon el 5,70%(47) del total de las atenciones y el 29,94% de las consultas realizadas. El sistema de mayor afectación es el sistema digestivo por diarrea, gastroenteritis de presunto origen infeccioso y amebiasis, probablemente por las condiciones inadecuadas del agua. Segundo el sistema de vías

⁷³ Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2007 Hospital Vista Hermosa I Nivel – E.S.E.

⁷⁴ Eventos de notificación obligatoria SIVIGILA Hospital Vista Hermosa I Nivel- E.S.E

respiratorias con rinofaringitis aguda, amigdalitis aguda y crónica. La hiperlipidemia y la diabetes (3 casos) alertan frente a enfermedades que causan grandes secuelas a medida que avanza la edad.

En el sistema de vigilancia de salud oral (SISVESO) se registraron 5 mujeres y 9 hombres; por cada hombre que se cepilla los dientes dos veces al día hay dos mujeres que lo hacen, sin embargo, hay deficiencia del cepillado en ambos sexos, un hombre con mancha blanca y 3 con fluorosis.

Lo que demuestra es que los hombres y mujeres en esta etapa no asisten a los servicios de salud oral, al presentar un dolor se ven en la obligación de asistir a los servicios de salud oral. La tendencia en esta edad es la preocupación por su apariencia exterior personal y dejan en segundo plano la buena higiene oral.

Núcleo problemático: Limitadas oportunidades de los y las jóvenes, no se proporcionan herramientas para el desarrollo humano integral dentro del contexto rural.

▼ Adultez

De acuerdo a lo observado por los integrantes del ámbito familiar y comunitario esta comunidad mantiene una estructura social muy conservadora, los roles de mujeres y hombres son bien definidos, los hombres se encargan de las labores agropecuarias y las mujeres del mantenimiento del hogar y crianza de los hijos; Se observa la tendencia de tener menos hijos y mejorar el nivel educativo.

La población que habita en esta zona se dedica prioritariamente a la agricultura, ganadería, extracción de minerales y trabajo en ladrilleras; su proyecto de vida es mantener o continuar su vida en el campo. Para la educación sus preferencias son capacitaciones en su tema de trabajo que es el agro, es su fortaleza la convicción de continuar desempeñando actividades agropecuarias.

Hay choque cultural con las costumbres que provienen de la zona urbana, ya que las comunidades rurales adquieren nuevas visiones del futuro, del trabajo y del desarrollo de su sector, afectando sus expectativas de vida.

Las prácticas inadecuadas en el desarrollo de su actividad laboral generan bajo sentido de pertenencia de su territorio y sus recursos, lo que dificulta el progreso de la zona rural. La falta de conocimientos técnicos sobre la tierra, cultivos, manejo y aplicación de agroquímicos son la principal dificultad para mantener la sostenibilidad en la zona.

En la caracterización de discapacidad se encontraron 41 adultos en dicha condición, su distribución es equitativa entre hombres y mujeres, la principal afectación es osteomuscular, reflejo de malos hábitos posturales, al aumentar en edad se aumenta la frecuencia de discapacidad⁷⁵.

La notificación de eventos de vigilancia en salud es baja, probablemente por la baja densidad de población y el escaso desplazamiento a otras áreas expuestas a vectores de riesgo para la salud.

⁷⁵ Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2007 Hospital Vista Hermosa I Nivel – E.S.E.

No se cuenta con equipamiento para actividad física y deportiva, se limita el uso del tiempo libre, excluyendo actividades saludables, el esparcimiento de los hombres adultos tradicionalmente es el consumo de bebidas alcohólicas (cerveza).

La detección de enfermedades crónicas para el grupo de 27 a 44 años reportó 195 consultas, 23,64% del total, las diez primeras causas de consulta ocuparon el 7,88%(65) del total de las atenciones y un 33,33% de las consultas realizadas, se presentaron con mayor frecuencia enfermedades del sistema digestivo por gastritis no especificada y gastritis aguda. Continúa presencia de enfermedad cardiovascular por hipertensión arterial.

Entre 45 y 59 años hubo 196 consultas, el 23,76%; las primeras causas de consulta ocupan el 10,66%(88) de las atenciones y 44,90% de las consultas, se presentaron con mayor frecuencia afectaciones del sistema cardiovascular con hipertensión esencial (primaria), seguido de alteraciones metabólicas por hipercolesterolemia pura e hiperlipidemia mixta que pueden contribuir a la enfermedad hipertensiva, todas estas prevenibles con estilos de vida saludables; por último están las enfermedades osteoarticulares con artritis reumatoide no especificada, artrosis no especificada, bursopatía no especificada y contractura articular no especificada, probablemente por prácticas inadecuadas en el desempeño laboral y en su vida cotidiana.

De acuerdo a la demanda institucional, este grupo poblacional presenta como principales causas de consulta dolores musculares, lumbagos y problemas de obesidad por inadecuada ingesta de alimentos. Sin embargo, prevalece en las mujeres como primera causa de consulta la asesoría en métodos de planificación familiar, que sin embargo no es vista como prioridad en la población; los hombres acuden a consulta por afectaciones graves, hay dificultad en la atención en rehabilitación oral

La violencia contra las mujeres no se hace notoria debido a la reproducción de un modelo cultural centrado en lo patriarcal, que tiende a normalizar esas situaciones por roles tradicionales (femenino-masculino). Adicionalmente se observa en la zona una carga tradicional atribuida a las mujeres frente al cuidado de otras/os descuidando el cuidado propio, tanto físico como mental.

El sistema de vigilancia de salud oral (SISVESO) registró 8 mujeres frente a un hombre; las mujeres se cepillan dos veces al día frente a un hombre que lo hace 3 veces o más, en ambos se presenta deficiencia de higiene oral.

El acceso a los servicios de salud se dificulta ya que la población se encuentra en el régimen contributivo y es muy difícil sacar las citas por barreras geográficas evidentes, a las madres que son cabeza de familia les es muy complicado dejar a sus hijos con algún cuidador para acudir en las horas establecidas para sacar una cita. Igualmente, la población no tiene acceso a servicios de salud como rehabilitación oral, periodoncia, ortodoncia y cirugía oral, necesarios para restablecer su salud bucal y que se encuentran fuera del POS, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, lo que contribuye a que mucha población se encuentre enferma de su cavidad oral, con múltiples enfermedades como: periodontitis, endentulismo parcial y total; con dificultades para recuperar todas las funciones de la boca tanto fisiológicas y sociales.

La participación comunitaria es baja, cabe resaltar que los adultos que participan se encuentran vinculados a la asociación de usuarios del Hospital Vista Hermosa ESE I Nivel.

Faltan equipamientos para la realización de prácticas recreo deportivo, el tiempo libre se dedica al consumo de cerveza. Por los horarios agropecuarios, los programas que tiene la transversalidad de actividad física no han podido realizar intervención en este territorio.

Núcleo problemático: Hábitos saludables inadecuados que disminuyen las oportunidades de un envejecimiento activo, agudizados por los sentimientos de incertidumbre ante la tenencia de la tierra, y la inseguridad de perpetuar prácticas culturales propias de la ruralidad.

▼ Vejez

Las personas mayores mantienen la historia y la cultura de la ruralidad, fragmentada con el paso de los años y poco reconocida por los habitantes, las personas de esta zona viven de la agricultura y la ganadería, el dinero que reciben por este oficio es muy poco y apenas obtienen lo necesario para sobrevivir, ellos mismos aseguran que lo que ganan no es suficiente para asumir todos los gastos y a veces deben decidir cuál de ellos van a solventar dejando de lado otros que son igualmente necesarios.

Mediante espacios denominados mesas comunitarias se promueve la participación y el cuidado de la salud, trabajan desde los derechos ciudadanos y la toma de decisiones en aquellas situaciones que los afectan; sin embargo, piensan que deberían ser tenidos en cuenta en todas las decisiones políticas, económicas y sociales que se desarrollan en el país y en especial en el Distrito, ya que son un grupo vulnerable y en esta etapa requieren mayor y mejor cuidado. Además se sienten invisibilizados como personas que tienen un conocimiento para “aprovechar”, en cambio se les ve con sentimientos de pesar y en ocasiones de menosprecio.

Al igual que en la zona I, en la zona IV el acceso a los servicios de salud se ve limitado por las dificultades de transporte y los altos costos para llegar al centro médico más cercano. En esta medida, las preferencias individuales son automedicación, acudir a yerbateros y/o remedios caseros, droguerías de paso; es propio de esta etapa la medicación casera, que consiste en el uso de las propiedades que tienen algunas plantas para el control y prevención de enfermedades, solo las personas mayores las conocen y hacen parte de la tradición cultural de la ruralidad.

El sistema de salud debe priorizar la atención, en especial de aquellos y aquellas que viven en el campo, pues en ocasiones por estar tan alejados de la ciudad corren el riesgo de no recibir la atención necesaria por las distancias, pocas veces se enteran de los programas que ofrecen las diferentes instituciones para mejorar su bienestar, por ello se siente más discriminados y aislados de la comunidad.

En cuanto al equipamiento de servicios sociales es escaso, sobre todo el transporte de servicio público, como respuesta a esta problemática un grupo de pobladores organizó el servicio informal con sus vehículos propios, aunque en ocasiones eso no es suficiente, pues en un momento de emergencia puede no encontrarse ninguno.

Algunos manifiesta que prefieren tenerlo cualquier tipo de servicio, por escaso que escaso que sea a no tenerlo, a diferencia de las otras personas que reclaman un buen equipamiento para la comunidad.

Este grupo de edad posee iniciativa para organizarse en grupos y redes, falta educación y conocimiento de sus derechos y deberes como personas, como ciudadanos y en espacios de decisión y concertación, sin

embargo, refieren falta de unión en los grupos, que han ocasionado conflictos interpersonales, problemas de liderazgo y delegación de funciones.

En cuanto a discapacidad, ⁷⁶ existen 41 registros entre hombres y mujeres, el origen de las limitaciones en esta etapa está relacionado con la enfermedad general, es decir, las consecuencias de enfermedades en su recorrido vital, lo que no permite controlar la causa directa que la produce; es necesario fortalecer el registro.

La discapacidad es mayor en la etapa de vejez, el grupo de menor afectación es el de juventud, el sistema de mayor afectación es el movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, la frecuencia se incrementa al pasar de una etapa a otra de mayor edad; el sistema nervioso, la alteración en ojos y oídos predomina desde la etapa de adultos, es muy importante hacer programas de prevención en jóvenes para disminuir el daño en los adultos.

Las intervenciones no son frecuentes en este territorio por parte del hospital, hay dificultad de acceso a otros lugares de la ciudad para acceder a programas de rehabilitación por las distancias y por que el transporte no es constante.

Esta disposición a la discapacidad se acentúa en la medida que no se tienen redes de apoyo, los cuidadores de estas personas son personas adultas que priorizan el tema productivo, dedicándose a actividades propias del campo que permite flexibilidad en los horarios para asumir el rol de cuidadores, por eso los mayores con discapacidad generalmente no se encuentran en estado de abandono; sin embargo, es notable la carencia de espacios de recreación y deporte para hacer uso adecuado del tiempo libre, no cuentan con parques y otras equipamientos en los cuales encuentren espacios específicos de recreación y esparcimiento.

Ante la detección de enfermedades crónicas en mayores de 60 años hubo 277 consultas, para un 33,57%, las primeras causas de consulta ocupan el 29,33%(242) de las atenciones y 87,36% de las consultas; el sistema de mayor afectación es el arteriovenoso, en especial de miembros inferiores con el 50,8%, probablemente por permanecer tiempos prolongados de pie o sentado, métodos de planificación hormonales, antecedentes hereditarios y sobrepeso.

Las personas mayores con discapacidad cuentan principalmente con servicios de salud satisfactorios en medicina general aunque sufren dificultades en al acceso a servicios de rehabilitación; la mayoría de las discapacidades son motora, visual y auditiva; encuentran restricciones en acceso a ayudas técnicas precisamente por su ciclo vital. En el territorio cuentan con programas como el comedor comunitario. Generalmente el nivel de educación es de básica primaria ó analfabetismo.

Por otra parte, las personas mayores no asisten a los programas de salud sexual y reproductiva, esto se debe a la falta de reconocimiento sobre la sexualidad en la vejez, empezando desde el manejo de su intimidad, afectividad y relaciones interpersonales hasta la prevención de infecciones de transmisión sexual.

La población encontrada no tiene una cultura de las buenas condiciones en salud oral, la prevención de las múltiples enfermedades en su cavidad oral son desconocidas para ellos, no tienen visión clara de estas enfermedades y de cómo las pueden controlar o prevenir; la mayoría han perdido dientes parcial o totalmente y no saben que el Plan obligatorio de salud en el régimen subsidiado y contributivo no les cubre

⁷⁶ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Unidad de análisis de personas con discapacidad año 2009

nada de rehabilitación oral, estos tratamientos son bastante costosos, la población se encuentra enferma por el difícil acceso a estos servicios de salud oral.

Las personas mayores refieren dolor al comer por ausencia de prótesis o fallas en la misma, sea porque se les rompe ó se les corre. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que el servicio de prótesis no es contemplado en el POS.

Son pocas las acciones en salud pública donde se interviene con dicha población, ya que las acciones están más encaminadas a afectar las condiciones ambientales y de uso de agroquímicos que también perjudican la salud de la comunidad.

En torno a la violencia intrafamiliar, se reportaron 6 casos de maltrato a mujeres mayores, de los cuales todos fueron cometidos por sus propios hijos con negligencia y maltrato emocional ⁷⁷

Núcleo problemático: Aislamiento progresivo de sus familiares, reflejando malos hábitos saludables, expresiones de soledad y desesperanza por el abandono del grupo familiar a las personas mayores del área rural.

⁷⁷ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. SIVIGILA, subsistema de SIVIM, año 2009

4. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL Y TRANSECTORIAL

Para el Distrito Capital, la salud comprende la promoción de estrategias que garanticen un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud; con esta definición permite abrir un panorama diferente con un enfoque dirigido no solo a la atención de las necesidades básicas insatisfechas sino también a desarrollar destrezas que brinden elementos para mejorar la calidad de vida y salud.

No solo se puede hablar de las necesidades básicas insatisfechas sino se contemplan las dificultades de acceso a los servicios de salud, la dificultad del sistema de afiliación en salud en Colombia y la interpretación de la forma de prestar los servicios en salud; el sistema actual de salud está condicionado a la producción económica de los individuos dentro de un modelo neoliberal y de mercadeo en salud.

Se busca eliminar las dificultades de acceso, propender por la equidad y la justicia en los servicios de salud, es por ello que el Plan Maestro de equipamiento de Salud se constituye como una herramienta que permite establecer las directrices de ubicación, manejo, y características de las edificaciones del sector salud consolidando una oferta a la demanda, en el Distrito y para la localidad; desde este enfoque, debe propender por la garantía de los derechos en salud los cuales contempla: el derecho a la vida como el más alto valor del ser humano y el máximo derecho garantizado por el Estado, la asistencia sanitaria a todos, los seres humanos tienen derecho a la atención integral de las enfermedades, al bienestar y a un ambiente sano, la posibilidad de tener una vida saludable en las mejores condiciones posibles y con acceso suficiente a los medios disponibles y la participación como ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones, individuales y colectivas, esto implica el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio del control sobre los programas y recursos públicos y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud.

El proceso final de salud, enfermedad y muerte no es solo competencia del sector salud, es un compromiso de todos los sectores y organizaciones comunitarias, es el reflejo de la inversión social y del desarrollo económico nacional y local, el sector salud siempre va a realizar intervenciones individuales y de atención hospitalaria, así como de intervenciones colectivas que propendan por la autonomía en derechos en salud

4.1. ANÁLISIS DE LA INVERSIÓN LOCAL

La localidad de Ciudad Bolívar define su inversión social a partir del acuerdo local No. 003 del 25 de Agosto del año 2004, por el cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para la localidad 19 de Ciudad Bolívar 2005 – 2008. “Una Localidad al alcance de la niñez”.

El plan de desarrollo de la localidad de Ciudad Bolívar en concordancia con el Plan “Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” se estructura sobre tres ejes fundamentales:

En el eje social se sustenta en las acciones para mejorar las condiciones de vida de la población y potenciar el desarrollo humano; se encuentran proyectos de salud, educación, nutrición, recreación, cultura. El dinero asignado es de \$45.202845.364 que corresponde al 47% del presupuesto total con 10 programas.

En el eje urbano regional, se pretende mejorar la infraestructura de la localidad con el enfoque de desarrollo sostenible. El valor es de \$32.542.845.364 que corresponde al 34% con 3 programas.

El eje de reconciliación que propende por la participación ciudadana, la solidaridad y el respeto a la vida, El valor es de \$5.220.000.000 que corresponde al 5% del total de la inversión con 9 programas.

Dentro del Plan de Desarrollo de Ciudad Bolívar también se incluye la inversión en la gestión humana que busca fortalecer la gestión eficiente y eficaz institucional para cumplir con los objetivos propuestos por la administración. El valor asignado es de \$13.725.154.636, que corresponde al 14% del presupuesto total y 5 programas.

Para el 2005, según el informe de gestión de la alcaldía de Ciudad Bolívar (Ibídem pagina 350). Alcaldía Local de Ciudad Bolívar. Informe de gestión 2002-2004 y 2005-2008. Bogotá. 2006, se debió ejecutar 43 proyectos, de los cuales 26 serian ejecutados a través de convenios con las Unidades Ejecutoras Locales (UEL) estas son el apoyo de las instituciones del Distrito que destinan inversión a cada uno de los ejes del plan de desarrollo, dependiendo del campo de aplicación de la unidad y el fondo de desarrollo local. Al final de la vigencia 2005 se ejecutaron 31 proyectos con las UEL y 12 por parte de la administración local. Los proyectos que presentaron mayor apoyo de las UEL fueron los de infraestructura con aportes del IDU hasta por \$5.950.000.000 millones de pesos, seguido de la UEL DABS con \$5.205.000.000 millones.

Para la vigencia fiscal de 2005 se presupuestó \$33.268.844.638 millones de pesos, de los cuales al final de la vigencia se ejecutaron \$28.436.335.853 millones de pesos siendo 85% el total de la ejecución. Una cifra más o menos satisfactoria, ya que algunos proyectos de todos los ejes que sobrepasaron las metas esperadas cumpliendo hasta con un 300%, por el contrario otros apenas llegaron al 24% de ejecución, siendo en su mayoría los que sobrepasaron las expectativas.

En cuanto al eje social y específicamente al programa de salud, se presupuestaron 3 proyectos con una cuantía aproximada de \$2.900.000.000 millones de pesos para el 2005, de los cuales la UEL Salud ejecutó \$1.710.000.000 millones de pesos en los tres proyectos, por lo que la administración asumió el restante de \$1.190.000.000 millones, siendo esta cifra inferior a lo proyectado en el plan plurianual de inversiones.

Significa que gracias a la inversión del distrito en los proyectos que se hicieron con convenios del Hospital Vista Hermosa y Meissen, dejó de invertir en salud \$595.000.000 millones y con un cumplimiento de superior al 90% en algunas actividades y del 100% en otras. Lo cual es satisfactorio y se espera que se haya destinado estos recursos para otras actividades.

Este resumen de informe de gestión se hace en el 2006, cuando todavía se tienen expectativas sobre la administración y también aclaran que no se ha cumplido en su totalidad lo esperado, ya que por convenios con otras instituciones no se han podido llevar a cabo proyectos, especialmente en el eje social, y es por razones ajenas a la administración local. Otro hallazgo es que la inversión local predomina en la UPZ Arborizadora. La cual presenta mayor desarrollo urbano y dotacional.

4.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LOCALIDAD EN LO REFERENTE A DESCENTRALIZACIÓN Y/O DESCONCENTRACIÓN

El contexto local de la organización del territorio obedece a una estrategia de planeación y de desarrollo político administrativo que no necesariamente es la forma como las organizaciones sociales interactúan entre sí, de un proceso de autogestión y organización social dando origen a los barrios subnormales de la localidad que surgen de una necesidad de vivienda y de ahí en un momento dado el sentido de pertenencia que se va perdiendo a través del cambio generacional.

La organización de los 4 territorios sociales obedece a una estructura de la cartografía social realizada en el año 2003 de los diagnósticos locales de salud, estructurado como respuesta social de acuerdo al enfoque de promoción y calidad de vida para el sector salud que luego es asumido bajo la estrategia de Gestión social integral.

Actualmente, la localidad cuenta con un modelo de descentralización parcial, en donde los Alcaldes Locales son nombrados por el alcalde mayor y no por voto popular, se cuenta con un consejo local de gobierno, una junta de planeación local, un consejo local de política social, y la representación de las diferentes secretarías del Distrito con presencia local, ya sea permanente o temporal por programación de acuerdo a los recursos de cada uno y que de alguna manera hacen presencia en la localidad con el objeto de cumplir a través de la misión, visión y sus respectivos planes operativos con el plan de desarrollo del Alcalde de turno (Plan de Desarrollo de Bogotá Positiva 2008 a 2012). A continuación se describe la situación actual en lo local.⁷⁸

Existe a la fecha mayor profundidad de las realidades sociales por territorio y por UPZ, a través de un matiz de realidades sociales con problemas y potencialidades, derechos afectados y acciones conjuntas. Se han desarrollado grandes esfuerzos de articulación institucional, que promuevan una lectura articulada de la realidad, y por ende la identificación de temas generados que redunden en respuestas integrales.

⁷⁸ Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. Grupo de Gestión Local en Salud, Unidades de análisis año 2009

La territorialización de las problemáticas y de la respuesta ha permitido evidenciar falencias al interior de la institución, que justifican un cambio en la forma de intervenir el territorio con identidad campesina; existe multiplicidad de intervenciones entre los diferentes actores sociales en los territorios sin articulación entre ellas y concentrándose en escenarios específicos, descuidando otros, por lo que se continúan planeando y generando acciones desde la oferta institucional, sin contar con las realidades comunitarias.

La inversión a través de las diferentes secretarías va de acuerdo a su situación financiera y recursos asignados sin partir de la realidad social, y respondiendo a una lógica desde los niveles centrales; no son claras las funciones de la UEL local, lo que genera una asignación de recursos que no responden a las realidades locales y mucho menos, a las particularidades de los territorios.

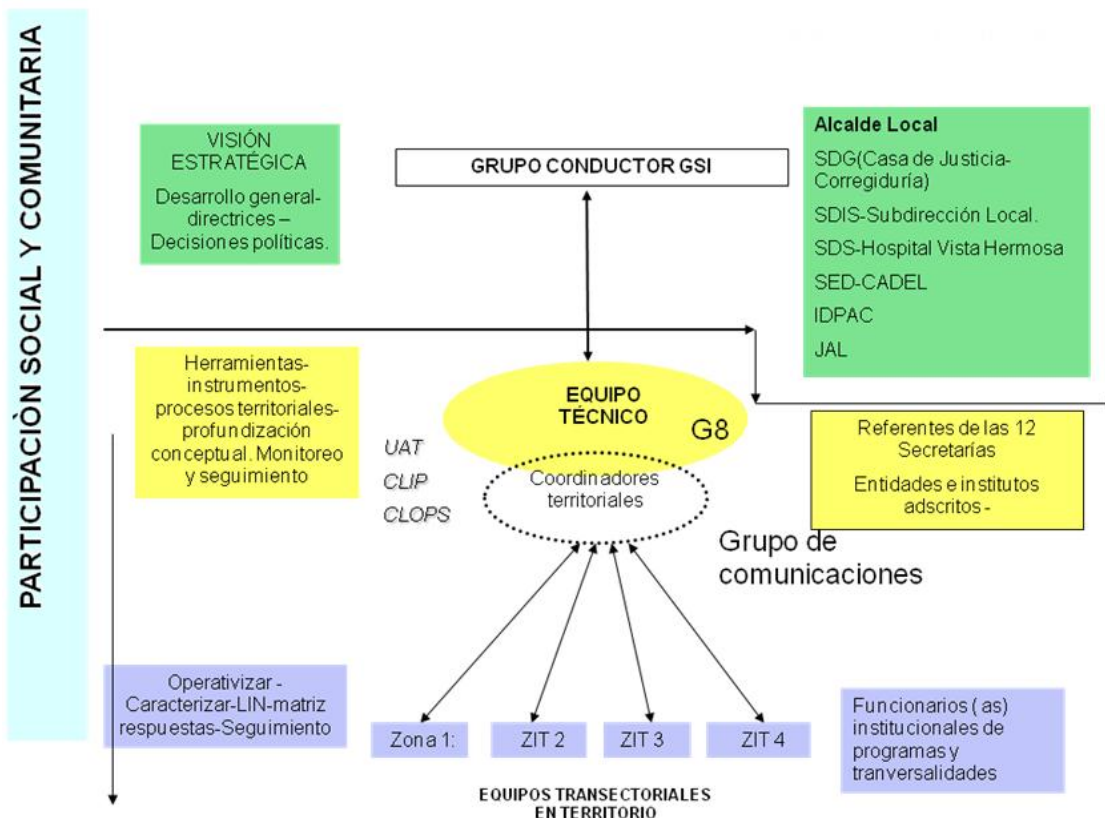
No existe una coherencia de tiempos de planeación entre Plan de Desarrollo Local y el proceso de desconcentración de funciones que plantea el Plan de Desarrollo de Bogotá Positiva, para dar la respuesta social por territorio; en el artículo de gestión social integral (GSI) artículo 6 de Bogotá positiva no es claro para todas las Secretarías del Distrito. Los procesos de participación social y comunitaria han estado viciados tradicionalmente por los favores politiqueros, y no bajo una formación política consciente, originando actualmente una desmotivación y falta de credibilidad por parte de los actores sociales para involucrarse en procesos de autogestión y control social.

4.2.1 Análisis de la gestión social integral

El presente documento examina las experiencias y capacidades obtenidas en la localidad de Ciudad Bolívar, en relación al desarrollo de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI), para tratar de consolidar lo que se puede llamar el estado del arte en el desarrollo de la misma, con la finalidad de analizar su situación y de ayudar en la clarificación del camino a seguir para el mejoramiento en el proceso de implementación.

Las zonas de la gestión social Integral de la localidad de Ciudad Bolívar son las mismas zonas de condición de calidad de vida y salud (ZCCS) propuestas por el sector salud para el año 2003 de los diagnósticos locales de salud. A continuación se gráfica el proceso de gestión social integral realizado con el apoyo de Fergunsson para el año 2009; en la siguiente gráfica se describe la organización de la gestión social integral en el contexto local.

Gráfica 19 Organización de la gestión social integral en el contexto local



Fuente: Gestión Local Hospital Vista Hermosa E.S.E. ; Año 2009

El gráfico anterior describe la organización de los equipos de trabajo, los integrantes, y las funciones del proceso de la gestión social integral (GSI).

En el primer trimestre del año 2009, se realizó la construcción de un pacto de voluntades por la promoción y garantía de los derechos en el marco de la (GSI) en Ciudad Bolívar, que se propone a partir de los siguientes ejes transversales: 1. Política por la Calidad de Vida de la Infancia y la Adolescencia ,2.Política Pública por los derechos de las Familias en Bogotá, 3.Política Pública de Juventud; 4.Política Pública de Participación, 5.Política Pública de Mujer y Género, 6.Política Pública de LGBT, 7.Política Pública de Discapacidad. Así como se firma este pacto de voluntades, la propuesta es que se nombran delegados para conformar los equipos de trabajo de la GSI, tanto en el comité técnico como en territorios sociales.

Para este periodo se presenta una gran dificultad y es que no todos los actores sociales cuentan con un grupo de trabajo para la gestión local, la ESE desde salud pública y gestión local ha trabajado activamente en cada uno de los espacios destinados para tal fin; el total de las secretarías que hacen presencia en la localidad son 14, de estos firmaron 7 secretarías en un total del 50% de participación de los actores locales.

Para el segundo trimestre se conformaron las mesas de trabajo intersectorial para iniciar la recolección de la información de fuente primaria y secundaria, la Secretaria de integración social aporta a la georreferenciación y el hospital es el actor social con mayor fuente de información frente a los otros actores

sociales. Se avanza en la estandarización de conceptos de categorías de análisis, matriz de derechos, el HVH propone un plan de acción el cual es adoptado por la Secretaria de integración social.

Como principal dificultad para este periodo se tiene la falta de liderazgo de la Alcaldía Local, puesto que en la primera socialización de avances de territorio se retira el asesor del Alcalde y queda la coordinación de estas presentaciones en el Hospital que no es aceptado por la Secretaria de Integración Social (SLIS), este ultimo actor realiza la mayor presencia en las mesas de territorio, no respeta los acuerdos de la mesa técnica, ni el tiempo de las agendas concertadas en los trabajo de grupo por el cambio continuo de fechas y horas y da la orden de conformar mesas en territorios sin el comité técnico de la directriz y hay un desconocimiento de los trabajos en territorio realizados por el Hospital de I Nivel.

Para mostrar un panorama más general se presenta a continuación una matriz DOFA de la GSI, construida por la Mesa de planeación del Hospital Vista Hermosa a partir del proceso transcurrido durante el año 2009.

Tabla 50 Debilidades, oportunidades, fortalezas y debilidades de la Gestión social integral

DOFA de la Gestión Social Integral en Ciudad Bolívar	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - No se cuenta con una participación integral de todas las instituciones que actúan en la localidad - El IDEPAC actualmente no participa de las reuniones ni de equipo técnico ni de territorios. - Actualmente el comité técnico de la GSI es precedido por el asesor del Alcalde, en este comité participan principalmente los trabajadores de la Secretaría Local de Integración - Social que son los interesados en protagonizar el proceso y que buscan reconocimiento sin mostrar claridad en las metodologías y conceptos. - La incidencia de las organizaciones sociales especialmente en el diseño, formulación, implementación o control de políticas públicas es muy poco. 	<ul style="list-style-type: none"> - La firma del pacto de voluntades. - Narrativas por territorio con las mismas categorías de análisis del diagnóstico local, para ser aplicados a las narrativas que se presentaran como documento preliminar de los territorios (las cuatro zonas de condiciones de calidad de vida y salud). - Se ha avanzado en estandarizar conceptos sobre la metodología de lectura de necesidades a través de la matriz de derechos. - En la localidad existen a nivel privado, grandes actores económicos, con los que aún no se han establecidos acercamientos
FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Aunque el proceso de la GSI no cuenta actualmente con caracterizaciones por territorios por parte de los otros actores sociales, el sector salud es el que cuenta con información sistemática, organizada, actualizada y clara para todos los determinantes sociales en la localidad. - La visión objetiva del asesor del Alcalde, quien es el encargado de liderar el proceso de la GSI en la localidad, a pesar de su falta de autoridad frente a la SLIS. 	<ul style="list-style-type: none"> - La convocatoria que realiza la SLIS para la puesta en marcha y conformación de mesas territoriales por cada ZCCVS sin que este procedimiento haya sido establecido en el seno del equipo conductor local, que fue el ente rector que se definió desde la misma firma del convenio local de la GSI. - La falta de participación y compromiso de las instituciones tanto públicas como privadas en el proceso de GSI- - La actitud de los trabajadores de la SLIS es excluyente. - En la dinámica local no se percibe claramente quien organiza la vida en el territorio, aunque la institucionalidad, especialmente el Hospital Vista Hermosa, Casa de Igualdad de Oportunidades y La Subdirección de Integración Social, promueve procesos de organización y de articulación, que si bien se conciben como procesos de autonomía y de fortalecimiento organizacional, terminan generando, con frecuencia, relaciones de dependencia. - En general las organizaciones sociales en este momento tienen muy poca incidencia en la vida política y social de la localidad, notándose los vacíos en los procesos articuladores de carácter colectivo y zonal que jalonan dinámicas amplias de articulación. - La garantía de derechos implica la participación y articulación de las instituciones del Estado, organizaciones comunitarias, privadas y familias que busquen formas integrales de implementar las Políticas Sociales, pasando de la lógica de ofertar servicios en torno a sectores, hacia la garantía de servicios que constituyan respuestas integrales que a la vez incorporen las necesidades y potencialidades de los habitantes de la localidad de Ciudad Bolívar.

Fuente: Gestión Local Hospital Vista Hermosa E.S.E. año 2009

4.3. SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL COMO E.S.E. DE I NIVEL CON RESPECTO A LA DESCONCENTRACIÓN

La Secretaria Distrital de Salud desde el año 2002 planteó un modelo conceptual de enfoque de promoción de calidad de vida y salud, para el año 2003 se territorializaron las realidades sociales, en un primer momento se les llamó a estos territorios Zonas de Condición de Calidad de Vida y Salud, a través de la estrategia de Gestión Social Integral retomaron importancia y a través de diferentes discusiones locales se adoptaron nuevamente, para el 2010 se plantea el diagnóstico local por territorios sociales con propuestas para el PIC.

Desde la ESE. De I Nivel existe una respuesta social organizada a través de la gestión local en salud que posiciona las políticas sociales y la ESE. La estrategia promocional de calidad de vida y la gestión social integral consolidan el análisis de situación por territorio social desarrollan las herramientas conceptuales; a continuación se describen los avances obtenidos en territorios sociales:

Desde las diferentes intervenciones se interioriza la mirada por ciclo vital con las particularidades por etapa, sin embargo, se debe reconocer que el ciclo vital permite problematizar la realidad, pero la respuesta debe sobrepasar la mirada individual, para afectar al colectivo y su contexto.

No hay respuesta institucional asistencial coordinada entre entes públicos y privados de I y II Nivel en el sector salud; pero existen intervenciones de salud pública en territorios sociales que permiten avanzar en un análisis más concreto de la realidad.

