

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**ANALISIS SITUACIÓN DE SALUD
LOCALIDAD DE KENENDY
2010**

**EQUIPOS: Gestión Local
Vigilancia en Salud Pública**

BOGOTA, Julio de 2011

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido	2
LISTA DE TABLAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE CUADROS.....	17
LISTA DE MAPAS.....	19
INTRODUCCION	20
1. ANALISIS DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD LOCALIDAD DE KENNEDY TERRITORIO – POBLACION - AMBIENTE	21
1.1 Dinámica Territorial.....	21
1.2 Dinamica Ambiental	23
1.2.1 Características político administrativas	32
1.2.2 Territorios sociales de la GSI	33
1.3 Contextualización histórica	37
1.4 Perfil Poblacional.....	44
1.4.1 Densidad poblacional por UPZ, Localidad de Kennedy	47
1.4.2 La tasa bruta de natalidad	48
1.4.3 La tasa global de fecundidad.....	48
1.4.4 La tasa general de fecundidad	49
1.4.5 Relación de dependencia	50
1.4.6 Migración	50
1.5 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	50
1.5.1 Mortalidad General	50
1.5.2 Mortalidad Evitable.....	51
1.5.3 Mortalidad Infantil	53

1.5.4	Mortalidad en menores de 5 años	54
1.5.5	Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años	56
1.5.6	Mortalidad Por Neumonía En Menores De 5 Años	58
1.5.7	Mortalidad Perinatal	60
1.5.8	Suicidio	62
1.5.9	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	65
1.5.10	Mortalidad por Sida.....	67
1.6	MORBILIDAD EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY AÑO 2009.....	69
1.6.1	Comportamiento del estado Nutricional	69
1.6.2	Vacunación Programa Ampliado de Inmunizaciones.....	76
1.6.3	Violencia intrafamiliar y delitos sexuales – SIVIM.....	78
1.6.4	Discapacidad.....	83
1.6.5	Eventos de Vigilancia en Salud Pública	87
2.	RELACIONES TERRITORIO POBLACION - PRODUCCIÓN – CONSUMO	91
2.1	Fuente: Hospital del Sur 2010 ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO.....	93
2.1.1	CONDICIONES SOCIALES.....	95
2.1.2	POSICION OCUPACIONAL.....	96
2.1.2.1	Condiciones de salud de los trabajadores de la localidad de Kennedy según el ámbito Laboral	98
2.1.2.2	Trabajo Infantil	102
2.1.2.2.1	Condiciones de trabajo de niños y niñas trabajadoras	102
2.2	Condiciones y Calidad de Acceso o Restricción a Bienes y Servicios	105
2.2.1	Acceso A Servicios Públicos	106
2.2.2	Equidad en la entrega de Servicios en Salud.....	106

2.2.3	Condiciones de Acceso Servicios de Educación	115
2.2.4	Transporte y Movilidad	118
2.2.5	Acceso a Escenarios Culturales Por UPZ.....	120
2.2.5.1	Escenarios para Recreación y deportes	122
2.2.5.2	Condiciones de Seguridad alimentaria.....	124
2.2.5.2.1	Disponibilidad.....	125
2.2.5.2.2	Acceso	126
2.2.5.2.3	Consumo	126
2.2.5.2.4	Aprovechamiento biológico	127
3.	ANALISIS DESDE EL ENFOQUE DE TERRITORIO	130
3.1	METODOLOGIA DE TRABAJO.....	131
3.1.1	Ordenadores conceptuales del proceso de análisis.....	132
3.1.2	Etapas Del Proceso Metodológico Para El Desarrollo Del Diagnóstico En El Hospital Del Sur (Problematización).....	132
3.1.2.1	Análisis de la realidad social.....	133
3.1.2.2	Análisis de problemas – Problematización –.....	133
3.1.2.3	Esquema de causalidad de un problema	135
3.1.3	De los nudos críticos a los núcleos problematizadores:	135
3.1.4	Análisis de situación: Estructura – Coyuntura.....	136
3.1.5	Unidades de Análisis por etapa de ciclo vital	136
3.2	mirada desde el territorio	137
3.2.1	Territorio Gestión Social Integral No. 1 UPZ Calandaima, Tintal y Margaritas	137
3.2.1.1	Pirámide poblacional Territorio GSI No.1	140
3.2.1.2	Una mirada desde las etapas del ciclo vital	141
3.2.1.3	Como leemos el territorio	143

3.2.1.3.1	Núcleo Problematizador: Déficit de infraestructura y servicios y programas sociales	143
3.2.1.3.2	Núcleo Problematizador: Vivienda y Hacinamiento	145
3.2.1.3.3	Núcleo problematizador: Problemáticas e inseguridad relacionada con la movilidad	148
3.2.1.3.4	Núcleo Problematizador: Riesgo ambiental por contaminación y zona de riesgo por inundación y estabilidad de los suelos.....	150
3.2.2	Territorio Gestion Social Integral No. 2 - UPZ Patio Bonito.....	152
3.2.2.1	Pirámide poblacional UPZ Patio Bonito	156
3.2.2.2	Una mirada desde las etapas del ciclo vital	157
3.2.2.3	Como leemos el territorio	158
3.2.2.3.1	Núcleo Problematizador: Desempleo	159
3.2.2.3.2	Núcleo problematizador: Aumento De La Densidad Poblacional.....	161
3.2.2.3.3	Núcleo Problematizador: violencias.....	164
3.2.2.3.4	Núcleo problematizador: prácticas sexuales inseguras	166
3.2.3	TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 3 - UPZ BRITALIA.....	167
3.2.3.1	Pirámide poblacional territorio GSI -3.....	170
3.2.3.2	Una mirada desde las etapas del ciclo vital	170
3.2.3.3	Como leemos el territorio	172
3.2.3.3.1	Núcleo problematizador: bajos ingresos familiares como elementos generadores de inseguridad alimentaria y hacinamiento	173
3.2.3.3.2	Núcleo Problematizador: Servicios de salud que no reconocen la atención diferencial sobre la base de las necesidades de las mujeres.	176
3.2.3.3.3	Núcleo problematizador: Servicios sociales que no reconocen la atención diferencial sobre la base de las necesidades de las personas en condición de discapacidad.....	180
3.2.3.3.4	Núcleo Problematizador: PRACTICAS VIOLENTAS.....	182

3.2.3.3.5	Núcleo problematizador: escenarios y programas que no reconocen las necesidades y oportunidades para la infancia y la juventud.	185
3.2.3.3.6	Núcleo Problematizador: problemáticas ambientales.....	187
3.2.4	TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 4 - UPZ CORABASTOS	189
3.2.4.1	Piramide Poblacional UPZ Corabastos	192
3.2.4.2	Una mirada desde las etapas del ciclo vital	193
3.2.4.3	Como leemos el territorio	195
3.2.4.3.1	Núcleo Problematizador: Informalidad Vs Hacinamiento	195
3.2.4.3.2	Núcleo problematizador producción, venta, distribución y consumo de sustancias psicoactivas.....	198
3.2.4.3.3	Núcleo problematizador: inseguridad alimentaria y nutricional	199
3.2.4.3.4	Núcleo Problematizador: condiciones higiénico-sanitarias y ambientales deficientes ²⁰¹	
3.2.5	TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 5 UPZ CASTILLA – UPZ BAVARIA.....	202
3.2.5.1	Pirámide poblacional Territorio GSI No. 5.....	207
3.2.5.2	Una mirada desde las etapas del ciclo vital	208
3.2.5.3	Como leemos el territorio	211
3.2.5.3.1	Núcleo Problematizador: violencia intrafamiliar	212
3.2.5.3.2	Núcleo Problematizador: alto índice de accidentes de tránsito	213
3.2.5.3.3	Núcleo Problematizador: contaminación atmosférica y auditiva.....	214
3.2.6	TERRIOTRIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 6 UPZ CARVAJAL – UPZ AMERICAS.	216
3.2.6.1	Pirámide poblacional Territorio GSI No. 6.....	219
3.2.6.2	Una mirada desde las etapas de ciclo vital	220
3.2.6.3	Como leemos el territorio	228
3.2.6.3.1	Núcleo Problematizador: problemáticas asociadas al ejercicio de la prostitución	228

3.2.6.3.2	Núcleo Problematizador: invasión ronda Rio Fucha y Canal Comuneros.....	229
3.2.6.3.3	Núcleo Problematizador: conflictos relacionados con el uso del suelo.....	231
3.2.7	TERRIOTRIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 6 UPZ CARVAJAL – UPZ AMERICAS.	232
3.2.7.1	Pirámide poblacional Territorio GSI No. 7.....	235
3.2.7.2	Una mirada desde las etapas de ciclo vital	235
3.2.7.3	Como leemos el territorio	239
3.2.7.3.1	Núcleo Problematizador: impacto ambiental por inadecuada disposición de residuos sólidos y malla vial en mal estado.	239
3.2.7.3.2	Núcleo Problematizador: problemáticas asociadas a la población joven en el territorio	240
3.2.7.3.3	Núcleo Problematizador: barreras arquitectónicas para población en condición de discapacidad	243
4.	ANALISIS DE LA RESPUESTA.....	245
4.1	TEMAS GENERADORES.....	245
4.2	RESPUESTA DESDE EL SECTOR SALUD.....	246
4.2.1	Niveles de atención	246
4.2.2	Respuesta desde el aseguramiento en el sector Salud	248
4.2.3	Desde el enfoque familiar - SASC en el Territorio	250
4.2.3.1	SASC en los territorios GSI 1 y 2	251
4.2.3.2	SASC en el territorio GSI 3	253
4.2.3.3	SASC en el territorios GSI 4.....	254
4.2.3.4	SASC en el territorio GSI 5	255
4.2.3.5	SASC en el territorio GSI 6	256
4.2.3.6	SASC en el territorio GSI 7	257
4.2.4	Desde el Fondo de desarrollo local en el sector salud:.....	261
4.2.5	Respuesta social y comunitaria	262