La construcción de lineamientos desde el nivel central no es coherente con la apuesta política de gestión social integral, ya que se formulan de manera homogénea para la ciudad sin contemplar las dinámicas locales y las exigencias territoriales.

No se promueven articulaciones al interior de una misma institución, generándose multiplicidad de funciones. Es necesario avanzar en la integralidad de la respuesta.

Para dar cumplimiento a estos derechos, el sector salud presenta dos repuestas, tanto desde lo asistencial como desde las intervenciones en salud pública dentro del contexto local de Ciudad Bolívar como se describe a continuación:

4.3.1 Análisis de la respuesta social del plan de intervenciones colectivas

El objetivo del Plan de Desarrollo del Hospital Vista Hermosa es el de mejorar las condiciones de salud de la población; se plantea como líneas de trabajo para el período 2009-2012 avanzar en la garantía del derecho a la salud en la localidad. Se implementarán y desarrollarán estrategias de planeación, gestión, administración, intervención y de vigilancia en Salud Pública, que abogan de manera intersectorial por las

acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, de atención y de rehabilitación a través de intervenciones individuales, colectivas y acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida.

Para el cumplimiento de los objetivos, se contemplan cuatro objetivos estructurantes del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: “Ciudad de Derechos”, “Participación”, “Gestión Pública Efectiva y Transparente” y “Finanzas Sostenibles.”

Para la operación del Plan de Intervenciones Colectivas, la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá propone una estructura que garantice la presencia del conjunto de intervenciones en salud, que respondan a las necesidades sociales, para lo cual se definen tres componentes:

Componente 1: Gestión local para la promoción de la calidad de vida y salud.

Componente 2: Operación en ámbitos de vida Cotidiana.

Componente 3: Gestión local de la Vigilancia en Salud Pública.

Los alcances obtenidos en las intervenciones realizadas se describen a continuación desde los procesos de gestión local.

4.3.2 Gestión local para la promoción de la calidad de vida y salud.

Se entiende como las acciones que se realizan con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas con un enfoque poblacional y diferencial dentro de un contexto territorial.

▼ Población desplazada

La población afectada por el desplazamiento forzado por el conflicto armado debe ser considerada como población especial, ya que son víctimas de la ineficiencia del Estado en cuanto a la garantía de derechos fundamentales como la vida y la seguridad e integridad personales; lo ideal es la prevención del desplazamiento y la no existencia de afectación de la población civil por el conflicto y la guerra.

Existe amplia normatividad para la restitución de derechos y paralelamente múltiples dificultades para hacerla real, deficiencia de espacios para la participación efectiva de las personas en estas condiciones, persiste la negación de los servicios de salud, educación y trabajo, falta de conocimiento en los derechos en la población y de herramientas para su exigibilidad, profundiza la exclusión y la desigualdad, lo que ocasiona una grave crisis a nivel individual, familiar y de pérdida de credibilidad en las respuestas institucionales.

Desde esa lógica se evidencia el despliegue de respuestas que históricamente han sido insuficientes e ineficientes, débiles y con poco aporte real a la estabilización socioeconómica de las familias en los territorios receptores; persisten condiciones de vida marcadas por la precariedad manifestada en la permanencia necesidades básicas insatisfechas y en el desarrollo de programas gubernamentales paliativos que no restituyen ni garantizan los derechos humanos de esta población.

Frente a la situación de abordaje psicosocial y jurídico de las familias, si bien se vienen adelantando acciones de intervención por parte de la ESE, se presentan dificultades relacionadas con la cobertura, pues la demanda en la localidad es muy alta y el desconocimiento de la población frente al derecho de atención psicosocial para abordar las situaciones de salud mental no resueltas por el desplazamiento también.

Asimismo, en el plano jurídico, además de la inexistencia de una red de apoyo jurídica en lo local, una de las más grandes brechas radica en la posición de algunos sectores de la Secretaría Distrital de Salud, que arguyen que no es competencia del sector incluir este componente para la restitución de derechos de la población en desplazamiento, y ser irrelevante en la asignación de presupuesto para mantener o ampliar esta intervención. Sin embargo, la dinámica local muestra resultados distintos por una realidad bastante compleja en términos de dimensión poblacional en desplazamiento, acceso a servicios y particularmente a servicios en salud.

En el plano escolar, es una brecha amplia el hecho de que las IED no relacionan el fenómeno del desplazamiento como un elemento que afecta la dinámica escolar e incide en las relaciones de pares y en general de la comunidad educativa; asimismo, la inexistencia de atención desde un enfoque diferencial pone en desventaja a niños, niñas y jóvenes.

Con respecto al proceso desarrollado desde las unidades de trabajo informal de población en condición de desplazamiento, se evidencian dificultades con la ubicación de las unidades de trabajo informales en zonas de difícil acceso y escasez de recursos económicos de la población caracterizada, lo cual afecta el desarrollo del plan de mejoramiento y la persistencia de barreras de acceso a servicios de salud.

No se conocen organizaciones consolidadas de jóvenes ni adultos mayores de población desplazada, lo que presenta dificultad en el abordaje a la población de estos ciclos vitales en cuanto a temas de fortalecimiento de organizaciones se refiere. Es probable que se encuentren grupos donde estén vinculadas las personas de estas etapas y también la infancia, como comedores o grupos de capacitación; sin embargo, estos espacios tienen finalidades y objetivos específicos que no necesariamente van dirigidos a realizar seguimiento y acompañamiento en su proceso adaptativo y a la reconstrucción de una realidad generada a partir del desplazamiento. De esta forma, se concluye que en la línea de intervención no están incluidas todas las etapas del ciclo vital, lo que crea un vacío en el proceso y por ende en la re-construcción de sujetos políticos, participativos, dinamizadores de la sociedad, con empoderamiento personal y colectivo de diferentes herramientas para hacer efectivos sus derechos. Para atender esta situación se han creado los comités locales que a continuación se describen:

▼ **Comité local de atención integral a población desplazada**

Este comité surge por la ley 387 de 1997 como apoyo al Sistema Nacional de atención integral de población desplazada (SNAIPD) en la atención integral a población afectada por el desplazamiento forzado por el conflicto armado en el nivel departamental, distrital y local; vincula y compromete a las instituciones y sectores responsables de atender la situación de la población en desplazamiento asentada en Ciudad Bolívar.

Las instituciones vinculadas permanentemente son: Unidad de Atención y Orientación a población desplazada (UAO) de Ciudad Bolívar, Hospital Vista Hermosa, Personería Local, Policía, Familias en Acción,

así como cuatro de los cinco representantes de organizaciones de población desplazada. Actualmente, la secretaría técnica fue asumida y ratificada para el 2010 por la UAO.

En el año 2009, el Comité local de atención integral de población desplazada (CLAIPD) inició con la evaluación del proceso desempeñado por este comité en el 2008 y algunas propuestas para el 2009. Entre los meses de febrero a mayo el Comité tuvo una dinámica que retrocedió en el marco del proceso 2008 por las dificultades de la secretaria técnica para convocar, la deficiente respuesta institucional, la inasistencia institucional y organizacional para el desarrollo del proceso. La Secretaría de Educación, Acción Social y la Comisaría de Familia son algunas de las instituciones que no han hecho presencia activa en el CLAIPD.

Se realizaron requerimientos desde la Personería como ente de control, a la Alcaldía Local para dar cumplimiento al decreto 006 de 2008, mediante el cual se reglamenta este espacio; desde junio se incrementó la participación de los actores responsables de este espacio. A partir de junio se vincularon la Secretaria Local de Integración Social y la Defensoría del Pueblo.

A la fecha se encuentra en construcción el plan de acción, y concretamente se han realizado acciones de seguimiento al presupuesto destinado al fortalecimiento de procesos productivos gestados por población en desplazamiento residente en Ciudad Bolívar, estos son recursos del Fondo de Desarrollo Local de la Alcaldía Local. Este seguimiento pretende lograr incidencia como CLAIPD y aportar así a una ejecución transparente y eficaz de los recursos, garantizando un ejercicio de divulgación masiva a la población en desplazamiento de la localidad, como un proceso incluyente y equitativo.

Para finalizar, es importante mencionar que este comité requiere del fortalecimiento de acciones de acompañamiento, apoyo y seguimiento tanto a la población en desplazamiento residente en la localidad, como a las instituciones, programas y sectores con responsabilidad en la atención local de este fenómeno.

▼ Población de grupos étnicos

Para el año 2009 la transversalidad de etnias cuenta con 4 profesionales, una técnica ocupacional, una gestora comunitaria para afros colombianos y una gestora comunitaria Inga; estos profesionales están ubicados en dos ámbitos (Comunitario y Laboral) y un componente (Gestión Local). A continuación se describen las intervenciones realizadas a través del Plan de intervenciones colectivas y de gestión local.

► Intervenciones colectivas en etnias

Ámbito Comunitario - Indígenas: Actualmente se desarrollan acciones principalmente con cuatro pueblos, quienes tienen familias residiendo en diferentes zonas. Dos de estos están organizados en forma de Cabildo y cuentan con el reconocimiento del Distrito: Los Inga, procedentes del Putumayo y Los Pijao oriundos del Tolima, los restantes son considerados comunidades o grupos de interés y son Los Woanaan, provenientes de un resguardo indígena del Chocó y Los Sirianos, nativos del Vaupés y el Amazonas principalmente. Respecto al pueblo Inga, se adelantan acciones con 23 familias ubicadas en Los Barrios Cordillera, La Playa, Arborizadora Alta y Arborizadora Baja, las cuales están en proceso de caracterización. En relación con los miembros del Cabildo Ambika Pijao, cuentan con 95 familias residiendo en la Localidad, principalmente en Lucero Alto, San Francisco, Sector de la Estancia, Tres Reyes, Candelaria, Sierra Morena, entre otros. La

comunidad Woaunaan reside en el sector de Lucero Bajo y está compuesta de 14 familias, con quienes se han adelantado gran cantidad de acciones, dadas sus problemáticas. Finalmente, se han adelantado acercamientos con líderes de un grupo de interés de Indígenas Sirianos, miembros de un colectivo llamado "Tubu Umarimassa", quienes aseguran desarrollar actividades con cerca de 20 familias.

Ámbito Comunitario – Afro colombianos: Esta intervención a través del tiempo ha tenido enfocadas sus acciones a identificar, fortalecer y brindar apoyo a las organizaciones y líderes de la población afro colombiana y fortalecer acciones en el tema de salud; bajo esta dinámica, sus acciones han estado dirigidas a varias organizaciones de afro colombianos, dentro de las cuales encontramos:

AFRODES – ABCUN: Está conformada por la comunidad afro colombiana ubicada en los límites entre Soacha y Bogotá en el sector de Caracolí; con esta organización han sido amplias y numerosas las acciones desde el año 2007, centrándose en temas tales como Salud sexual y reproductiva, la movilización de la UBA móvil al territorio, valoración nutricional a los niños del sector, y apoyo y fortalecimiento de la organización a través de los miembros de la junta directiva.

Grupo YALOMBA: Grupo de danza y folclor del Pacífico, integrado por jóvenes del sector en condición de desplazamiento, quienes residen en el sector con familiares o amigos provenientes del departamento del Chocó y con grados diversos de escolaridad. Con este grupo se avanzó en la inclusión del tema de salud dentro de sus actividades cotidianas; sin embargo, el trabajo con este grupo se detuvo por problemas internos del mismo, lo cual llevó a su desintegración.

Grupo de interés de Santa Viviana: Este grupo fue identificado por la intervención a finales del año 2008 y estaba conformado por población afro colombiana residente en el barrio Santa Viviana; sin embargo, las acciones con este grupo no se lograron desarrollar a fondo, pues el grupo se desintegró antes de poder profundizarlas.

Grupo de interés de Paraíso: Este grupo fue identificado durante el año 2009 y las acciones han estado enfocadas a la caracterización del mismo mediante una entrevista estructurada, el instrumento indaga por la procedencia de la persona entrevistada, motivos por los cuales llegó a la ciudad, costumbres y tradiciones de su región, así mismo se indaga sobre la medicina tradicional y las principales necesidades que ellos consideran en cuanto a la prestación de los servicios de salud; con el fin de brindar una atención integral.

Ámbito Laboral: La intervención de etnias desde lo laboral busca identificar unidades de trabajo informal pertenecientes a grupos étnicos con el fin de de promover entornos de trabajo saludable y de realizar gestión que contribuya a mejorar las condiciones de trabajo, teniendo en cuenta el enfoque diferencial; para lograr esto se seleccionan dos grupos étnicos que tengan iniciativas productivas y desde el proceso se diseña la propuesta, se realiza gestión institucional, acompañamiento y seguimiento de acuerdo a las expectativas de la población y aplicando el enfoque diferencial de etnias.

Por otra parte, se busca posicionar el tema étnico al interior de la E.S.E por medio de la socialización de la cartilla "Acercándonos a los grupos étnicos" que tiene como objetivo dar a conocer la situación de los grupos étnicos y las formas productivas propias de estos como una estrategia de acercamiento intercultural, con el objetivo de sensibilizar a los trabajadores en salud.

Las acciones con las unidades de trabajo informal se han elaborado con base en los territorios de calidad de vida y salud; en la medida en que el trabajo de la intervención del ámbito laboral ha permitido el abordaje de esta forma.

Territorio Zona 1 Mochuelo, Monte blanco. En este territorio no se identificaron presencia de grupos étnicos por tal motivo no se adelantan acciones específicas.

Territorio Zona 2 Tesoro, Jerusalén, Lucero: Este territorio está caracterizado por la comercialización de ropa, artesanías y medicina tradicional, las acciones que se adelantan desde la intervención Laboral es la identificación de unidades de trabajo pertenecientes a grupos étnicos, asesoría en todo lo relacionado con la evaluación de condiciones de trabajo, diseño y concertación de planes de mejoramiento, capacitación en estrategia promocional de calidad de vida y derechos de los grupos étnicos, acompañamiento, asesoría, gestión y seguimiento a la propuesta productiva de la comunidad Wounaan en torno a la comercialización de artesanías en fibra de Werregue, que elaboran como forma de sustento para todas las familias que conforman el grupo étnico, promover la participación de los grupos étnicos en espacios locales que permitan el posicionamiento de las necesidades a nivel productivo y la exigencia de respuesta institucional.

Territorio zona 3 San Francisco, Perdomo y Arborizadora: En este territorio de calidad de vida de la localidad, se identifican unidades de trabajo tales como: restaurantes, peluquerías y venta de productos varios al por menor representadas por grupos étnicos, donde se adelantan acciones de acompañamiento que permitan la evaluación de condiciones de trabajo, diseño y concertación de planes de mejoramiento, asistencia técnica para la implementación de los planes, diseño e implementación de planes de emergencia en lugares de trabajo y seguimiento del proceso.

Del mismo modo se realiza capacitación a cada unidad de trabajo sobre la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, que tiene como objetivo que las comunidades, los líderes y en general la sociedad en su accionar apropien una mirada de la realidad con mayor profundidad, buscando identificar los orígenes de los problemas y a partir de ello definir un sentido en la búsqueda de alternativas de mejoramiento y de adoptar estilos de vida saludable en aras de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se promueve de manera permanente la participación de los grupos étnicos en los espacios locales buscando el posicionamiento del tema étnico y de las necesidades sentidas de la comunidad.

En este territorio se están implementando acciones con el grupo étnico AFRODES - ABCUN con el objetivo de acompañar, gestionar y hacer seguimiento a la propuesta productiva planteada por la población afro descendiente, por medio de la articulación con la institucionalidad y gestión de recursos con entidades del sector público y privado.

Territorio Zona 4 Rural: En este territorio no se adelantan acciones específicas con grupos étnicos, ya que no fueron identificados grupos poblacionales, sin embargo, es importante iniciar la identificación de esta población y las actividades.

► Intervenciones en gestión local

Las acciones de gestión local hacia los grupos étnicos, están organizadas en: construcción del conocimiento, posicionamiento político, direccionamiento estratégico de la calidad de vida y salud, los avances se agrupan bajo estas tres categorías:

Construcción del conocimiento: Se ha aportado a la actualización de los diagnósticos locales en salud, a través de la elaboración de los diagnósticos acerca de la situación de los grupos étnicos durante el año 2007, 2008 y 2009; la información que se utiliza como insumo para este diagnóstico es proporcionada por las intervenciones de la transversalidad de etnias y por las distintas intervenciones de salud pública que identifiquen a grupos étnicos; así, como por información entregada por los cabildos, organizaciones e instituciones.

Posicionamiento político: Se participa en los espacios locales con el fin de posicionar el tema de la salud de los grupos étnicos, los espacios en los cuales ha participado la intervención durante los años 2007, 2008 y 2009; se refieren principalmente al Subcomité local de etnias del CLOPS, renombrado en el 2009, Comité Operativo Local de Etnias del CLOPS; en el cual se han asumido varias veces las actividades de convocatoria y organización con el fin de continuar el proceso del mismo. Durante el año 2008 se adelantaron varias acciones desde este espacio; como fue el apoyo en las celebraciones de los grupos étnicos (semana de la afrocolombianidad, día de la población indígena, día de la mujer indígena, entre otros); el apoyo a los grupos étnicos en su participación en el proceso de formulación de la política pública en salud para población desplazada, apoyo en la elaboración de fichas EBI desde el Subcomité de etnias y radicadas en el banco de proyectos de la Alcaldía Local. Finalmente, durante el año 2009, se ha apoyado el seguimiento a estas fichas, en la convocatoria al mismo, y al interior de éste se ha socializado el proceso de formulación de la política pública en salud para grupos étnicos. De la misma forma, se ha participado en otras mesas de trabajo como la existente con el cabildo Ámbika-Pijao. Por otra parte, se ha participado en el proceso de la Gestión Social Integral; a través de la participación en el territorio 2 (Jerusalén, Tesoro, Lucero) y mediante la entrega de información sobre grupos étnicos.

Direccionamiento estratégico de la calidad de vida: Las acciones en este sentido están orientadas a garantizar una eficiente prestación del servicio de salud y de las acciones del PIC a los grupos étnicos; para lograr este objetivo, se realizan mensualmente reuniones al interior del componente y de la transversalidad con el fin de evidenciar falencias y problemáticas en el quehacer diario y resolverlas de esta forma con prontitud; de la misma forma, en esta categoría entra todo el trabajo realizado al interior de los grupos funcionales de etapa de ciclo vital, en los cuales se tiene como objetivo la construcción de modelos adecuados de salud para cada una de estas etapas y en los cuales la transversalidad de etnias participa con el fin de que la temática étnica sea incluida en las reflexiones.

El sector salud ha avanzado en el proceso de atención con enfoque diferencial, sin embargo frente a las acciones que se adelantan desde la institucionalidad enfocadas a los grupos étnicos, se encuentra que en muchas de las instituciones Distritales, como la Secretaría de Integración Social o las Nacionales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, no existe un enfoque diferencial dirigido a las personas miembros o pertenecientes a esta comunidad, lo que resulta en una serie de programas o acciones que desconocen las prácticas culturales de los grupos étnicos y la cosmovisión propia de los mismos; de la misma forma, se presenta esto en el sector salud, en donde a pesar de ser uno de los sectores más avanzados en este campo, aún se evidencian falencias en la forma en que se prestan estos servicios a los miembros de comunidades étnicas; esto se evidencia principalmente en las barreras de acceso en salud que tienen que

afrontar los indígenas y afro colombianos. De la misma forma, si bien la medicina tradicional es tenida en cuenta en las acciones del PIC de Salud Pública, su aplicación y puesta en marcha como un medio eficaz y valido para la salud de los grupos étnicos al interior de los distintos centros de salud no se ha dado, lo que ha dificultado una mayor cercanía entre los grupos étnicos y el sector salud, pues este es uno de los puntos más importantes para las comunidades y que ven como fundamental como parte del posicionamiento que desean para sus comunidades. (Fuente: Debates del comité operativo de etnias 2009).

▼ **Comité local de seguridad alimentaria y nutricional**

En la localidad se ha venido trabajando el tema de alimentación y nutrición desde el año 1998, año en el cual se creó la mesa de alimentación y nutrición, la cual se conformó con representantes de las instituciones del ICBF, CADEL, DABS, ULATA, Alcaldía local y Hospital Vista Hermosa, este último quien asumió la coordinación y orientación para la implementación de los planes de acción anuales de alimentación y nutrición de la localidad, teniendo como directriz el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición y el Plan Distrital, con sus ocho ejes de intervención.

Con el acuerdo 086 del año 2003 del Concejo de Bogotá, por el cual se crea el Sistema Distrital de Nutrición de Bogotá, se fortalecieron los Comités Locales de Alimentación y Nutrición (CLAN) y se estableció la coordinación y asistencia técnica de la Secretaría Distrital de Salud, que ha seguido ejerciéndola a través de los Hospitales de Primer Nivel; con éste, se logró mejorar la participación activa de las instituciones, sin embargo, la alcaldía local no ha asumido una representación constante en los espacios de reuniones. Se resalta que durante los años 2003 y 2004 este espacio inició un proceso de posicionamiento en lo local a partir de asumir un ejercicio de toma de decisiones para la viabilidad de proyectos en temas de alimentación y nutrición, en brindar la asesoría técnica a las instituciones que ejecutaban los proyectos y a la comunidad para la elaboración de los mismos, situación que año tras año se ha venido debilitando, debido a la constante rotación que se ha presentado de Alcaldes locales.

En el año 2004, la resolución 068 “por el cual se crea el Subcomité Operativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Programa Bogotá sin Hambre en el Consejo Distrital de Política Social”; en donde se planteaba la conformación de diferentes mesas temáticas dirigidas a abordar los ejes del programa y el comité local se constituyó como la mesa de acciones de alimentación y nutrición en donde el Hospital Vista Hermosa continuó con la secretaria técnica junto con el referente de Bogotá sin Hambre.

En el foro Social Mundial establece los ajustes al orden económico, político y social que son insumos para la formulación del Plan Decenal al 2015; también se obtuvo el documento “Marco contextual de Seguridad Alimentaria y Nutricional a nivel local” el cual facilitó la recopilación de información sobre la problemática sentida en seguridad alimentaria y nutricional y los elementos centrales de la reflexión intersectorial e interinstitucional.

Del 2005 al 2007 se busca fortalecer la gestión de las autoridades locales y la participación ciudadana con criterios de responsabilidad social, por lo anterior y con el fin de asegurar el posicionamiento político del tema de la alimentación y nutrición, el Subcomité de SAN conformó uno de los subcomités más activos dentro de los Consejos Locales de Política Social – CLOPS, participando en sesiones de seguimientos y avances de los planes de acción anuales de SAN.

Para el año 2008 se construyó el plan local de seguridad alimentaria y nutricional 2008 – 2012, en donde se priorizan problemáticas por disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico; además de proponer estrategias de solución de acuerdo a las competencias de los integrantes del comité.

En la actualidad, el Subcomité de Seguridad Alimentaria y Nutricional cuenta con la participación activa de instituciones como la Subsecretaria Local de Integración Social (SLIS), El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y de la Juventud (IDIPRON), Centro de Administración Educativo Local (CADEL), Secretaría de Desarrollo Económico y Hospital Vista Hermosa. Las reuniones se adelantan con una periodicidad mensual, los espacios de reunión se desarrollan en la subsecretaria local de integración social. Los espacios son abiertos y los temas a tratar son propuestos por los miembros del subcomité.

▼ **Comité operativo local de mujer y géneros**

Esta dentro del consejo local de política social de Ciudad Bolívar, que se reúne mensualmente, se participa de este espacio, que cuenta con una presencia de mujeres (entre 15 a 40 asistentes) de diversas organizaciones comunitarias adscritas a la Casas de Igualdad de Oportunidades para las mujeres, (CIO) como la asistencia de mujeres independientes, quienes desarrollan proyectos productivos, se hace seguimiento al plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género (PIOEG 2004-2016), se desarrollan acciones de movilización social por los derechos de las mujeres, se consolidan mesas de trabajo por cada uno de estos derechos, el hospital participa dos mesas: Mesa al derecho de la salud plena y al derecho a una vida libre de violencias.

▶ **La mesa local LGBTI**

Es una iniciativa de una organización comunitaria y del IDPAC en la que el Hospital de I Nivel Hospital Vista Hermosa quiso participar desde el componente de identidad de género y orientaciones sexuales; esta mesa busca ser visibilizados/as como sujetos/as de derechos en el marco del Decreto 608 de Diciembre de 2007 con el apoyo con el IDPAC a través del Centro Comunitario LGBTI de Chapinero y la Casa de Igualdad de Oportunidades para las mujeres de la localidad.

▼ **Salud mental**

El proyecto de desarrollo de autonomía de salud mental articula los procesos de atención en la alteración de la salud mental a través del plan de intervenciones colectivas locales, con el plan obligatorio de salud y proyectos complementarios para la respectiva atención, excluye a las personas afiliadas al régimen contributivo.

Los logros obtenidos hasta el momento han sido la elaboración del documento que contempla todas las acciones, logros y dificultades de las intervenciones de salud mental construidas desde cada ESE y consolidadas a nivel distrital; La reactivación del comité de Salud Mental a nivel Distrital, realizando gestión con el Secretario de Salud y modificación del manual de funciones del comité de salud mental.

Se hace posicionamiento político de salud mental a través de planes estratégicos en lo local, el derecho a la garantía de la atención está vulnerado por las formas de contratación como barrera de acceso en los servicios de atención, los demás actores frente a la promoción de la salud mental no desarrollan estrategias de promoción en salud mental porque se considera que es competencia del sector salud y no lo ven como un compromiso transectorial y por lo tanto impide el crecimiento en conocimiento y en gestión en promoción de la salud mental.

► La red del buen trato

Es una red que funciona como un sistema abierto, democrático, donde las instituciones que participan articulan experiencias y conocimientos desde sus programas y servicios, cuentan con sus estrategias para dar atención y para realizar actividades de promoción de buen trato y prevención en violencias, actualmente está conformado por 15 actores sociales, se realiza el primer jueves de cada mes, mediante actividades concertadas que incluyen sensibilización, capacitaciones, foros, de igual forma se participa en el comité local de política social donde se socializan avances con logros y dificultades de los diferentes comités y redes, la dificultad en este proceso es que la violencia es evidente pero se trata de minimizar el conflicto social, se debe continuar con la red por que articula estrategias

► Nodos articuladores en salud mental

En el ámbito comunitario se conforman redes en salud mental a partir de la construcción conjunta comunitaria y profesional por experiencias de vida de la población, teniendo en cuenta las necesidades generales que afectan transversalmente la salud mental de la comunidad con logro de cambios en la resolución de conflictos.

En IPS desde esta intervención se realiza inducción y re-inducción a profesionales de salud en las intervenciones de salud mental, se socializa y movilizan rutas de violencias.

En el ámbito familiar: Psicosocial, intervención mediante la cual se realiza atención en primeros auxilios frente a la alteración mental, la intervención plurimodal realiza acciones promocionales como potenciar factores protectores mediante el desarrollo de habilidades para la vida. Se tiene en cuenta el reconocimiento de la diversidad de las familias.

Ámbito Escolar: Línea 106, se promueve la línea 106 para que los Niños, Niñas y Jóvenes llamen y reciban atención telefónica, apoyo, acompañamiento y sean escuchados en el momento en que se presenta una situación conflictiva. Es una herramienta comunicativa de respuesta de fácil acceso y bajo costo en cualquier hora del día. El Chat es otra herramienta informativa, lúdica y donde pueden aprender acerca de sus derechos y buen trato

Consumo Abusivo de psicoactivos: son prioridades del programa salud al colegio y debe haber al menos mínimo un proceso de cada uno por unidad territorial. Esto debido a que los espacios educativos son los mejores escenarios para implementar programas preventivos constante y sistemáticamente. El objetivo principal de este componente está orientado a intervenir en las comunidades educativas, con base en la lectura y priorización de necesidades sociales, mediante la realización de actividades colectivas que

fomenten la promoción de la salud mental, con énfasis en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (se incluyen las sustancias lícitas o ilícitas que cumplen con los criterios de abuso y/o dependencia) y el fortalecimiento de factores protectores.

Buen trato Jardines: es una estrategia de trabajo en donde se propician espacios en los cuales orientar interacciones tendientes a garantizar las condiciones y medios para estimular la creatividad y permitir el sano y adecuado desarrollo de las capacidades y potencialidades de los niños y niñas, con la participación activa de los cuidadores, docentes, jardineras, madres y padres de familia y de todas las redes sociales de apoyo tejidas en este entorno.

Teniendo en cuenta la lectura de necesidades realizada en las instituciones educativas, se evidenció que el uso y abuso de sustancias psicoactivas es un grave problema social que se presenta en la localidad 19 de Ciudad Bolívar, por tal motivo el ámbito educativo se ve enfrentado cada día al consumo temprano y tráfico de drogas, sumando a esto los factores de riesgo personales (baja capacidad de adaptación, búsqueda de placer inmediato, baja tolerancia a la frustración, gran impulsividad, comportamiento antisocial precoz, bajo rendimiento escolar, baja autoestima entre otros), familiares (como ejemplo familiar en consumo de drogas, excesiva permisividad, divorcio de los padres, mala relación familiar, pérdida de un ser querido, maltrato físico, desempleo, familia muy numerosa, padre ausente, historia familiar de total abstinencia, herencia familiar entre otros) y sociales (Nivel Socioeconómico, muerte de un amigo, presión grupal, presión social, publicidad y medios de comunicación social, fácil acceso a la droga y ejemplo de figuras populares).

Ámbito laboral: Explotación sexual y comercial en niños, niñas y adolescentes (ECSNNA) se enfoca hacia el reconocimiento de casos de niños que se encuentran en explotación laboral en sus peores formas de trabajo. De igual forma, la prevención se hace necesaria con los diferentes actores de la comunidad, donde se generen estrategias fundamentadas en la salud mental, con el fin de proporcionar las herramientas necesarias en la formación de los NNJ, con la participación de la familia como ente fundamental en la crianza.

Vigilancia Epidemiológica: SIVIM, se realiza fortalecimiento del Sistema de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual. También se refiere al mantenimiento de Unidades Primarias Generadoras del Dato del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIM. Se realizan seguimientos a casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual con énfasis en violencia sexual y casos en riesgo de fatalidad. El proceso está orientado a asegurar la notificación inmediata y periódica de casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil, así como su canalización y seguimiento con el propósito de facilitar su atención integral oportuna. Requiere de un monitoreo permanente de las unidades básicas de notificación y de información del sistema de otros operadores como lo son los diferentes ámbitos y el sector educativo.

Los casos que requieren algún tipo de intervención y que no tengan SISBEN, sino EPS, son mucho más demorados para ser atendidos oportunamente, a pesar de realizar remisiones en las cuales se requiere intervención urgente, como los casos de Violencia Sexual.

En ocasiones un evento prioritario requiere de más horas para la intervención, ya que estos deben ser abordados durante un mes y la familia requiere más apoyo de SIVIM para la atención del mismo y en ocasiones requieren de una atención totalmente integral, que no solo requiere de 8 horas, sino de más tiempo.

▼ Red salud trabajo en la localidad

La Secretaría de Salud Distrital, a través del ámbito laboral, ha venido fortaleciendo una estrategia para vincular a diferentes entes gubernamentales y no gubernamentales en la relación salud trabajo de los y las trabajadores de la localidad de Ciudad Bolívar, que les permitan mejorar sus condiciones de vida dentro de la estrategia promocional de calidad de vida, por esto existe un referente que es responsable de fortalecer una red social de apoyo para darle respuesta oportuna a las necesidades que se identifican de las unidades de trabajo informal.

Esta red ha venido integrando representantes de empresas particulares de acuerdo a necesidades identificadas por los profesionales del ámbito laboral; empresas que apoyan económicamente o como socios estratégicos de algunas UTIS o para apoyar acciones como en lo referente a la erradicación del Trabajo Infantil o con algunos representantes de los desplazados o de etnias. Depende de la gestión y del apoyo de las diferentes Instituciones del orden Distrital y Nacional, lo que determina un alto grado de debilidad, no podría ni puede depender de la Secretaría de Salud ni del Hospital Vista Hermosa, pues estos entes no tienen la competencia ni presupuestos para generar desarrollo económico y sus acciones se limitan únicamente a la atención en los servicios de Salud.

El principal objetivo es fortalecer y darle continuidad al trabajo de esta red, para que sea visibilizada en la localidad de Ciudad Bolívar como un actor que realmente brinde respuestas para comercializar los productos, fortalecer las unidades productivas y que de forma directa contribuya a mejorar las condiciones locativas de trabajo y de calidad de vida para propender por los hábitos saludables de los y las trabajadores.

En la localidad existen Ong's no cuantificadas pero son numerosas, fundaciones de carácter privado, diferentes programas de atención y asistencia de las instituciones del orden Distrital y Nacional, quienes desarrollan procesos desarticulados, repetitivos, atomizados por toda la localidad, ocasionando que la comunidad genere una fuerte cultura asistencialista, de sobre capacitación en procesos de formación de líderes, de empresario, pero no se les da herramientas para que esas capacitaciones les permitan crear microempresas rentables y auto sostenibles por periodos superiores a dos años. Además que existe una fuerte resistencia a perder la condición de informalidad y entrar en lo que implica volverse formales, pues les implicará sobrecostos, impuestos, vinculación a otro régimen en Salud y en Pensión.

El Hospital Vista Hermosa, E.S.E. se apoya en lo local, en el Comité Operativo Local de Productividad y Desarrollo Económico, espacio creado por el CLOPS de la Alcaldía Local; como articulador de la comunidad y las instituciones locales, responsables del apoyo y del desarrollo en el área productiva de la localidad; aquí participan activamente la Secretaria Local de Integración Social, la Secretaría Local de Desarrollo Económico, Asociación de juntas (ASOJUNTAS), representantes de la Comunidad como la Red de Mujeres Productoras y Productivas, Representantes de Afrodes, algunos artesanos de la localidad y otros miembros de la comunidad de trabajadores de la localidad, la Unidad local de Desarrollo Económico de la Localidad, y el instituto para la economía social (IPES).

La mayor atención del ámbito laboral está en el área urbana, debido a la necesidad de identificar permanentemente unidades de trabajo informal, existe una fuerte presencia en las 3 plazas de mercado de la localidad realizando todas las canalizaciones necesarias para mejorar sus condiciones de salud en su lugar

de trabajo, la red tiene identificada la organización de campesinos, quiénes se agruparon para comercializar sus productos directamente y sin intermediarios, para que sus ingresos mejoren significativamente.

▼ Consejo Local de discapacidad

Según el acuerdo 137 de 2004, el Consejo local de discapacidad es la combinación de procesos de desarrollo institucional y comunitario que a través de la articulación de mecanismos de planificación, ejecución, seguimiento, verificación y control social permiten el desarrollo de políticas, planes, programas y prestación de servicios a la población en condición de discapacidad. Por lo tanto establece la participación activa de diferentes entidades, representantes de la comunidad (elegidos por un periodo de cuatro años) e invitados de organizaciones o entidades que desarrollen programas en beneficio con y para la población con discapacidad.

Por tal motivo, el Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. ha participado de manera activa en el desarrollo del consejo desde su competencia en el sector salud, en lo corrido del presente año el reto más importante para el consejo en general, además de sus funciones contenidas en el artículo, es la divulgación e implementación de la Política Pública Distrital de Discapacidad (Decreto 470 del 12 de octubre de 2007) que proporciona lineamientos claros en la implementación de programas, encaminados a la inclusión y la ratificación de derechos de las personas con discapacidad.

Es importante aclarar que el ICBF, Secretaria de la Movilidad, Hábitat, IDU no son activos en el consejo Local de Discapacidad, lo que no permite dar esa mirada transversal de las necesidades de la población y las respuestas que se deben generar en la localidad, se requiere que todas las entidades y comunidad en general se fortalezca su participación, lo que se requiere es que a los consejos locales se les brinden herramientas de formación permanente para la construcción de propuestas y de cambios, las entidades universitarias deberían participar activamente con estos apoyos.

► **Discapacidad desde la rehabilitación basada en comunidad.**

Desde el año 1999, en la localidad de Ciudad Bolívar en el sector salud se empiezan a realizar acciones para cambiar estos imaginarios de discapacidad y verla como una condición y que no solo es inherente a una persona sino como está involucrado el contexto familiar, comunitario, ambiental y las instituciones, en coherencia con el enfoque de derechos, derechos consignados en instancias internacionales y nacionales como la convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad, la constitución política y la política pública distrital de discapacidad (PPDD), que promueven al cambio de paradigmas que han rodeado este tema de manera cultural, religiosa, médica, filosófica y social.

Los logros más importantes: la formación continua de agentes de cambio, la asesoría a 1442 familias, acompañamiento a 36 sedes de instituciones educativas y 11 jardines infantiles para detección temprana de alteraciones del desarrollo, 19 sedes de instituciones educativas que realizan integración escolar, detección y asesoría de trabajadores informales con discapacidad, sensibilización a empresas del sector formal para la inclusión de personas con discapacidad y el acompañamiento y formación de IPS amigables para las personas con discapacidad (UPA Candelaria y UPA Limonar).

Se diligenció el registro de localización y caracterización de la población con discapacidad, donde en su reporte de 2007, el número de personas localizadas y registradas alcanzaba una cifra de 11538 personas en situación de discapacidad y que posiblemente es la representación de aproximadamente un 3% de la población total de la localidad, siendo esta información la línea base para profundizar en el análisis de la situación de salud y así realizar un diagnóstico actualizado y constante de acuerdo a la PPDD en corresponsabilidad a la población con discapacidad; este es un registro que debe ser de continua reestructuración.

Al convertir esta cifra en una descripción de lo que se ha hecho, posiblemente los procesos realizados desde las intervenciones desde Salud Pública aun se pueden estar in-visibilizando, ya que son procesos de construcción social y son acciones que necesitan elaboración, asimilación de la población, cambios en la percepción de la discapacidad desde el mismo individuo y su familia, también desde las dificultades presentadas como son: la convocatoria, las expectativas de las familias en cuanto a los servicios prestados desde las instituciones, la mirada asistencialista de la misma población con discapacidad, el compromiso de otras instituciones en el tema y lo mucho que falta por hacer para el posicionamiento político del tema de discapacidad, donde todos y todas deben estar involucrados.

No se ha trabajado a fondo la relación de la discapacidad con el territorio, con el ambiente o tan solo con la etapa del ciclo vital y posiblemente, todavía se está limitando a la mirada asistencial, de darle a la comunidad y no el fortalecimiento de la autonomía y construcción de proyectos de vida reales de la población basado en los recursos de la localidad, propender en la participación ciudadana y movilización social.

No es desconocido para ninguno de los sectores la rectoría que ha ejercido la Secretaría Distrital de Salud en la construcción de respuestas basadas en las dificultades, necesidades y los derechos vulnerados de la población con discapacidad como está contemplado en la Política Pública Distrital de Discapacidad (Decreto 470 de 2007), donde su fin principal es promover la inclusión de las personas con discapacidad, fortalecer la participación activa, el reconocimiento y uso de la ciudadanía como construcción política (2), dejando a un lado la mirada asistencialista y paternalista que históricamente se le ha asignado a la población con discapacidad y donde claramente la población pide la restitución de sus derechos, moviéndose de marcos médicos – asistencialistas a marcos sociales. Bajo este marco teórico y normativo es donde la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad se potencializa y se convierte, en este caso, en el sector salud de la localidad de Ciudad Bolívar, en una herramienta para entender la discapacidad como una oportunidad de reconocimiento de las personas por sus capacidades y habilidades y el ejercicio de los derechos.

▼ **Transversalidad ambiente y salud**

Dentro del marco de la política distrital de salud ambiental, el Hospital Vista Hermosa plantea su abordaje de la siguiente manera: implementar las estrategias de vigilancia sanitaria mediante las líneas de acción; planes de entorno saludables y la Gestión Sanitaria y Ambiental. A continuación se menciona el propósito de cada uno de los componentes y la respuesta institucional que ha dado a la comunidad habitante en la localidad de Ciudad Bolívar.

► **Plan integral de entornos saludables (PIES):**

El propósito de los planes de entornos saludables es realizar una intervención integral donde se encuentra la estrategia de salud a casa en el ámbito familiar como eje principal de abordaje, teniendo en cuenta las necesidades identificadas en la familia y de esta forma ampliar la intervención hacia espacios donde se desarrolla la familia de acuerdo a su rol dentro de la comunidad a través de la gestión transectorial y comunitaria; enumera los logros tanto en vivienda como en espacios públicos urbano y rural.

▶ En lo urbano

Se realizó en la vivienda donde se ha realizado la intervención al 70% de las viviendas establecidas en los micro territorios de salud a su casa, dando educación con la distribución para el aprovechamiento de espacio al interior del hogar, a través de brigadas de vivienda saludable, en caso de infraestructura inadecuada la remisión al DPAE para la reubicación de viviendas en riesgo, por la ausencia de agua y alcantarillado se implementó sistemas para el tratamiento de agua potable como filtros de vela (45), promoción de unidades de saneamiento ecológico (baño seco) con 7 unidades.

Por los hábitos inadecuados para el manejo de residuos sólidos al interior de los hogares y la contaminación a las fuentes hídricas y espacios público se ha realizado el fortalecimiento de la gestión comunitaria a través de jornadas de salud y ambiente, capacitación a la comunidad de la zona urbana y rural en temas de aprovechamiento de residuos orgánicos a través de técnicas como lombricultivo y compostaje y articulación intersectorial con el apoyo de Aseo Capital, Policía comunitaria y Hospital Vista Hermosa.

Inadecuada tenencia de mascotas y propietarios de vehículos de tracción animal, se ha realizado educación en tenencia adecuada de animales para la prevención de enfermedades como la escabiosis, accidente de animal mordedor y en 2 instituciones educativas de la localidad que se han tomado como proyecto piloto (Veterinaria al colegio) como una estrategia de educación para la convivencia con animales.

▶ En lo rural

Por prácticas inadecuadas con el empleo de agroquímicos de los agricultores en la zona rural lo que se implementó fue un convenio entre la federación Colombiana de productores de papa (FEDEPAPA), la Alcaldía Local y el Hospital Vista Hermosa para la recolección de envases post consumo y educación a los usuarios. Intervención para el ordenamiento en salud y ambiente en 18 fincas de la zona rural abordando aspectos de saneamiento básico, nutrición, tenencia de animales, salud ocupacional y aspectos psicosociales. Se han instalado 25 filtros de arena y 25 filtros de vela, y no se ha implementado el sanitario seco por ausencia de presupuesto, aunque sería una ganancia ambiental en lo rural para el control de aguas residuales.

▼ Gestión sanitaria y ambiental para la salud

El objetivo de la intervención es fortalecer la gestión local e íter-local, con los diferentes actores intersectoriales y comunitarios se participa en el espacio en la comisión ambiental local, mesa de la ruralidad, comité local de emergencia, comité local de educación ambiental, mesa local de actividad física,

mesas territoriales, actualmente no se participa en el consejo local de discapacidad con una perspectiva de IVC a establecimientos adecuados para el acceso de personas con discapacidad.

► **Vigilancia sanitaria**

Se verifica el cumplimiento normativo de los aspectos higiénico-sanitarios relacionados con infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos, documentación, entre otros, con el fin de contribuir de manera efectiva con la corrección o mitigación de factores que pueden afectar la inocuidad de los alimentos e incidir en la aparición de enfermedades atribuidas a los mismos, la intervención de seguridad alimentaria se realiza en centros comerciales e institucionales donde se manipulan alimentos y bebidas.

Se complementa con una actividad educativa: como estrategia de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población en forma colectiva con el objeto de lograr cambios en conocimiento y sensibilizar o motivar a las personas sobre la necesidad de reafirmar o modificar sus prácticas, principalmente las relacionadas con las buenas prácticas de manufactura en las que se ha capacitado a 4800 asistentes.

Saneamiento básico para establecer planes de mejoramiento que garanticen la prevención y control de los factores deteriorantes, se interviene a acueductos comunitarios y establecimientos con atención al público. Frente a las intervenciones realizadas se presenta un limitante frente a los prostibulos, porque la alcaldía local no ha asumido acciones de orden jurídico; en la vigilancia a la piscina que está en el parque de Meissen, donde tienen un concepto pendiente por deficiencias en la infraestructura, en el manejo y tratamiento de agua.

Cuando se presentan brotes dentro de la localidad se tiene un equipo básico de intervención ambiental y sanitaria, el 100% de los brotes se presentan en los jardines o en las áreas de preescolar de las instituciones educativas por malos hábitos higiénicos sanitarios de los cuidadores.

Las enfermedades compartidas van encaminadas principalmente a la promoción de la salud del cuidador y la prevención de zoonosis y buscan mejorar la conducta de las personas a través de actividades educativas así como el control integral de vectores y roedores. Durante el año 2008 se realizaron 1575 esterilizaciones, se presenta una cobertura de vacunación canina del 49,54% y en la notificación de accidente de animal mordedor se muestra el doble de casos (816 casos de más).

Línea de emergencias y desastres ambientales: Se desarrolla desde la línea el fortalecimiento sobre la cultura de prevención en la comunidad a través de las capacitaciones de plan familiar de emergencias, que durante el primer año se aplicó como asesoría a 50 familias de los barrios Alpes, Bella flor y San Rafael Perdomo durante el año, las asesorías sobre planes industriales de emergencias están en su inicio y se han empezado a desarrollar con tres pequeñas empresas de la localidad.

Línea de industria y ambiente: Realiza inspección, vigilancia y control (IVC) a establecimientos que en su proceso productivo utilizan sustancias químicas, verificando el almacenamiento, uso y disposición final que se le dé a los productos, valorando ambiental y sanitariamente la exposición ocupacional a este tipo de sustancias y teniendo en cuenta los siguientes puntos críticos a industrias: extractiva, textil, manufacturera, automotriz, centros de estética facial, corporal y ornamentación, lavanderías y micro y pequeñas industrias

donde se manejen, expendan, reenvasan y/o almacenen sustancias químicas e insumos para procesos industriales.

Dentro de las principales problemáticas identificadas en las intervenciones realizadas corresponden al desconocimiento de la legislación por parte de los propietarios de los establecimientos, es por esto que se ha incrementado la cobertura y la educación directa con propietarios y trabajadores al respecto del manejo y utilidad de las hojas de seguridad y para la identificación y control de los riesgos a los que se encuentran expuestos por el desarrollo de la actividad económica especialmente para las microempresas y los informales.

Adicionalmente, se evidencia que en algunos locales las condiciones locativas no son las adecuadas para desarrollar la actividad económica, y como en su mayoría son arrendatarios, los propietarios de los inmuebles se niegan a realizar dichas adecuaciones en los tiempos establecidos, por ello los establecimientos son trasladados para evitar la emisión del concepto sanitario Desfavorable, para ello se están estableciendo planes de cumplimiento con los propietarios de los establecimientos y con conocimiento de los propietarios de los inmuebles, estableciendo en ellos tiempos prudentes para realizar las adecuaciones establecidas por los funcionarios de la línea.

La intervención de la línea de transporte y energía en la localidad se orienta a desarrollar e implementar estrategias de intervención, promoción, gestión, evaluación y monitoreo en los componentes de Calidad de aire y salud, Ambientes libres de ruido, Ambientes libres de humo, Exposición a rayos UV, Monóxido de carbono, Ondas Electromagnéticas, Combustibles, Seguridad Vial e infraestructura segura de la movilidad.

A lo largo del periodo de acción de la línea en la localidad se han sensibilizado mas 12000 personas de la localidad, en las cuales se promovió buenas prácticas orientadas a la prevención de accidentes y a la identificación de problemas o situaciones que pongan en peligro la salud y la vida de los habitantes de la localidad concordé a la temática de la línea. Se debe precisar sin embargo que también se ofertaron intervenciones de vigilancia ambiental y gestión intersectorial en los diferentes componentes, pero el grueso de los recursos se destinó a la consolidación de los procesos de promoción y sensibilización

► **Proyectos especiales**

Son proyectos que son complementarios al sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental en las zonas de Pasquilla, Mochuelos y San Joaquín del Vaticano expuesto y no al Relleno Sanitario Doña Juana.

El estudio inició en el año 2007, donde el objeto es implementar y fortalecer un sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental en el área de influencia del Relleno sanitario Doña Juana, donde se efectúan monitoreos semestrales de las concentraciones de benceno, tolueno y xileno en ambientes exteriores en la zona objeto de estudio, teniendo en cuenta factores externos como la precipitación, brillo solar, temperatura, velocidad y dirección de vientos, día de la semana y época del año, adicionalmente se determina la exposición a benceno, tolueno y xileno a través de metabolitos presentes en la orina de la población sujeta a intervención, estos metabolitos son fenol para el benceno, ácido hipúrico para el tolueno y ácido metil hipúrico para el xileno. Así mismo se realiza una caracterización de los signos y síntomas relacionados con la exposición a benceno, tolueno y xileno (BTX), por medio de un instrumento validado. La

población involucrada dentro del estudio es toda a aquella persona mayor de seis años de edad, con tiempo de residencia en la zona mayor a tres años.

En cuanto a las problemáticas en salud se evidencia que los signos y síntomas que presentan en las veredas y barrio intervenidos son: irritación en la piel, eritema, fiebre, congestión nasal, náuseas, debilidad, alteración del humor, llanto frecuente, comportamiento agresivo y sensación de hormigueo en los pies.

Lo que se pretende con el estudio es llegar a generar alarmas y/o alertas epidemiológicas y ambientales, esto se lleva a cabo por medio de la implementación de un monitoreo constante de contaminantes ambientales de la zona, e identificar los signos y síntomas relacionados directamente con la exposición.

Prevención integral en salud ambiental: Comenzó a partir de Mayo de 2009 e involucra el trabajo con 12 empresas de la localidad, que desarrollan actividades productivas relacionadas con transformación de arcilla (7), explotación de material pétreo (1), lavanderías (2), fundición de metales (1) y fabricación de acrílicos(1).

Dentro del proyecto se han realizado capacitaciones grupales y asesorías individuales que han brindado herramientas teórico prácticas para mejorar la organización y el desempeño de las empresas, para avanzar en el cumplimiento de las normas vigentes, aumentando a su vez, la posibilidad de afrontar la crisis con nuevas estrategias

► **Diagnóstico y vigilancia del suministro de agua para consumo humano a través de acueductos comunitarios en la localidad de Ciudad Bolívar.**

Tiene como objeto monitorear la calidad del agua suministrada por los acueductos comunitarios ubicados en toda la zona rural de la localidad, en el desarrollo de este seguimiento se han identificado diversas problemáticas, que inciden directamente en la operación de los acueductos y en la calidad del agua suministrada a la población; las problemáticas encontradas son: prácticas inadecuadas pecuarias y agrícolas en el sector que generan riesgos de contaminación química y biológica, daños en el 90% de los acueductos por infraestructura, por fisuras, no impermeabilización, no tratamiento completo del agua, no recursos económicos suficientes para mantenimiento; según la CAR, la comunidad tiene dos permisos, uno para concesión de agua potable y la otra para consumo humano, por lo que se presentan contradicciones entre la comunidad.

Otra acción efectuada es la gestión constante con entidades del distrito que tienen competencia de intervención en los acueductos y que de forma cooperativa aportan al mejoramiento de los mismos. Dentro de la gestión se tiene la participación en la Mesa Distrital de Seguridad Hídrica y Cultura del agua, donde participan entidades como la Secretaria Distrital de ambiente (SDA), la Corporación Autónoma Regional (CAR), la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), la Secretaria Distrital de Salud (SDS), el Hospital Vista Hermosa y la alcaldía Local de Ciudad Bolívar.

▼ Red social materna infantil

Esta red obedece a una estrategia para el cumplimiento de los objetivos del milenio, Plan Nacional de Salud, plan de desarrollo de Bogotá, que consiste en reducir: los embarazos en adolescentes, la mortalidad materna y perinatal, mortalidad por enfermedades prevenibles de la infancia, disminuir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, muertes por cáncer cérvico uterino y de seno, se realizan acciones de articulación interna dentro de las acciones de la Empresa Social del Estado con la atención en salud, y externa con Secretaria de Integración Social e ICBF con el ingreso a programas de seguridad alimentaria, Comisaría de familia frente al maltrato y articulación con Hospitales de I y II Nivel, coordinación con colegios públicos y privados y ONG donde se promociona los derechos de la familia gestante.

Dentro del contexto social de la localidad en la que se presenta bajo nivel educativo, altas condiciones de miseria y de pobreza, actitudes y prácticas inadecuadas socialmente aceptadas de embarazos a temprana edad y que institucionalmente se están fortaleciendo por los programas establecidos de protección a menores gestantes, sin que se genere sentido de corresponsabilidad tanto a hombres como mujeres frente al acto sexual y a la gestación, hace que se incremente el número de mujeres gestantes en menores de 18 años, madre solteras e irresponsabilidad paterna.

Otra de las problemáticas identificadas en la localidad es la asistencia tardía a los controles prenatales por parte de las gestantes, la inasistencia a los cursos de preparación de la maternidad y paternidad, que pueden ser por dificultad de aceptar su proceso de gestación, falta de políticas de protección a las mujeres durante la gestación y el pos parto que por las formas de contratación impide el cuidado para la mujer y su hijo o hija, ya que se tiene que vincular tempranamente a las actividades laborales o al rebusque de su sustento por actitudes de cuidado inadecuadas y aceptadas culturalmente.

Los temas en salud sexual y reproductiva solo quedan sujetos a las tomas de citología, prevención de enfermedades transmisibles, prevención de cáncer cérvico uterino, métodos de planificación familiar, uso del condón, intervenido desde la reproducción y/o desde la genitalidad.

No obstante la salud sexual se debe contemplar holísticamente donde hombres y mujeres tengan la capacidad de desarrollar cuatro potencialidades humanas sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal, dentro del contexto social, familiar donde se desarrollan. (Fuente: (1983, 1984, 1992a, 1992b) Dr. Eusebio Rubio Auriol Doctor en sexualidad humana. Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A. C.).

Desde el nivel externo se han creado redes para captar gestantes y de acuerdo a la necesidad las remiten a la institución pertinente y finalmente desde lo transectorial con los hospitales de los II y III niveles se cuenta con el apoyo que posibilitan disminuir las barreras de acceso de las gestantes.

Frente a la mortalidad infantil prevenible se han desarrollado estrategias de las salas de enfermedad respiratoria, se han fortalecido las estrategias de atención de enfermedades prevenibles, (AIEPI, IAFI, IAMI) que no son asumidas por las EPS privadas.

▼ Equipo Local de apoyo interinstitucional; Comité de juventud y consejo local de juventud

A nivel local, la articulación del trabajo con población juvenil se viene dando en tres espacios: ELAI, CLJ y Comité local de juventud; espacios de los cuales el Hospital Vista Hermosa viene haciendo parte. Cada uno de ellos tiene una composición y unas dinámicas propias que se dirigen, en última instancia a la viabilización de la Política Pública Local de Juventud, construida en un proceso participativo durante el 2006, con una proyección a 2016. Esta política cuenta además con un plan de desarrollo juvenil 2006-2016 en el cual se plantean los objetivos y metas para viabilizar la implementación de sus lineamientos.

Desde la alcaldía local y la JAL, y en congruencia con el plan de desarrollo local, se cuenta con recursos, en el componente de participación, destinados a desarrollar el proyecto denominado “Sistema Local de Juventud y Clubes Juveniles” el cual sirvió en el 2006 para constituir la política pública local y que año tras año ha buscado su implementación. Tanto el CLJ, como el Comité de Juventud y el ELAI han participado en la planeación de dicho proyecto, así como en el seguimiento y acompañamiento de su implementación

El Consejo Local de Juventud está conformado por once jóvenes elegidos por voto popular por los y las jóvenes de la localidad. El CLJ actual fue elegido en octubre de 2008 y viene trabajando en la articulación de los intereses de los y las jóvenes de la localidad, buscando reconocer sus necesidades y expectativas mediante la realización de los encuentros juveniles locales “exprésate y organízate”. Estos eventos tienen además la intención de legitimar al CLJ ante las organizaciones juveniles de la localidad.

La principal dificultad en el avance del trabajo del CLJ tiene que ver con la deserción de algunos de los y las consejeras, explicado por diferentes intereses que, en muchas ocasiones, hace que el trabajo quede en manos de unos pocos y pocas, que trabajan en el ánimo de consolidar propuestas mediante la consultoría ante la administración local y las instituciones que hacen presencia en la localidad.

El Comité Local de Juventud, durante el 2009 ha venido buscando su consolidación, tratando de convocar a diferentes organizaciones juveniles, igualmente con el ánimo de apalancar proyectos que respondan a las necesidades de los y las jóvenes de Ciudad Bolívar, mediante la gestión por intermedio del Consejo local de Política Social (CLOPS). Durante el 2007 y 2008 este espacio no funcionó y durante el 2009 cuenta con la participación de aproximadamente 5 organizaciones, aunque con la intención de convertirlo en un espacio amplio de participación juvenil a nivel local.

El ELAI es un espacio institucional reglamentado por el decreto 115 de 2005, el cual tiene como propósito apoyar la gestión del CLJ. En la localidad este proceso ha sido intermitente, contando en algunos momentos, especialmente en el periodo de elecciones de los CLJ, con la participación de múltiples instituciones, pero con ciertas deficiencias en el acompañamiento durante los tres años del periodo de los CLJ. Se reconoce la presencia constante del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal (IDPAC), la subdirección de juventud de la Secretaria Distrital de Integración Social, la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar y el Hospital Vista Hermosa.

Actualmente se está tratando de consolidar un proceso mucho más articulado en el que estos tres espacios, de los que participan las mismas instituciones, pueda unificar respuestas y acciones que respondan más al interés de los y las jóvenes que a las necesidades institucionales.

4.3.3 Análisis de la respuesta comunitaria

De acuerdo a la experiencia de trabajo en territorios social el ámbito familiar ha definido dos variables de la participación: La histórica y los tipos de liderazgo, que a continuación se describen:

Históricamente la participación de la localidad da cuenta de su evolución y como a partir de las necesidades básicas insatisfechas la comunidad inicialmente se esfuerza por unirse y organizarse para construir cambios para subsistir frente a las condiciones difíciles, teniendo como herramienta la participación como necesidad y que a través del tiempo se vuelve más compleja, permitiendo ver en ella un instrumento de presión social que genera fuerza y posicionamiento dentro del contexto social y territorial, (sin olvidar el primer paro cívico de Ciudad Bolívar).

Por otra parte, los relacionados con los tipos de liderazgo (pasivo, democrático, autocrático entre otros) que se asumen en el interior de un sector como elemento o factor fundamental para la organización comunitaria en el desarrollo y en la credibilidad de los procesos participativos, como por ejemplo un liderazgo pasivo no siempre impide el reconocimiento de la comunidad sino que depende de cómo la comunidad asume a la persona que lo está representando y los intereses particulares que se unifican en un colectivo.

De esta forma es relevante señalar que a partir del deseo de trabajo de una comunidad es donde se empiezan a materializar acciones y procesos participativos que contribuyan a la autogestión, movilización, la construcción de ciudadanía, responsabilidad y control social. Esto brinda la oportunidad en los territorios de generar acciones a nivel macro en donde no solo se vincula a los miembros de las Juntas de acción comunal, sino la comunidad en general, las instituciones y organizaciones que comparten un mismo territorio.

La participación al interior de los territorios se manifiesta en los habitantes de los diferentes sectores como una posibilidad de transformar las realidades que son problema para la población más vulnerable y que a su vez generan oportunidades en mejorar las condiciones de vida los niños y adultos mayores.

En este orden, el sector salud ha definido con el enfoque promocional de calidad de vida, ha organizado la intervención a un micro territorio que es diverso, no uniforme y que está constituido por diferentes concepciones de la realidad, es dinámico y por ende variable en cuanto a las problemáticas que los atañe; que en él converjan tanto internamente como exteriormente factores estructurales de orden económico, político, social y cultural como el desplazamiento, el desempleo, la extrema pobreza, la discriminación, la violencia, entre otros; que influyen de manera directa en la realidad de las familias, instituciones y organizaciones que lo constituyen y se acentúan en las diferentes etapas del ciclo vital en cuanto a la salud, la educación, el medio ambiente, la vivienda digna, entre otros.

A pesar de los anteriores factores que influyen de manera distinta al interior de los micro territorios a las necesidades cotidianas de la realidad de los habitantes que lo conforman permiten discernir dos posiciones de esta en cuanto a la participación. La primera se puede describir como una posición de indiferencia a estos procesos participativos que esta permeada por necesidades económicas, estigmas sociales, desinterés de los habitantes en transformar su realidad y la desconfianza. Estos aspectos delimitan la posibilidad de emprender un proceso participativo que permita cambiar o transformar la realidad de un micro territorio ya que puede generar un proceso viciado por los intereses individuales de un selecto grupo o que la comunidad espere la

intervención de una institución u organización que cambie las problemáticas que los atañe de manera asistencial.

En este orden de ideas, el perfil de los líderes de los micro territorios está notablemente caracterizado por pertenecer a la etapa de ciclo vital de adultez y persona adulta, quienes llevan en este rol desde hace varios años sin observar la posibilidad de sucesión, teniendo en cuenta que son personas que aun consideran que la participación y la unión comunitaria son las herramientas para contrarrestar las problemáticas y dificultades existentes en los diferentes sectores, en donde por lo general la comunidad delega toda la responsabilidad a estos individuos, asumiendo muchas funciones que en ocasiones les impiden cumplir a cabalidad con su rol.

La otra posibilidad es en donde los jóvenes en los procesos de participación presentan una organización de acuerdo a los interés particulares de actividad cultural y deportiva y por que las necesidades ya dejaron de ser de contexto territorial frente a las necesidades básicas insatisfechas, sino que son de interés de desarrollo particular, en conclusión el desarrollo social y económico de un territorio influye en los procesos de participación.

Para el desarrollo del sector salud como Empresa Social del Estado fomenta la participación social establecida por ley, como es el Comité Participación Local (COPACO), Asociación de Usuarios y el Comité de Ética, quienes desarrollan actividades de acuerdo a lo establecido por la norma vigente. Se han desarrollado 2 proyectos patrocinados por la Alcaldía Local para COPACO, quien se ha posesionado en el contexto local a través de un acercamiento con diferentes entidades locales haciendo manifiesta las necesidades sociales.

La Asociación de usuarios logró un empoderamiento en el hospital ante la administración de lo evidenciado a través del sistema de quejas, reclamos y visitas a los diferentes de los puntos de atención, lográndose un plan de mejoramiento; existe un empoderamiento en la junta directiva del representante de la asociación de usuarios.

El Hospital de Vista Hermosa de I Nivel ha logrado desarrollar la Política Distrital de Participación Social y servicio de ciudadano, donde se ha fortalecido la articulación respecto a la gestión social integral y articulación interna de las diferentes intervenciones comunitarias, fortaleciendo una red de comunicaciones comunitaria e institucional.

Como debilidad se ha presentado la falta de recursos económicos, líderes con multiplicidad de actividades, por pertenecer simultáneamente a varias organizaciones, perdiendo apropiación y sentido de pertenencia a una organización específica, falta de visión y proyección colectiva, manejo de intereses personales, conflictos de trabajo en grupo, baja participación de hombres en las organizaciones sociales, de jóvenes y adultos.

Se presenta dificultad en la participación de la comunidad por los intereses sectoriales sin tener en cuenta la realidad social que fomenta la incredulidad de las instituciones en su intervención por qué no son coherentes con los hallazgos comunitarios, además, se ven acciones aisladas no articuladas sectorialmente.

En conclusión, el deseo de participación no debe estar sujeto al desarrollo social y económico del territorio, sino debe ser un proceso de formación, de construcción de cultura y de transformación individual que contribuya con un principio de solidaridad que facilite la generación de redes interpersonales y sociales. Los actores sociales que facilitan los procesos de participación deben brindarse como herramienta coherente

con la realidad social, deben de realizar procesos transectoriales sin interés particulares para poder cumplir con un objetivo particular que por lo general no refleja una respuesta de la realidad social.

4.4. RED PÚBLICA DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

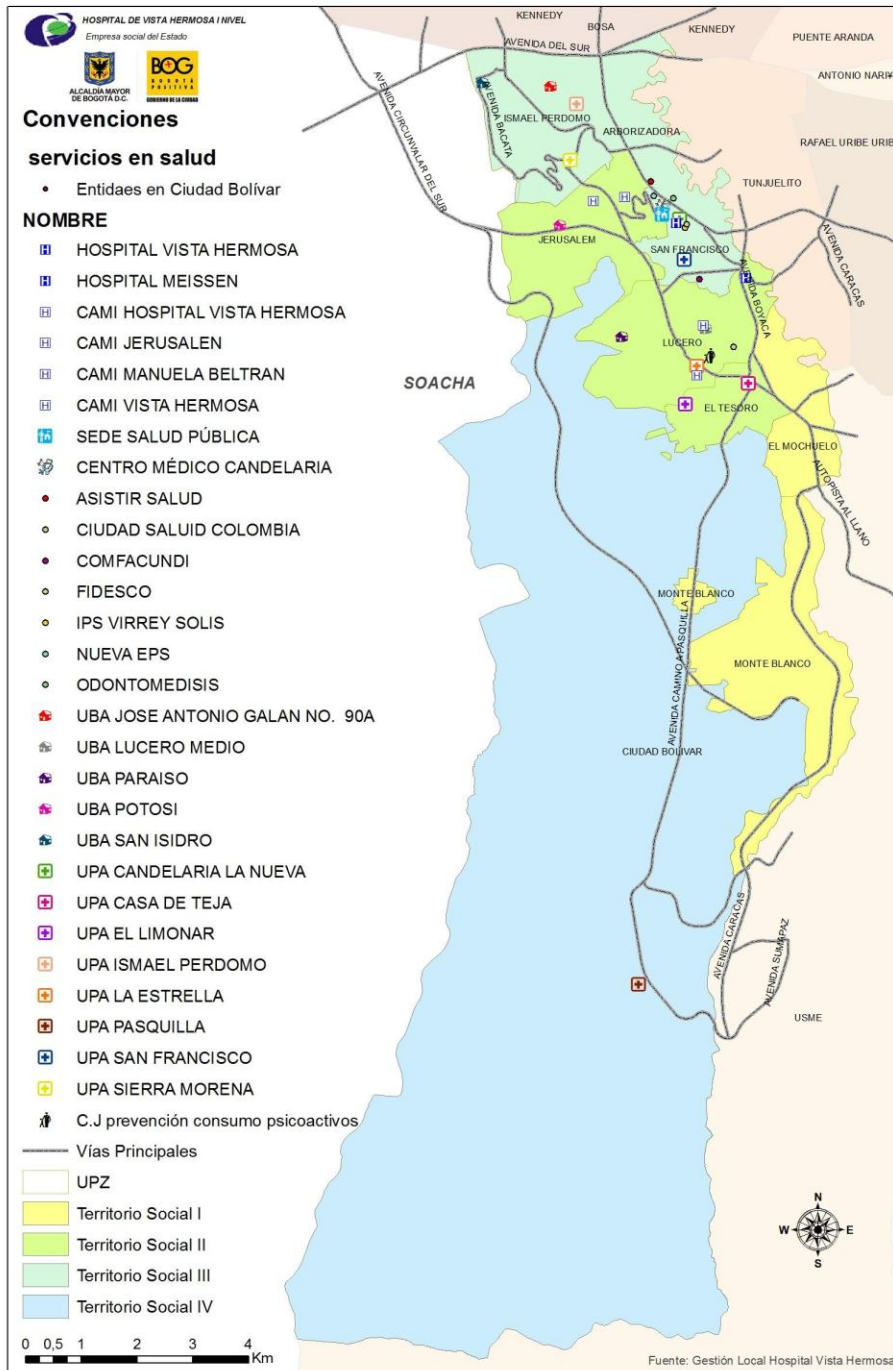
La red de servicios de salud adscrita a la Secretaria Distrital de salud, según informe de seguimiento al plan Distrital a Julio del 2007 cuenta con 26 Empresas Sociales del Estado conformado por 12 hospitales de I Nivel de atención, 9 de II Nivel y 5 de III Nivel. La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una Empresa Social del Estado de I Nivel reconocida como Vista Hermosa, una de II Nivel como Meissen, en la localidad no existe un tercer Nivel y el de referencia es el Tunal en la localidad de Tunjuelito.