4.3	Sector Educación	267
4.4	Bienestar social	268
4.5	ANÁLISIS SOCIOMETRICO EN LA UPZ CARJAVAL.....	272
4.5.1	CONCLUSIONES	287
4.5.2	Recomendaciones	289
4.5.3	Mapa de Relaciones	290
4.6	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	290
4.6.1	Desde el Plan de Intervenciones Colectivas.....	291
4.6.1.1	Relación de los Enfoques Estratégicos	292
4.6.1.2	Principios de la Propuesta.....	292
4.6.1.3	Ordenadores Conceptuales de la Propuesta.....	293
4.6.1.4	Líneas Estratégicas	294
4.6.1.4.1	Línea 1: Fortalecimiento del Análisis de Situación en Salud y la Vigilancia Epidemiológica y Ambiental.....	294
4.6.1.4.2	Línea 2: Fortalecimiento del Enfoque de Salud Familiar y Comunitario.....	301
4.6.1.4.2.1	Ampliación del programa SASC en los territorios	302
4.6.1.4.3	Línea 3: Coordinación Entre Acciones De Salud Pública Y La Prestación De Servicios De Salud	311
4.6.1.4.3.1	Programas integrales en salud.....	312
4.6.1.4.3.2	Programas con atención diferencial.....	314
4.6.1.4.4	Línea 4: Desarrollo de la Gestión Social Integral.....	317
4.6.1.4.4.1	Categoría 1: Fortalecimiento a organizaciones y espacios de participación y movilización social	318
4.6.1.4.4.2	Categoría 2: Análisis de la situación en salud.....	319
4.6.1.4.4.3	Categoría 3: Construcción y Gestión de Respuesta Integral	319
4.6.1.4.5	Línea 5: Promoción de la investigación y gestión del conocimiento	320

4.6.1.4.6	Propuesta desde las mesas territoriales de calidad de vida y salud	321
4.6.1.4.6.1	Mesa Territorial “Tibuca”	321
4.6.1.4.6.2	Mesa Territorial “Nada Sobre Nosotros sin nosotros”- Patio Bonito	321
4.6.1.4.6.3	Mesa Territorial – “Corabastos”	322
4.6.1.4.6.4	Mesa Territorial – Territorio GSI 5	323
4.6.1.4.6.5	Mesa Territorial – Territorio GSI 6	324
4.6.1.4.6.6	Mesa Territorial – Territorio GSI 7	325

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	División político administrativa de la localidad.....	32
Tabla 2	Distribución y densidad poblacional por UPZ, Localidad de Kennedy. Año 2010.....	47
Tabla 3	Tasas de Mortalidad general por diez primeras causas * 10.000 habitantes. Localidad de Kennedy 2005-2007	51
Tabla 4	Tasa de Mortalidad en menores de 1 año. Localidad de Kennedy 2005-2007.....	54
Tabla 5	Número de casos notificados de Mortalidad Perinatal por UPZ. Localidad de Kennedy. Año 2009	61
Tabla 6	Proporción de personas en condición de discapacidad según alteraciones que más le afecta y etapa ciclo vital. Localidad de Kennedy. Año 2009 - 2010	87
Tabla 7	Casos notificados al SIVIGILA según evento y UPZ de residencia. Kennedy Occidental. Localidad de Kennedy. Año 2010.....	88
Tabla 8	Casos notificados al SIVIGILA según evento y UPZ de residencia. Kennedy Central. Localidad de Kennedy. Año 2010.....	89
Tabla 9	Régimen de salud, de los NNA trabajadores intervenidos en las dos localidades de influencia del Hospital del Sur. Año 2010.	104
Tabla 10	Vinculación al SGSSS 2009.....	110
Tabla 11	Población potencial a ser atendida por el Hospital del Sur en la localidad de Kennedy en el año 2009.....	111
Tabla 12	Recurso Humano en Salud – Hospital del Sur ESE Localidad de Kennedy	112
Tabla 13	Motivos de barreras de Acceso Hospital del Sur E.S.E. 2009.....	113
Tabla 14	Consolidado Por Tipos De Barreras De Acceso, De Los Motivos De Barreras De Acceso, Identificados A Través Del SIDBA Y SQS. Año 2009.....	114
Tabla 15	Cantidad de Usuarios Atendidos por centro de atención del Hospital del Sur E.S.E. en Kennedy 2009.....	115
Tabla 16	Kennedy. Número y área de parques, población urbana y metros cuadrados de parque por habitante según UPZ. 2009.....	124
Tabla 17	Número de individuos por habitación.....	163

Tabla 18	Uso habitacional compartido con animales, desde 2004	163
Tabla 19	Perfil ocupacional de población de Corabastos	196
Tabla 20	Tipo de canalizaciones realizadas por los promotores de SASC del Territorio GSI 2 UPZ 82 Patio Bonito. 2004 – 2009	252
Tabla 21	Canalizaciones realizadas por los promotores de SASC del Territorio GSI 3 UPZ 81 Gran Britalia. Año 2006 a 2009	253
Tabla 22	Actividades realizadas por los promotores de SASC de los Territorio GSI 4 - UPZ Corabastos 2006 – 2009.....	255
Tabla 23	Canalizaciones realizadas por el promotor del Territorio GSI 5 UPZ 46 Castilla 2007-2009.	256
Tabla 24	.....	256
Tabla 25	Canalizaciones realizadas por el promotor a los individuos de SASC del Territorio GSI 6 UPZ 45 Carvajal 2007-2009.	256
Tabla 26	Canalizaciones realizadas por el promotor a los individuos de SASC Territorio GSI 7 UPZ 47 Kennedy central 48 Timiza	258
Tabla 27	Tabla N° 1. Evolución de la oferta, la demanda y déficit educativo oficial por nivel de escolaridad 2007-2009.....	267
Tabla 28	Descripción de servicios prestados por La Subdirección local de Integración Social Kennedy Para la Etapa de ciclo vital infancia y adolescencia, 2010.....	270
Tabla 29	Descripción de servicios prestados por La Subdirección local de Integración Social Kennedy, en Seguridad Alimentaria Y nutricional, 2010.....	271
Tabla 30	Descripción de servicios prestados por La Subdirección local de Integración Social Kennedy Para la Etapa de ciclo vital Adulto Mayor 2010	271
Tabla 31	Las funciones del EBS se concentran en nueve (9) grandes tareas:.....	308
Tabla 32	Operacionalización de los CAPSE	310

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirámide Poblacional Localidad Kennedy 2010.....	44
Figura 2	Distribución poblacional por UPZ y por sexo. Localidad de Kennedy. Proyección 2010 46	
Figura 3	Pirámide Poblacional por Etapa de Ciclo Vital. Localidad Kennedy 2010	46
Figura 4	Tasa Bruta de Natalidad Localidad de Kennedy 2004-2010.....	48
Figura 5	Tasa Global de Fecundidad Kennedy 2004-2010	49
Figura 6	Tasa general de fecundidad. Localidad de Kennedy. 2004 -2010	49
Figura 7	Razón de Mortalidad Infantil Localidad de Kennedy 2000-2010	53
Figura 8	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años. Localidad de Kennedy. 2004-2010 Tasa por 1.000 menores de 5 años.....	55
Figura 9	Mortalidad por enfermedad Diarreica Aguda Kennedy 2000-2010	57
Figura 10	Mortalidad por neumonía en menores de 5 años Localidad de Kennedy 2000-2010 ..	59
Figura 11	Tasa de Mortalidad Perinatal – Localidad de Kennedy 2004 - 2009.....	60
Figura 12	Mortalidad por suicidio Localidad de Kennedy versus Bogotá D.C., Años 2005 a 2010. Tasa x 100.000 habitantes.....	63
Figura 13	Casos de Mortalidad por suicidio por grupo de edad. Localidad de Kennedy. Año 2009. 64	
Figura 14	Mortalidad por suicidio por UPZ y sexo. Localidad de Kennedy. Años 2009.	65
Figura 15	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad de Kennedy. Año 2004- 2010 Tasa x 100.0000 menores de 5 años	67
Figura 16	Canal endémico para VIH / SIDA y Casos notificados de VIH/SIDA. Localidad de Kennedy. 2004-2010	68
Figura 17	Proporción de incidencia de casos notificados de VIH por UPZ. Localidad de Kennedy. Año 2009. 69	
Figura 18	Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Talla "Desnutrición Aguda" .Localidad de Kennedy. Año 2005 – 2010	70

Figura 19	Proporción de desnutrición crónica en menores de 10 años . Localidad Kennedy. Año 2010	71
Figura 20	Proporción de desnutrición crónica en menores de 10 años por UPZ. Localidad Kennedy. Año 2005-2009.....	72
Figura 21	Proporción de desnutrición global en menores de 10 años por UPZ. Localidad Kennedy. Año 2010	73
Figura 22	Comportamiento del estado nutricional de gestantes Localidad Kennedy Año 2005-2010	74
Figura 23	Proporción de gestantes que recibieron suplementación durante los años 2005-2010 Localidad Kennedy	75
Figura 24	Proporción de sobrepeso y obesidad de las gestantes. Localidad Kennedy- Años 2005-2010	76
Figura 25	Coberturas de vacunación- Programa Ampliado de Inmunizaciones- Localidad Kennedy 2004-2009	77
Figura 26	Tasa de violencia según notificación al SIVIM por Etapa de Ciclo Vital. Localidad de Kennedy Año 2005-2010.....	79
Figura 27	Distribución de los tipos de violencia presentes en los casos notificación al SIVIM. Localidad de Kennedy Año 2005-2010.....	80
Figura 28	Casos notificados de violencia intrafamiliar. Kennedy Central - Localidad de Kennedy Año 2010	81
Figura 29	Casos notificados de violencia intrafamiliar. Kennedy Occidental Localidad de Kennedy Año 2010	82
Figura 30	Registro de personas con Discapacidad según sexo y etapa de ciclo vital . Localidad de Kennedy Año 2010	84
Figura 31	Registro de personas con Discapacidad según etapa de ciclo vital . Localidad de Kennedy Año 2010	85
Figura 32	Registro de personas con Discapacidad según etapa de ciclo vital . Localidad de Kennedy Año 2010	86
Figura 33	Distribución de UTIS intervenidas según actividad económica en la Localidad de Kennedy. Año 2010.	98