La ciudad de Bogotá cuenta 146 puntos de atención entre centros de atención médica inmediata llamadas (CAMIs), unidades primarias de atención (UPAs), Unidades básicas de atención (UBAs), unidades de asistencia en salud a indigentes, centros geriátricos que prestan servicios de salud, de especialización en salud mental y psiquiatría.

La localidad cuenta con 3 CAMIS, 10 UPAs, una unidad de salud mental y psiquiatría de la Estrella, una unidad de rehabilitación en menores en condiciones de discapacidad el Limonar, un centro de rehabilitación para jóvenes en Vista hermosa, 2 UBAs y una UBA Móvil, el área de vigilancia y control de la oferta de la Secretaria Distrital de Salud, entrega certificados por cada centro de atención. A continuación se mapea las instituciones en salud

Mapa 42 Instituciones que prestan servicios de salud

Servicios en Salud Ciudad Bolívar



Fuente: Área de Vigilancia en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

El Hospital ha ido ampliando la infraestructura, ya sea alquilando casas y adecuándolas por la alta demanda. Los puntos de ampliación de consulta fueron los de Candelaria, Manuela Beltrán y Jerusalén; todos los servicios son de complejidad baja a excepción de la unidad de hospitalización psiquiátrica que es alta y la de servicios de hospital día que es media complejidad.

El nuevo CAMI Vista Hermosa, está ubicada en la calle 67 A Sur N° 18C-12, forma parte del plan de equipamiento en salud de la red del sur y se encuentra en el Lucero Medio; se habilitan los servicios de medicina general, enfermería, odontología, atención preventiva en salud oral e higiene, toma e interpretación de radiologías odontológicas, vacunación, optometría, consulta de promoción y prevención, urgencias, psicología, hospitalización general adultos, hospitalización general para menores de 5 años, hospitalización obstétrica de baja complejidad, partos, sala de procedimientos generales, sala para enfermedad respiraría ERA, sala de rehidratación oral, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnosticas, toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico, toma de muestras cérvico uterino, ultrasonido y esterilización.

Esta institución cuenta con 18 consultorios, de estos 15 son de medicina general, uno de vacunación y uno de optometría, en el área de hospitalización es de 42 camas.

▼ Riesgos ambientales de las instituciones de salud de la Empresa Social del Estado

A través del programa de gestión ambiental del Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. se describen las observaciones más relevantes de cada centro de atención de la red de I Nivel, en la siguiente tabla se relaciona las observaciones:

Tabla 51 Descripción de los riesgos por Centros de Atención año 2008

Punto de Atención en Salud	Observaciones
CAMI Vista Hermosa Nuevo	Inagurado el 11 de Septiembre
UPA La Estrella del Sur	Problemas de remoción de masa, ampliación y compra de predios, mediano plazo
UBA Paraíso	Ampliación, Problemas de remoción de masa, De uso público, mediano plazo.
CAMI Manuela Beltrán	Reubicación, Obra Nueva.
UPA Potosí	Lote saneado de uso publico, reordenamiento, sustitución, reforzamiento y ampliación a largo plazo.
CAMI Jerusalén	De uso publico, reordenamiento, sustitución, reforzamiento y ampliación a largo plazo. Legalización del predio, ampliación de 429 m2
UPA San Isidro	Predio propiedad de la comunidad, aparentemente en sesión, problemas de remoción de masa, existen dos posibles predios (entre carrera 77B calle 60ª sur v calle 59 sur)
UPA Sierra Morena	Sustitución a largo plazo, reordenamiento y reforzamiento a largo plazo, inmueble con arrietamientos, Eiecución corto plazo.
UPA Candelaria La Nueva	Negociando con los promotores del Plan Parcial "El Ensueño" la cesión de 3510,97 m2 de la manzana No. 10, mientras que el Hospital tendría que adquirir 1763,2 m2. La Alcaldía Local de Ciudad Bolívar ofrece 400 millones de recursos LIEI para la adquisición del predio
UPA San Francisco	Obra Nueva reubicación; largo plazo; cuenca protegida
UPA Casa de Teja	Restitución a largo plazo
UPA Pasquilla	Sin intervenciones
UPA Ismael Perdomo	Reposición, restitución a largo plazo; zona de cesión
UPA Limonar	Restitución, Uso público, Zona verde comunal.
UPA Mochuelo	Sin intervenciones

Fuente: Oficina asesora de planeación y sistemas Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

Con la lectura del cuadro se interpreta un cambio constante de los centros de atención a corto, mediano y largo plazo, lo que demuestra la dinámica de las instituciones y el tratar de consolidar las instituciones de salud de acuerdo a los requerimientos de ley, estas observaciones se encuentran en el plan maestro de equipamiento en salud con unos tiempos limite de ejecución de largo plazo 2016 -2019, mediano plazo 2012 -2015; corto plazo 2006 -2011

4.4.2 Consulta egresos de las Empresas Sociales del estado comparativo año 1998 al 2005

La consulta de egresos desde el año 1998 al 2005 del Hospital Vista Hermosa comprende unos rangos de 4700 registros a un máximo de 10.000 y para el Hospital de Meissen desde 9000 registros hasta 20.000 79 para ambos niveles de atención se ha incrementado, en especial para Meissen. Lo anterior refleja el posicionamiento de la empresa pública en lo local y la obligación de contratar el privado con estos dos entes del estado así se tenga la dificultad, el sector público manifiesta que es desleal la competencia con lo privado, ya que las normas y las leyes son más fuertes para los públicos, en el privado prima la venta y el mercado y las barreras que se presentan son de ente administrativo, la forma de contratación de los eventos ya sea por capitación o por evento influye en la negociación de los servicios.

La relación con los diferentes niveles de complejidad hace que se desarrollen núcleos de atención en salud, el no querer comprar infraestructura por parte de los privados tal vez se deba a la relación con el momento y al mercado, lo que facilita cambiar fácilmente sin tener que estar en un área fija en la que ha perdido su productividad, lo que hace que los usuarios se vean perjudicados con estos cierres de los centros de atención y el ente privado se vea obligado a contratar con el público por la permanencia de estos en lugares que ellos no consideran de competencia productiva. (Fuente: Encuentro entre empresas públicas y privadas de salud realizada en el año 2005. Plan maestro de salud en Bogotá).

4.4.3 Evaluación de la calidad en la prestación de servicios

La siguiente descripción presenta el comportamiento de los motivos de barreras de acceso a los servicios de salud, identificados a través del “PROCESO DE ORIENTACIÓN A LA CIUDADANÍA que desarrolla la Secretaría Distrital de Salud, en los puntos de atención a nivel central y en la Red CADE y Supercade, donde brinda atención personalizada de prácticas de orientación, gestión inmediata y asesoría especializada” para la resolución de su acceso a los servicios de salud, de 14074 usuarios y captados desde Enero a diciembre del 2008, en el D.C a través de este proceso de orientación y de identificación a la ciudadanía, la localidad siempre ocupó el primer puesto para el D.C. con un 14,47% (2036), seguido de Engativá con un 10,6% (1492) como barrera de acceso por cualquiera de las definiciones anunciadas administrativas, geográficas, económicas entre otras.

Las empresas sociales que aportaron a la dificultad para acceder a los servicios ocupó el primer lugar Suba con el 18,85% (399) quejas, seguido de Vista Hermosa con el 12,19% (258) y Meissen con el 3,54% (75) quejas.

Las barreras de acceso también obedecen a la prestación de servicios en especial para: Discapacidad: en el acceso a los servicios de rehabilitación con atención permanente, es decir, las entidades promotoras de salud contributivas y subsidiadas están en mora de generar programas de habilitación y rehabilitación integrales de acuerdo a las necesidades y demandas de la población, humanización de los mismos. Sin

⁷⁹ Planeación y sistemas, Secretaría Distrital de Salud

desconocer la importancia que le ha dado la ESE a los programas dirigidos a la población con discapacidad, en especial a la población menor de 18 años, como es la UPA Limonar.

En la enfermedad mental tienen dificultad para ser atendidos los contributivos o las personas que por trabajo se afilian a contributivo por uno o dos meses y luego se les termina su contrato.

La población desplazada que impide su acceso a los servicios de salud; en especial cuando se presenta multi afiliación se trata, pues si bien la normatividad obliga a la ESE a adelantar la gestión para conseguir la autorización de la EPS-S o el SISBEN del municipio de origen; esta tarea se torna complicada en la medida en que muchas EPS-S se niegan a autorizar. Asimismo, adelantar el trámite de retiro en ocasiones es imposible pues se exige que el usuario haga el trámite personalmente en su municipio de origen; en esta medida, este tipo de problemas impiden el acceso a salud de la población desplazada y que son determinantes del dominio general, exceden las acciones de la intervención que se queda sin respuesta para hacer frente y eliminar esta barrera.

Las actividades de sensibilización y de educación a los trabajadores del área asistencial de los servicios de salud frente al tema de población en condiciones de discapacidad, etnias, desplazados, los tiempos asignados son cortos por que están sujetos a la venta de servicios y los espacios son inadecuados por que los centros de atención no cuentan con áreas para brindar educación, el esfuerzo logrado se pierde con la alta rotación del recurso humano.

4.4.4 Análisis de camas en la localidad

Del mismo estudio realizado se extendió al análisis de camas hospitalarias por nivel de complejidad y servicio, en el cual interpretó los siguientes parámetros: El escenario A corresponde a una cobertura del 100% de la demanda potencial, el escenario B corresponde a una cobertura del 80% de la demanda potencial, los cálculos fueron estimados asumiendo un porcentaje ocupacional del 90%. Para este estudio los números negativos representan exceso de camas y los números positivos representan falta de camas.

Tabla 52 Déficit y exceso de camas en la localidad año 2003

SERVICIO	BAJA		MEDIANA		ALTA	
	COMPLEJIDAD		COMPLEJIDAD		COMPLEJIDAD	
	Escenario A	Escenario B	Escenario A	Escenario B	Escenario A	Escenario B
General Adulto	115	92	115	92	205	164
Obstetricia	14	12	8	6	77	62
General Pediatría	90	72	66	48	205	164
Cuidado Neonatal			-8	-8	-4	-4
Cuidado Pediatría			0	0	1	0
Cuidado Adulto			1	1	3	2

Fuente: Secretaria Distrital de Salud año 2003

El exceso de camas es para el cuidado neonatal, y para adultos, pediatría y cuidado intensivo para adultos y en obstetricia hay déficit de camas en todos los niveles de complejidad independiente a la cobertura.

4.4.5 Análisis de Aseguramiento

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante la ley 100 del 23 de diciembre de 1993, busca ampliar las coberturas en el acceso a la salud para toda la población del país.

Tabla 53 Comparativo de los diferentes formas de afiliación en salud 2003 y 2007

	2003			2007		
	Porcentaje de afiliación	Contributivo	Subsidiado	Porcentaje de afiliación	Contributivo	Subsidiado
Ciudad Bolívar	73,6	59,1	40,9	85,3	48,3	50,1
Total Bogotá	77,6	81,4	18,6	86,3	73,2	24,8

Fuente: DANE - DAPD, Encuesta Calidad de Vida 2003 DANE - SDP, Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007 Nota: La ECV-2003 recalculada a partir de las nuevas proyecciones de población Procesamiento: SDP, Dirección de Información, Cartografía y Estadística

Del 2003 al 2007, la población subsidiada para Bogotá se ha disminuido considerablemente, mientras que para la localidad se incremento en 9,2%; y al mismo tiempo se ha disminuido la población contributiva, situación que refleja la inestabilidad laboral, la alta movilidad de un tipo de afiliación a otra, lo que dificulta prestar servicios de salud por que se presentan demoras en cambiar la afiliación de los usuarios, quedando una población sin afiliación en salud en periodos que se llaman de transición con la alta afectación a los derechos en servicios de salud a la población de la localidad.

Tabla 54 Distribución de los afiliados en el régimen subsidiado activo y suspendido comparada entre Bogotá y Localidad de Ciudad Bolívar al 31 de Mayo del 2009

Localidad/ D.E.	Estado Afiliación				
	Activos		Suspendidos		Total
	Número	Proporción	Número	Proporción	
Ciudad Bolívar	231.822	17	39.791	16	271.613
Total Bogotá	1.354.141		246.218		1.600.359

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de mayo de 2009. Dirección de Aseguramiento - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

La localidad presenta el 16% de suspendidos, ocupando el primer puesto con respecto a las otras localidades probablemente por las formas de contratación temporal y por que las personas no quieren retirarse del

sistema subsidiado por el temor de perder los beneficios a este tipo de afiliación y por la alta traumatología cuando se quedan sin trabajo.

Tabla 55 Afiliación por sexo régimen subsidiado activo y suspendido comparado entre Bogotá y Localidad de Ciudad Bolívar por sexo al 31 de Mayo del 2009

Localidad	SEXO				TOTAL
	FEMENINO		MASCULINO		
	Número	Proporción	Número	Proporción	
Ciudad Bolívar	145.913	17,15	125.700	16,77	271.613
Total	851.005		749.354		1.600.359

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de mayo de 2009. Dirección de Aseguramiento - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

Por sexo, las mujeres presentan un 0,38% de mayor frecuencia, este comportamiento se debe probablemente a que existe mayor número de mujeres en la localidad que de hombres y por las formas de contrato temporal, sin embargo al comparar con grupos quinquenales se incrementa la afiliación en mayores de 75 años.

Tabla 56 Tipo de afiliación por grupo de edad comparado entre Ciudad Bolívar y Bogotá, año 2009

LOCALIDAD	Grupo de Edad										Total
	0 a 18 años		19 a 26 años		27 a 59 años		60 años y más		Sin Información		
Ciudad Bolívar	116.595	42,93	42.542	15,66	92.658	34,11	19.544	7,20	274	0,10	271.613
Total Bogotá	650.784	40,66	242.872	15,18	571.511	35,71	129.500	8,09	5.692	0,36	1.600.359

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de mayo de 2009. Dirección de Aseguramiento - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

El comportamiento de afiliación por los grupos de edad es similar al de Bogotá; existen 877 personas sin información del tipo de afiliación; Ciudad Bolívar recibe el mayor subsidio del D.C. con un 16,97%, seguido por Bosa con un 10,69%, ya sea total y parcial de los afiliados.

La distribución de población por el Nivel del SISBEN, la localidad de Ciudad Bolívar aporta el 26,32%, el segundo lugar lo ocupa Usme con el 12,4% de población en Nivel I, junto con San Cristóbal ocupan los primeros lugares en afiliar personas en condición especial con el 15,11%.

Tabla 57 Distribución de los afiliados en el régimen subsidiado activo y suspendido de población especial comparados entre Bogotá y Localidades al 31 de Mayo del 2009

Clasificación de la población especial	Porcentaje con respecto al D.C.	Descripción de la situación con respecto al D.C.
Desplazados	19,42	Ciudad Bolivar como la primera localidad en recepción de este tipo de población el segundo puesto lo presenta la localidad de Kennedy con un 15,85%
Gitanos	0	No se capto población al momento de la descripción
Imputables	0	
Afrodescendientes	18,17	En forma descendente El primer lugar lo presenta Usme con el 28,81%, Suba con el 18,99% y Ciudad Bolivar con el 18,17% tercer lugar
Habitante de la calle	5,65	El primer lugar lo tienen San Cristobal con el 41,92%, le sigue Usaquen con el 7,24%, Barrios Unidos con el 6,75% y C. Bolivar con el 5,65%, cuarto lugar
Menores en protección	13,55	El primer puesto San Cristobal 24,79%, seguido de Ciudad Bolivar como segundo lugar
Cabildos indigenas	3,92	Engativa con el 42,78%, seguido de Bosa con el 18,99% Ciudad Bolivar con el sexto lugar
Madres comunitarias	13,76	Primera localidad Engativa con el 42,78%, Bosa con el 18,99 y de tercera localidad de Ciudad Bolivar
Desmovilizados	2,22	Primera localidad San Cristobal con el 40,85%, segundo Barrios Unidos con el 17,61%. Ciudad Bolivar ocupa el sexto lugar

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de mayo de 2009. Dirección de Aseguramiento - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

Estas características de población obedecen a un proceso histórico de poblamiento de la ciudad, muy probablemente estos asentamientos son reconocidos por estos grupos que al final buscan apoyarse entre sí cuando llegan o se identifican, es necesario tener en cuenta este comportamiento para poder realizar programas con mayor énfasis de acuerdo a estas características.

4.4.6 Análisis para la atención oportuna frente a urgencias y emergencias

Para la atención de las urgencias la localidad cuenta con un Hospital de I Nivel y de II Nivel, no existe Hospital de III Nivel ni público ni privado, no se tienen suficientes camas ni servicios especializados, se cuenta con 5 ambulancias de 24 horas para sus habitantes.

Según el área de planeación y sistemas desde el año 1998 al 2005 las consultas de urgencias disminuyeron para el II Nivel y las del I Nivel se incrementaron, tal vez porque el II Nivel se ha especializado y ha mejorado

la selección de sus urgencias quedando concentrada la consulta para el primer nivel I según el Plan Obligatorio en salud (POS) y el triage que se realice.

Para el año 2008 se presentó 278.596 atenciones entre consulta externa y urgencias, con una referencia del 17,8%, de estos es necesaria la referencia a otras entidades de salud diferentes a la red del Sur, presentándose un rango entre el 55% al 84,3% a otras, lo que refleja la incapacidad de la red del Sur para dar la respuesta. La efectividad de la central de referencia y contra referencia del Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, se encuentra en un 88,7%, y no se ha podido consolidar el ciclo por qué no se obtiene la respuesta de la contrarreferencia.

“Dentro de las dificultades se presenta la no disponibilidad de camas en la red, el portafolio de servicios de especialidades que ofertan las Empresas Promotoras son por horas y por días lo que dificulta la atención oportuna e incrementa las demoras en la remisión. En especial para medicina interna se presenta demoras en la remisión por falta de camas, lo que obliga a que el Hospital de I Nivel tenga que asumir especialidades que no son de competencia de un I Nivel, se vuelve a insistir que la red del Sur (Hospital de Meissen y Tunal) no satisfacen las necesidades de un I Nivel, la red de Centro Oriente, da un apoyo importante para cirugía maxilo facial y general con las instituciones de salud de San Blas y Unidad pediátrica de Samper Mendoza. No se ha logrado establecer el cierre de la referencia y contrarreferencia”.⁸⁰

En los servicios de urgencias se encuentra alta rotación del personal médico determinado por las formas de contratación, que como sugerencia debe estar centrado en el Estado y no en entidades privadas, no se puede hablar solo de la calidad de los servicios sin desconocer el deterioro de contratación de los trabajadores en salud laboral (trabajos por turnos en las 24 horas), lo que afecta la calidad de vida en sus proyecciones sociales y de estabilidad económica de estos; además este tipo de trabajo incrementa el estrés

Las emergencias en la localidad son coordinadas por el Comité Local de Emergencias CLE atendiendo las disposiciones del decreto 332 de 2004 en su artículo 32, que ordena la conformación de estos comités integrados por:

- El Alcalde local, quien lo presidirá.
- Un representante de la Junta Administradora Local designado por ésta.
- Un delegado de la DPAE.
- El Gerente de la Empresa Social del Estado de la jurisdicción.
- Un delegado de la Secretaría Distrital de Integración Social SDIS.
- El presidente de la asociación de juntas de acción comunal de la localidad, ASOJUNTAS
- El delegado de las Juntas de Defensa Civil de la localidad.
- El Coordinador de la Oficina de Planeación de la Alcaldía local.
- El delegado de la Secretaría Distrital de ambiente.
- El delegado de la Dirección Local de Educación DILE.
- El delegado del centro zonal del ICBF.
- El Comandante de la estación de bomberos de la localidad.
- El Comandante de la estación de policía de su jurisdicción.
- El Comandante de la unidad militar que tenga jurisdicción en la localidad.

⁸⁰ Entrevista realizada a Médico Raúl Muñoz, Coordinador de Centro de referencia y contrarreferencia del Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. en Octubre del 2009

- Los delegados de otras entidades públicas o privadas que por decisión del propio Comité deban participar como miembros del mismo.

Se realizan reuniones mensuales en las cuales se trabaja en el cumplimiento del plan de acción para cada año, el control de puntos críticos mediante recorridos de reconocimiento y de alojamientos temporales, instalación de Puestos de Mando Unificados PMU para la atención de emergencias importantes y en la capacitación de los miembros del comité. Las entidades que presentan mayor compromiso en la localidad son Alcaldía local, DPAE, Hospital Vista Hermosa, COBB, SDIS, DILE, SDA, Aseo Capital, Defensa Civil, Caja de Vivienda Popular. Los primeros respondientes para los incidentes que se presenten son DPAE y Bomberos.

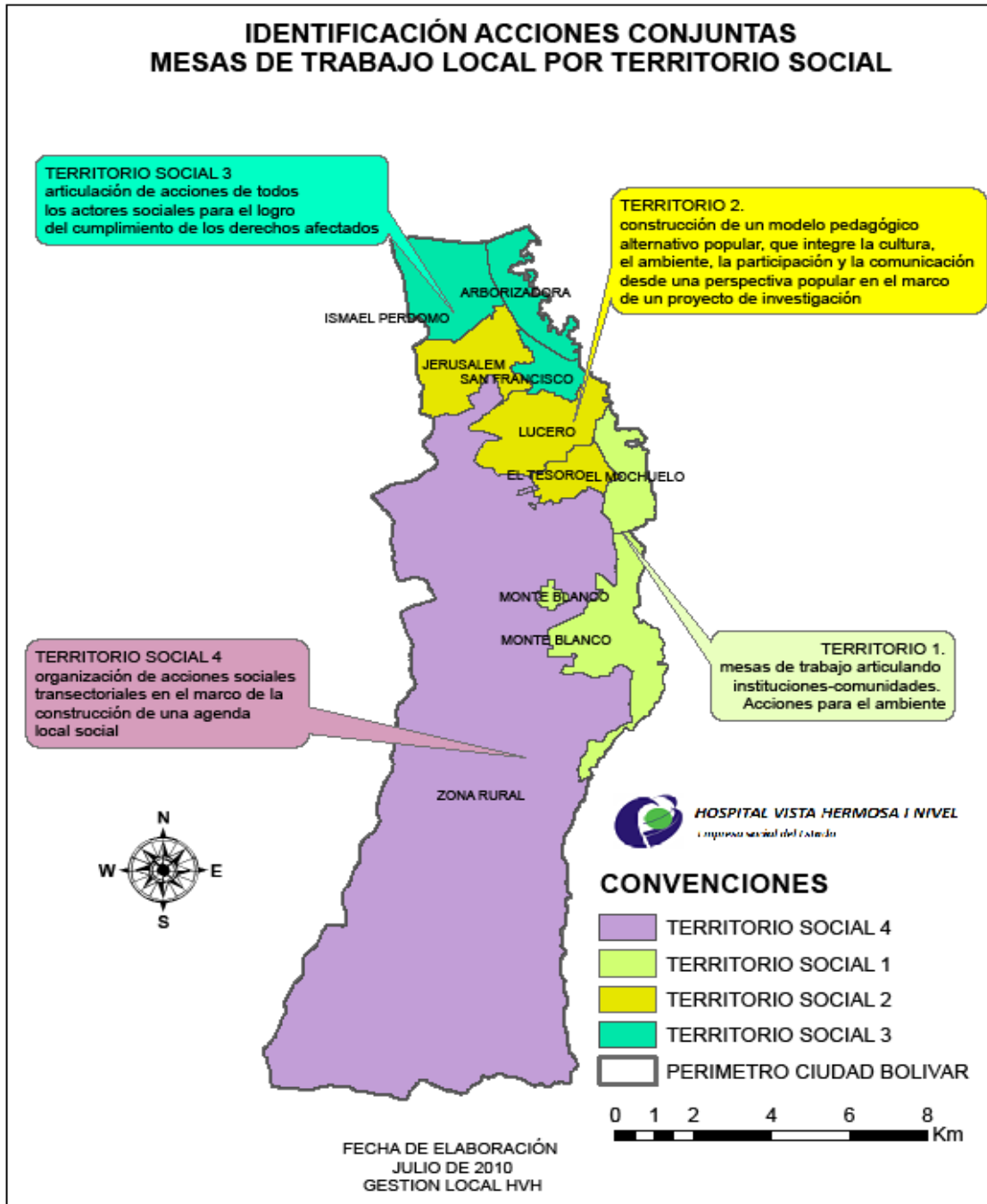
La localidad presenta zonas de alto riesgo y una diversidad de emergencias debido a la falta de planeación en algunas obras de infraestructura y de control en el desarrollo urbano. Dicho panorama ofrece un alto grado de vulnerabilidad en las comunidades que aquí habitan y que podría verse disminuido con la planeación en las obras de dotación institucional y el control del crecimiento en las zonas urbanas.

Desde el sector salud se brinda apoyo a todas las emergencias con el acompañamiento del CRUE desde nivel central y en las emergencias de interés en salud pública se brinda apoyo con la línea de emergencias del Hospital Vista Hermosa y todo el grupo de salud pública.

4.5. ANÁLISIS POR TERRITORIO SOCIAL

Este capítulo comprende la descripción de la organización de la respuesta institucional y de un análisis del territorio, en donde se define la gestión como el conjunto de acciones que facilitan la intervención, pública y privada; para describir como se encuentra la respuesta institucional por territorio social se construye con base a la descripción del territorio y el análisis de la situación en salud por etapa de ciclo que incluye la perspectiva de la transversalidad, proyecto de autonomía y la experiencia de los profesionales que son multidisciplinarios para analizar la respuesta desde los diferentes espacios de participación y de gestión social y comunitaria, los cuales contemplan: la autonomía como sujetos de derechos, la familia por la que reproduce y socializa espacios de identidad que contribuyen a la construcción de sujetos, en lo institucional con el objeto de dimensionar la capacidad de respuesta y en lo intersectorial para interrelacionarse y poder dar una respuesta social organizada, en lo local para gestionar procesos conjuntos de política de desarrollo social y en lo distrital para posicionar las diferencias por territorio social.

Mapa 43 Propuesta de identificación de acciones conjuntas por territorio social



Fuente: Gestión Social integral, Localidad de Ciudad Bolívar, año 2010, Elaborado por Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E.

Por cada territorio social se observa la necesidad de articulación de trabajo transectorial que a la fecha no se ha consolidado por territorio social, por que debe existir un cambio de planeación desde cada actor social desde el interior y una excelente participación comunitaria.

4.5.1 Análisis de territorio social I

La descripción de la respuesta se refiere a la oferta institucional por territorio social desde el sector salud y las organizaciones comunitarias, a la descripción de las intervenciones del plan de intervenciones colectivas, y a los escenarios de participación por núcleos de gestión comunitaria, el territorio conformado por la UPZ de Mochuelo y Monte blanco.

► Atención en emergencias

Se realizó la atención de la emergencia presentada en el barrio Villa Jackie durante el mes de mayo, en el cual se presentó un fenómeno de remoción en masa de aproximadamente 2 millones y medio de metros cúbicos de material en la cantera de la empresa CEMEX adyacente al barrio afectando la estabilidad de las viviendas. Los datos consolidados fueron 81 predios identificados, 98 familias censadas, 375 personas (233 adultos 142 niños), población que se encontraba en la zona de riesgo, con los cuales CEMEX inició un proceso de negociación para la adquisición de los predios, al término de esta la empresa optó por adquirir la totalidad de los predios del barrio. En este territorio se hizo una capacitación a comunidad vulnerable en plan familiar de emergencias.; para el año 2010 ya no existe este barrio.

► Organizaciones sociales y comunitarias del territorio

Para el caso específico del territorio I, se puede decir que las redes sociales están configuradas a partir de la participación Política, Social y Comunitaria de sus habitantes, determinadas por las condiciones propias de reproducción de los roles tradicionales en las diferentes etapas de la vida.

De esta manera, las Juntas de acción comunal se convierten en la red social más reconocida por la comunidad como espacio de participación, concertación, toma de decisiones y consecución de recursos. Es un espacio de organización en el cual se percibe una fuerte participación de la población adulta y de la etapa de vejez. Encontramos en este territorio 5 Juntas de Acción Comunal, una en cada barrio de la UPZ 64 (Monte Blanco).⁸¹

Por otra parte, los lazos sociales fomentan un sentido de significado o coherencia en la vida, configurando redes a partir de vínculos comunitarios, intereses comunes, alternativas de solvencia económica o situaciones coyunturales de la misma cotidianidad.

⁸¹ Los barrios de la UPZ son: Lagunitas, Paticos, Barranquitos, Bracitos y la Esmeralda

En este sentido, podemos mencionar que en el territorio las motivaciones para la organización comunitaria han estado históricamente relacionadas con la presencia del Relleno Sanitario Doña Juana, y posteriormente con la identificación de problemáticas ambientales asociadas a diferentes factores.

La temática ambiental ha dado paso a la conformación de dos organizaciones juveniles, y a la multiplicidad de iniciativas comunitarias, algunas absorbidas y/o diseccionadas por las JAC, otras por las iglesias del sector, y otras que finalmente han quedado en activismos del momento.

De igual forma, la legalización de los predios se ha convertido en una de las causas de cohesión del territorio, contando con que solo en el año 2000 lograron la inclusión de los cinco barrios en el POT, para el caso de la UPZ 64 y cuatro de ellos en la UPZ 63. Aun así, se continúa con la búsqueda de reconocimiento de otros asentamientos urbanos.

La organización comunitaria en torno a la legalización de barrios estuvo acompañada de la consecución de los servicios públicos domiciliarios. En acueducto, alcantarillado y energía se hace relevante en el territorio para las áreas urbanas con un 100% de prestación de los servicios, pero un faltante del 40% para las comunidades rurales. Para el caso de la UPZ (63) Mochuelo en los asentamientos aledaños al Parque Industrial Minero, se encuentra que no cuentan con acueducto, alcantarillado, servicio de teléfono, ni gas; estas familias solo reciben el servicio de luz.

De esta manera, la comunidad logra la construcción de un acueducto veredal, que aun no cuenta con los estándares de calidad, y conforma la asociación de usuarios de este servicio, conocido como Aguas Calientes.

Por otra parte, problemáticas como la seguridad alimentaria y la seguridad pensional, solventada de manera asistencial por instituciones como la secretaría de integración social a través de canastas familiares y bonos para las personas mayores permitió la conformación de dos organizaciones comunitarias, movilizadas por estos intereses particulares.

De la misma manera, se encuentran 8 madres comunitarias del ICBF, que conforman una asociación y se encuentran adscritas a los programas de formación y capacitación de la mencionada institución. De igual forma, reciben ayudas económicas para los hogares que ellas administran por parte de PROACTIVA, operador del Relleno Sanitario Doña Juana.

Como parte del programa de regalías y responsabilidad social del RSDJ y el Parque Industrial Minero, el territorio cuenta con una biblioteca y reciben auxilios en el centro educativo rural José Celestino Mutis.

Adicionalmente, por acto administrativo se establece una cuota de contratación de personas del territorio para que hagan parte del RSDJ y el Parque Industrial Minero, convirtiéndose en actores claves de la zona.

Por otra parte, la ubicación geográfica del territorio la convierte en paso obligado de conexión entre la zona rural y la zona urbana de la localidad. Encontrándose una cooperativa de transportadores, TRANSMOPA, iniciativa comunitaria para solventar las condiciones de accesibilidad y conectividad del territorio con el orden local y distrital.

Actualmente, el territorio no cuenta con un centro asistencial de salud, pero se debe anotar que la Asociación de Usuarios del Hospital Vista Hermosa ESE, está conformada principalmente por personas provenientes de esta zona.

Finalmente, se debe mencionar que el territorio no cuenta con sedes de instituciones locales, incluso es notable la presencia intermitente de las entidades ambientales, y mucho más en temas de orden comunitario, la concentración de actores esta en el centro urbano de la UPZ 64.- Monte blanco que en la siguiente tabla se relacionan:

Tabla 58 Organizaciones sociales

BARRIO	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE ORGANIZACIÓN	POBLACION OBJETO	TEMATICAS DE INTERVENCION
Mochuelo Bajo	MOCHUELOGICOS	Comunitaria	Jovenes	Ambiente
Mochuelo Bajo	JAPAMA	Comunitaria	Jovenes	Ambiente
Via Mochuelo	ANALFALCO	Mixta	Aduldez	Productividad
Mochuelo Bajo	COMITÉ QUEBRADA TROMPETA	Comunitaria	Aduldez	Ambiente
	ASAMBLEA SUR	Mixta	Aduldez	Ambiente
Mochuelo Bajo	AGUAS CALIENTES	Mixta	Todo el ciclo vital	Ambiente
	COAMOC	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
Mochuelo Bajo	AGUAS DE BOGOTA	Mixta	Todo el ciclo vital	Responsabilidad Social
Central de Mezclas	FUNDACION SAN ANTONIO	Mixta	Aduldez	Responsabilidad Social

Fuente; Gestión local en Salud Hospital Vista Hermosa. Año 2009

A continuación se describe el grado de relación, el nivel de afinidad y el fortalecimiento del vínculo con cada actor social, para describir el grado de las relaciones de mayor

Subdirección local, Secretaria Integración Social: La comunidad les percibe de manera positiva por los programas de de bonos y canastas que tienen cobertura en este territorio y por que contribuyen al programa de seguridad alimentaría para las personas mayores. Desafortunadamente no se promueven procesos de las iniciativas comunitarias que contribuyan a fortalecer la autonomía y formas de producción

Los esfuerzos desde la gestión social integral como proceso no avanzó porque quedó sujeta a los presupuestos participativos, con una fuerte influencia de esta institución sobre la comunidad, en donde se busco el interés propio y no la conveniencia de los sujetos y sujetas que viven en este territorio, se muestra un avance desde el concepto más no en la ejecución del proceso.

Madres comunitarias: Son mujeres de la misma comunidad, percibidas como líderes, si bien están organizadas en torno a la formación y capacitación del ICBF, la capacidad de gestión les ha posibilitado la consecución de recursos para sus hogares, ganándose el reconocimiento comunitario.

Grupo de personas mayores: Conformado en su mayoría por fundadores del territorio, quienes lideran el proceso para legalizar los barrios y la prestación de servicios públicos, lo que les facilitó consolidarse como líderes, reconocidos por otros actores locales, gozando de beneficios en términos de formación y participación en festivales, corales, entre otros, desafortunadamente no han logrado ampliar su influencia a personas que no tienen el bono y por necesidad de este grupo se ve como una meta seguir por este objetivo.

Iglesia: La comunidad se reconoce como fiel a los procesos religiosos, se presentan diferencias entre las diferentes iglesias que hacen presencia en el territorio. Estos actores han apoyado procesos de ayuda humanitaria a la población vulnerable, lo que hace que la comunidad las perciba como positivas.

Acueducto veredal aguas Calientes: Presenta una cobertura total sobre de los barrios del territorio, con problemas para el consumo humano, aunque aún no cuenta con los estándares de calidad, el poseer el servicio a través de esta asociación hace que la perciban como uno de los mayores procesos comunitarios.

Colegio José Celestino Mutis: Actualmente posee conflictos legales por la construcción de la institución, generándose una percepción negativa de la institucional, la comunidad poseía un lote para su construcción y no se le compró. Para ellos, el colegio no cumple con las necesidades del territorio, y si bien valoran la formación técnica agropecuaria que reciben, exigen la asignación de otros programas que les permita la competitividad en otros escenarios no rurales.

Por una presencia intermedia, se encuentra el Colegio José Celestino Mutis, Biblioteca, Operador del relleno, Parque industrial minero, Hospital Meissen, Alcaldía local, ICBF, Personería, Juntas de acción comunal, grupos juveniles, grupos de núcleos de gestión; que se saben que están en la localidad pero sus vínculos con la comunidad no son estrechos, no tienen presencia ni de delegados en sus espacios de participación.

Por una percepción de lejanía: Los operadores y administrativos del RSDJ, la JAL, Casa de igualdad de oportunidades, Sena, Hábitat, Secretaria de ambiente, Policía, la dirección local de educación, Secretaria de desarrollo económico, la presencia del Hospital Vista Hermosa se interpreta por la falta en toma de decisiones frente al RSDJ, por la no intervención como autoridad sanitaria ante la problemática de contaminación ambiental y además el no brindar un concepto favorable sobre el acueducto veredal.

La percepción de los habitantes de este territorio por dificultad de desplazamiento, les es más fácil acercarse a la UPA Casa de Teja, que a la UPA de Mochuelo que queda ubicada en la vereda de Mochuelo Alto.

Asociación de usuarios del Hospital Vista Hermosa. E.S.E.: Gran parte de las personas que conforman la asociación de usuarios habitan en este territorio. Pero no la reconocen como una apuesta comunitaria que trabaja por los intereses de la zona, sino que la perciben como una organización que hace parte de la ESE, convirtiéndose en negativa, por los motivos antes expuestos.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

La Secretaria Distrital de Salud habilitó por el registro especial de prestadores de servicios de salud y por el sistema único de habilitación Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. - UPA Mochuelo, a continuación se registran las características de la institución:

**Tabla 59 Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – UPA
Mochuelo**

	Dirección	Teléfono	Capacidad instalada		Trabajadores en salud					Barreras arquitectónicas
			Número de consultorios	Número de unidades odontológicas	Médico.	Profesional de enfermería	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de consultorio dental	Odontólogos	
Mochuelo	Via a Quiba Km 5 Vía Olarte	730000 extensión 15500 y 15491	4	1	1,6	0,6	0,6	0,6	0,6	No hay infraestructura adecuada para discapacidad

Fuente: Caracterización del ámbito IPS; año 2010

El recurso humano es compartido con el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. - UPA Pasquilla, por lo tanto la prestación de los servicios se programa tres días a la semana, decisión tomada posteriormente a un seguimiento del número de consultas en un periodo del 2003 y 2004 que se mantuvo abierto todos los días sin variación en el incremento de la cobertura. Como estrategia para mejorar la oportunidad se mantiene un médico de 24 horas a fin de soportar las emergencias que se puedan presentar en el área de influencia a fin de remitir según criterio médico a otras instituciones.

La institución presta 11 servicios de baja complejidad en consulta externa, actividades de promoción y prevención, toma de muestras de laboratorio, servicio farmacéutico, toma de citología cervicouterina, cuenta con subsistemas de vigilancia, a excepción de infección intrahospitalaria y hemovigilancia.

Las formas de contratación con las administradoras de salud dependen de la voluntad y conciliación con cada empresa; para el año 2009 con el régimen subsidiado era por capitación (es decir cubre todos los servicios de baja complejidad del plan obligatorio de salud) y para la población vinculada (o sea que se encuentra en transición de afiliación dentro del sistema general de seguridad social) era directamente financiada por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFD).

El régimen contributivo no contrata con la E.S.E., lo cual dificulta la prestación de servicios a los y las personas que tienen este tipo de afiliación, impidiendo la cobertura total del área de influencia del territorio social. Sigue siendo la entidad pública la que presta los servicios de salud y las privadas no han presentado el interés de cubrir esta área, probablemente por la distribución de población y ubicación geográfica.

Esta UPA cuenta con un equipo de salud a su hogar, con un total de 2 auxiliares de enfermería y con 8 horas a la semana del profesional de enfermería.

► Plan de intervenciones colectivas por etapa de ciclo

En las intervenciones del PIC no se hacen para etnias por que no existe esta población; en desplazados se tiene caracterizado pero se concentra en los territorios II y III; en ámbito comunitario no realiza intervenciones en este territorio por que se presenta dificultad de acceso, I por otro lado para brindar una mayor cobertura y optimizar el recurso humano frente al presupuesto asignado desde la Secretaria Distrital de Salud para esta intervención. Es de aclarar que las organizaciones y grupos que se presentan en este territorio se debe a la problemática ambiental, que se inician a partir del 2010 en los planes de entorno comunitario, en ámbito laboral en salud oral no hay intervención en escolares y si en jardines.

El sector salud realiza intervenciones de acuerdo a la etapa de vida de los individuos y se diseñan estrategias de intervención con el objeto de minimizar el daño o la afectación de acuerdo al sexo; las intervenciones colectivas no están sujetas a la forma de contratación en salud diferente a las intervenciones individuales que dependen de la contratación que realizan las Empresas Promotoras de Salud con el Hospital de I Nivel, el contributivo queda sin atención porque este tipo de afiliación ni realiza la contratación con empresas del estado pero tampoco abre instituciones prestadoras que faciliten el acceso a los servicios de salud de sus beneficiarios; a continuación se describen de forma general las intervenciones colectivas y sus limitaciones por etapa de ciclo:

Infancia: Se da énfasis en las estrategias de atención integral a la prevención de enfermedades prevalentes, para este grupo de edad, se realizan intervenciones en el ámbito escolar, no se empodera a este grupo de edad como sujeto político. Las condiciones de lejanía para el desplazamiento han dificultado el acercamiento, no se tiene grupos de infantes que cual puede generar espacios para la intervención, la única intervención es la del ámbito escolar para los niños y niñas escolarizadas.

Juventud: La intervención es predominantemente ambiental, no se conocen las potencialidades ni dificultades de los jóvenes del territorio social I, la intervención ha sido predominantemente urbana desde el Hospital Vista Hermosa, además este territorio presenta una mayor concentración de jóvenes. No se han adelantado acciones desde el plan de intervenciones para el año 2010, el interés de los jóvenes al parecer están centrado en actividades productivas, no hay espacios para realizar procesos de convocatoria y no todos los jóvenes están permanentemente en el territorio por que se desplazan al área urbana.

Adultos: Se siguen viendo con intervenciones para la enfermedad crónica, se ve a un individuo en plena producción económica, se deben fortalecer hábitos saludables, las intervenciones no se contemplan para la prevención de las enfermedades crónicas, lo cual es un problema grave para la población de este territorio, en especial por la dificultad de prestar servicios diferentes a sus horarios de trabajo y al desplazamiento a otros lugares de la ciudad. No se han adelantado acciones en el primer semestre del 2010.

Vejez: No se realizan intervenciones para el auto cuidado, para la convivencia con la enfermedad y la rehabilitación social, así como no se realizan acciones para una vejez con dignidad. No se han adelantado acciones del plan de intervenciones colectivas en el primer semestre del 2010, el lineamiento Tu vales no facilita la intervención a este grupo de edad, que es el que debe fortalecer hábitos saludables para la prevención de enfermedades crónicas en la vejez, solo se intentó realizar proceso de convocatoria que fue fallido, tal vez porque no se regalaba alimentos.

► **Plan de intervenciones colectivas ámbito comunitario**

Para el año 2009 no existían intervenciones desde el ámbito comunitario, para el 2010 se inician acciones desde entornos comunitarios saludables con la formación de líderes para la promoción de la salud y de Tú vales en Mochuelo Alto, así como el desarrollo de entornos saludables.

► **Plan de intervenciones colectivas ámbito familiar**

Existe, un núcleo de gestión comunitaria para este territorio, es importante aclarar que los líderes de Mochuelo y Pasquilla hacen parte de la zona 4, lo que ha permitido realizar trabajos conjuntos para ambos territorios.

► **Análisis de la gestión en salud**

Las condiciones del deterioro ambiental afectan a la calidad de vida de los que habitan el territorio, el bajo ingreso económico, el bajo nivel educativo, la falta de coordinación de los diferentes actores distritales para intervenir el territorio, la ausencia de servicios públicos con calidad en especial el agua para consumo humano, la participación independiente de acuerdo a los intereses y misión de cada institución, todo lo anterior es lo que genera en la comunidad cansancio y desconfianza frente a la intervención, con una sensación de abandono y de activismo que no genera procesos de cambio. Frente a la adversidad se construye la organización comunitaria.

Los ámbitos realizan intervenciones sin tener en cuenta la integralidad de las etapas de ciclo que se pueden encontrar, las intervenciones por ámbitos no se coordinan entre si y existe una desarticulación entre lo asistencial, en este caso la UPA y las intervenciones del PIC, los planes de entorno, por la cantidad de lineamientos que dividen la intervención que en ocasiones se convierte en 10 profesionales con el mismo evento porque es el lineamiento que lo solicita.

No se pueden realizar intervenciones por etapa en este territorio por la baja población y por ser un desgaste mayor para la conformación de grupos, se debe fortalecer a grupos familiares y demás redes sociales de apoyo por las mismas condiciones geográficas de desplazamiento y porque facilita la integración, formación del grupo intergeneracional de la familia; se debe continuar con las intervenciones que son específicas en transversalidades y proyectos de autonomía según el grupo familiar y el contexto social.

Se debe consolidar un plan de acción transectorial, no deben existir lineamientos Distritales para las intervenciones en los territorios sociales, se debe generar indicadores que den razón a los objetivos del milenio y al cumplimiento del plan de desarrollo actual.

4.5.2 Análisis de territorio social II

Se refiere a la oferta institucional por territorio social desde el sector salud y las organizaciones comunitarias, a las descripciones de intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas y los espacios de participación de núcleos de gestión comunitaria; conformado por las UPZ de Lucero, Jerusalén y Tesoro.

► Organizaciones Sociales y Comunitarias del Territorio.

A través del Plan de Intervenciones Colectivas, desde el ámbito comunitario se realizan acciones para generar y fortalecer la construcción de sujetos políticos y de procesos organizativos sobre la base de la autonomía, cooperación y el ejercicio de ciudadanía, por medio de procesos educativos y participativos que afecten positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud.

Estas acciones están dirigidas a población desplazada, grupos étnicos, comedores comunitarios, formación de agentes comunitarios en salud, formación de agentes de cambio, organizaciones de población de discapacidad, organizaciones juveniles, de persona mayor, entre otras, además intervenciones de salud oral en 3 jardines de Secretaria de integración social y en 5 hogares del instituto colombiano de bienestar familiar (HOBIS); a continuación se describe el proceso adelantado con las organizaciones a través de las diferentes intervenciones que realiza el Hospital Vista Hermosa de I Nivel.

► Organizaciones de población desplazada:

Centro de reconciliación artística y decorativa de desplazados, Grupo (CRIAD): Barrio Canteras, dirigida a adultos madres cabeza de hogar en condición de desplazamiento forzado por violencia; este grupo de organización surge de la unión temporal de dos de las asociaciones que posteriormente se dividen; se tiene como objetivo consolidar una empresa de acabados y accesorios para interiores, han trabajado en la conformación de la misma a partir del reconocimiento de varios parámetros; el primero es que la cooperativa debe estar constituida por mujeres cabezas de hogar y desplazadas, el segundo, es que ellas obtendrán procesos formativos sin ningún costo por las gestiones que han realizado los líderes ante el SENA y el tercero es que buscan el apoyo institucional para fortalecerse como organización.

El Hospital de Vista Hermosa I Nivel E.S.E. les brinda las herramientas para afianzar la organización, orientar el acceso a otras redes sociales de apoyo productivo, en la socialización de los mecanismos de participación, y de motivar en la exigencia de los derechos y deberes, conjuntamente se trabaja con acciones de promoción para la salud y prevención de la enfermedad.

Grupo FUNSOL: Esta conformado por personas que habitan en micro territorios, en los barrios Sotavento, Monterrey, Divino Niño y Quintas del Sur, brinda asistencia a población desplazada, en su mayoría de la etapa de ciclo vital adulto que son residentes en la localidad.

La organización brinda orientación a los usuarios para el reconocimiento de sus derechos y tener apoyo para la solicitud de diferentes servicios ante las entidades públicas como Acción Social, Familias en Acción, entre otras.

► Organizaciones de grupos étnicos

Indígenas Tubu, Hamarimassa y Uitoto: Reconocen a una persona como líder, cada una de estos grupos indígenas, conformado por 3 familias cada uno no son cabildo, estos líderes se contactan con el Hospital de I Nivel por el interés de conformarse como grupo étnico, se encuentran ubicados en el barrio Paraíso. La mayor concentración de estos grupos se encuentra en las localidades de San Cristóbal y Mártires que se reúnen para sus actividades sociales.

Estos grupos presentan el interés de conservar el aspecto cultural, así como la búsqueda de ingresos fijos fruto del trabajo en el área artística y cultural con productos artesanales, este grupo presenta dificultad de acceso a los servicios de salud por ser provenientes de un departamento diferente, se presenta dificultad en el lenguaje, lo que dificulta la participación a otras organizaciones y con afectación a los menores escolares, además que las condiciones laborales son limitadas ya sea por la materia prima para la comercialización de los productos.

Comunidad indígena Wounaan: Son 16 familias agrupadas consolidadas en el barrio Lucero Bajo para el año 2009 y luego se desplazaron 3 familias a Minuto de María y en Vista Hermosa 11 y 2 familias en el Lucero, no son reconocidos como cabildo por que no cumplen con los requisitos exigidos por el Ministerio del Interior (Dirección de etnias), por lo que se ven afectados para el desarrollo económico y social de sus familias y de identidad cultural que vulnera todos los derechos para los grupos étnicos.

El Hospital de I Nivel ha brindado la orientación, apoyo y acompañamiento para garantizar el acceso de salud a todos sus integrantes, independientes a la dificultad que se presenta por el tipo de afiliación que limita el acceso a los servicios de salud, se ha coordinado con diferentes intervenciones de salud pública en especial laboral y ambiental.

Grupo Inga: Se han identificado 40 familias Inga que residen en la localidad y que forman parte de un cabildo, el Hospital de I Nivel brinda orientación en el aspecto laboral, donde resaltaron de manera especial la medicina tradicional, también aspectos socio-comunitarios representados en las principales problemáticas de los miembros de este Cabildo, como son: El alcoholismo y la violencia intrafamiliar.

El cabildo Pijao: Se encuentra ubicado en Usme, se tiene un contacto directo con los líderes y se abren espacios locales de participación institucionalizada y local, el Hospital involucra a un representante en asociación de usuarios para facilitar el acceso a los servicios.

► Implementación del programa Tú vales

El programa Tu Vales se enmarca dentro de las acciones implementadas desde el ámbito comunitario en beneficio de toda la comunidad de la localidad de Ciudad Bolívar, éste realiza acciones integradas de seguridad alimentaria, actividad física y salud mental orientadas a la promoción de condiciones favorables para la vida cotidiana relacionadas con la promoción de una alimentación saludable que incluye el adecuado consumo de frutas y verduras, la práctica regular de la actividad física como medio de prevención del sedentarismo, el logro de acuerdos para el respeto por los espacios libres de humo del cigarrillo y el enfoque de calidad de vida y de promoción de la salud, que a su vez incentiva o promueve un cambio en la manera de pensar y actuar de las personas considerando la salud en términos positivos.

El Hospital Vista Hermosa viene implementando el programa a partir del año 2004 en grupos y/o organizaciones comunitarias conformado principalmente por mujeres. Durante el año 2009 se implementó el programa en 24 grupos, de los cuales 16 se encuentran ubicados en el territorio II. Uno de los logros alcanzados durante la vigencia fue la participación activa y continua de los y las jóvenes del instituto Juan Pablo Obrero, quienes voluntariamente conformaron dos grupos de interés en horarios después de terminado su estudio, de igual manera se evidenció un mayor interés en la participación de hombres.

► **Implementación del programa Muévete Comunidad.**

Muévete Comunidad es un programa comunitario diseñado con el fin de vincular a líderes para organizar redes comunitarias promotoras de actividad física y fortalecer el ambiente social a nivel barrial con acciones en los escenarios cotidianos aprovechando los ambientes físicos disponibles para la práctica de actividad física.

Durante el 2009 se seleccionaron 3 grupos de interés, de los cuales un grupo se encuentra ubicado en el territorio II, el grupo Nueva Vida, el cual está ubicado en Lucero bajo, perteneciente a la JAC Lucero sur, está conformado por personas mayores, cuyas edades oscilan entre los 60 y 74 años, el principal interés del grupo es realizar actividad física y actividades de integración tales como paseos, celebraciones de fechas especiales y actividades para recoger fondos. Se trabajó en la elaboración de proyectos para incentivar la actividad física en el sector.

► **Organización de comedores comunitarios**

En este espacio se implementan las actividades educativas en hábitos nutricionales, en las que la alimentación es un derecho, para este territorio se intervienen 3 comedores comunitarios ubicados en Canteras, los cuales atienden 195 personas mayores, y los comedores de Juan Pablo II y la Estrella donde se atiende 643 personas de diferentes etapas de ciclo vital, la Fundación Imago en San Joaquín con 100 personas. Estos comedores tratan de suplir alimentación temporal frente a una emergencia de inseguridad alimentaria, lo que se observa es una dependencia a estos comedores y al final muchos de los usuarios no se encuentran en una situación crítica y obstaculizan el ingreso de nuevos usuarios que si lo puedan requerir.

► **Promoción de prácticas alimentarias saludables a las familias gestantes.**

El proceso se realiza a través de un conjunto de acciones de educación y comunicación tendientes a desarrollar habilidades y competencias en los diferentes actores locales y comunitarios, para la promoción de prácticas alimentarias saludables orientadas hacia la familia gestante, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y salud de la población abordada.

Durante el 2009, se abordaron 7 grupos conformados por mujeres gestantes, madres lactantes y sus familiares beneficiarios del programa "Bebe sano y deseado" de la Subdirección Local de integración social y FAMIS del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar logrando la formación en prácticas saludables a 167 personas.

► **Promoción y vigilancia del cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna.**

El Hospital Vista Hermosa I nivel E.S.E. realiza la divulgación, conocimiento y aplicación del Código de Sucédáneos de la leche materna y el Decreto 1397 de 1.992 en actores sociales, a través de un conjunto de acciones de educación y comunicación en grupos y organizaciones sociales y promover el establecimiento de acuerdos o compromisos con los grupos locales para la divulgación, vigilancia y cumplimiento del Código.

En el 2009, se realizó la divulgación y conocimiento del código en 21 grupos comunitarios con 456 personas. De igual manera se vincularon al proceso actores sociales para generar compromisos frente a la divulgación y vigilancia del código dentro de sus instituciones o comunidad, dentro de los actores sociales que se seleccionaron se encontraron Agentes Comunitarios en Salud, profesionales del Hospital Vista Hermosa de Salud Pública, promotores de salud del programa Salud a su Casa, representantes de las diferentes instituciones que hacen parte del Comité de Seguridad alimentaria y nutricional y el Instituto Santa María de la cruz, el cual involucró en el proceso a docentes y padres de familia.

Uno de los mayores logros fue el posicionamiento de la normatividad en espacios institucionales en las diferentes intervenciones del área de salud pública, a través de la socialización en espacios de convergencia de profesionales tales como las reuniones de ámbito comunitario, reunión de transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Reunión Nodo de la Red Social Materna Infantil y Grupo Funcional de las estrategias AIEPI IAMI IAFI. En el nivel transectorial se participó en la reunión del Comité Local de SAN, sensibilizando frente al Código de Sucédáneos.

► **Promoción de prácticas favorables para la salud oral dentro de la estrategia de comunidad saludable (en comedores comunitarios)**

Se implementaron procesos pedagógicos para favorecer las prácticas saludables de salud oral en 5 comedores comunitarios de la localidad, de los cuales dos comedores se encuentran ubicados en el territorio II: Comedor La Estrella y Comedor Tesoro.

Durante el proceso se afianzaron los temas a través de talleres lúdicos educativos por parte del odontólogo e higienista oral y realización de controles de placa a cada uno de los usuarios de los comedores.

Durante el proceso que se llevó a cabo en los comedores comunitarios se evidenció la receptividad de los usuarios e implementación de hábitos que contribuyeron a mejorar la salud bucal a través de la disminución de placa en ellos.

▼ **Promoción en salud oral**

El modelo integral de promoción de salud oral para población preescolar consiste en una serie de acciones que conceptualizan la salud oral como un proceso de construcción conjunta; el modelo se implementó en el Jardín Nueva Colombia y Casa Vecinal Manitas, con 185 niños y niñas a los cuales se les reforzó el cepillado de dientes y se logró evidenciar la disminución de placa y la sensibilización al 88.5%.

▼ Organizaciones por los derechos de las personas con discapacidad

La transversalidad de discapacidad en el ámbito comunitario se organiza mediante acciones centradas en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores, cuidadoras, la comunidad y otros actores sociales y políticos. Las intervenciones se implementan con base en los fundamentos de la RBC, la estrategia promocional de calidad de vida, el desarrollo comunitario y la gestión social, articuladas con los principios que rescatan la promoción, el desarrollo y la restitución de los derechos y la autonomía de las personas y los colectivos.

Durante el 2009, se conformaron 2 grupos de 10 jóvenes padrinos de jóvenes con discapacidad estudiantes del instituto Cerros del Sur de los grados 9-10-11 ubicados en el barrio Potosí.

Se brindaron herramientas para el fortalecimiento de 2 Organizaciones sociales que trabajan por los derechos de la población en situación de discapacidad a través de la orientación al acceso de diferentes programas y proyectos dirigidos a personas con discapacidad con otras instituciones; la primera organización está conformada por personas mayores con o sin discapacidad pertenecientes a la fundación ASTEBES que desarrolla acciones dentro de las temáticas de recreación y cultura en donde participan 15 personas en el barrio la Estrella y la segunda organización de cuidadores, adulto mayor con o sin discapacidad, llamada Fundescol PAZ que trabaja por los grupos vulnerables con la participación activa de 16 personas ubicada en el barrio Paraíso.

Se conformó y fortaleció un grupo de agentes de cambio en rehabilitación basado en comunidad con líderes comunitarios, cuidadores y personas con discapacidad pertenecientes a organizaciones que trabajan por la discapacidad como semillitas del futuro, manos laboriosas, ejemplos de vida en el barrio Naciones Unidas.

Y se conformo un grupo de 10 personas en cuidando a cuidadores de personas con discapacidad y personas con discapacidad de los barrios Potosí, caracolí, Juan José Rondón y Jerusalén del barrio Potosí.

▼ Análisis de redes

Se entiende como el conjunto de interacciones e interrelaciones de organizaciones sociales con un interés común, en la siguiente tabla se relaciona las organizaciones sociales con las que interactúa el Hospital desde Gestión Local a la fecha:

Tabla 60 Listado de Organizaciones por Territorio Social y Etapa de Ciclo

UPZ	BARRIO	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE	POBLACION	TEMATICAS DE INTERVENCION
67	Vista Hermosa	ONG DIACONIE	Mixta	Adultez Juventud	Agricultura urbana poblacion etnica
70	Nueva Argentina	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS COMEDOR NUEVA ARGENTICA	Comunitaria	Infancia	Formacion en salud ambiental
68	La Joya	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS DON BOSCO LA JOYA	Comunitaria	Infancia Juventud	Formacion en salud ambiental
67	Compartir	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS COLEGIO COMPARTIR	Comunitaria	Infancia	Formacion en salud ambiental
70	Potosi	GRUPO JUVENIL GAIA	Comunitaria	Jovenes	Ambiental
67	La Alameda	FEDEABUELOS	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
68	El Tesoro	ALEGRIA DE LA EZPERANZA	Comunitaria	Persona Mayor	Formación y Productiva
68	Arabia	ORGANIZACIÓN ARABIA	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
67		TERCERA PRIMAVERA	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
70	Arborizadora Alta	CENTRO CRECER ARBORIZADORA	Mixta	Infancia Juventud	Programas de rehabilitación funcional y orientación vocacional para niños, niñas y jóvenes con discapacidad moderada-severa.
67	La Estrella	COLEGIO ISABELITA TEJADA	Institucional	Infancia Juventud	Promover espacios de integración escolar para niños y niñas con discapacidad.
67	Lucero	GIMNASIO REAL DE COLOMBIA	Institucional	Infancia Juventud	Promover espacios de integración escolar para niños y niñas con discapacidad.
67	Villa Gloria	HUMANU	Comunitaria	Infancia Juventud	Refuerzo escolar para niños y niñas con problemas de aprendizaje y coeficiente intelectual
67	Lucero Medio	MOVILIZACION SOCIAL SAN	Comunitaria	Adultez	Liderez y lideresas en proceso de formación para la exigibilidad de derechos, específicamente en el derecho a la alimentación
67	Bella Flor	ASOCIACION PEDREGAL	Mixta	Adultez Juventud	Madres cuidadoras
68	Divino Niño	COMEDOR COMUNITARIO DIVINO NIÑO	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Seguridad Alimentaria y nutricioanal
70	Arborizadora Alta	GRUPO DE MADRES GESTANTES Y LACTANTES DEL SIS	Mixta	Adultez Juventud	Seguridad Alimentaria y nutricioanal
70	Arborizadora Alta	FAMI ASOVOLUNTAD	Mixta	Adultez Juventud	Madres cuidadoras
70	Jerusalen	FAMI PROTERNURA	Mixta	Adultez Juventud	Madres cuidadoras
70 67 68	Arborizadora Alta Naciones Unidas Tierra Linda Tesoro	CABILDO INGA	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnias, interculturalidad
		CABILDO AMBIKA PIJAO	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnias, interculturalidad
67	Paraiso	COMUNIDAD INDIGENA SIRIANO	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnias, interculturalidad
67	Lucero	COMUNIDAD INDIGENA WOAUNAAN	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnias, interculturalidad
67	Mexico	MADONA Y SUS DIVAS	Comunitaria	Adultez Juventud	Exigibilidad de derechos para la poblacion de los sectores LGBTI
68	Cumbre	ACJ	Mixta	Adultez Juventud	Formación, prevención de sustancias psicoactivas, fortalecimiento organizacional
67	La Estrella	COMEDOR COMUNITARIO LA ESTRELLA	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Seguridad Alimentaria y nutricioanal
67	La Estrella Sur	ASTEBES	Comunitaria	Persona Mayor	Formacion, productividad
67	Republica de Canada	FUNDACION SEMILLITAS DEL FUTURO	Comunitaria	Infancia Adultez	Cuidadoras y cuidadores de niños y niñas con discapacidad
67	Paraiso	FUNDESCOL PAZ	Comunitaria	Infancia Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
70	Canteras	COMEDOR DE ADULTO MAYOR	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
67	Marandu	EL EDEN	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y Vejez
70	Potosi - Grupos	FUNDACIÓN SOCIAL ORION	Comunitaria	Jovenes Adultez	Acompañamiento y apoyo a mujeres cabeza de hogar
67	Paraiso	GRUPOS DE INTERES TUBU UMARIMASSA	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnias, interculturalidad

Fuente: Gestión local de Salud Hospital Vista Hermosa

A partir de la planeación transectorial en lo local existen datos del contexto local y no se cuenta con información particular para el territorio.

▼ Instituciones prestadoras de servicios de salud en el territorio social II

El Hospital de I Nivel fue habilitado en el mes de Abril de 2010 por la Secretaria Distrital de Salud a través del registro especial de prestadores de servicios de salud y por el sistema único de habilitación, a 9 de sus IPS; teniendo la claridad que se habilitó adicionalmente a uno de los CAMIs, como Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.- Centro de Atención Primaria en Salud Jerusalén, destinado a realizar acciones de promoción y prevención. En el siguiente cuadro se enlistan las IPS públicas pertenecientes a este territorio.

**Tabla 61 Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – IPS
Territorio Social II**

IPS	Dirección	Teléfono	Capacidad instalada		Trabajadores en salud											
			Número de consultorios	Número de unidades odontológicas	Médico General	Médico Psiquiatra	Prof. Enfermería	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de Laboratorio	Terapeuta Respiratoria	Psicólogo	Auxiliar de consultorio dental	Higienista	Odontólogos	Promotor de Salud	*Otros
UBA Paraíso	Cra. 27 L N° 71 H-46 sur	730000 extensión 4500, 4031 y 4181	4	1	2		1,9	2				1	1	1,6		
CAMI Jerusalén	Calle 77 N° 85B-13 sur	730000 extensión 3500, 3031 y 3181	6		9,9		5,8	15	0,9	2,2	1		0,8			1
Centro de Atención Primaria en Salud Jerusalén	Cra. 46C No. 72-17 sur															
UPA Potosí	Cra. 42 N° 77-88 sur	730000 extensión 8500, 8491 y 8591	3	2	1,4		1	1,9				1	0,1	1,9		
UPA Casa de Teja	Calle 75 Bis A Sur No. 25-48	730000 extensión 10500, 10181 y 10491	4	2	2,1		2,1	1,9				1,2	1	2,2		
CAMI Vista Hermosa	Cra. 18 C N° 66a-55 sur	730000 extensión 2500, 2031 y 2181	16	4	20		10	23,3	5,7	1,8		1,9	1,1	2,2	0,8	9,1
UPA Limonar	Cra. 18C Bis A N° 80A-41 Sur	730000 extensión 9500	0	0				1			1					18
UPA La Estrella	Cra. 18F N° 72-63 Sur	730000 extensión 7500 y 7591	4	0	3	4	4	8			3				2	7
Centro de Atención Primaria en Salud Programas Juveniles	Diag. 71B Sur N° 181 20	730000 extensión 51871 y 51872	3	0		1		1			1					7
TOTAL			40	9	39	5	24,8	54,1	6,6	4	6	5,1	4	7,9	2,8	42

Fuente: Planeación y Sistemas Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – 2009 y SUH -
Abril 2010

*Otros: Terapeuta Sicosocial, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Instrumentadora, Bacteriólogo, Fonoaudiólogo, Técnico de Radiología.