Figura 34	Distribución de UTIS intervenidas por el Ámbito Laboral según su ubicación por UPZ. Año 2010.	99
Figura 35	Distribución de población Trabajadora según actividad económica y por Género según Ámbito laboral 2010.....	100
Figura 36	Distribución de trabajadores por tipo de afiliación al régimen de Seguridad Social en Salud de los trabajadores de las UTIS intervenidas	100
Figura 37	durante el año 2010	100
Figura 38	Distribución de enfermedades Diagnosticadas que tienen Relación con el Trabajo Localidad de Kennedy. Año 2010.	101
Figura 39	Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras.....	110
Figura 40	Porcentaje de Escenarios Culturales por UPZ	121
Figura 41	Pirámide poblacional Territorio GSI No.1	140
Figura 42	.....	140
Figura 43	Hacinamiento UPZ CALANDAIMA	146
Figura 44	Pirámide poblacional UPZ Patio Bonito	156
Figura 45	Piramide Poblacional Territorio GSI 3	170
Figura 46	Piramide poblacional upz corabastos	193
Figura 47	Distribución del territorio 5 por cada UPZ	205
Figura 48	Distribución de la población por territorio 5.....	205
Figura 49	Piramide poblacional Territorio GSI No.5	207
Figura 50	Piramide poblacional Territorio GSI No. 6.....	219
Figura 51	Piramide poblacional Territorio GSI No. 7.....	235
Figura 52	Distribución por Grupos de Edad Población Contratada Régimen subsidiado a Junio 2010, Contratación Hospital del Sur E.S.E., 2010.....	249
Figura 53	Distribución de la población por territorio a Junio 2010, Contratación Hospital del Sur E.S.E., 2010	249
Figura 54	Acciones Proyecto 015 de 2009 – Fondo de Desarrollo Local Kennedy	261

Figura 55	Distribución porcentual según tipo de grupo abordado. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	273
Figura 56	Distribución porcentual de acuerdo a la organización a la que pertenece. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	273
Figura 57	Distribución porcentual de las reuniones a las que asiste la comunidad. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	274
Figura 58	Distribución porcentual del tipo de representación en las reuniones a las que asiste la comunidad. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	275
Figura 59		275
Figura 60	Distribución porcentual de la difusión de información que hace la comunidad después de asistir a las reuniones. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	275
Figura 61		275
Figura 62		275
Figura 63	Distribución porcentual de obstáculos presentados en la participación comunitaria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	276
Figura 64		276
Figura 65		276
Figura 66	Distribución porcentual de obstáculos presentados en la participación comunitaria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	277
Figura 67	Distribución porcentual del tipo de relación con el alcalde. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	278
Figura 68	Distribución porcentual del tipo de relación con otros entes locales. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	278
Figura 69	Distribución porcentual de la forma de convocatoria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	279
Figura 70	Número de personas que se reúnen en la convocatoria UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	280
Figura 71		280

Figura 72	Distribución porcentual de logros en la gestión comunitaria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010	280
Figura 73	Distribución porcentual de aspectos que no gustan del trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	281
Figura 74	Distribución porcentual de cosas que le gusta del trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	282
Figura 75	.....	282
Figura 76	.....	282
Figura 77	Distribución porcentual de personas con las que no quiere encontrarse. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	283
Figura 78	.....	283
Figura 79	Distribución porcentual de personas que han dejado de asistir a reuniones. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	283
Figura 80	Distribución porcentual de personas que responde como miembro de la comunidad. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	284
Figura 81	Distribución porcentual de personas con las que es imposible dialogar. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	285
Figura 82	Distribución porcentual relacionada con la colaboración en el trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	285
Figura 83	Distribución porcentual de la relación con los vecinos. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.	286
Figura 84	Distribución porcentual relacionada con la manifestación de gusto para conformar equipo de trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010	287
Figura 85	.....	287
Figura 86	.....	287
Figura 87	.....	287
Figura 88	Programas enmarcados dentro del ámbito IPS-Estructura 2011.....	313
Figura 89	Talento Humano Requerido para Operación del Ambito IPS.....	316

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.	Características Urbanísticas de sector	144
Cuadro 2.	Historia reciente del sector Vs SISBEN	145
Cuadro 3.	Vulneración a los derechos de la población.....	146
Cuadro 4.	Problemas de Salud mental.....	147
Cuadro 5.	Crónica de Movilidad.....	150
Cuadro 6.	EL frigorífico San Martín.....	152
Cuadro 7.	Agricultura Urbana	161
Cuadro 8.	.....	163
Cuadro 9.	Condiciones sociales UPZ Patio Bonito	164
Cuadro 10.	Inseguridad en Patio Bonito	165
Cuadro 11.	Conducta suicida	166
Cuadro 12.	Gestantes Patio Bonito.....	167
Cuadro 13.	Concentración de hogares	175
Cuadro 14.	Mujeres cabeza de hogar	176
Cuadro 15.	La salud de las mujeres	179
Cuadro 16.	El Movimiento De Mujeres.....	179
Cuadro 17.	Mujeres y Discapacidad.....	182
Cuadro 18.	Práctica Violentas.....	184
Cuadro 19.	Núcleo de gestión SASC - UPA Class.....	188
Cuadro 20.	Datos Ambientales de la Comunidad	189
Cuadro 21.	Desplazamiento.....	197
Cuadro 22.	Desnutrición	200
Cuadro 23.	Cuadro No. 21 Informe de vigilancia inspección y control en alimentos.....	201

Cuadro 24.	La chucua de la vaca, un proceso organizativo y social por el ambiente de la localidad	202
Cuadro 25.	Características Del Material Particulado	215
Cuadro 26.	Doble función de establecimientos.....	229
Cuadro 27.	Residuos Sólidos.....	231
Cuadro 28.	Residuos Sólidos.....	240
Cuadro 29.	Situación de gestaciones adolescentes y suicidio.	243

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Datos Generales de la Localidad de Kennedy	22
Mapa 2.	Ambiental. Localidad de Kennedy.....	24
Mapa 3.	Territorios GSI.....	35
Mapa 4.	Población Localidad de Kennedy.....	45
Mapa 5.	Caras de la Mortalidad	52
Mapa 6.	Relación Producción Consumo.....	92
Mapa 7.	Equidad prestación de Servicios de Salud	108
Mapa 8.	Ubicación de Servicios en Educación, Condiciones de Acceso (Ámbito Escolar)	116
Mapa 9.	Territorios GSI No. 1 Calandaima, Tintal y Margaritas – 2010	139
Mapa 10.	Territorio No.2 Gestion Social Integral - UPZ 82 Patio Bonito	154
Mapa 11.	Territorios GSI No. 3 Britalia - 2010.....	168
Mapa 12.	Territorios GSI No. 4 Corabasos - 2010	190
Mapa 13.	Territorios GSI No. 5 - Castilla - Bavaria 2010.....	204
Mapa 14.	Territorios GSI No. 6 - Carvajal - Américas 2010.....	217
Mapa 15.	Territorios GSI No. 7 -UPZ Timiza y UPZ Kennedy Central 2010.....	233
Mapa 16.	Ámbito Familiar	260
Mapa 17.	Ámbito Comunitario: Territorialización de la oferta y demanda social de Kennedy ..	266

INTRODUCCION

La actualización del Diagnóstico local de salud con participación social, año 2010, parte de un ejercicio de construcción de conocimiento, que implica un reconocimiento de la realidad social de los diferentes actores de la localidad de Kennedy, permitiendo así llegar a un análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida, identificando necesidades y déficit de respuestas como elementos sustanciales que invita a líderes, comunidades e instituciones a apropiarlo como insumo que oriente la formulación de las políticas en salud, el diseño de planes, programas y proyectos desde el enfoque de la planeación participativa.

Este acumulado de años de trabajo recoge la apropiación de tres estrategias que vienen orientando el accionar distrital y que mas que elementos conceptuales, son la actual posibilidad con que cuenta la institucionalidad y la comunidad para operar una forma de trabajo basados en la Atención Primaria en Salud (APS), la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS), y la Gestión Social Integral (GSI).

Esta nueva forma de leer la realidad parte de la construcción de narrativas realizadas por los equipos territoriales, los equipos de salud a su casa, los Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA) y las transversalidades que operan en los ámbitos de vida cotidiana, es decir del trabajo que profesionales del Hospital adelantan a nivel comunitario y con otros actores institucionales presentes en la localidad. Lo anterior con el fin de lograr una representación de la realidad social, expresada en necesidades sociales, sus causalidades y los efectos que tienen en la población y que se traducen en los núcleos problemáticos por territorio.

La información se consolida y nutre con los diferentes aportes que se hacen desde las Etapas de Ciclo Vital (ECV), Enfoque de Género y Enfoque Diferencial, como elementos aportan datos cuantitativos y cualitativos de la población. Simultáneamente pero ya a nivel interinstitucional, se desarrollan ejercicios locales en espacios como Comités, consejos, redes, UAT (Unidad de Asistencia Técnica del CLOPS) y Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud (MTCVS), donde se valida y complementa la problematización, dando así el surgimiento a los Temas Generadores, los cuales se convierten en el ruterio de la apuesta institucional y que no deja de ser otra cosa que la Agenda Social, punto de partida para la construcción de respuestas integrales y la consolidación de procesos de organización social y comunitaria.

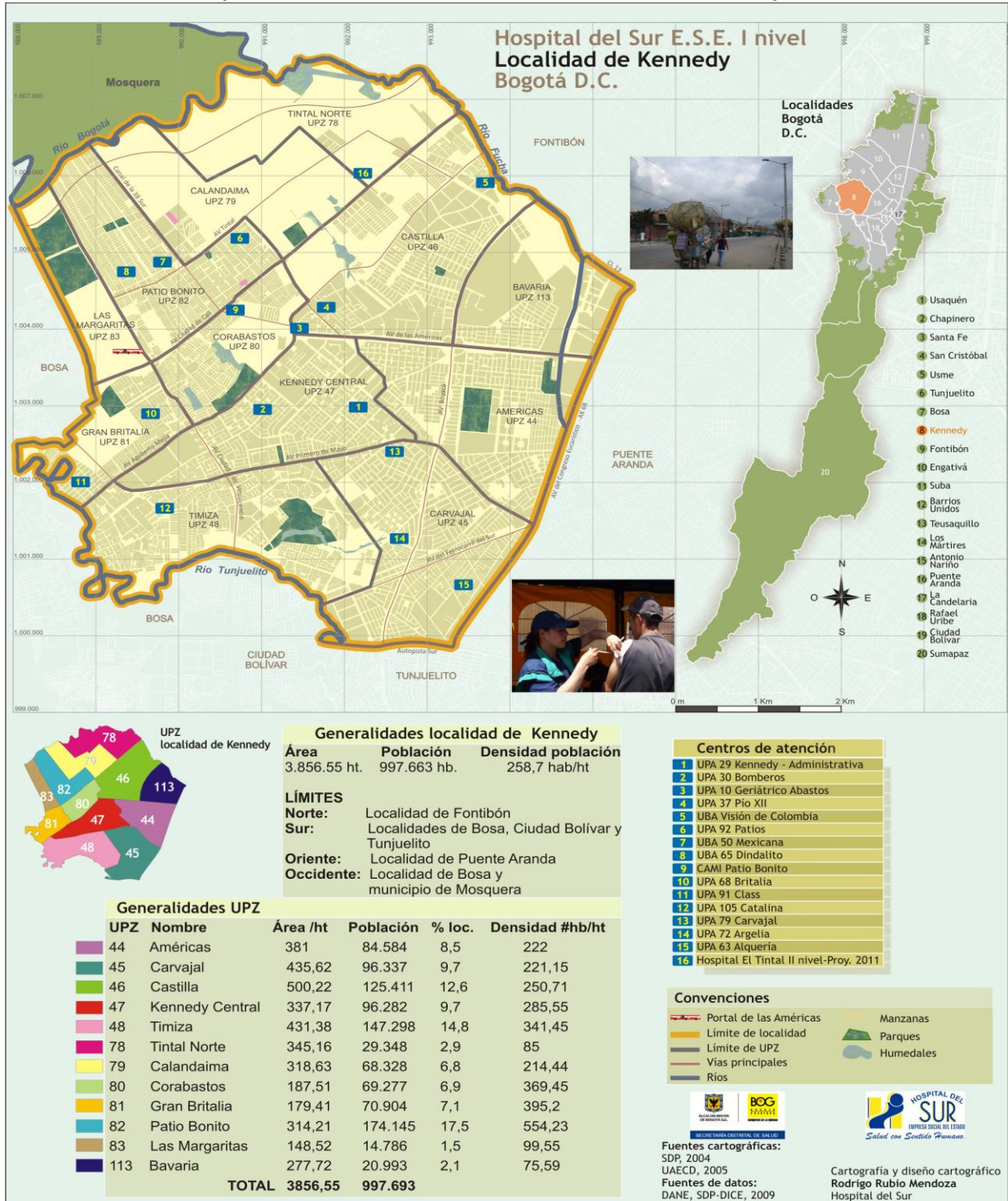
Bajo este contexto es que se puede concluir que el presente documento describen y analizan aspectos relacionados con las condiciones en las que se desarrolla la vida de los pobladores permanentes y estacionarios de la localidad de Kennedy, así como se describen factores sociales, demográficos y geográficos relacionados con el dominio general, factores determinantes de fenómenos singulares relacionados con el estado de salud y aparición de la enfermedad, así como las condiciones de discapacidad y desplazamiento.

1. ANALISIS DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD LOCALIDAD DE KENNEDY TERRITORIO – POBLACION - AMBIENTE

1.1 DINÁMICA TERRITORIAL

La localidad octava de Kennedy se encuentra localizada en el sur occidente de Bogotá, demarcada por los siguientes límites: por el norte con la localidad de Fontibón y el municipio de Mosquera, al sur con las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar y Tunjuelito; al oriente con la localidad de Puente Aranda y al occidente con la localidad de Bosa. Su posición geográfica, la define como localidad periférica, que permite la conexión Bogotá y el sur occidente de Cundinamarca. Representa el 4,5% del área total de la ciudad, es la octava localidad en extensión total territorial con 3,856,55 ht.; y la segunda en extensión de área urbana; posee 258,7 Hab/ht, y no posee suelo rural .

Mapa 1. Datos Generales de la Localidad de Kennedy



Fuente: Hospital del Sur. 2010

1.2 DINAMICA AMBIENTAL

Desde una perspectiva holística e integral, el ambiente se comprende como un conjunto de componentes naturales, sociales y culturales que influyen en la vida del ser humano y en las generaciones futuras, no se trata solo del entorno natural, la conservación y protección de ecosistemas, la fuente de recursos, el soporte de las actividades productivas o el lugar donde depositar los desechos, sino que incluye un concepto más amplio que se concibe como un sistema dinámico definido por las interacciones físicas, biológicas, sociales, culturales entre los seres humanos, los demás seres vivos y todos los elementos del entorno donde se desenvuelven, en tal sentido, se describe a continuación la relación de la dimensión ambiental frente a la salud de la comunidad, convirtiéndose en una categoría transversal de análisis, identificando a su vez, como el deterioro ambiental está directamente relacionado con el estado de salud de los habitantes de la localidad.

Mapa 2. Ambiental. Localidad de Kennedy



Fuente: Hospital del Sur. 2010

La localidad Kennedy por formar parte del valle aluvial del río Bogotá el terreno donde se ubica se caracteriza por ser de zona de humedales, los cuales fueron desapareciendo a medida que la urbanización se fue acelerando en la localidad. También se caracteriza por tener una mediana influencia industrial, alta actividad comercial y denso flujo vehicular, actividades que la califican como una de las localidades con altos índices de contaminación atmosférica asociada a casos de Infección Respiratoria Aguda - IRA, de toda la ciudad. Son identificados como los problemas ambientales que más están generando impactos sobre la calidad de vida de los habitantes la alteración de los recursos hídricos por diversas causas, la contaminación por residuos sólidos en áreas públicas, la contaminación atmosférica por fuentes fijas y móviles y el ruido. Por su población y área, Kennedy es vista como una ciudad en medio de una gran metrópoli con problemas ambientales de especiales características.

En ese marco conceptual el abordaje del ambiente desde la salud, implica comprender la interacción de los determinantes ambientales con la calidad de vida y salud de las comunidades. La Organización Panamericana de la Salud define que la deficiente calidad del ambiente es responsable de alrededor del 25% de todas las enfermedades evitables del mundo, donde se encuentran las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, la malaria, así como las enfermedades transmitidas por vectores.

En ese orden de ideas, el ambiente como determinante, puede actuar de modo favorable o desfavorable a la salud, un entorno “peligroso” puede producir un amplio número de efectos sobre la salud, los cuales dependen del tipo, intensidad y magnitud según la clase de peligro y el grado de exposición o daño, así como la población afectada.

Las condiciones geomorfológicas e hidrológicas del terreno donde se ubica la localidad de Kennedy se caracterizan por ser zona de humedales ya que hacen parte del valle aluvial del río Bogotá y por lo tanto son zonas con un alto nivel freático y con muy alta amenaza por inundación en épocas de invierno, constituyéndose este en el principal riesgo contemplado en el plan local de emergencias y desastres.

El clima de la localidad se ajusta mucho a los parámetros del Distrito, con temporadas de lluvia y sequía; se observan fundamentalmente dos épocas de lluvia al año, una temperatura promedio de 14°C; humedad relativa de 86% a 87% en los meses lluviosos, y de 79% a 81% en los meses secos; precipitación de 151 a 218 mm en los meses lluviosos y de 29 a 54 mm en los meses secos, según las Agendas Locales Ambientales del Departamento Administrativo del Medio Ambiente.

La Localidad de Kennedy está regada por los ríos Bogotá, Fucha y Tunjuelito; el Fucha, a su paso por la localidad, se encuentra canalizado hasta la Avenida Boyacá y continúa su curso hasta desembocar en el río Bogotá. En la cuenca de El Tintal se han identificado algunas subcuencas que delimitan el cono del río Tunjuelito y drenan a través de vallados el río Bogotá, en dos áreas: Las Chucuas del Burro, y La Vaca, que recogen las aguas lluvias de Ciudad Kennedy en lagunas poco profundas.

En la localidad se identifican algunos cuerpos de agua ubicados en los barrios San José de Occidente, Pinos de Marsella, La Igualdad, San Lucas, Perpetuo Socorro, El Tintal, Las Dos avenidas y Rincón de los Ángeles¹

Humedal El Burro: Este humedal está incluido dentro de la normatividad urbana considerada en el sistema hídrico, mediante la Resolución 03 de 1993, la EAAB lo acota, y mediante el Acuerdo 19 de 1994, lo define, conjuntamente con otros humedales del Distrito Capital, como Reserva Ambiental Natural. El humedal El Burro está incluido en el Plan de Ordenamiento Físico del Borde Occidental de la ciudad de Santa Fe de Bogotá adoptado mediante el Acuerdo 26 de 1996, como parte del sistema hídrico de este sector de la ciudad. Este acuerdo establece (Artículo 10), que el sistema hídrico, conformado por los cuerpos de agua, canales y vallados existentes y proyectados por la EAAB de Bogotá, así como sus rondas hidráulicas y zonas de manejo y preservación ambiental, deberán integrarse al sistema de zonas verdes y recreativas y serán tratadas como áreas arborizadas, y solo podrán utilizarse para uso forestal.

Humedal De Techo: El acuerdo 19 de 1994, del Concejo Bogotano lo declaró como reserva ambiental natural de interés público y patrimonio Ecológico. Aunque los límites de las 11 hectáreas del humedal fueron definidos en 1994, el ecosistema presenta dos cuerpos de agua, fragmentados por las dinámicas de los desarrollos informales, por lo que el primer trimestre del año 2001, se adelantó un proceso de saneamiento predial, que comprendió la reubicación de 50 familias y la compra de predios. De otro lado se construyó el sistema Alsacia en el sector Aguas bajas de la Av. Ciudad de Cali. En la actualidad el humedal se encuentra bajo la protección y supervisión de la EAAB, el decreto distrital 386 de 2008, relacionado con la recuperación y rehabilitación de los humedales en Bogotá, también tiene en cuenta el tratamiento de este ecosistema de forma articulada con las secretarías de hábitat, ambiente y planeación.