Las 9 IPS cuentan con un recurso humano idóneo e interdisciplinario, como se observa en el cuadro anterior. Este territorio cuenta con horarios diurnos de atención en las UPAs (Unidades Primarias de Atención) y CAPS (Centros de Atención Primaria en Salud) y en los CAMIs la prestación de consulta externa es de 12 horas, igualmente la prestación para atención médica inmediata (Urgencias) se presta en los 2 CAMIs (Centros de Atención Médica Inmediata) 24 horas al día.

Las barreras arquitectónicas para la atención de la población con discapacidad se continúa presentando en la mayoría de las IPS de este territorio a pesar de haberse realizado adecuaciones, dado que el diseño arquitectónico con que fueron construidas hace más de 25 años no contemplaba estructuras que facilitaran el acceso a este grupo de población.

Dentro de estas instituciones se prestan 79 servicios, 73 de complejidad baja, los cuales se encuentran en consulta externa, hospitalización, urgencias, actividades de promoción y prevención, apoyos diagnósticos (toma de muestras de laboratorio, toma de citología cervicouterina, toma de rayos X odontológica, optometría); Igualmente se tienen 5 servicios de complejidad media entre ellos el laboratorio clínico, el cual es el soporte para todas las 19 IPS del Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. ubicadas en los cuatro territorios.

Entre los otros servicios de esta última complejidad se encuentra la Consulta por Psiquiatría, ofertada en el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – UPA La Estrella (IPS con Servicios de Salud Mental) y en el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – Centro de Atención Primaria en Salud Programas Juveniles (IPS del programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas para jóvenes), de la misma forma se encuentra un servicio de rehabilitación funcional ofertado en el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – UPA Limonar. Estos dos últimos centros fueron costeados durante el año 2009 por el Fondo de Desarrollo Local (FDL) de Ciudad Bolívar). Otro servicio de complejidad media es la consulta de Ginecoobstetricia, ofertada en el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – CAMI Vista Hermosa. La única atención de complejidad alta se presenta a nivel hospitalario en la IPS de salud Mental anteriormente mencionada, con consulta de psiquiatría.

En este territorio se cuenta con los subsistemas de vigilancia epidemiológica, a excepción de hemovigilancia, es de aclarar que el de Infecciones Intrahospitalarias solo se encuentra en los 2 CAMIs del territorio.

Las formas de contratación con las administradoras de salud dependen de la voluntad y conciliación con cada empresa; para el año 2009 con el régimen subsidiado era por capitación (es decir cubre todos los servicios de baja complejidad del plan obligatorio de salud) y para la población vinculada (o sea que se encuentra en transición de afiliación dentro del sistema general de seguridad social) es directamente financiada por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFD).

En este territorio hay 17 equipos de salud a su casa, con un total de 33 auxiliares de enfermería, salud pública y/o promotores de salud, con destinación de tiempo completo (8 horas) a la semana; con respecto a los profesionales de enfermería destinados a los equipos, se cuentan con 9 horas semanales por cada equipo. Por estigmatización de la localidad ha sido difícil la consecución del recurso humano de medicina, para los equipos del Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – CAMI Vista Hermosa y UPA Casa de Teja, sin embargo se cuenta para los otros equipos del territorio con los mismos tiempos del profesional de enfermería.

▼ Plan de intervenciones colectivas por etapa de ciclo

El Hospital organiza la respuesta por tema generador según el núcleo problemático de cada etapa de ciclo planteado en el diagnóstico local del 2009; se presenta la respuesta por etapa de ciclo así como las limitaciones para fortalecer la información.

▶ **Etapa de ciclo de infancia**

Tabla 62 Intervenciones para infancia

Territorio social No. II UPZ Lucero - Tesoro - Jerusalem					
Etapa de ciclo	Nucleo problematizador	Ejes de la política	DOMINIOS		ACCIONES 2010
			General	Particular	
Infancia	Evidencia de diversas y marcadas expresiones de violencia social y familiar contra los niños y niñas que ponen en riesgo su salud física y emocional, determinando su desempeño en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana	Proteccion a la vida y generación de escenarios propicios para el desarrollo.	Sistema social y economico	Cuidado de los hogares en terceros: jardines, colegios, familiares condiciones socio economicas precarias en los hogares. Arraigo cultural: castigo y violencia como pautas de crianza.	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
					SALUD ORAL
					SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
					ESTRATEGIAS AIEPI - IAMI - IAFI - ERA
					ENTORNOS COMUNITARIOS SALUDABLES
					PROMOCION DE ENTORNOS SALUDABLES DE TRABAJO
					SALUD MENTAL
					ERRADICACION DEL TRABAJO INFANTIL
					EQUIPOS DE SALUD A SU CASA
					ENTORNOS SALUDABLES
					ESTRATEGIAS AIEPI
					DISCAPACIDAD
					SALUD MENTAL
					FAMILIAS DESPLAZADAS
					VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y AMBIENTAL
					TRANSMISIBLES
					CRONICAS
ESTRATEGIAS AIAMI - AIAFI - AIAPI - ERA					
UNIDADES DE TRABAJO INFORMAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL					

Fuente: Plan intervenciones colectiva 2010 Hospital Vista Hermosa I Nivel

El plan de intervenciones no facilita el trabajo directo con los menores en auto cuidado, quedando solo en el ámbito escolar, la formación de líderes para los procesos de participación política debe trabajarse desde la infancia, predomina las actividades de educación y las estrategias IAMI, IAPI, IAFI.

▶ **Etapa de ciclo de Juventud**

Comprende a los rangos de entre los 14 a 26 años, en la siguiente tabla se relaciona las intervenciones por etapa de ciclo en este territorio.

Tabla 63 Intervenciones para juventud

Territorio social No. II UPZ Lucero - Tesoro - Jerusalem					
Etapa de ciclo	Nucleo problematizador	Ejes de la politica	DOMINIOS		ACCIONES 2010
			General	Particular	
Juventud	Violación del derecho a la vida de los y las jovenes como consecuencia del conflicto social por potenciales factores de riesgo del contexto en el territorio.	Vida, libertad, seguridad y salud integral.	Sistema social y economico que genera exclusión e iniquidad	Contexto que prioriza la violencia como solucion a diferentes conflictos; medios de comunicación que promueven el consumo con relacion la ideal de felicidad. Desempleo y escasa oportunidades de formación.	TU VALES
					SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
					SALUD ORAL
					SALUD MENTAL
					ORGANIZACIONES JUVENILES
					MUEVETE COMUNIDAD
					ENTORNOS COMUNITARIOS SALUDABLES
					PROMOCION DE ENTORNOS SALUDABLES DE TRABAJO
					UNIDADES DE TRABAJO INFORMAL CON ENFOQUE
					SALUD ORAL
					ERRADICACION DEL TRABAJO INFANTIL
					EQUIPOS DE SALUD A SU CASA
					ENTORNOS SALUDABLES
					DISCAPACIDAD
					SALUD MENTAL
					FAMILIAS DESPLAZADAS
					TRANSMISIBLES
					CRONICAS
CANCER DE CUELLO UTERINO					
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y AMBIENTAL					
DISCAPACIDAD					

Fuente: Plan intervenciones colectiva 2010 Hospital Vista Hermosa I Nivel

Predominan las intervenciones en población cautiva, frente a la problemática social se queda corta la intervención, se presenta dificultad por que las instituciones imponen los temas que se confrontan con las expectativas y los intereses de los jóvenes.

Etapa de ciclo de adultez

Comprende a la etapa de la vida entre los rangos de edad mayores de 27 años a 59 años

Tabla 64 Intervenciones para adultez

Territorio social No. II UPZ Lucero - Tesoro - Jerusalem					
Etapa de ciclo	Nucleo problematizador	Ejes de la política	DOMINIOS		ACCIONES 2010
			General	Particular	
Adultez	Adultez ejerciendo actividades de trabajo informal, bajo condiciones que afectan su calidad de vida, al individuo y su familia.	Trabajo decente en condiciones dignas	Condiciones precarias de trabajo que se traducen en factores de estrés emocional; factores culturales: machismo; conflictos familiares.	Adultos y adultas desprotegidas por el sistema de seguridad social. abuso de sustancias psicoactivas: alcohol. inicio de enfermedades crónicas sin control. Escaso tiempo para adelantar practicas de cuidado.	ORGANIZACIONES DE POBLACION DESPLAZADA
					FORTALECIMIENTO COMUNIDADES ETNICAS
					TU VALES
					SALUD ORAL
					DISCAPACIDAD
					SALUD MENTAL
					SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
					ESTRATEGIAS AIEPI - IAMI - IAFI - ERA
					MUEVETE COMUNIDAD
					ENTORNOS COMUNITARIOS SALUDABLES
					SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
					UNIDADES DE TRABAJO INFORMAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL
					SALUD MENTAL
					SALUD ORAL
					DISCAPACIDAD
					EQUIPOS DE SALUD A SU CASA
					ENTORNOS SALUDABLES
					DISCAPACIDAD
					FAMILIAS DESPLAZADAS
					SALUD MENTAL
TRANSMISIBLES					
HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS CON ENFOQUE DIFERENCIAL					
IPS AMIGAS DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD					
CRONICAS					
CANCER DE CUELLO UTERINO					
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y AMBIENTAL					
PROMOCION DE ENTORNOS SALUDABLES DE TRABAJO					

Fuente: Plan intervenciones colectiva 2010 Hospital Vista Hermosa I Nivel

Las intervenciones no se realizan para el desarrollo del individuo, sino para la relación con el entorno, no se trabajó para la construcción como sujeto político sino desde los roles tradicionales de producción y de cuidado al grupo familiar.

 **Etapa de ciclo de vejez**

Comprende a los mayores de 60 años

Tabla 65 Intervenciones para vejez

Territorio social No. II UPZ Lucero - Tesoro - Jerusalem					
Etapa de ciclo	Nucleo problematizador	Ejes de la política	DOMINIOS		ACCIONES 2010
			General	Particular	
Vejez	Se asume el rol de cuidador/a desde la familia que limita el tiempo de los y las personas mayores para sus propias actividades e intereses.	Envejecimiento activo	La familia solo reconoce el potencial de cuidador de los y las personas mayores. Dependencia económica de otros integrantes de la familia.	Descuido de la salud e inetgridad personal de las personas mayores; dificultades para el desarrollo de su autonomia.	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
					DISCAPACIDAD
					SALUD MENTAL
					ENTORNOS COMUNITARIOS SALUDABLES
					PROMOCION DE ENTORNOS SALUDABLES DE TRABAJO
					SALUD ORAL
					DISCAPACIDAD
					EQUIPOS DE SALUD A SU CASA
					DISCAPACIDAD
					FAMILIAS DESPLAZADAS
					SALUD MENTAL
					ENTORNOS SALUDABLES
					TRANSMISIBLES
					CRONICAS
					VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y AMBIENTAL
CANCER DE CUELLO UTERINO					
ORGANIZACIONES PERSONA MAYOR					

Fuente: Plan intervenciones colectiva 2010 Hospital Vista Hermosa I Nivel

Se considera que la persona mayor es la que más participa y se continúa a esta etapa de la vida como cuidadora de otros, tampoco se cumple con las perspectivas.

Planes de entorno

Teniendo en cuenta que los núcleos de gestión constituyen “escenarios de participación” al que concurren diferentes actores sociales para iniciar un proceso interno referido en particular a su propia dinámica, llegando a reconocer una identidad de intereses, pertenencia y posibilidad de expresar una voluntad y poder colectivo que se traduce en acciones necesarias para dar respuestas integrales a sus necesidades reales, que requieren de la autogestión comunitaria, del concurso de diferentes actores, de la concertación, planeación, seguimiento y retroalimentación de alternativas de desarrollo. De acuerdo entonces a ello el objetivo del trabajo del núcleo se centra en dinamizar la capacidad de las personas para asumir colectivamente y de manera autónoma, reflexiva y crítica el análisis de problemas comunes y las formas colectivas de resolverlos, potenciando sus capacidades de participación de las comunidades de los territorios de Salud a su Casa.

Por lo tanto y de acuerdo a la necesidad de fortalecer las acciones que se realizan dentro de estos espacios se plantea el desarrollo de este ejercicio de semaforización, articulándolo con el Profesional de soporte a la Gestión del ámbito familiar y Gestión Local, Monitores ambientales, Gestores Comunitarios, participación Social y núcleos de gestión.

**Tabla 66 Proceso de Participación Social y Comunitaria
en Núcleos de Gestión**

Líneas de Acción Política de Participación Social y Salud (OBJETIVOS)	FASES NUCLEOS DE GESTION	ELEMENTOS DEL PROCESO	CRITERIOS
1. Promoción de la reflexión política y gestión social integral frente a determinantes de salud y calidad de vida. equipo educación y formación	FASE DE CARACTERIZACION	En esta fase desde el equipo de Sasc se realiza un diagnóstico del microterritorio en cuanto a condiciones de salud que permita identificar casa a casa población con las siguientes características Gestantes de 17 a 35 años, gestantes de alto y bajo riesgo, menores de 5 años, pacientes, crónicos y personas con discapacidad, lo anterior con el fin de definir el tipo de intervención que se pueda llevar a cabo visita a visita. Desde Saneamiento Ambiental se identifica condiciones ambientales y su impacto, así como el equipamiento social de las zonas con el fin de identificar condiciones de alto riesgo en los sectores y trabajar en ello. Desde Participación Social se realiza una identificación de líderes que permita mas adelante la conformación de un equipo de trabajo que permita desarrollar un proceso de movilización.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ RECONOCIMIENTO COMUNITARIO. ❖ RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL. ❖ RECONOCIMIENTO DEL ENTORNO ❖ ORGANIZACION PRIMERA FASE. ❖ MOTIVACION.
2. Propiciar condiciones políticas, administrativas y técnicas para el desarrollo de procesos participativos y democráticos en salud que potencien la descentralización y la gestión social integral local en salud (Articular acciones a nivel local, distrital y regional)	FASE SENSIBILIZACION	Teniendo en cuenta la información obtenida en la fase anterior se realiza inicialmente un grupo de trabajo (los técnicos en Saneamiento, las auxiliares de Salud a Su Casa y el Profesional de Trabajo social) con el fin de unificar criterios y determinar la metodología frente a la presentación con la cual se va a mostrar los resultados a la comunidad. De igual forma se realiza contacto con los líderes con el fin de desarrollar la convocatoria a la comunidad y efectuar una reunión donde los técnicos en Saneamiento, las auxiliares de Salud a Su Casa y el Profesional de Trabajo social socialice los resultados de la caracterización y se sensibilice a la comunidad con respecto a la necesidad de desarrollar un trabajo conjunto que permita generar estrategias frente a las problemáticas que allí se exponen.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ CONSTRUCCION METODOLOGIA DE TRABAJO COMUNITARIO. ❖ IDENTIFICACION DE ACTORES CLAVES.
3. Contribuir a la información y formación de ciudadanos y ciudadanas en la perspectiva de exigibilidad de derechos, con capacidad deliberativa de gestión y negociación en espacios de toma de decisiones	FASE INTERVENCION	A través de las metodologías comunitarias se realiza una lectura de necesidades que complemente el proceso iniciado por parte del Hospital. Posterior a la lectura de necesidades se desarrolla una priorización; proceso mediante el cual la comunidad con el apoyo de los profesionales estudian y determinan que orden de intervención requieren las necesidades detectadas en la etapa anterior, en donde la comunidad plantea una serie de posibles alternativas de solución frente a una determinada problemática. En este aspecto el apoyo del equipo constituye una articulación de estas soluciones materializándolas en estrategias que den respuesta a las necesidades del sector, para que a partir de ello se estructure un plan de acción.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ CONSTRUCCION DE NUCLEOS DE GESTION. ❖ FOCALIZACIÓN DE SITUACIONES. ❖ PLANEACION. ❖ MANEJO DEL RIESGO.
4. Promover el fortalecimiento y articulación de las formas organizativas de participación social en salud, buscando su incidencia y ampliación de base social	FASE DE EJECUCION	En esta etapa de acuerdo al plan de acción y a las soluciones planteadas por la comunidad en la fase anterior se ejecutan estrategias con el acompañamiento del equipo de trabajo (los técnicos en Saneamiento, las auxiliares de Salud a Su Casa y el Profesional de Trabajo social), además de ello las instituciones que de una u otra manera den respuesta y contribuyan al mejoramiento de las dificultades de cada uno de los microterritorio. Conjuntamente es necesario que durante este proceso se impartan en la misma comunidad herramientas sobre los procesos de gestión que contribuyan además a su empoderamiento, posicionamiento y mejoramiento de su calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN. ❖ CONTROL SOCIAL. ❖ GESTION COMUNITARIA.
5. Fortalecimiento a la gestión social territorial para la garantía del derecho a la salud	FASE EVALUACION	Por otra parte es importante que dentro este proceso se realicen también estrategias de seguimiento y de evaluación que permita redireccionar el trabajo y verificar que las acciones que se plantearon en el plan de acción este generando el impacto esperado, igualmente en esta etapa se debe visualizar el proceso de autogestión y construcción colectiva comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ AUTONOMIA COMUNITARIA.

Fuente: Ámbito Familiar. Núcleos de Gestión. Política Pública de Participación Social y Comunitaria

A partir de esta matriz (la cual continua en revisión y retroalimentación, teniendo en cuenta que falta la construcción de indicadores) se realizó un diagnóstico de los núcleos de gestión teniendo en cuenta las

particularidades que caracterizan cada espacio como es la identificación y trabajo desarrollado con los diferentes líderes, los cuales manifiestan intereses propios a su sector y necesidades identificadas, características territoriales específicas de cada uno de los micro territorios, trabajo transectorial con las diferentes instituciones que se encuentran en los sectores.

Lo anterior permite señalar el desarrollo de trabajo al interior de cada uno de los núcleos de gestión a través de identificar por medio de una lectura y posterior análisis de los avances y resultados en los procesos frente al cumplimiento y no cumplimiento de los elementos propuestos en la matriz. Con el fin de evaluar los procesos de participación social en los núcleos de gestión en el marco de la política de participación social y la corresponsabilidad social en el sentido de lo público.

Este proceso de evaluación a partir de la semaforización determinó los parámetros para la asignación de colores que identifican el estado de cada uno de los núcleos de gestión, en donde se asignó cada color teniendo como referencia el cumplimiento cuantitativo de los elementos que constituyen la matriz. En este sentido, la correlación se realizó de la siguiente forma:

Tabla 67 Semaforización Núcleos de Gestión del Ámbito Familiar

Semaforización	Equivalente o cumplimiento de:
Rojo	Línea de la política 1-2
Amarillo	Línea de la política 1-2-3-4
Verde	Líneas de la política 1-2-3-4-5

Fuente: Ámbito Familiar. Núcleos de Gestión. Política Pública de Participación Social y Comunitaria

En el territorio dos se cuentan con 20 núcleos de gestión, de los cuales 14 se encuentran en amarillo por cumplir con las cuatro líneas de participación y en donde si bien es cierto han existido algunos avances en los procesos y en los planes de acción y se ha evidenciado cumplimiento de algunos compromisos comunitarios, también han existido retrocesos e inconstancia en las comunidades, quienes delegan el trabajo a sus líderes. Existen algunos factores que también contribuyen a que esta situación se presente como son la inseguridad, la falta de credibilidad en la participación a causa de experiencias pasadas, poca transformación en situaciones ya trabajadas, los sucesos ocurridos en la parte asistencial repercuten en la imagen institucional y por ende en todos los procesos que se oferten desde allí, sin embargo y a pesar de lo anterior aun existe la posibilidad de transformar la mirada comunitaria y retomar el trabajo desarrollado.

Por otra parte, 4 núcleos de gestión se encuentran en Rojo ya que solo se cumple con las dos primeras líneas de participación dado que no se han podido desarrollar avances que permitan cumplir con los compromisos adquiridos, teniendo en cuenta que no se han podido desarrollar articulaciones ni con los líderes de la comunidad por situaciones como inseguridad, procesos del pasado que no fueron consolidados por otras instituciones y que generan incredibilidad en todas las acciones, por otra parte la comunidad espera respuestas tangibles frente a sus problemáticas que muchas veces en los procesos participativos no se pueden garantizar.

Finalmente, en 2 micro-territorios no se cuenta con núcleos de gestión por haber tenido intentos en el pasado en los procesos establecidos, a pesar de las diferentes estrategias generadas para la recuperación del espacio.

En este territorio la participación comunitaria está caracterizada porque a pesar de los múltiples inconvenientes que han existido y han presentado los líderes, aun existe la necesidad de la construcción conjunta de alternativas de mejoramiento a sus problemáticas, en algunos sectores han logrado organizarse y el desarrollo de algunos sectores ha dependido también del trabajo que se ha desarrollado a lo largo del tiempo desde las JAC y algunas organizaciones base.

4.5.3 Análisis del territorio social II

Para describir como se encuentra la respuesta institucional por territorio social, se construye con base a la descripción del territorio y el análisis de la situación en salud por etapa de ciclo que incluye la perspectiva de la transversalidad, proyecto de autonomía y la experiencia de los profesionales que son multidisciplinarios para analizar la respuesta desde los diferentes espacios de participación y de gestión social y comunitaria los cuales contemplan: la autonomía como sujetos de derechos, la familia por la que reproduce y socializa espacios de identidad que contribuyen a la construcción de sujetos, en lo institucional con el objeto de dimensionar la capacidad de respuesta y en lo intersectorial para interrelacionarse y poder dar una respuesta social organizada, en lo local para gestionar procesos conjuntos de política de desarrollo social y en lo distrital para posicionar las diferencias por territorio social. La respuesta institucional se refiere a la oferta institucional por territorio social desde el sector salud y las organizaciones comunitarias, a la descripción de las intervenciones del plan de intervenciones colectivas, y a los escenarios de participación por núcleos de gestión comunitaria.

▼ Atención de emergencias

Se realizó la atención de las emergencias presentadas en el colegio Cundinamarca por el derrame de anhídrido ftálico en la empresa CARBOQUÍMICA en el mes de marzo y de Policloruro de Vinilo en la empresa FILMTEX en el mes de octubre.

Las capacitaciones en este territorio fueron 9 con comunidad vulnerable en plan familiar y escolar de emergencias y plan industrial de emergencias en industrias participantes del proyecto PISA.

▼ Organizaciones sociales comunitarias

A través del Plan de Intervenciones Colectivas desde el ámbito comunitario se realizan acciones para generar y fortalecer la construcción de sujetos políticos y de procesos organizativos, sobre la base de la autonomía, cooperación y el ejercicio de ciudadanía, por medio de procesos educativos y participativos que afecten positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud.

Estas acciones están dirigidas a población desplazada, grupos étnicos, comedores comunitarios, formación de agentes comunitarios en salud, formación de agentes de cambio, organizaciones de población de discapacidad, organizaciones juveniles, de persona mayor, entre otras, además intervenciones de salud oral en 3 jardines de Secretaria de integración social y en 5 hogares del instituto colombiano de bienestar familiar (Hobis); a continuación se describe el proceso adelantado con las organizaciones a través de las diferentes intervenciones que realiza el Hospital Vista Hermosa de I Nivel.

▼ Organizaciones de población desplazada

Grupo de la UAO: En este grupo asisten personas desplazadas en su mayoría de la etapa de ciclo vital adulto que residen en toda la localidad. La UAO se encuentra ubicada en el barrio Perdomo, se caracteriza por ser un centro de servicio de información, orientación y remisión a otras entidades que permitan una atención integral y diferencial a la población desplazada; es por esta razón que en estas unidades se encuentran equipos interdisciplinarios que buscan dar respuesta a las necesidades de la población. Desde la intervención del Hospital se buscó fortalecer y empoderar a este grupo de personas, sin embargo la falta de constancia dentro del proceso por parte de la población ha limitado la identificación de los alcances obtenidos. En este grupo se hicieron evidentes diversas problemáticas, como conflictos a nivel familiar, problemas de pareja y dependencia económica, problemas por vectores en la vivienda y desilusión y desconocimiento de las redes institucionales, lo que a algunas las torna insatisfechas, decepcionadas y sin empoderamiento en su rol como mujeres autónomas y con capacidades y habilidades para afrontar los retos que la vida les ha presentado.

Grupo de TRES REYES: En el sector de tres reyes se han asentado alrededor de seis familias desplazadas, quienes presentan problemáticas como inestabilidad económica, menores desescolarizados, problemas de vectores y roedores, manejo inadecuado de aguas negras y por ende dificultades para suplir sus necesidades básicas. Esto ha generado no solo dificultades al interior de las familias, sino con el resto de la comunidad, pues han tenido que negociar con el alcalde local y la policía para que no los desalojen de allí, pues refieren no contar con recursos para trasladarse a un lugar más digno. En este grupo enfatizaron en los problemas de ambiente y de vectores que se encuentran padeciendo, además de condiciones de salud a los que todos están expuestos como desnutrición y el desconocimiento del acceso a los servicios de salud; de la misma manera y teniendo en cuenta que son familias numerosas, fue el único grupo que reconoció el desconocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva y una gran preocupación por los métodos de planificación.

▼ Implementación del programa tú vales

El programa Tu Vales se enmarca dentro de las acciones implementadas desde el ámbito comunitario en beneficio de toda la comunidad de la localidad de Ciudad Bolívar, éste realiza acciones integradas de seguridad alimentaria, actividad física y salud mental orientadas a la promoción de condiciones favorables para la vida cotidiana relacionadas con la promoción de una alimentación saludable que incluye el adecuado consumo de frutas y verduras, la práctica regular de la actividad física como medio de prevención del sedentarismo, el logro de acuerdos para el respeto por los espacios libres de humo del cigarrillo y el enfoque

de calidad de vida y de promoción de la salud, que a su vez incentiva o promueve un cambio en la manera de pensar y actuar de las personas considerando la salud en términos positivos.

Durante el año 2009 se implementó el programa en 24 grupos, de los cuales 8 se encuentran ubicados en el territorio III con la participación activa de 153 personas.

▼ Implementación del programa muévete comunidad

Muévete Comunidad es un programa comunitario, diseñado con el fin de vincular a líderes para organizar redes comunitarias promotoras de actividad física y fortalecer el ambiente social a nivel barrial con acciones en los escenarios cotidianos aprovechando los ambientes físicos disponibles para la práctica de actividad física.

Durante el 2009 se seleccionaron 3 grupos de interés, de los cuales dos grupos se encuentran ubicados en el territorio III en el barrio Candelaria son: Grupo Canitas Sabias e Integración Candelaria, ambos conformados por personas mayores, cuyo principal interés en conformarse como grupo es incentivar la actividad física entre ellos. Se contó con la participación de aproximadamente 90 personas.

▼ Organización de comedores comunitarios

Este espacio implementa las actividades educativas en hábitos nutricionales, en la que la alimentación es un derecho, para este territorio se intervienen 6 comedores comunitarios ubicados en Caracolí, el cual atiende 180 niños y niñas, Huertas 600 personas, Arborizadora Alta 900 personas, Quintas de la autopista 180 personas, Juan José Rondón 180 personas, Fundación Pacto Esperanza 160 personas. Estos comedores tratan de suplir alimentación temporal frente a una emergencia de inseguridad alimentaria, lo que se observa es una dependencia a estos comedores y al final muchos de los usuarios no se encuentra en una situación crítica y obstaculizan el ingreso de nuevos usuarios que si lo puedan requerir.

▼ Promoción y vigilancia del cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna

El Hospital Vista Hermosa I nivel E.S.E. realiza la divulgación, conocimiento y aplicación del Código de Sucedáneos de la leche materna y el Decreto 1397 de 1.992 en actores sociales, a través de un conjunto de acciones de educación y comunicación en grupos y organizaciones sociales y promover el establecimiento de acuerdos o compromisos con los grupos locales para la divulgación, vigilancia y cumplimiento del Código.

En el 2009, se realizó la divulgación y conocimiento del código en 19 grupos comunitarios con 318 personas. De igual manera se vincularon al proceso actores sociales para generar compromisos frente a la divulgación y vigilancia del código dentro de sus instituciones o comunidad, dentro de los actores sociales que se seleccionaron se encontraron Agentes Comunitarios en Salud, profesionales del Hospital Vista Hermosa de Salud Pública, promotores de salud del programa Salud a su Casa, representantes de las diferentes

instituciones que hacen parte del Comité de Seguridad alimentaria y nutricional y el Instituto Santa María de la cruz, el cual involucró en el proceso a docentes y padres de familia.

Uno de los mayores logros fue el posicionamiento de la normatividad en espacios institucionales en las diferentes intervenciones del área de salud pública, a través de la socialización en espacios de convergencia de profesionales tales como las reuniones de ámbito comunitario, reunión de transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Reunión Nodo de la Red Social Materna Infantil y Grupo Funcional de las estrategias AIEPI IAMI IAFI. En el nivel transectorial se participó en la reunión del Comité Local de SAN, sensibilizando frente al Código de Sucedáneos.

▼ **Promoción de prácticas favorables para la salud oral dentro de la estrategia de comunidad saludable en comedores comunitarios**

Se implementaron procesos pedagógicos para favorecer las prácticas saludables de salud oral en 5 comedores comunitarios de la localidad, de los cuales cuatro comedores se encuentran ubicados en el territorio III: Comedor Arborizadora Alta, Comedor Huertas, Fundación social Bogotá y fundación Pacto Esperanza. Durante el proceso se afianzaron los temas a través de talleres lúdicos educativos, por parte del odontólogo e higienista oral y realización de controles de placa a cada uno de los usuarios de los comedores.

Durante el proceso que se llevó a cabo en los comedores comunitarios se evidenció la receptividad de los usuarios e implementación de hábitos que contribuyeron a mejorar la salud bucal a través de la disminución de placa en ellos.

▼ **El modelo integral de promoción de salud oral**

El modelo integral de promoción de salud oral para población preescolar consiste en una serie de acciones que conceptualizan la salud oral como un proceso de construcción conjunta; el modelo se implementó en el Jardín Arborizadora Alta con 198 niños y niñas a los cuales se les reforzó el cepillado de dientes y se logró evidenciar la disminución de placa y la sensibilización al 85%.

Tabla 68 Lista de organizaciones sociales del territorio

UPZ	BARRIO	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE ORGANIZACIÓN	POBLACION OBJETO	TEMATICAS DE INTERVENCION
69	Perdomo	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS JARDIN PERDOMO	Comunitaria	Adultez	Formacion en salud ambiental
69	Huertas	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS COMEDOR HUERTAS	Comunitaria	Infancia	Formacion en salud ambiental
69	Divino Niño	FUNDACION SAN JUAN BAUTISTA	Comunitaria	Infancia	Formacion en salud ambiental
69	Tres Reyes	ASOCIACION DESPLAZADOS TRES REYES	Comunitaria	Adultez	Formacion en salud ambiental
66	San Francisco	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS INSTITUTO SAN FRANCISCO	Comunitaria	Infancia	Formación en salud ambiental
69	Perdomo	ASOMUHECOL	Comunitaria	Persona Mayor	Formación, Cultura y Productividad
66	Candelaria	ASOJUNTAS	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Desarrollo Comunitaria
66	San Francisco	ASOSEXTA	Comunitaria	Persona Mayor	Formación, Cultura y Productividad
69	Balcon de la Sierra	SEMILLAS DE ANGELES	Comunitaria	Infancia Juventud	Apoyo y orientación a niños y niñas con discapacidad múltiple.
69	Caracoli	FEVIDI	Comunitaria	Infancia Juventud	Paz y vida para el niño con discapacidad, porque todos tenemos derecho a soñar.
66	La Acacia	ASOCIACION PASOS MULTIPLES	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Orientación a las familias de personas sordociegas y con discapacidad múltiple.
69	Caracoli	SANTA MARIA DE LOS ROBLES	Comunitaria	Infancia Juventud	Atención a las familias con miembros diversamente hábiles.
69	Perdomo Alto	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS MARMATOS	Comunitaria	Infancia Juventud	Formacion en salud ambiental
66	San Francisco	PLAZA DE MERCADA TENDEROS	Comunitaria	Adultez	Tenderos. Seguridad alimentaria y nutricional
66	Juan Jose Rondon	ASOCIACION SUEÑOS DE GREGORY	Mixtas	Adultez Infancia Juventud	Seguridad alimentaria y nutricional
66	Candelaria	ASOCIACION INTEGRACION CANDELARIA	Comunitaria	Persona Mayor	Actividad Fisica
69	Quintas	QUINTAS DE LA AUTOPISTA	Comunitaria	Adultez Persona Mayor	Formación y cultura
69	Caracoli	AFRODES - ABCUN	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnica, interculturalidad
65	Arborizadora Baja	CABILDO INGA	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnica, interculturalidad
		CABILDO AMBIKA PIJAO	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnica, interculturalidad
66	Candelaria	ORMUAFRO	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnica, interculturalidad
69	Galicia	FUNDARTECP	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnica, interculturalidad
69	Caracoli	PALMA NEGRA	Comunitaria	Juventud	Etnica, interculturalidad. Promocion de danzas típicas
		COMUNIDAD INDIGENA CAMENTZA	Comunitaria	Todo el ciclo vital	Etnica, interculturalidad
66	Juan Jose Rondon	FUNDACION PACTO ESPERANZA	Mixtas	Infancia Juventud Adultez	Prevencion de la violencia intrafamiliar, asesoría psicologica y prevencion del maltrato infantil
69	Caracoli	ACJ	Mixtas	Jovenes Adultez	Formación, prevención de sustancias psicoactivas, fortalecimiento organizacional
69	Santo Domingo	ACJ	Mixtas	Jovenes Adultez	Formación, prevención de sustancias psicoactivas, fortalecimiento organizacional
66	Candelaria	FUNDACION MANOS LABORIOSAS	Comunitaria	Adultez	Discapacidad
69	Caracoli	COMEDOR COMUNITARIO CARACOLI	Mixtas	Infancia	Seguridad alimentaria y nutricional
69	Madelena	EDAD DE ORO	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y vejez
66	Candelaria	CANITAS SABIAS	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y vejez
65	Arborizadora Baja	QUINCEAÑERAS	Comunitaria	Persona Mayor	Envejecimiento y vejez
65	Arborizadora Baja	ASOCIACION LIDERES EN MARCHA	Comunitaria	Jovenes Adultez	Formacion, productividad para personas con discapacidad
69	Perdomo Alto	CORPORACIÓN COMUNITARIA CUYECA A OBSUN	Comunitaria	Juventud	Promoción de derechos de niños y niñas
66	Candelaria	FUNDACION TEATRAL LAZARO SILVA FUTELASIL	Comunitaria	Juventud	Formacion de artes escenicas
66	Alto de la Cruz	COMEDOR ALTO DE LA CRUZ	Mixtas	Infancia Adultez	Seguridad alimentaria y nutricional
69	Casa Loma	HOBI CASA LOMA	Mixtas	Infancia Adultez	Madres cuidadoras
69	Caracoli	MONITORES AMBIENTALES ECOLOGICOS JARDIN CARACOLITOS	Comunitaria	Infancia	Formacion en salud ambiental

Fuente: Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

▼ Instituciones prestadoras de salud en el territorio

En el territorio 3 el Hospital fue habilitado en el mes de Abril de 2010 por la Secretaria Distrital de Salud a través del registro especial de prestadores de servicios de salud a 8 de sus IPS; teniendo la claridad que se habilitó adicionalmente a uno de las CAMIs, como *Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.- Centro de Atención*

Primaria en Salud Manuela Beltrán y a una de las UPAs, como Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.- Centro de Atención Primaria en Salud Candelaria destinado a realizar acciones de promoción y prevención. En el siguiente cuadro se enlistan las IPS públicas pertenecientes a este territorio.