Rio Tunjuelo: La cuenca se ubica al sur del Distrito Capital y forma parte del sistema hidrográfico del río Bogotá. Nace en la laguna de los Tunjos o Chisacá y desemboca en el río Bogotá, para una longitud de 53 km., un descenso de 1.340 m (entre las cotas 3.850 y 2.510) y un área afluente de 36.280 hectáreas. Se estima que en la cuenca del Tunjuelo se encuentran asentadas 2.5 millones de personas, distribuidas en las siguientes localidades: Tunjuelito, Kennedy, Usme, Ciudad Bolívar, Bosa y Sumapaz. Un alto porcentaje de esta población vive en condiciones de marginalidad social, pobreza y segregación.

Rio Fucha: Este río también se encuentra protegido por las Normas que dicta el cumplimiento del Decreto 1729 del 6 de agosto de 2002 el cual trata lo relacionado con el marco legal sobre el Río Tunjuelito. Además de lo anterior se ha encontrado una permanente violación de la legislación

¹ Panorama Turístico de las 12 Localidades – Alcaldía Mayor de Bogotá, Instituto distrital de cultura y turismo 2004

Ambiental Nacional, que a partir de la expedición del Código de recursos naturales, en 1974, obliga a las autoridades administrativas a adoptar planes de ordenamientos y manejos de las cuencas hídricas POMCA. El continuo vertimiento de aguas servidas y desechos sólidos al cauce del Río Fucha, hace que especialmente en época de verano, sean insoportables los malos olores. Los habitantes del sector encuentran que la forma de mitigar estos olores son los árboles y arbustos que constituyen una barrera de protección.

La localidad de Kennedy se caracteriza por la compleja situación de orden ambiental, que obedece a actividades fuente, tales como la alta concentración de industrias, el alto tráfico automotor, los desarrollos urbanos informales e incluso las condiciones económicas y sociales de la población, ejercen una presión en el ambiente, dada a partir de la emisión de partículas contaminantes, la contaminación de cuerpos de agua, la desmedida producción y disposición inadecuada de residuos sólidos, el saneamiento básico insuficiente en el hogar y la comunidad, entre otros muchos factores que pueden ocasionar cambios en el estado del ambiente.

En tal sentido, una de las problemáticas más acentuadas en la localidad de Kennedy es la contaminación del aire, según el Diagnóstico de Calidad de Aire, realizado por la Secretaria de Ambiente, en el año 2006; las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón presentan los mayores índices de contaminación atmosférica. Este diagnóstico concluye que en Kennedy tan solo el 1% de los días del año la calidad de aire es buena, el 94% de los días es moderada y el 5% de los días la calidad es desfavorable para los grupos de personas más sensibles. De otro lado, el comportamiento diario de PM10 en las estaciones de la red de monitoreo de calidad de aire de la localidad de Kennedy y Puente Aranda en abril y junio de 2009, permite señalar que la concentración de material particulado menor a 10 micras en la localidad de Kennedy excede los datos registrados por la estación de Puente Aranda en un 80%, sin embargo es importante señalar que las dos localidades en la mayoría de los días del mes de junio superan el nivel establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 54 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Como uno de los riesgos antrópicos que tiene la localidad encontramos la contaminación atmosférica; las fuentes de contaminación atmosférica existentes en la localidad 8 son clasificadas como estacionarias y como móviles. En las estacionarias se incluyen las provenientes de las industrias, las quemadas, la demolición y la construcción, mientras que en las móviles se encuentra el tráfico vehicular. Todo esto convierte a la localidad en una zona con una gran problemática ambiental, por la presencia de industrias y la gran cantidad de vías principales y secundarias que la surcan. Este tipo de contaminante, es conocido como material particulado. Las partículas son una mezcla de pequeños sólidos y gotas líquidas microscópicas suspendidas en el aire, constituidas por un gran número de componentes químicos, incluidos ácidos, nitratos, sulfatos, compuestos orgánicos, metales pesados, polen y alérgenos (bacterias, virus, hongos), estos los hay de dos tipos: las partículas finas aquellas que tienen un tamaño menor a 2.5 micrómetros (PM 2.5) presentes en la neblina y el humo. Y las partículas gruesas se encuentran en el polvo levantado por el viento con un diámetro menor a 10 micrómetros (PM10). Estas partículas son fácilmente

inhalables y penetran profundamente en las vías respiratorias, pues son capaces de alojarse en los pequeños bronquiolos y pueden llegar a lo más profundo de los pulmones.

En cuanto a la contaminación auditiva en la localidad de Kennedy los niveles de ruido, en el paso de la avenida de Las Américas, alcanzan cifras superiores a los 75 db (decibeles), situación que se considera de alto riesgo para los habitantes de la zona debido a que superan el máximo nivel permitido. En general, las grandes avenidas que atraviesan la localidad tienen promedios entre 70 db y 75 db. Mientras en las zonas residenciales se encuentran promedios inferiores a 70 db, los cuales son tolerables en el día.

Las principales fuentes de ruido en la localidad de Kennedy son: discotecas ubicadas en la Avenida Primero de Mayo entre Carrera 68 y la Avenida Boyacá y en la Calle 6 entre la Transversal 71D y la Avenida Boyacá; equipos amplificadores de sonido utilizados en la comercialización de producto, vendedores ambulantes y automóviles especialmente sobre la Carrera 76; e industrias como la maderera (fabricación de guacales) en el barrio María Paz detrás de Corabastos y transformadora de plásticos en el barrio Carvajal, talleres automotrices y empresas de ornamentación, entre otras.

Otra de las situaciones problema que afronta la localidad octava es el inadecuado manejo de residuos sólidos, originado por actividades comerciales, industriales y domésticas. Una de las principales fuentes generadoras de residuos sólidos en Kennedy es la Central Mayorista de Abastecimiento de Alimentos Corabastos, el cual genera una cantidad aproximada de residuos de 500 toneladas/día. Los residuos sólidos de Corabastos están compuestos en su mayoría por residuos orgánicos (vegetales), aportando el 83,61% del total de desechos producidos en la central. El plástico se constituye en el mayor tipo de residuo inorgánico generado. Los sectores que más generan residuos son las bodegas de verduras, frutas y hortalizas.

La contaminación del suelo en la localidad se presenta principalmente por los residuos sólidos. Los principales productores de residuos sólidos en su orden son: el comercio, la industria, residencial e institucional. La mayor presencia de residuos sólidos está en la UPZ de Corabastos y Patio Bonito. Debido a la disposición inadecuada de residuos en las Plazas de Mercado Central de Abastos, Las Flores y La Macarena. Corabastos produce diariamente 500 toneladas (90%) biodegradables, la Corporación tiene contrato especial con una empresa del consorcio para la recolección diaria siguiendo patrones de rutas sanitarias internas propuestas por la oficina de salud pública de Corabastos. La disposición inadecuada de residuos por el sector de cárnicos, ubicadas sobre la Avenida Ciudad de Cali – Vía a Fontibón, genera deterioro de la calidad ambiental para los habitantes de barrios como Andalucía II y Tintal ya que su descomposición produce malos olores, incremento de sustancias contaminantes en el agua y presencia de roedores e insectos.

Son considerados puntos críticos en cuanto a disposición de residuos sólidos en la localidad: Riveras de Occidente (Carrera 103A Bis entre calles 34 y 37 Sur), Riveras de Occidente (Carrera 104 A entre calles 34 y 35 Sur), Morabia (Carrera 66 con Calle 46 Sur), Boita (Carrera 67B con Calle 48B Sur), Boita (Carrera 66 con Calle 47 Sur - esquina Coratiendas), Boita (Carrera 66 entre calles 47A y

48B Sur - separador zonal comercial). Otra de las consecuencias indeseables de la presencia de residuos sólidos es el taponamiento de los colectores presentándose inundaciones con efectos negativos en la salud de las comunidades y el medio ambiente.

La contaminación por residuos sólidos en Kennedy se genera debido a que la población no respeta los horarios de recolección establecidos y arroja los desechos en andenes y vías públicas, por lo que se constituyen en focos de contaminación. Adicionalmente, se encuentra que sobre los humedales se realiza disposición de escombros y se generan desechos por ventas ambulantes que son dispuestos sobre las vías públicas y separadores. Esta situación se genera especialmente en las zonas aledañas a Corabastos, sobre la carrera 86 y barrios como Amparo y María Paz.

Por otro lado, la calidad del sistema hídrico de ambas localidades según lo expuesto en el documento “Calidad del Sistema Hídrico de Bogotá”, del mes de agosto de 2008, está siendo afectada por las descargas contaminantes en diversos puntos de las cuencas Fucha, Tunjuelo y Bogotá. De esta forma, los principales vertimientos que se presentan en el Río Fucha en las localidades de Kennedy y Puente Aranda, se registran entre las Avenidas Ferrocarril y las Américas, donde el Canal Comuneros entrega al Río Fucha descargas de origen doméstico e industrial, en el tramo de la Avenida de Las Américas y Visión de Colombia, descargan al cuerpo hídrico aguas residuales de origen industrial del sector de Montevideo y los interceptores Fucha, Boyacá y el Sur, siendo estos aportes catalogados como las cargas contaminantes más representativas en el cauce. También se identifican las descargas entre Visión de Colombia y Zona Franca (Interceptor Kennedy), la estación de bombeo el Vergel y los vertimientos del Frigorífico San Martín, aguas abajo de la Avenida Ciudad de Cali.

En la localidad se ubican los humedales de El Burro, La Vaca y Techo. El humedal de El Burro se localiza en la parte occidental y se extiende desde el barrio El Rincón de los Ángeles hasta el costado occidental de la avenida Ciudad de Cali. Este humedal ha sido objeto de rellenos ilegales y en él se han depositado escombros y residuos industriales que han disminuido su extensión paulatinamente. El humedal La Vaca, por su parte, se extiende desde la Avenida Corabastos hasta la Avenida Ciudad de Cali y, al igual que El Burro, ha sido objeto de rellenos ilegales permanentes, depósito de escombros, basuras y vertimientos de aguas residuales. Al respecto la EAAB señala: El humedal de techo está severamente deteriorado y ha sido destruido casi en su totalidad por el desarrollo urbano informal.

Uno de los afluentes de mayor importancia en la localidad es el río Bogotá, el cual se encuentra en un avanzado estado de contaminación debido, principalmente, a los aportes de las microcuencas de los ríos Fucha y Tunjuelito. El río Fucha recibe, además de residuos domésticos, aguas industriales, desechos generados a partir de actividades de reciclaje y residuos sólidos, producto de la disposición inadecuada de los habitantes de los barrios aledaños a su ronda.

El río Tunjuelito su vez, presenta una gran contaminación como producto de los sedimentos de la industria extractiva y desechos de industrias de curtiembres del sector de San Benito, que afectan con concentraciones de sulfuros y cromo, entre otras sustancias. En la localidad de Kennedy se vierten aguas residuales provenientes de industrias alimenticias, textiles, madereras, de papel, químicas y otras manufactureras, lo que aumenta las concentraciones de demanda biológica de oxígeno (DBO), demanda química de oxígeno (DQO) y de sólidos totales y metales pesados. Se considera que los tres humedales de Kennedy (El Burro, La Vaca y Techo), el lago Timiza, varios caños y canales ubicados en el sector de El Amparo (a espaldas de Corabastos), en el sector de Tintalito (calle 43 sur) y Patio Bonito (caños de la 38, 42 y 41), en los barrios Villa Alexandra y Los Almendros, se encuentran contaminados, ya que reciben vertimientos industriales y domésticos que surgen como producto de las deficiencias del sistema de alcantarillado en estos sectores y la falta de control sobre las conexiones clandestinas y vertimientos industriales.

Toda la situación expuesta anteriormente determina la presencia de efectos en salud y la alteración de la calidad de vida de la comunidad de Kennedy, sin embargo, cabe anotar que el efecto final surge como consecuencia de la interrelación del determinante ambiental con otros factores tales como la vulnerabilidad biológica, las condiciones y estilos de vida, entre otros.

Basados en esa lógica de causalidad, se identifican los impactos en salud y dada la priorización de problemas de carácter ambiental en Kennedy, se asocia la contaminación atmosférica con la aparición de enfermedades de tipo respiratorio y cardiovascular principalmente, y otras de tipo nervioso y dermatológico con evidencia menos fuerte. Cuando las concentraciones de PM10 se encuentran en un nivel de 0 a 50µg/m³ donde pese a que los niveles de concentración son considerados no adversos para la salud puede presentarse el mínimo de inicio de síntomas o molestias asociadas al sistema respiratorio tales como irritación de mucosas en grupos sensibles y en algunas personas sanas (caso sucedido en el mes de junio, estación localidad de Kennedy, según lo reportado por el proyecto especial de calidad de aire del Hospital del Sur), por otro lado, si la concentración del material particulado se encuentra en un nivel moderado de contaminación 51 a 100µg/m³ pueden presentarse un incremento en la probabilidad de ocurrencia de síntomas respiratorios tales como (irritación de mucosas, dolor de cabeza, malestar general, tos) en personas sensibles y con enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Recientes investigaciones han demostrado que existen partículas que además de pasar a los pulmones pueden llegar a los alvéolos y al torrente sanguíneo (PM 2.5 y PM 0.1) y que según su origen y composición pueden alterar el organismo.

De acuerdo con los resultados de la Sala Situacional Multitemática de Salud y Ambiente (2008) para la localidad de Kennedy, en su fase de análisis de datos y comprensión de la carga ambiental en la morbilidad de la población, el análisis evidencia que los factores ambientales que afectan directa o indirectamente la salud de la población de Kennedy se relacionan principalmente con el aire y el agua, siendo la calidad del aire el factor ambiental determinante con un porcentaje de

67.4% en la presencia de enfermedades (es de aclarar que existen otros factores propios de cada etapa de ciclo vital que posibilitan la aparición de enfermedades y afecciones en salud). La calidad del agua intradomiciliaria es también factor condicionante con un 28.5% del total de casos.

La distribución de los diagnósticos relacionados con el ambiente de acuerdo con las etapas del ciclo vital refiere que la enfermedad relacionada con el ambiente que se presentó con mayor frecuencia en el ciclo vital de infancia fue la enfermedad diarreica aguda (EDA), asociada con la inadecuada manipulación de alimentos y la calidad del agua potable a nivel intradomiciliario. La dermatitis en niñas (16.6%) y la enfermedad respiratoria en niños (17.9%) son las siguientes enfermedades que se presentan por condiciones ambientales (exposición a sustancias químicas y calidad del aire respectivamente).

Así mismo, en el ciclo vital de juventud la enfermedad más frecuente fue la enfermedad diarreica aguda (EDA), con una presencia de 12059 casos totalizados para ambos sexos. La segunda patología más frecuente fue la dermatitis con el porcentaje más alto en mujeres que en hombres (26.3%). La enfermedad respiratoria se presenta con mayor prevalencia en las mujeres con un número de casos total de 293 y la conjuntivitis asociada con la calidad atmosférica que se presenta mayoritariamente en los hombres con un total de 247 casos.

La inadecuada manipulación de alimentos, la calidad del agua al interior de las viviendas y en general las malas prácticas higiénico sanitarias conllevan a que en la etapa de ciclo vital de adultez, la enfermedad diarreica aguda (EDA), sea la patología más frecuente con un total de 1530 casos. La baja calidad del aire posibilita la presencia de la enfermedad respiratoria, especialmente en mujeres con un 23% y en hombres con un 22%. Los hombres pertenecientes a la etapa de ciclo de persona mayor presentaron el más alto porcentaje (67.4%) de presencia de casos de enfermedad respiratoria ocasionada por la calidad del aire, pero también asociada con la vulnerabilidad biológica y física propia de su edad. De la misma forma, se relaciona la enfermedad diarreica aguda (EDA) como segunda patología con mayor frecuencia de presentación.

El análisis de situación en salud ambiental en la localidad de Kennedy evidencia situaciones preocupantes en salud pública derivadas de eventos ambientales en cada una de las unidades de planeamiento zonal UPZ, definidas por el Hospital como los ejes ordenadores del análisis, este escenario precisa un abordaje integral del ambiente y el fortalecimiento de la integralidad de la gestión sectorial e intersectorial de la salud ambiental, para que de esta forma se logre dar respuestas oportunas y eficaces a las necesidades en materia de salud ambiental, bajo un enfoque integrador.

1.2.1 Características político administrativas

Con la expedición del POT Plan de Ordenamiento Territorial, - decreto 619 de 2001 y el posterior decreto 159 de 2004, Bogotá cuenta con una división administrativa, que favorece la planeación local e introduce el concepto de territorio en la ciudad, dando a la localidad un carácter administrativo, mientras las UPZ, Unidades de Planeación Zonal son sectores conformados por un barrio o conjunto de barrios, agrupados por las condiciones de homogeneidad en el uso del suelo, desarrollo histórico, soporte físico o natural, malla vial equipamiento urbano y estratificación.

Tabla 1 División político administrativa de la localidad

UPZ	Nombre	Características Urbanísticas
44	AMERICAS	Con Centralidad Urbana
45	CARVAJAL	Residencial Consolidado
46	CASTILLA	Residencial Consolidado
47	KENNEDY CENTRAL	Residencial Consolidado
48	TIMIZA	Residencial Consolidado
78	TINTAL NORTE	Desarrollo
79	CALANDAIMA	Desarrollo: Área en la que predominan los terrenos sin urbanizar
80	CORABASTOS	Residencial de Urbanización Incompleta
81	GRAN BRITALIA	Residencial de Urbanización Incompleta
82	PATIO BONITO	Residencial de Urbanización Incompleta
83	LAS MARGARITAS	Predominantemente Dotacional
113	BAVARIA	Predominantemente Industrial

Fuente: Conociendo Kennedy 2009. SDP

La Localidad de Kennedy está conformada por doce (12) UPZ, de las cuales seis, ya fueron reglamentadas por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital, a saber: Castilla, Américas, Carvajal, Kennedy Central, Gran Britalia y Patio Bonito y las seis restantes, se encuentran sin reglamentación: Timiza, Tintal Norte, Calandaima, Corabastos, Las Margaritas y Bavaria².

La UPZ 46 (Castilla) ocupa el primer lugar en extensión seguida por la UPZ 45 (Carvajal) y en tercer lugar la UPZ 48 (Timiza). Por otra parte la UPZ con menor extensión es la UPZ 83 (Las Margaritas), y es poco reconocida dado que se encuentra en proceso de poblamiento. En Kennedy aproximadamente se localizan 321 de los 2.239 barrios de Bogotá y 12 de las unidades de

² Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial. Localidad de Kennedy. Bogotá. 2006.

planeación zonal de las 117 en las que se divide la ciudad. Siete son de clasificación residencial (Carvajal, Castilla, Kennedy Central, Timiza, Corabastos, Gran Britalia y Patio Bonito), dos se clasifican en desarrollo (Tintal Norte y Calandaima), una como centralidad urbana (Américas), una como dotacional (Las Margaritas) y una como industrial.

1.2.2 Territorios sociales de la GSI

Dentro del proceso de implementación de la estrategia y en búsqueda del reconocimiento de los territorios definidos para la gestión social integral para la localidad de Kennedy, se identificaron 7 territorios sociales que muestran en forma condensada las características del territorio construido y se detectan las diferentes lógicas y dinámicas que se presentan en los territorios definidos.

Las ciudades comprenden un territorio y al mismo tiempo son su gente, sus sueños, su memoria: señales de vida que se fueron generando desde que éramos niños. El primer referente que tenemos de este territorio es el barrio, un espacio muy cercano a nuestra vida diaria y a nuestra actual memoria. El espíritu de las ciudades se gesta en sus barrios y se va transmitiendo de generación en generación creando o reproduciendo lugares conocidos, eventos costumbres, transmitiendo identidades, afectos, encuentros tensiones y vacíos que le dan sentido de vida a la ciudad, la hacen ser y existir más allá de un conglomerado de edificios y concreto.