**Tabla 69 Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – IPS
Territorio**

Fuente: Planeación y Sistemas Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – 2009 y SUH -
Abril 2010

*Otros: Terapeuta Sicosocial, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social,
Instrumentadora, Bacteriólogo, Fonoaudiólogo, Técnico de Radiología.

Las 8 IPS de este territorio cuentan con un recurso humano idóneo e interdisciplinario, como se observa en el cuadro anterior. Este territorio cuenta con horarios diurnos de atención en las UPAs (Unidades Primarias de Atención) y 12 horas en el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. - Centro de Atención Primaria en Salud Candelaria, igualmente la prestación para atención médica inmediata (Urgencias) se presta en el CAMI y en la UPA Candelaria LA Nueva, 24 horas al día.

Las barreras arquitectónicas para la atención de la población con discapacidad se continúan presentando en las IPS de este territorio a pesar de las adecuaciones realizadas, dado que el diseño arquitectónico con que fueron construidas hace mas de 25 años no contemplaban estructuras que facilitaran el acceso a este grupo de población.

Dentro de estas instituciones se prestan 74 servicios, siendo 69 de complejidad baja, los cuales se encuentran en consulta externa, hospitalización, urgencias, actividades de promoción y prevención, apoyos diagnósticos (toma de muestras de laboratorio, toma de citología cervicouterina, toma de rayos X

odontológica, optometría); Igualmente se tienen 5 servicios de complejidad media entre ellos gineco-obstetricia, ultrasonido y sala de reanimación.

En este territorio se cuenta con los subsistemas de vigilancia epidemiológica, a excepción de hemovigilancia, es de aclarar que el de Infecciones intrahospitalarias solo se encuentra en el CAMI y en la UPA con atención las 24 horas

En este territorio hay 16 equipos de salud a su casa, con un total de 32 auxiliares de enfermería, salud pública y/o promotores de salud, con destinación de tiempo completo (8 horas) al día; con respecto a los profesionales de enfermería destinados a los equipos, se cuentan con 9 horas semanales por cada equipo, al igual que los profesionales de medicina.

▼ Intervenciones colectivas

Las intervenciones colectivas están sujetas a la asignación del presupuesto de la Secretaria Distrital de Salud, se tienen que ajustar independiente a las realidades sociales.

► Intervención en etapa de infancia

Las intervenciones de la ESE están dirigidas a la promoción de hábitos saludables de niños y niñas, así como a la identificación y seguimiento de casos de violencias. Las acciones con la infancia se manejan desde y con sus redes sociales primarias (La familia y la escuela), sin embargo, los análisis sobre las condiciones de este grupo poblacional y las respuestas se continúan diseñando desde la mirada y las percepciones de la adultez.

► Intervención por etapa de juventud

Existe un fuerte trabajo con organizaciones juveniles, reconociendo los intereses particulares de cada una de ellas, y avanzando en la articulación con la variada presencia institucional que existe en este territorio. De igual forma, se trabaja en la identificación de señales de alarma en salud mental con jóvenes escolarizados y desde un abordaje con enfoque familiar. De igual forma, se ha iniciado el proceso de incluir este grupo poblacional en acciones de promoción de hábitos saludables.

El tema de presencia de grupos armados legales e ilegales en el territorio que buscan el reclutamiento de jóvenes dificulta las posibilidades de generar procesos desde las propuestas de intervención del PIC.

▶ Intervenciones por etapa adultez

Se concentra en este territorio el acompañamiento y asesoría a las unidades de trabajo informal, así como la formación de líderes y lideresas de organizaciones desplazadas, grupos étnicos, madres comunitarias, JAC, cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad y comedores comunitarios.

Es necesario fortalecer acciones que promuevan el reconocimiento y auto reconocimiento de la adultez como sujetos de derechos.

▶ Intervenciones por etapa de vejez

Existe una amplia presencia de organizaciones de persona mayor con las cuales se ha hecho un fuerte ejercicio de sensibilización para la formulación de la política pública de esta población. En este sentido, las acciones del PIC han buscado incluir fundamentalmente desde la familia y las redes de apoyo barrial, una mirada de la vejez con dignidad, sin embargo, se hace necesario fortalecer otros procesos fundamentales como la participación política cualificada y la productividad.

▼ Planes de entorno

Los planes se evalúan con base a los ejes de la política pública de participación social en salud y servicio ciudadano, estos ejes son: fortalecimiento del reconocimiento, de lo institucional, de la organización social para la autonomía, articulación y fortalecimiento de la gestión social de la ciudadanía activa en salud.

Con base a estos se desarrolla la evaluación de los 20 grupos por territorios de los cuales 16 cumplen las cuatro primeras líneas de la política de participación en este sector, la participación se ha destacado porque los líderes han empezado a generar alianzas entre ellos que les permitan materializar las iniciativas de trabajo y por ende el abordaje de las problemáticas identificadas, sin embargo ha sido necesario en estos sectores contar con un acompañamiento externo e institucional que impulse y promueva cambios. Y en 3 núcleos de gestión existen dificultades orientadas mas a episodios de inseguridad que repercuten en que las comunidades tengan temor de organizarse independientemente que se toquen temas de seguridad o no.

4.5.4 Análisis de la gestión del territorio social III

Desde la conformación del territorio las relaciones sociales se ven alteradas por las diferencias étnicas, y culturales de las personas que procedente diferentes lugares del país, ocasionada por el desplazamiento forzado en grupos familiares o voluntariamente, estas familias se ubican en las faldas de la montaña, ya sea por la organización de sus comunidades y por la facilidad de acceder a un territorio para la vivienda y que como consecuencia se presenta el respectivo deterioro ambiental, sin desconocer la dificultad de las relaciones humanas determinadas por las diferencias culturales, bajo nivel educativo, dificultad de adaptación a una ciudad con un desarrollo diferente al de su lugar de origen.

El área plana cuenta con barrios de invasión consolidada de mayor antigüedad frente a las recientes urbanizaciones que determinan unas condiciones de calidad de vida diferente a las iniciales.

Los ámbitos realizan intervenciones de acuerdo al lineamiento Distrital, sin tener en cuenta la integralidad de las etapas de ciclo que se pueden encontrar en una intervención, entre estos no se coordinan entre sí, existe una desarticulación entre lo asistencial, en este caso la UPA y las intervenciones del PIC, las intervenciones no dan respuesta a la realidad del territorio y a las necesidades sentidas por la comunidad; los planes de entorno son ambientales y se construyen en conjunto con la comunidad.

Todas las intervenciones presentan lineamientos que dividen la intervención que en ocasiones se convierten en una misma con diferentes profesionales frente al mismo evento porque está contemplado en el lineamiento que lo solicita, o que en algún momento limita ampliar la intervención, dejando inconcluso un proceso iniciado, se desconoce la autonomía de la intervención de los que trabajan y viven el territorio. Por que se planean desde un espacio administrativo tratando de estandarizar una respuesta con carácter Distrital.

A continuación se describe el análisis de las intervenciones por etapa de ciclo y no por ámbitos en los territorios porque desde gestión local en salud de la S.D.S. no han enviado la propuesta metodológica.

Infancia: No se realiza actividad física, se espera que esté contemplada en el ámbito escolar y que quede sujeta a los menores escolarizados, no se realiza una intervención directa desde desplazados; sin embargo, con los padres y cuidadores participantes en los espacios de fortalecimiento, se abordan temáticas con el fin de prevenir y promover acciones de cuidado y protección para la infancia, para que estos se constituyan en multiplicadores de esta información en sus núcleos familiares, como existe una marcada violencia familiar la intervención de SIVIM es corta frente a la necesidad de aportar herramientas para que la familia cambie frente a las prácticas inadecuadas en la crianza de los hijos, se interviene de forma independiente de acuerdo a los lineamientos establecidos, impidiendo ver la integralidad de la atención para el menor, frente al trabajo infantil la sola sensibilización al grupo familiar no es la mejor, porque la mala situación socioeconómica, las creencias tradicionales de la familia impide cambiar la forma de organizarse para la producción económica.

Juventud: La intervención de promoción de la actividad física del ámbito escolar realiza intervención en algunos colegios distritales del territorio, pero no se tiene acercamiento con toda la población institucional, se debe fortalecer las acciones para fortalecer el autoconocimiento no solo como actores sociales, sino como sujetos con autonomía, para la toma de decisiones con derechos y deberes que genere la corresponsabilidad social, No existe una preparación de los trabajadores en salud para atender a los y las jóvenes con enfoque diferencial.

Adulthood: No existe una preparación de los trabajadores en salud para atender a las y los adultos con enfoque diferencial, se deben fortalecer las acciones para el autoconocimiento no solo como actores que brindan el sustento y mantenimiento de la familia, sino que se deben fortalecer los proyectos de vida, sin desconocer sus derechos y sus deberes con la respectiva corresponsabilidad social.

Vejez: No existe una preparación de los trabajadores en salud para atender a las y los viejos con enfoque diferencial, en este territorio la vejez se caracteriza por que se presentan unos determinantes de seguridad social que marcan la diferencia de calidad de vida, los pensionados y los que nunca accedieron a estos

derechos y se ven sujetos a depender económicamente de sus grupos familiares o a trabajos informales que incrementan el daño por la ausencia de protección laboral. Los servicios de salud son una dificultad por los desplazamientos ya sea dentro de la localidad o fuera de esta por los servicios de especialización a los que por su deterioro físico tienen que acceder.

No se pueden realizar intervenciones por etapa en este territorio por la alta población y su gran movilidad de las familias, que duran entre 3 meses a un año, se debe fortalecer los grupos familiares y demás redes sociales de apoyo por las mismas condiciones geográficas de desplazamiento y porque facilita la integración, formación del grupo intergeneracional de la familia; se debe continuar con las intervenciones que son específicas en transversalidades y proyectos de autonomía según el grupo familiar y el contexto social.

Se debe consolidar un plan de acción intersectorialmente, no deben existir lineamientos distritales para las intervenciones en los territorios sociales, se deben generar indicadores que den razón a los objetivos del milenio y al cumplimiento del plan de desarrollo actual.

4.5.5 Territorio social IV

Se refiere a la oferta institucional por territorio social desde el sector salud, y las organizaciones comunitarias, a la descripción de las intervenciones del plan de intervenciones colectivas, y a los escenarios de participación por núcleos de gestión comunitaria.

4.5.6 Atención en emergencias

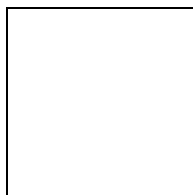
Se ordenó en Octubre del año 2009 la suspensión del suministro de agua al acueducto Asoporquera de la vereda Mochuelo alto por la identificación de mercurio. Se tomaron medidas de contingencia durante la emergencia en coordinación con las entidades pertenecientes al CLE para garantizar el suministro de agua. Después del seguimiento y las acciones tomadas desde el hospital se reabrió el acueducto al verificar mediante análisis que no había presencia de este metal. Sin embargo, esta situación generó una serie de acciones de vigilancia y control en el acueducto por parte del hospital después de la emergencia.

Las capacitaciones en este territorio fueron 2 en plan industrial de emergencias a ladrilleras del parque minero industrial del Mochuelo.

4.5.7 Análisis de Redes Sociales

Ámbito comunitario inicia sus actividades a partir del 2010 a través de la formación de monitores ambientales comunitarios, actividad que no se realizaba en años anteriores. Las intervenciones del Hospital en etnias, desplazados, redes juveniles, comedores comunitarios no hacen presencia en este territorio por altos costos en la intervención que no son contempladas desde la Secretaria Distrital de Salud y por la baja cobertura del área que obliga a que el hospital tenga que recurrir a áreas de mayor concentración.

Tabla 70 Lista de organizaciones sociales en territorio social IV

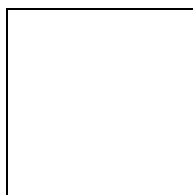
An empty rectangular box with a black border, intended for the content of Table 70.

Fuente: Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.

▼ Instituciones prestadoras de salud en el territorio

La Secretaria Distrital de Salud habilitó por el registro especial de prestadores de servicios de salud y por el sistema único de habilitación Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. - UPA Pasquilla, a continuación se registra las características de la institución:

Tabla 71 Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. – UPA Pasquilla

An empty rectangular box with a black border, intended for the content of Table 71.

Fuente: Hospital Vista Hermosa. 2009

El recurso humano es compartido con el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. - UPA Mochuelo, por lo tanto la prestación de los servicios se programan dos días a la semana, decisión tomada posterior a un seguimiento del número de consultas en un periodo del 2003 y 2004, que se mantuvo abierto todos los días sin variación en el incremento de la cobertura. Como estrategia para mejorar la oportunidad se apoya con el médico de 24 horas que se encuentra en la IPS del territorio social I en las emergencias que se puedan presentar en el área de influencia a fin de remitir según criterio médico a otras instituciones.

La institución presta 11 servicios de baja complejidad en consulta externa, actividades de promoción y prevención, toma de muestras de laboratorio, toma de citología Cerviño uterina, toma de rayos X odontológica, cuenta con subsistemas de vigilancia, a excepción de infección intrahospitalaria y hemovigilancia.

Las formas de contratación con las administradoras de salud dependen de la voluntad y conciliación con cada empresa; para el año 2009 con el régimen subsidiado era por capitación (es decir cubre todos los servicios de baja complejidad del plan obligatorio de salud) y para la población vinculada (o sea que se encuentra en transición de afiliación dentro del sistema general de seguridad social) era directamente

financiada por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFD). En esta zona se presenta mayor consulta con Usme porque es más fácil de acceder por que existe un colectivo público y vías de acceso a las IPS de esta localidad, en especial las veredas de las Mercedes, Santa Bárbara, Santa Rosa y Santa Rosita.

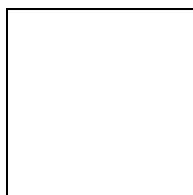
El régimen contributivo no contrata con la E.S.E., lo cual dificulta la prestación de servicios a los y las personas que tienen este tipo de afiliación; impidiendo la cobertura total del área de influencia del territorio social. Sigue siendo la entidad pública la que presta los servicios de salud y las privadas no han presentado el interés de cubrir esta área, probablemente por la distribución de población y ubicación geográfica.

Esta UPA cuenta con un equipo de salud a su casa con un total de 2 auxiliares de enfermería con tiempo completo, un profesional de enfermería y de medicina con 36 horas al mes, se tiene una cobertura de 330 familias, estas familias no son el total de las abordadas por el programa en esta zona, puesto que existen otros equipos que lo complementan por las dificultades de acceso topográfico y de extensión del territorio.

▼ Plan de intervenciones colectivas

Las intervenciones de salud pública están sujetas a los presupuestos asignados desde nivel de la Secretaria Distrital de Salud y no marcan la diferencia entre lo urbano y rural, se debe crear una estrategia que involucre al grupo familiar, por veredas y que no obedezca al volumen sino a la calidad de la intervención; a continuación se describe la intervención por etapa de ciclo:

Tabla 72 Intervenciones en infancia

An empty rectangular box with a black border, intended for the content of Table 72.

Fuente: Plan de intervenciones colectivas 2010 Hospital Vista Hermosa

Infancia: Teniendo en cuenta las características rurales del territorio, las acciones del plan de intervenciones colectivas están encaminadas a la protección del ambiente y a potenciar sus características. Desafortunadamente, las intervenciones están diseñadas para las necesidades urbanas y es necesario avanzar en propuestas acordes con las potencialidades y condiciones rurales. Actualmente, se trabaja en la promoción de hábitos saludables con la infancia escolarizada, en donde se encuentra que la mayoría de niños y niñas provienen de las zonas urbanas, se realiza énfasis en la estrategia atención en prevención de enfermedades prevalentes.

Juventud: El trabajo se concentra en las acciones de identificación de alertas en salud mental y demás intervenciones del ámbito escolar, pero no existe una aproximación a jóvenes no institucionalizados, generando un desconocimiento de las necesidades y potencialidades de las y los jóvenes campesinos.

Aduldez: Las acciones están encaminadas al fortalecimiento de la participación de la adultez en temáticas ambientales. Es necesario incluir otro tipo de necesidades fundamentales, como el acompañamiento y

asesoría de prácticas saludables en actividades productivas propias del territorio, así como la prevención y promoción de hábitos saludables, entre otros.

Vejez: Las acciones dirigidas a este grupo poblacional en este territorio son mínimas y se reducen al fortalecimiento de la participación de la vejez en temáticas ambientales. Es necesario pensar en metodologías de abordaje propias de la ruralidad que faciliten la promoción del envejecimiento activo y una vejez digna.

4.5.8 Análisis de la gestión del territorio IV

Desde la conformación del territorio, las relaciones sociales se fortalecen, son grupos de familias que comparten una vereda, son los adultos y los de vejez que más se apropian del territorio, los jóvenes ven su construcción del futuro en lo urbano, no existe una preparación continua ni un programa académico ni proyectos que faciliten el desarrollo económico de lo agropecuario, los habitantes son defensores de su área rural y ven como amenaza la expansión del relleno y la explotación minera como un deterioro del recurso minero con gran afectación al ecosistema si no existe un plan de manejo ambiental adecuado para control del daño.

Los acueductos veredales que son dados en concesión a las organizaciones comunitarias para uso mixto no es apto para el consumo del agua para las familias, esto dificulta la labor de vigilancia del Hospital de I Nivel, por que las comunidades siempre resultan con incertidumbre por la posible afectación a la salud, además que por estar administrados por la comunidad es difícil las medidas correctivas en la infraestructura de estos.

Todas las intervenciones presentan lineamientos que dividen la intervención que en ocasiones se convierte en una misma con diferentes profesionales frente al mismo evento, porque está contemplado en el lineamiento que lo solicita, o que en algún momento limita ampliar la intervención dejando inconcluso un proceso iniciado, se desconoce la autonomía de la intervención de los que trabajan y viven el territorio, por que se planean desde un espacio administrativo tratando de estandarizar una respuesta con carácter Distrital.

No se puede seguir exigiendo una intervención del territorio igual en lo urbano y en lo rural, no se puede seguir dividiendo las intervenciones por etapa de ciclo sin el contexto de familia y organización social en especial para el área rural, se debe propender por una producción más limpia, por un consumo que favorezca la seguridad alimentaria de los que habitan el territorio, por una autonomía y capacidad de desarrollo agropecuario para la soberanía alimentaría tanto en lo local como con proyecciones al contexto Distrital, en conclusión se deben coordinar intervenciones con otros actores sociales que tienen su misión en el área rural.

El sector salud se encuentra organizado a partir de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, en donde se hace un reconocimiento de los principios de autonomía, igualdad, universalidad e integralidad para la población del distrito capital.

Las políticas de salud han tratado de evolucionar de las acciones asistenciales (centrado en el tratamiento de las enfermedades), hacia las intervenciones colectivas y de gestión tanto a nivel local como distrital, con un

gran esfuerzo multidisciplinario y transectorial. Estas acciones están basadas en la identificación de condiciones deteriorantes, a nivel socio–económico y ambiental, en donde se encuentran diferencias de acuerdo con la etapa de la vida en la que se encuentran los sujetos y sujetas, así como por las condiciones de género, orientación sexual, etnia y posición social. Así mismo, se toma como elemento de análisis las particularidades que nos brindan los diferentes territorios sociales.

En este sentido, las acciones en salud se entienden como ejercicios que implican una identificación y articulación con otros actores, para afectar los determinantes sociales que repercuten en la calidad de vida y la salud de las personas, asumiendo que los sujetos y sujetas son actores dinámicos y participes de sus propios cambios.

La articulación transectorial, redundante en la identificación de problemáticas comunes y en un dialogo social para realizar intervenciones eficaces de acuerdo con las realidades territoriales. Para ello, se construyen agendas sociales, que hasta el momento no han logrado sobrepasar los escenarios institucionales.

La organización de una agenda social por territorio facilita los procesos de involucramiento y compromiso de los diferentes actores en acciones puntuales, así como la elaboración de indicadores que posibiliten el seguimiento y evaluación de las propuestas.

La estrategia de promoción y calidad de vida cuenta con unos ejes orientadores de derecho a la vida, a la asistencia sanitaria, al bienestar y a la participación, centrados en el Estado dentro de un marco jurídico (Objetivos del milenio, Sistema general de seguridad social, Plan Nacional de salud de salud pública, Plan de desarrollo Distrital, Plan de desarrollo local, Políticas de salud) y deben ser los pilares para la construcción y posicionamiento de las agendas sociales en cada uno de los territorios sociales.

Por la importancia que representa la estrategia de promoción de calidad y vida en la construcción de la respuesta social organizada, a continuación se conceptualiza cada término que la compone:

Estrategia: por que se refiere a un conjunto de actividades que aseguran una intervención.

Promoción: porque es un proceso que busca la equidad, asegurar las políticas por lo que requiere un trabajo transectorial y siempre con el apoyo y desarrollo de la participación social y comunitaria para ejercer la autonomía y los procesos de construcción colectiva.

La calidad de vida: 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 (OMS). Sin embargo este entorno puede estar determinado tanto por la satisfacción de necesidades como por la vivienda, el trabajo, el consumo, la educación y la seguridad social.

El proceso de la gestión social integral es una estrategia de diseño de la respuesta transectorial en la que cada palabra define una intervención como es la de gestión que se define hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera. En lo social entendida como la agrupación natural o pactada de personas, que constituyen una unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida y en lo Integral dicho de cada una de las partes de un todo.

Como se puede observar, las dos estrategias forman parte de una categoría que obedece a una organización político – administrativa, en donde, como ya se mencionó, se identifican una serie de determinantes sociales que afectan las condiciones de calidad de vida y salud; estos determinantes obedecen a unos dominios específicos, entre los que se les ha denominado como de dominio general o estructural y este se somete a la estructura política, desarrollo económico demográfico, el dominio particular o intermedio se refiere a las oportunidades de empleo, acceso a los servicios de educación, recreación, empleo, vivienda y el dominio singular describe a las características propias del sector salud, genotipo y fenotipo.

Partiendo de la identificación de estos dominios, el sector salud plantea unos principios básicos para poder organizar las respuestas, reconociendo que las Empresas Sociales del Estado interactúan en el territorio, además de leer, acercarse y analizar la realidad social. Por ende son ellas las responsables de implementar las respuestas de:

- Realizar el análisis de la situación en salud por localidad y por territorio social.
- Contando con autonomía, organizar los servicios de salud tanto en lo asistencial como en la intervención colectiva en cada territorio social.
- Participar en los procesos de planeación en lo institucional y en el contexto local por territorio social brindando la garantía para el logro de los objetivos del milenio.
- Promover que los esfuerzos interinstitucionales y comunitarios estén dirigidos a impactar positivamente los determinantes de la salud.
- Evaluar la funcionalidad de salud pública en el contexto local y por territorio social de acuerdo a los objetivos y a los planes de desarrollo social.

En la localidad de Ciudad Bolívar, el análisis de la situación en salud parte de un contexto general de la población y del territorio integrado con las formas de producción y consumo; el análisis de la situación en salud se realiza por territorios sociales a partir de narrativas que confluyen en el desarrollo de unos núcleos problematizadores y la definición de temas generadores que facilitan la categorización de la respuesta.

El conocimiento de la localidad en cuanto a territorio, dinámica poblacional, productividad, consumo, conflictos sociales, ambientales étnicos, políticos y religiosos requieren que el plan de intervenciones colectivas para el 2011 sea ejecutado por la ESE de la localidad, se dificulta el proceso cuando las acciones son contratadas por otras localidades o con directrices dadas desde el desconocimiento de las realidades territoriales.

La propuesta de las intervenciones es producto de los análisis por territorio social y de la consolidación del núcleo problemático por territorio social, de la descripción de los derechos afectados, sin desconocer los procesos que la antecedan. El núcleo problemático presenta características específicas, según el escenario donde se describe, y define posibles núcleos problemáticos que se convierten en una potencialidad para generar la intervención.

El documento que consolida la interpretación de la realidad social se construyó con 8 actores sociales que hacen presencia en el contexto local, conformándose grupos de trabajo por territorio social, estos grupos

definieron una problemática común, las potencialidades del territorio, los derechos afectados y la propuesta de acciones conjuntas. (Marzo 2010)

Este trabajo construido colectivamente se convierte en el documento base de planeación para los entes que hacen presencia en la localidad, siendo un elemento para la agenda local social; se parte del núcleo problemático por territorio social y el sector salud a través de un trabajo de equipo con los componentes, ámbitos y transversalidades realiza la redacción de los núcleos problemáticos por territorio social y la propuesta con bases a los fundamentos de la salud pública.

La propuesta incluye que se debe continuar con las siguientes intervenciones del PIC: Vigilancia ambiental y sanitaria, Gestión social en salud, las intervenciones en proyectos de autonomía porque son de competencia del sector salud y contribuye a los planes y políticas en salud y porque son de su competencia.

El desarrollo de las actividades se debe realizar a través de los espacios donde se desenvuelve la vida cotidiana de sujetos y sujetas (familia, escuela, comunidad, actividades laborales y de consulta en salud) inmersos en los contextos de territorios sociales, lo que obliga a las intervenciones de acuerdo a las características del territorio, a realizar los análisis de las situaciones acorde con un enfoque poblacional, desde las etapas de ciclo vital, y un enfoque diferencial (género, orientaciones sexuales, discapacidad, etnias, desplazados), para responder de una manera integral.

Con la descripción anterior, el Hospital de I Nivel propone para el PIC 2011 en lo local, la organización de las intervenciones de acuerdo a los núcleos problemáticos planteados localmente con los respectivos temas generadores, sin desconocer la competencia que le corresponde a salud.

Se parte de que el territorio y los habitantes que lo ocupan son los protagonistas para la intervención transectorial, la construcción de planes de acción con la respectiva intervención de acuerdo a las competencias de actor social.

Un componente que articule las acciones poblacionales con enfoque diferencial por: etnia, desplazamiento, discapacidad y género, en donde se promueva un diálogo intercultural.

Un componente que integre las intervenciones en las oportunidades para el desarrollo de potencialidades para la vida como son el trabajo, la seguridad alimentaria y nutricional, la escuela, las redes sociales (organizaciones sociales, familia) sin desconocer la interacción con el ambiente.

Un componente de promoción de hábitos saludables, en donde se involucren los proyectos de desarrollo de autonomía (Salud sexual y reproductiva, Salud Mental, Salud oral, Crónicas y transmisibles) además de acciones de promoción de la actividad física, que contemplen una mirada de promoción y prevención desde las primeras etapas de la vida.

En cada territorio, viajan los ámbitos de vida cotidiana como la forma de organizar la respuesta para la población. El ámbito se define como el entorno, espacio o lugar donde se desarrolla el ser humano independiente de la etapa de ciclo de vida (familiar, comunitario, laboral, escolar), sin desconocer que estas etapas de ciclo están inmersas en estos escenarios. Este espacio es el dinamizador permanente de la lectura de la realidad y es a través de este como se opera la respuesta por territorios sociales.

Si bien se reconocen los escenarios en donde se desarrollan los sujetos, la respuesta se plantea en términos de afectar a un colectivo y su contexto, para que provoque las transformaciones a las determinaciones sociales, para ello se propone trabajar desde la afectación a las redes sociales que hacen presencia en cada territorio social.

Las redes sociales se tejen al interior de las interacciones humanas, ya sea a nivel individual, grupal o institucional, dándole un orden a las relaciones sociales, de esta manera se pueden entender como: *“estructuras sociales compuestas por personas (organizaciones, o entidades), las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes, intercambios económicos, relaciones sexuales, creencias y/o conocimiento⁸²”*.

De esta manera se encuentra que las redes sociales, la familia, los vecinos, los amigos, las juntas de acción comunal, y todas las organizaciones, capaces de aportar una ayuda y un apoyo, tan reales como duraderos a un individuo o un colectivo.

Con relación a la mirada territorial se puede decir que la población de la localidad cuenta con una red social secundaria, definida como: *“conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital, juzgado, etc.), que se reconocen socialmente como propias⁸³”*.

De esta manera, el concepto de “familia” que se retoma en este documento, sobrepasa la simple mirada positivista de la filiación, el parentesco, el matrimonio y la unión de una pareja y el producto de esta (hombre – mujer)⁸⁴, sino que se complejiza en asumir la familia como una institución social determinada por condiciones sociales, económicas, políticas, históricas y culturales.

Retomando la definición establecida por el Instituto Interamericano del Niño, podemos decir que la familia puede entenderse como: *“un sistema en el que confluyen un conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo, organizadas en roles y con vínculos sanguíneos o no, con un modelo económico y social comunes, y con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan⁸⁵”*

Es así como estos lazos afectivos que se instauran en la familia solo pueden estar mediados por las relaciones intergeneracionales que se den en ella. Ya no solo hablando de la relación padres – hijos, o pareja, sino de cada uno de los miembros que confluyen en un núcleo familiar, en donde la edad, las transformaciones políticas de la época, los adelantos tecnológicos y los efectos de la globalización, marcarán rupturas de pensamiento y perspectivas en cada uno de los sujetos que interactúan en ella.

El intercambio generacional no puede ser visto como un momento en el que se encuentran jóvenes y mayores, sino que se convierte en todo un proceso de diálogo y convivencia permanente, para que la vida de individuos y colectivos se haga más tolerable.

⁸² DI CARLO, Enrique y equipo. La perspectiva de redes naturales. Un modelo de trabajo para el servicio social, editorial Lumen Humanitas. Pág. 4. 2000.

⁸³ *Ibíd.* Di CARLO.

⁸⁴ Para ampliar, este concepto de familia se debe revisar los postulados teóricos de Durkheim. SEGALEN. Martine. Antropología Histórica de la Familia. Taurus. Ediciones.1992

⁸⁵ MARMOLEJO, Maria de los Dolores. Instituto Interamericano del Niño, la Nina y la adolescencia. Organización de los Estados Americanos. Montevideo. Uruguay.

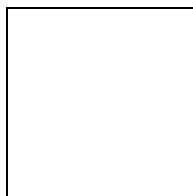
Si bien la adultez es la encargada de sostener la familia, de propiciar las pautas de crianza y de cuidar de los miembros que la componen, ejerce además un rol de poder, determinando la manera como se dan las prácticas de intercambio intergeneracional al interior de la familia. Entran a jugar entonces dos situaciones complejas, la mirada sobre el envejecimiento y la solidaridad intergeneracional.

El envejecimiento, desde el entendido de que todos envejecemos cada día, lo que implica transformaciones biológicas y psicológicas constantes. Pero además, entrar a propiciar actividades en donde las diversas generaciones puedan entrar en un dialogo y ayuda entre sí, para evitar roces entre los miembros de la vida familiar. Podemos decir entonces que el intercambio intergeneracional puede entenderse como todas aquellas relaciones, ya sean de conflicto, cooperación o consenso, en las que se ven implicadas dos o más generaciones.

Una vida familiar estable, mediada por adecuadas relaciones intergeneracionales, puede contribuir a mejorar las prácticas saludables de sus miembros y asegurar una vejez plena. De igual forma, presentar mejores niveles de productividad y desarrollo de habilidades para relacionarse con personas ajenas a su núcleo familiar.

Existe un espacio donde se concentra el análisis de la información para toma de decisiones por territorio, recolección y procesos de planeación local e institucional de cada actor social, se debe replantear la vigilancia en salud con participación comunitaria. A continuación se representan gráficamente por territorio social los núcleos problemáticos redactados desde el sector salud, en que se reflejan las diferencias por territorio social.

Mapa 44 Núcleos problemáticos por territorio social desde el sector salud



Fuente: Unidades de análisis de Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E.