Esta vida en los territorios se construye en el espacio colectivo, primer ámbito de relación de los habitantes con el territorio y primer escenario donde identificamos ventajas, oportunidades, o problemas y necesidades de la vida en comunidad: barrio sin parques, casas sin antejardín, hogares sin agua, vías de barro o casas de cartón que contrastan con las megaconstrucciones de una ciudad para el futuro. Esto es lo que refleja el espíritu de un territorio que lo hace ser distinto uno del otro.

Para nuestro caso particular, y en concordancia con la lógica planteada por el modelo de atención que desarrolla el Hospital del Sur E.S.E, el territorio toma un enfoque directamente relacionado con las actividades desarrolladas en el campo de acción del Hospital del Sur, que se enmarcan en la construcción social y de salud del mismo, generando respuestas oportunas y elevando la calidad de vida de la población de las dos localidades en las que interviene. El Hospital del Sur E.S.E, para una mejor prestación de servicios y en la búsqueda de respuestas integrales, maneja el territorio de su jurisdicción, desde las UPZ's, como espacios de análisis de la demanda de necesidades en salud de la población de las localidades de Kennedy y Puente Aranda, para poder generar respuestas más acertadas y consistentes con las problemáticas del territorio administrado.

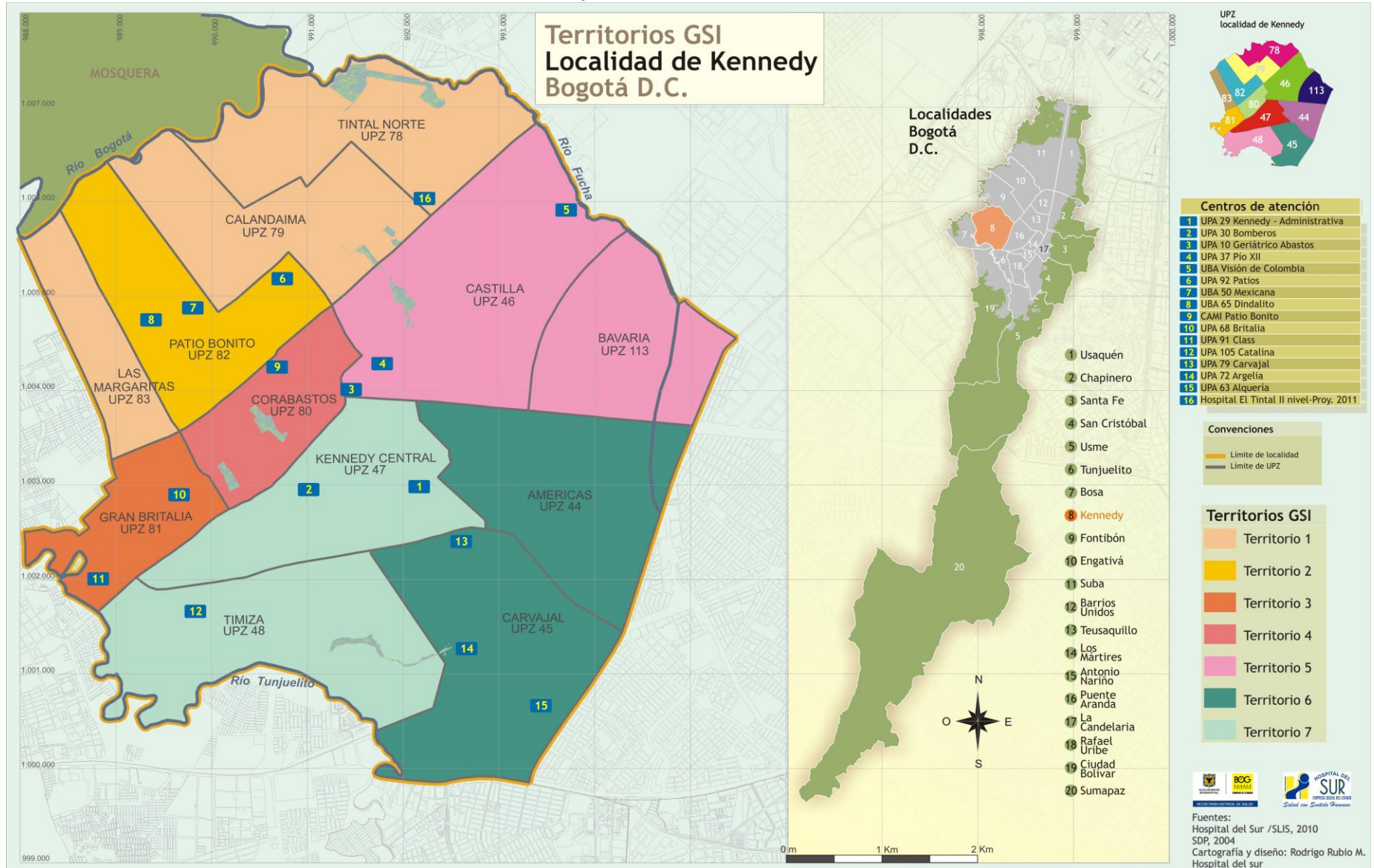
Desde una mirada territorial, se plantea tejer puentes más estrechos entre lo social y lo económico, para lo cual es necesario reconocer el territorio en su integralidad y las unidades de planeamiento zonal UPZ's, son áreas geográficas continuas que se encuentran dentro del perímetro urbano legalmente aprobado para la ciudad. Permiten mejorar la planeación del desarrollo

urbano, que anteriormente se hacía para la ciudad como totalidad, es decir a nivel macro, o para los lotes, es decir a nivel micro, sin que existiera un nivel intermedio como el de las UPZ's.

En este sentido la Localidad de Kennedy avanza en la concertación para la definición de territorios que no son más que la suma de una o más porciones de territorio que se denomina unidad de planeación zonal (UPZ). El ejercicio de análisis y lectura del territorio se plantea a este nivel de escala porque es un espacio convenido tácitamente entre todos los sectores para la consolidación de información, es por este motivo que se elige para la conformación de los territorios para el desarrollo de la Gestión Social Integral la aglomeración de dichas UPZ. En la localidad octava este ejercicio ha sido particularmente tortuoso por la imposibilidad de generar acuerdos con la autoridad local, por tal motivo antes de los 7 territorios definidos al día de hoy se paso por varias propuestas de distribución territorial desde la Subdirección local de integración social, que sufrió la rotación casi anual de su Subdirector.

A pesar de todas las dificultades para la generación de dichos acuerdos, desde la institucionalidad se impulsa la propuesta de consolidación de 7 territorios con una distribución de las unidades de planeación zonal obedeciendo a similitudes gruesas en las condiciones socio-económicas de la siguiente manera (ver Mapa):

Mapa 3. Territorios GSI.



Fuente: Hospital del Sur ESE - 2010

Territorio 1 compuesto por las UPZ: 78 Tintal norte, 79 Calandaima, 83 Margaritas: las UPZ Calandaima y Tintal, limitan al norte con el río Bogotá, el futuro canal Américas y la futura Avenida Manuel Cepeda, al oriente limita con el perímetro del suelo urbano, la avenida ciudad de Cali y la UPZ patio Bonito, al sur limita con la futura avenida Manuel Cepeda Vargas y la Avenida el Tintal, finalmente al occidente limita con la futura avenida de los Muiscas. Para el caso de la UPZ Margaritas, sus límites son; al norte con el Río Bogotá, al oriente con la futura avenida ciudad de Villavicencio, al sur con la avenida ciudad de Cali y al occidente con el límite administrativo entre las localidades de Bosa y Kennedy. Este territorio se caracteriza por desarrollos de VIS Viviendas de Interés Social y presenta diversas problemáticas ligadas a las lógicas de planeación de desarrollo urbano.

Territorio 2 compuesto por la UPZ: 82 Patio Bonito: en la actualidad sus límites se encuentran bordeados por el Norte con el Río Bogotá que deja a su paso una alta carga de contaminación ambiental para la UPZ, por el Sur y el Oriente con la Av. Ciudad de Cali y la UPZ Corabastos espacios claves de configuradores del poblamiento y desarrollo del sector. Mientras que por el occidente con la Avenida Villavicencio y la UPZ Margaritas. Patio Bonito no tiene una historia unificada, su desarrollo, algo desigual se enmarca en la dinámica social y política del país, se puede hablar de dos momentos específicos el poblamiento y la posterior urbanización, la mayoría de las familias que llegan a Patio Bonito, experimentan la lucha por la sobrevivencia, vienen de diversas zonas del país producto del desplazamiento o la búsqueda de nuevas oportunidades.

Territorio 3 compuesto por la UPZ: 81 Gran Britalia: La UPZ Gran Britalia se ubica en el parte sur de la localidad, aldeaña al río Tunjuelito; tiene una extensión de 180 ha. Limita al norte con la avenida Ciudad de Cali; al oriente con la avenida Ciudad de Villavicencio (calle 43 sur); al sur con la avenida Agoberto Mejía (carrera 80), y al occidente con el río Tunjuelito y con el límite administrativo entre las localidades de Bosa y Kennedy. Britalia se caracteriza por un creciente número de mujeres cabeza de hogar, generalmente con más de un hijo, lo que hace más frágil su condición, y que en su gran mayoría cumple labores domésticas o de oficios varios, que generalmente son mal remunerados. También existen muchas viviendas que fabrican productos comestibles que luego son comercializados de manera informal, en las mismas calles del sector, o en sectores aldeaños de la localidad.

Territorio 4 compuesto por la UPZ: 80 Corabastos: se identifica con su gran paradoja, en relación a que por un lado, cuenta con una gran dinámica económica al rededor de la central de abastecimiento de Corabastos y por otro su población vive condiciones de miseria relacionadas con la falta de empleo y los altos índices de desnutrición en la población que allí habita. está conformada por 20 barrios que crecieron en torno al humedal de la Chucua de la Vaca y la Central de abastos más grande del País, Corabastos; limita al norte con la avenida de las Américas, al

oriente con la avenida Agoberto Mejía (Cra. 86) al sur con la avenida Ciudad de Villavicencio (Cl. 43 sur) y al occidente con la avenida Ciudad de Cali.