Todos los territorios sociales presentan una dinámica diferente y por lo tanto una problemática propia que afecta unos determinantes sociales y que deben obedecer a una intervención diferencial. En el siguiente cuadro se condensa la afectación de los determinantes por territorio social.

En cada uno de los cuadros se presentan los núcleos problemáticos que afectan cada territorio, estableciendo los dominios general, particular y singular, dejando ver que las problemáticas sociales corresponden a dinámicas estructurales políticas, económicas y culturales que afectan a individuos y colectividades de manera diferencial.

Es pertinente mencionar que la amplia normatividad existente no posibilita la articulación adecuada de las instituciones de orden nacional, distrital y local, para dar respuesta a lo encontrado en el territorio. A

continuación se describe a partir del núcleo problemático, los derechos afectados y la contextualización de cómo se expresan estos núcleos en el territorio.

4.5.9 TERRITORIO SOCIAL I

De acuerdo a la metodología planteada se realiza el ejercicio de identificación y redacción de núcleos problemáticos por territorio social con el fin de facilitar la construcción de respuestas integrales y evitando caer en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar verdaderamente la realidad de sus habitantes. A continuación se mapea el territorio, su núcleo problemático y la afectación por etapa de ciclo:

Gráfica 20 Núcleo problemático del territorio social I y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta



Fuente: Unidades de análisis de Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. año 2010

Este territorio presenta una potencialidad para el desarrollo urbano por la presencia del parque minero industrial, que incentiva la actividad económica y el desarrollo urbano Distrital, ubica el territorio como un centro de desarrollo para la actividad económica en lo local. Los derechos humanos afectados son: a la vida, a la salud, a un desarrollo económico, a una política ambiental y a servicios de protección ambiental.

Existe un espacio de planeación transectorial y de participación comunitaria el cual se debe continuar dentro del contexto ambiental por ser su principal problema en territorio, el lineamiento existente no permite la participación plena del ámbito comunitario.

El relleno genera la fuente de empleo para los habitantes de Mochuelo, es un centro que contribuye a las condiciones higiénicas de manejo de residuos para el Distrito, lo que lo convierte en un eje de toma de decisiones de políticas de manejo de residuos tanto Nacional, Distrital e internacionalmente, la problemática del relleno no es local, es un contexto Distrital.

El ambiente es transversal a todas las etapas de ciclo con algunas especificaciones por grupo de edad; se debe dar un proceso de intervención diferente al de brindar lugares de exposición grupal y de no facilitar actividad física cercana al relleno por la gran carga de contaminación por gases producto de la descomposición de las basuras que se acumulan de forma técnica y además por la presencia de moscas en temporadas del año que impiden unas condiciones de bienestar dignas de las personas que habitan cerca al relleno, obligándose a otra exposición como son los piretro ideas para el control de plaga vector.

El análisis de la situación se realiza a partir del núcleo problemático, desde el marco normativo en el que para este territorio predomina la problemática ambiental en la que se describen las competencias y toda la normatividad ambiental y que sin embargo al sector salud, al cual no se le consulta para los procesos de planeación y toma de decisiones que puedan afectar a una población expuesta al riesgo para la vida de los habitantes de un territorio, las políticas se planean a partir de un interés particular y no colectivo y para ejecutarlas dependen de una asignación de recursos y de un plan de desarrollo que no siempre refleja la realidad del territorio, existe una desarticulación para organizar una respuesta.

Se debe consolidar un proceso de planeación transectorial de acuerdo a la realidad del territorio, el sector salud debe ser el ente organizador de la respuesta porque es el que conoce el riesgo y el grado de afectación para los que habitan el territorio y debe contribuir para la formulación de políticas ambientales, normas que protejan la vida y la salud en los momentos de planeación y organización en este territorio.

Como en los procesos de planeación no se le consultó al sector salud el riesgo para la vida a personas expuestas a gases producto de la descomposición de las basuras, presencia y que por presión comunitaria se legalizan barrios sin que hasta la fecha estos obtengan servicios públicos con calidad, en especial de agua potable y ante la demora de cambiar un sistema de manejo eficiente de residuos desde la fuente como de mejorar las tecnologías en el relleno, así como de perfeccionar los planes ambientales del parque minero, el sector salud se ve obligado a fortalecer estrategias de vigilancia ambiental a través de actividades de inspección, vigilancia y control en la que a la fecha los operadores omiten manifestando que no existe recursos para modificar y mejorar los procesos, además de continuar con los monitoreos de aguas veredales en la que por 3 años consecutivos se ha demostrado que no son aptos para el consumo humano y que a la fecha las entidades distritales encargadas del manejo del agua no han podido realizar los cambios por trámites administrativos, y si las personas se ven obligadas al consumo de agua no potable con la consecuente afectación a la salud de la población expuesta, consecuencias que son a largo plazo por exposición crónica, lo que minimiza la urgencia de las intervenciones de otras autoridades ambientales.

Como consecuencia de una ausencia de control, de evaluación de riesgo es que el sector salud, termina asumiendo una carga de enfermedad que se ve reflejada en las diferentes etapas de la vida frente a una exposición de contaminación ambiental (aire, suelo, agua), por lo tanto, se desarrollan estrategias de

acuerdo a la etapa de la vida, en especial ante la exposición de gases que por literatura mundial afectan al sistema nervioso central y periférico, alteraciones sanguíneas, alteración emocional por exposición a gases permanentemente 24 horas; de ahí la importancia de la vigilancia a enfermedades crónicas y por lo tanto según la Organización Mundial de la Salud es que no debe existir habitante alguno a menos de 2 kilómetros con respecto al perímetro del relleno y que a la fecha están viviendo a menos de un kilómetro lineal, por lo tanto la recomendación es a la no exposición de personas a estos factores que alteran la vida y la salud, es necesario fortalecer redes sociales para la vida y organización social diferente a la actual por la afectación descrita y por estudios ya realizados como los del Hospital Vista Hermosa, y Universidad del Valle y otros estudios internacionales.

4.5.10 TERRITORIO SOCIAL II

De acuerdo a la metodología planteada se realiza el ejercicio de identificación y redacción de núcleos problemáticos por territorio social con el fin de facilitar la construcción de respuestas integrales y evitando caer en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar verdaderamente la realidad de sus habitantes. A continuación se mapea el territorio, su núcleo problemático y la afectación por etapa de ciclo:

Gráfica 21 Núcleo problemático del territorio social II y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta



Fuente: Unidades de análisis de Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. año 2010

Este territorio presenta una potencialidad en los jóvenes porque son los que en un futuro forjarán sociedad y familia, es un territorio que potencializa el capital humano para la ciudad y los derechos afectados son: a la vida, a la seguridad social y alimentaría, al trabajo, a la educación, al desarrollo de la libre personalidad y al trabajo; lo negativo del territorio es que el contexto de tradición de violencia social y familiar no contribuye al desarrollo humano; todos los elementos para el crecimiento personal están afectados.

Se deben fortalecer las diferentes redes sociales inmersas en el territorio que van de acuerdo a sus inquietudes y realidades, por que se deben generar estrategias que promuevan la participación desde la infancia, actualmente existen organizaciones por etapa de ciclo con acciones específicas, divididas que no son flexibles se debe compartir y convivir con las diferencias intergeneracionales y poblacionales.

El ambiente es transversal a todas las etapas de ciclo con algunas especificaciones por grupo de edad; se debe dar un mejoramiento de las condiciones higiénicas sanitarias de establecimientos como: comedores comunitarios, colegios, calidad del agua y en hogares de bienestar social.

A la fecha existen diferentes normas, códigos, decretos y políticas con enfoque diferencial y poblacional que son formuladas ante la afectación a los derechos humanos, que a su vez se han diseñado para organizar una respuesta asistencial, sin brindar herramientas por qué no facilitan una planeación conjunta con todos los actores sociales, cada uno es independiente y formula una respuesta de acuerdo a un presupuesto asignado. A la fecha el sistema general de seguridad social en salud impide la universalización de los servicios de salud por que prima el carácter de venta de servicios afectando la vida de sus usuarios.

Como sugerencia no se deben continuar construyendo políticas, porque al revisarlas todas se ajustan a los derechos humanos afectados, se continúa dividiendo y creándose competencias y rivalidades dentro de un enfoque diferencial, como sugerencia se deben fortalecer las redes sociales con un enfoque multiétnico, pluricultural que favorezcan la convivencia con la diferencia, se deben fortalecer los núcleos de gestión por territorio social, y organizarse la respuesta de la institucionalidad en el territorio. Además se debe avanzar en un análisis del territorio para organizar la respuesta social y comunitaria predominando para este territorio la promoción del buen trato, como de programas de recuperación económica, educación, actividades de cultura y recreación para disminuir expresiones de violencia.

Como existen tantas políticas, igualmente se solicitan los planes de acción, los cuales están desarticulados, por lo tanto no dan la garantía para el cumplimiento de los derechos y por mayor trámite y confusión de parte de la comunidad. Con este panorama tampoco existe un cambio en la forma de prestar servicios en especial de salud en el que el grupo familiar no tiene derecho a los servicios de atención psicológica ante la violencia intrafamiliar y social, agravado aún más a una recuperación de sustancias de consumo psicoactivas, en la que no se brinda apoyo, asesoría, ni al grupo social y familiar que pueden generar estas actitudes y prácticas; a la fecha existe por convenio con el Fondo Local y el Hospital el centro Juvenil de Vista Hermosa, el cual está sujeto a los planes de desarrollo lo que podría afectar al único programa que existe en la localidad.

El centro de enfermedad mental de la Estrella es un centro de referencia para el sur, sin que tampoco se vea beneficiada por el sistema general de seguridad social con la consecuente afectación al grupo social y familiar del enfermo mental.

Como este territorio es de mayor concentración de expresiones de violencia, se hace necesario un trabajo coordinado en especial con educación y salud, puesto que los docentes viven la violencia en el aula, no tienen las herramientas para el adecuado manejo de las diferentes expresiones de violencia, tanto del estudiante como del grupo familiar y social donde se desarrolla. Es importante resaltar la importancia de sectores como recreación, cultura y deporte que contribuirán al uso del tiempo libre y a normas de convivencia, estas últimas con apoyo de la policía con un rol de promoción y formación para los y las personas que habitan en el territorio.

A causa de las expresiones de violencia, es el sector salud el que tiene que desarrollar estrategias para la afectación a los seres que habitan el territorio social II, siendo estas a un altísimo costo para cualquier entidad prestadora de servicios de salud, ya sea por los efectos secundarios reflejados por la discapacidad a cualquier edad, por una muerte prematura por la violencia o por la atención de niños y niñas con abuso sexual y el daño emocional que queda por las actitudes y prácticas que se repiten como esquemas aprendidos por convivencia, por lo que se ve obligado a desarrollar programas de promoción y prevención del buen trato, fortalecer las redes sociales para el apoyo de la juventud a través de todos los espacios de la vida cotidiana, brindar herramientas para la movilización social y la participación comunitaria a través de cualquier intervención colectiva y lo más importante, abordar en el contexto familiar una intervención con enfoque intergeneracional para aceptar las diferencias desde su propio entorno y para aceptar la diferencia cuando se relacionen en un contexto social y comunitario.

4.5.11 TERRITORIO SOCIAL III

De acuerdo a la metodología planteada se realiza el ejercicio de identificación y redacción de núcleos problemáticos por territorio social con el fin de facilitar la construcción de respuestas integrales y evitando caer en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar verdaderamente la realidad de sus habitantes. A continuación se mapea el territorio, su núcleo problemático y la afectación por etapa de ciclo:

Gráfica 22 Núcleo problemático del territorio social III y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta



Fuente: Unidades de análisis de Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. año 2010

Este territorio presenta una potencialidad en los jóvenes porque son los que en un futuro forjarán sociedad y familia, es un territorio que potencializa, la actividad económica de producción de artículos para el consumo. Los derechos humanos afectados son: a la vida, a la salud, a la seguridad social y alimentaria, al desarrollo de la libre desarrollo de la personalidad, al trabajo, educación, recreación, deporte y cultura.

Es fundamental generar acciones que promuevan la participación social en salud diferente al COPACO y Asociación de usuarios para fortalecer otras formas de participación donde se puede generar propuestas de cambio más directa y rápida dentro del contexto de territorio y de acuerdos a sus realidades, para promover cambios que obedezca a los intereses colectivos.

El ambiente es transversal a todas las etapas de ciclo con algunas especificaciones por grupo de edad; se debe dar un mejoramiento de las condiciones higiénicas sanitarias de establecimientos como: comedores comunitarios, colegios, calidad del agua y en hogares de bienestar social.

La problemática de conflicto armado a nivel nacional afecta el desarrollo del territorio por la constante recepción de personas en condiciones de desplazamiento, que no están preparadas para el desempeño laboral en la ciudad, lo que afecta su organización como grupo familiar dentro de un contexto urbano. Existen diferentes estrategias de las entidades del estado que no alcanzan a cubrir a la población afectada, lo que genera un deterioro social y de grupo con altísima vulnerabilidad social, como ocurre en este territorio, el cual se comporta de forma diferente porque la problemática se ve reflejada en la UPZ de San Francisco y Perdomo, mientras que en la UPZ Arborizadora su desarrollo es más planeado para la organización de servicios públicos.

Es un territorio con alta movilidad social por el contexto nacional, las intervenciones deben ser establecidas con enfoque poblacional y diferencial enmarcado dentro de un desarrollo de producción. Actualmente las políticas de desarrollo económico están enmarcadas dentro de una economía neoliberal, por lo tanto no favorecen la producción a pequeña escala y los planes de acción sectoriales están desarticulados, en los que la inversión para el desarrollo social no da la garantía para el cumplimiento de los derechos de la población.

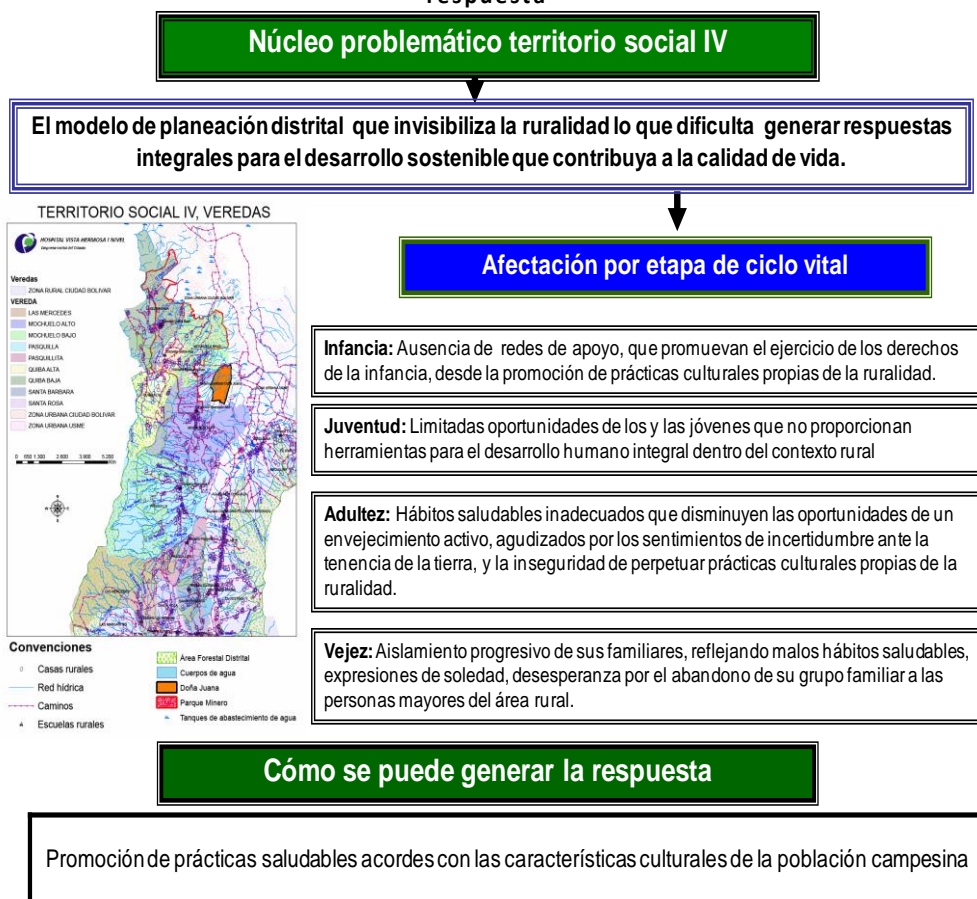
Por lo tanto se debe fortalecer las redes sociales de apoyo para el desarrollo de habilidades en el nuevo contexto urbano, fortalecer los núcleos de gestión para mejorar la articulación de las acciones de las políticas públicas en especial en desplazados y en familias étnicas, junto con otros actores sociales y por último, se debe trascender por una articulación transectorial de acuerdo a las necesidades de los individuos y no a los procesos de planeación sectorial, para lograrlo es necesario realizar el análisis de la situación del territorio para poder organizar la respuesta que facilite el desarrollo del potencial humano y empresarial.

La existencia de tantas políticas y normas no es garantía para el cumplimiento y desarrollo de los derechos humanos, se debe propender por no crear más políticas, unificar el derecho como parte fundamental de la sociedad con un enfoque pluricultural y étnico, con una intervención intergeneracional, además de brindar herramientas para la movilización social dentro de los diferentes espacios de la vida cotidiana, además de fortalecer las diferentes redes sociales que se instalan en el territorio para articular acciones sin desconocer que el sector salud debe desarrollar programas de promoción y prevención con enfoque diferencial, además de intervenciones encaminadas a las formas de organización productiva.

4.5.12 TERRITORIO SOCIAL IV

De acuerdo a la metodología planteada se realiza el ejercicio de identificación y redacción de núcleos problemáticos por territorio social con el fin de facilitar la construcción de respuestas integrales y evitando caer en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar verdaderamente la realidad de sus habitantes. A continuación se mapea el territorio, su núcleo problemático y la afectación por etapa de ciclo:

Gráfica 23 Núcleo problemático del territorio social IV y afectación por etapa de ciclo y como generar una respuesta



Fuente: Unidades de análisis de Gestión local en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. año 2010

Este territorio presenta una potencialidad de riqueza hídrica, porque contiene zonas de reserva forestal que contribuye al patrimonio de la humanidad, es un área potencial para la producción agrícola de producciones limpias (libres de químicos) que contribuyan a la una seguridad alimentaria para el territorio y para el Distrito Capital y el gran sentido de pertenencia de las familias que lo habitan.

Que se ve como amenaza: La expansión del relleno, el desarrollo de los procesos del parque minero industrial, la desarticulación de los sectores que por su misión implica el área rural, y la falta de programas educativos que fomenten un campesino con conocimientos técnicos que contribuyan al desarrollo tecnológico en el área rural, así como de ausencia de inversión desde el estado para el desarrollo económico sostenible ambientalmente. En esta área se ven afectados el derecho a un desarrollo social, a la educación, a la salud, seguridad social y alimentaria, al desarrollo de la libre personalidad, cultura y trabajo dentro de un contexto rural, a políticas ambientales y servicios de protección ambiental.

En la actualidad hay una desarticulación para la ejecución de las políticas, cada actor social interviene en la zona rural sin una articulación y de acuerdo a los intereses sectoriales, se continúa con la movilización colectiva de acuerdo a los planes de beneficio sectoriales.

El sistema general de seguridad social en Colombia presenta dificultades por las formas de contratación, el contributivo no realiza contrato con las Empresas Sociales del Estado, además se presenta dificultad por la lejanía, la ausencia de vías y de rutas de las veredas que faciliten el desplazamiento; además las intervenciones del plan colectivo predominan para la zona urbana y los programas que se inician se suspenden por no asignación de presupuesto, porque la cobertura no es la adecuada o porque no se dimensiona las diferencias en los costos entre lo urbano y lo rural

El ambiente es transversal a todas las etapas de ciclo con algunas especificaciones por su afectación por grupo de edad; se debe dar un mejoramiento de las condiciones higiénicas sanitarias de las viviendas (sanitarios secos, manejo de agua y almacenamiento para el consumo humano), a la implementación de huertas caseras para el autoconsumo, a una protección personal del trabajador del campo para el desarrollo de sus actividades cotidianas, se debe continuar con los planes de entorno ya establecidos, se debe fortalecer el trueque por la seguridad alimentaria y el posicionamiento de logros en lo rural.

No se puede desconocer un trabajo transectorial en este territorio que debe ser construido con las necesidades del habitante de este territorio, se debe modificar la metodología educativa en los colegios rurales, en los que se pueden convertir y desarrollar programas de educación agrícola con proyecciones para el departamento. La construcción de sujetos con capacidad de decisión y acciones que promuevan desde los individuos según la etapa de la vida por la que atraviesan el desarrollo de una calidad de vida orientada hacia:

Ampliación de cobertura en acciones desde el plan de intervenciones colectivas en salud en la zona rural, con enfoque diferencial para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio de los derechos por grupo familiar, e intervención para la movilización social dentro de un contexto campesino que propenda por las expresiones culturales.

Es importante considerar la formulación de nuevas propuestas que a través de la figura de proyectos sociales que puedan involucrar a otras instituciones u organizaciones en el fortalecimiento de las acciones comunitarias dentro de un contexto rural que propenda por unas producciones limpias, pero que al realizar la intervención, no pueden ser estandarizadas desde lo urbano, las estrategias y metodologías deben ser diferentes.

De forma conjunta con otros actores sociales se deben promover estilos de vida saludables, teniendo en cuenta las características propias del territorio y los patrones culturales de la población dentro del contexto agropecuario, desde la promoción en salud y de prevención de enfermedad, actualmente todas las actividades del ámbito laboral están encaminadas en unidades productivas del área urbana.

Tabla 73 Propuesta de intervenciones por territorio social Localidad de Ciudad Bolívar

Propuesta del Plan de intervenciones colectivas 2011	Temas de salud pública para todos los territorios:	Tareas por hacer
Las intervenciones deben obedecer de acuerdo al análisis del territorio social	Propender por el desarrollo de los derechos humanos a través de la promoción de la salud, prevención, protección específica, rehabilitación, gestión social, vigilancia en salud - ambiente, y organización comunitaria diferente por territorio	Definir los enfoques, las estrategias y las actividades
Se debe definir un coordinador por territorio social		De acuerdo al núcleo problemático determinar los temas generadores
Coordinar las IPS de la localidad y las intervenciones del PIC para fortalecer la salud pública		Articular la propuesta del PIC por territorio social entre lo asistencial y lo extramural
Intervenciones específicas por territorio de acuerdo al núcleo problemático y no por lineamiento Distrital		Diseño de una metodología para el plan operativo, con indicadores de proceso, impacto de la intervención por territorio social
Se debe tener en cuenta por territorio social y local		Elaboración de la ficha estadística básica de inversión EBI por territorio social
En busca de una planeación transectorial de acuerdo a la problemática del territorio social definida con los habitantes del territorio.		
La formulación del PIC debe ser desde la E.S.E. de acuerdo al análisis de la situación en salud		

Fuente: Construcción colectiva de intervenciones en salud pública Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E.

ANEXOS

Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2010

GRUPO POBLACIONAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	% Participación Hombres	% Participación Mujeres	% Participación Total	% Acumulado
0 a 4 años	33.378	31.529	64.907	10,8	9,8	10,3	10,3
5 a 9 años	33.114	31.277	64.391	10,8	9,8	10,2	20,6
10 a 14 años	33.804	32.314	66.118	11,0	10,1	10,5	31,1
15 a 19 años	32.226	30.883	63.109	10,5	9,6	10,0	41,1
20 a 24 años	27.541	26.877	54.418	8,9	8,4	8,7	49,8
25 a 29 años	25.719	27.828	53.547	8,4	8,7	8,5	58,3
30 a 34 años	24.581	26.538	51.119	8,0	8,3	8,1	66,5
35 a 39 años	20.946	22.743	43.689	6,8	7,1	7,0	73,4
40 a 44 años	18.700	20.835	39.535	6,1	6,5	6,3	79,7
45 a 49 años	17.010	19.453	36.463	5,5	6,1	5,8	85,5
50 a 54 años	13.587	16.003	29.590	4,4	5,0	4,7	90,2
55 a 59 años	9.776	11.692	21.468	3,2	3,6	3,4	93,6
60 a 64 años	6.985	8.432	15.417	2,3	2,6	2,5	96,1
65 a 69 años	4.658	5.734	10.392	1,5	1,8	1,7	97,7
70 a 74 años	2.816	3.859	6.675	0,9	1,2	1,1	98,8
75 a 79 años	1.674	2.444	4.118	0,5	0,8	0,7	99,5
80 y más años	1.269	2.141	3.410	0,4	0,7	0,5	100,0
TOTAL	307.784	320.582	628.366	100,0	100,0	100,0	

Fuente: DANE- SDP Proyecciones de población por localidades 2000 -2015

Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2011

GRUPO POBLACIONAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	% Participación Hombres	% Participación Mujeres	% Participación Total	% Acumulado
0 a 4 años	33.699	31.881	65.580	10,8	9,8	10,2	10,2
5 a 9 años	33.171	31.328	64.499	10,6	9,6	10,1	20,3
10 a 14 años	33.605	32.158	65.763	10,7	9,8	10,3	30,6
15 a 19 años	32.564	31.308	63.872	10,4	9,6	10,0	40,6
20 a 24 años	28.093	27.202	55.295	9,0	8,3	8,6	49,2
25 a 29 años	25.990	27.798	53.788	8,3	8,5	8,4	57,6
30 a 34 años	25.220	27.373	52.593	8,0	8,4	8,2	65,8
35 a 39 años	21.601	23.452	45.053	6,9	7,2	7,0	72,9
40 a 44 años	18.911	21.014	39.925	6,0	6,4	6,2	79,1
45 a 49 años	17.432	19.892	37.324	5,6	6,1	5,8	85,0
50 a 54 años	14.289	16.801	31.090	4,6	5,1	4,9	89,8
55 a 59 años	10.348	12.408	22.756	3,3	3,8	3,6	93,4
60 a 64 años	7.378	8.951	16.329	2,4	2,7	2,6	95,9
65 a 69 años	4.968	6.120	11.088	1,6	1,9	1,7	97,7
70 a 74 años	3.013	4.072	7.085	1,0	1,2	1,1	98,8
75 a 79 años	1.748	2.556	4.304	0,6	0,8	0,7	99,4
80 y más años	1.337	2.256	3.593	0,4	0,7	0,6	100,0
TOTAL	313.367	326.570	639.937	100,0	100,0	100,0	

Fuente: DANE- SDP Proyecciones de población por localidades 2000 -2015

Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2012

GRUPO POBLACIONAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	% Participación Hombres	% Participación Mujeres	% Participación Total	% Acumulado
0 a 4 años	34.018	32.262	66.280	10,7	9,7	10,2	10,2
5 a 9 años	33.336	31.499	64.835	10,4	9,5	10,0	20,1
10 a 14 años	33.461	31.993	65.454	10,5	9,6	10,0	30,2
15 a 19 años	32.718	31.551	64.269	10,3	9,5	9,9	40,0
20 a 24 años	28.781	27.803	56.584	9,0	8,4	8,7	48,7
25 a 29 años	26.230	27.530	53.760	8,2	8,3	8,3	57,0
30 a 34 años	25.678	28.052	53.730	8,0	8,4	8,2	65,2
35 a 39 años	22.439	24.353	46.792	7,0	7,3	7,2	72,4
40 a 44 años	19.155	21.211	40.366	6,0	6,4	6,2	78,6
45 a 49 años	17.722	20.179	37.901	5,6	6,1	5,8	84,4
50 a 54 años	14.991	17.579	32.570	4,7	5,3	5,0	89,4
55 a 59 años	10.971	13.187	24.158	3,4	4,0	3,7	93,1
60 a 64 años	7.758	9.456	17.214	2,4	2,8	2,6	95,8
65 a 69 años	5.294	6.551	11.845	1,7	2,0	1,8	97,6
70 a 74 años	3.228	4.295	7.523	1,0	1,3	1,2	98,7
75 a 79 años	1.824	2.703	4.527	0,6	0,8	0,7	99,4
80 y más años	1.405	2.373	3.778	0,4	0,7	0,6	100,0
TOTAL	319.009	332.577	651.586	100,0	100,0	100,0	

Fuente: DANE- SDP Proyecciones de población por localidades 2000 -2015

Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2013

GRUPO POBLACIONAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	% Participación Hombres	% Participación Mujeres	% Participación Total	% Acumulado
0 a 4 años	34.350	32.598	66.948	10,6	9,6	10,1	10,1
5 a 9 años	33.561	31.757	65.318	10,3	9,4	9,8	19,9
10 a 14 años	33.417	31.887	65.304	10,3	9,4	9,8	29,8
15 a 19 años	32.736	31.654	64.390	10,1	9,3	9,7	39,5
20 a 24 años	29.526	28.578	58.104	9,1	8,4	8,8	48,2
25 a 29 años	26.462	27.153	53.615	8,1	8,0	8,1	56,3
30 a 34 años	26.054	28.627	54.681	8,0	8,5	8,2	64,6
35 a 39 años	23.350	25.356	48.706	7,2	7,5	7,3	71,9
40 a 44 años	19.429	21.449	40.878	6,0	6,3	6,2	78,1
45 a 49 años	17.945	20.386	38.331	5,5	6,0	5,8	83,9
50 a 54 años	15.678	18.321	33.999	4,8	5,4	5,1	89,0
55 a 59 años	11.626	13.985	25.611	3,6	4,1	3,9	92,8
60 a 64 años	8.159	9.987	18.146	2,5	2,9	2,7	95,6
65 a 69 años	5.628	7.004	12.632	1,7	2,1	1,9	97,5
70 a 74 años	3.453	4.540	7.993	1,1	1,3	1,2	98,7
75 a 79 años	1.911	2.866	4.777	0,6	0,8	0,7	99,4
80 y más años	1.472	2.492	3.964	0,5	0,7	0,6	100,0
TOTAL	324.757	338.640	663.397	100,0	100,0	100,0	

Fuente: DANE- SDP Proyecciones de población por localidades 2000 -2015

Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2014

GRUPO POBLACIONAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	% Participación Hombres	% Participación Mujeres	% Participación Total	% Acumulado
0 a 4 años	34.350	32.598	66.948	10,6	9,6	10,1	10,1
5 a 9 años	33.561	31.757	65.318	10,3	9,4	9,8	19,9
10 a 14 años	33.417	31.887	65.304	10,3	9,4	9,8	29,8
15 a 19 años	32.736	31.654	64.390	10,1	9,3	9,7	39,5
20 a 24 años	29.526	28.578	58.104	9,1	8,4	8,8	48,2
25 a 29 años	26.462	27.153	53.615	8,1	8,0	8,1	56,3
30 a 34 años	26.054	28.627	54.681	8,0	8,5	8,2	64,6
35 a 39 años	23.350	25.356	48.706	7,2	7,5	7,3	71,9
40 a 44 años	19.429	21.449	40.878	6,0	6,3	6,2	78,1
45 a 49 años	17.945	20.386	38.331	5,5	6,0	5,8	83,9
50 a 54 años	15.678	18.321	33.999	4,8	5,4	5,1	89,0
55 a 59 años	11.626	13.985	25.611	3,6	4,1	3,9	92,8
60 a 64 años	8.159	9.987	18.146	2,5	2,9	2,7	95,6
65 a 69 años	5.628	7.004	12.632	1,7	2,1	1,9	97,5
70 a 74 años	3.453	4.540	7.993	1,1	1,3	1,2	98,7
75 a 79 años	1.911	2.866	4.777	0,6	0,8	0,7	99,4
80 y más años	1.472	2.492	3.964	0,5	0,7	0,6	100,0
TOTAL	324.757	338.640	663.397	100,0	100,0	100,0	

Fuente: DANE- SDP Proyecciones de población por localidades 2000 -2015

Proyecciones de población desagregadas por grupos quinquenales del año 2015

GRUPO POBLACIONAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	% Participación Hombres	% Participación Mujeres	% Participación Total	% Acumulado
0 a 4 años	34.949	33.123	68.072	10,4	9,4	9,9	9,9
5 a 9 años	34.064	32.359	66.423	10,1	9,2	9,7	19,6
10 a 14 años	33.698	32.042	65.740	10,0	9,1	9,6	29,1
15 a 19 años	32.695	31.709	64.404	9,7	9,0	9,4	38,5
20 a 24 años	30.689	29.884	60.573	9,1	8,5	8,8	47,3
25 a 29 años	27.183	26.863	54.046	8,1	7,7	7,9	55,1
30 a 34 años	27.126	29.659	56.785	8,1	8,4	8,3	63,4
35 a 39 años	24.761	27.035	51.796	7,4	7,7	7,5	70,9
40 a 44 años	20.172	22.163	42.335	6,0	6,3	6,2	77,1
45 a 49 años	18.583	20.975	39.558	5,5	6,0	5,8	82,8
50 a 54 años	16.844	19.560	36.404	5,0	5,6	5,3	88,1
55 a 59 años	12.868	15.457	28.325	3,8	4,4	4,1	92,2
60 a 64 años	9.162	11.279	20.441	2,7	3,2	3,0	95,2
65 a 69 años	6.320	7.950	14.270	1,9	2,3	2,1	97,3
70 a 74 años	3.935	5.144	9.079	1,2	1,5	1,3	98,6
75 a 79 años	2.140	3.188	5.328	0,6	0,9	0,8	99,4
80 y más años	1.607	2.737	4.344	0,5	0,8	0,6	100,0
TOTAL	336.796	351.127	687.923	100,0	100,0	100,0	

Fuente: DANE- SDP Proyecciones de población por localidades 2000 -2015