Territorio 5 compuesto por las UPZ 46 Castilla y 113 Bavaria corresponde a un espacio social que limita al norte con parte de la estructura ecológica principal de Bogotá como el Río Fucha, al sur limita con la Avenida las Américas y la UPZ Corabastos, al oriente limita con la Avenida Carrera 68 y la localidad de Puente Aranda, finalmente al occidente limita con la Avenida Ciudad de Cali. Se observan contrastes generados por el nivel socioeconómico y procesos de desarrollo urbano formal e informal, donde fácilmente se identifican niveles de estratificación 2, 3 y 4, con diferencia de pocas cuadras; viviendas de autoconstrucción, vecinos de conjuntos residenciales de propiedad horizontal o multifamiliar. Las primeras ubicadas cerca de la Avenida calle 13 con Av. ciudad de Cali, donde las condiciones de habitabilidad e infraestructura urbana aun son deficientes, razón por lo cual se han generado movilizaciones frente al arreglo de redes de acueductos, alcantarillados y vías, principalmente; por otro lado se encuentran los habitantes de los conjuntos residenciales que se manifiestan respecto al déficit de vías y el mal estado de estas, pero conjuntamente se pronuncian frente a problemáticas de inseguridad y convivencia.

Territorio 6 compuesto por las UPZ 44 Américas y 45 Carvajal: Limita al norte con la AV. Américas, al oriente con la Av. Congreso Eucarístico (Carrera 68), al sur con la Autopista Sur al occidente con Calle 33 sur, Carrera 75. Este territorio está en un constante cambio respecto a la construcción social, que tiene unos significados, usos y relaciones caracterizando el territorio y obligando a sus pobladores a hacer parte de los cambios a los que está sometida.

Territorio 7 compuesto por las UPZ: 47 Kennedy Central y 48 Timiza: limita al norte con la Avenida de Las Américas; al oriente con la diagonal 42 B sur, y la Avenida Ferrocarril del Sur;; al sur con el río Tunjuelito, y al occidente con la Avenida Dagoberto Mejía. Su dinámica de uso dotacional principalmente residencial la convierte también en uno de los territorios con alta densidad poblacional, que en su mayoría habitan el sector pero laboran en otras zonas de la ciudad.

1.3 CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

Kennedy, contiene las huellas de las diferentes sociedades que desarrollan distintos sistemas de organización económico-social y que han configurado la Bogotá de hoy. Por eso el actual territorio de la localidad es fruto de complejos y contradictorios procesos de urbanización y de las dinámicas económicas, políticas y sociales del país y en algunos casos del mundo.

La Bogotá de hoy, su primacía urbana y la desigualdad socio-espacial en Kennedy

Hacia finales del siglo XIX empiezan a constituirse sistemas de transporte, acueducto y alumbrado público en Bogotá. Para el año 1900 la ciudad sólo había crecido un 60 por ciento con respecto al

área que tenía en 1810, sin embargo la población había aumentado cinco veces, es decir, este crecimiento se hizo a costa de la ocupación de los intersticios de las casas y solares coloniales.

Al mismo tiempo, con el incipiente proceso de industrialización del país, la ciudad empezó a alterarse con la construcción de avenidas y el surgimiento de arrabales en la periferia, mientras en la parte central de Bogotá permanecía una estructura similar a la colonial. La ciudad empezó a crecer hacia el norte, Chapinero, y el sur, San Cristóbal, pero rápidamente se extendió en diferentes direcciones. Se inauguraron nuevos barrios. A principios de la década de 1920 había en Bogotá 18 barrios obreros cuyas condiciones eran muy precarias, las autoridades veían que el proceso de expansión urbana requería de ajustes y reformas en los sistemas de servicios públicos y saneamiento básico (aun a costa de los más pobres), por lo que iniciaron proyectos como el de “saneamiento” del Paseo Bolívar (antiguo Paseo del Agua), en las estribaciones de Monserrate; la canalización del río San Francisco, y la creación de la Junta de Pavimentación y Construcción del Alcantarillado.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, Bogotá se ha convertido de lejos en la principal ciudad del país (primacía urbana), lo que no es sinónimo de prosperidad en general. Su posición económica dominante, el desarrollo fuerte de infraestructuras y de servicios, y su ubicación, entre otras razones, hicieron que la población de la ciudad casi se triplicara en menos de 20 años: pasó de 650 000 habitantes en 1951 (década de masivos desplazamientos forzados) a 1 662 000 en 1964, y ya para 1985 llegaba a los 4 millones. A la par, se expandió el área urbana y se generaron territorios marginales distantes del centro de la ciudad (April-Gnisset, 1992).

Los economistas resaltan el que Bogotá haya seguido creciendo a una tasa superior al resto de las grandes ciudades colombianas, adquiriendo mayor importancia nacional y regional. Tiene el 15 % de la población del país (8 millones de habitantes) y la mayor tasa de crecimiento demográfico (2.29%) de las 4 grandes ciudades. Ocupa el primer lugar del mercado de capitales, telecomunicaciones y desarrollo tecnológico y es el primer centro de educación, servicios sociales y comerciales. Representa la mayor participación en el PIB3 (24%), es el principal puerto exportador (20%), y centro financiero y bursátil (66% del mercado)⁴.

Si bien es cierto que la ciudad creció, también crecieron las contradicciones sociales y territoriales. El desarrollo urbano ha sido desigual y segregado. Las elites locales están más articuladas externamente con las redes del capitalismo mundial, que con las necesidades de varios millones de los habitantes de la ciudad.

3 Producto Interno Bruto

4 Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD), 2003

Algo similar ocurre al interior de la localidad de Kennedy, ligada a importantes procesos del desarrollo urbano de Bogotá. Fruto del crecimiento urbano hacia el occidente, la localidad tiene 3 856 55 hectáreas y cuenta con 997 693 habitantes (DANE, SDP-DICE 2009), la segunda localidad más populosa de Bogotá.

Los remanentes coloniales y el surgimiento del Aeródromo de Techo

En un condiciones totalmente distintas a las actuales, el territorio de lo que hoy es Kennedy fue habitado, seguramente por los ascendientes Muisca, hace 2700 años (Correal, 1992), pues era una zona que ofrecía condiciones de fertilidad de los suelos gracias a su origen aluvial y lacustre (Flórez, 2006), necesarios para el desarrollo de la agricultura y porque los ríos y cuerpos de agua brindaban pesca y caza.

A la llegada de los españoles, los Muisca que habitaban toda la sabana, tenían asentamientos que se ubicaban en las partes no inundables como los Cerritos de Casablanca, Catalina, Onasis, Pastranita II, Perpetuo Socorro, Villa Andrea.

Como consecuencia del proceso de conquista y colonia española, la población nativa se vio disminuida en número y sus antiguos territorios fueron usurpados y pasaron a ser propiedad de la Corona española a través de sus lugartenientes. Así surge el sistema de hacienda en lo que hoy es Kennedy, siendo las más representativas las haciendas de Techo, La Chamicera y El Tintal (Pardo, 1946) que limitaban con los resguardos de Bosa y Fontibón.

Techo pasó entonces a manos del encomendero Juan Ruiz de Orejuela y luego, en 1608, a los jesuitas y luego a las monjas de Santa Clara. En 1767, los jesuitas fueron expulsados y se embargó la propiedad; una parte fue a parar a manos del virreinato y la otra, a José A. Doncel, quien le cambió el nombre por el de El Tintal, esta última cambió de dueños reiteradamente hasta 1823, cuando fue adquirida por José Antonio Sánchez quien la dividió entre sus hijos.

La parte del noreste conservó el nombre de El Tintal y al sureste lo llamaron Tintalito (Ibíd.). Esta última fue fraccionada posteriormente, adquiriendo como nuevo nombre El Juncal, y luego hacienda Los Pantanos. Por su parte, Techo, que en 1861 había pasado a manos del gobierno con la desamortización de los bienes de manos muertas, fue vendida a mediados de siglo XX a Avianca y al consorcio de cervecerías Bavaria.

En cuanto a la Chamicera, esta colindaba con Techo y El Tintal y llegaba hasta Puente Aranda. En 1774 la hacienda fue parar a manos de Miguel de Ribas y su hermano quienes la ampliaron con parte de La Estanzuela y parte de Techo y la extendieron hasta el río Fucha. La hacienda pasó a manos de Eusebio Umaña durante la época de la pacificación española o reconquista. A la muerte de Umaña sus hijos la dividieron en dos partes, una de ellas continuó con el nombre de La Chamicera se dividió en: Santa Inés, Santa Helena, y El Porvenir y la otra tomó el nombre de San Isidro e igualmente fue fraccionada en San Isidrito (Ibíd.).

Ya en el siglo XX el proceso con la consolidación de Bogotá como metrópoli se asocia con la naciente industrialización-urbanización asociada a los cambios de la economía mundial. La ciudad se expande hacia el occidente, donde Kennedy cumple un papel central: se inaugura el primer aeropuerto de Bogotá en 1929, el Aeródromo de Techo. La compañía SCADTA (Sociedad Colombo-Alemana de Transportes Aéreos) adquirió en el año 1929 los terrenos para la construcción del aeródromo de Techo. Entre los años cuarenta y cincuenta, el aeródromo contribuyó significativamente a la industrialización de Bogotá, especialmente en el transporte de maquinaria como consecuencia del proceso económico de la posguerra, conocido como de “sustitución de importaciones” (Acebedo, 2006). Con la aparición de naves de mayor velocidad esta infraestructura funcionó hasta el año 1959, cuando se inauguró el aeropuerto El Dorado, luego de que el Estado comenzara a asumir la administración de los servicios de transporte aéreo en 1954. El viejo Aeropuerto de Techo debió concluir su ciclo de actividades y dar paso a un terminal moderno y funcional.

9 de abril de 1948 y la nueva ciudad

Uno de los acontecimientos que transformó el modelo urbanizador, fue la revuelta popular desencadenada por el asesinato del caudillo liberal Jorge Eliécer Gaitán el 9 de abril de 1948, acontecimiento conocido como el “Bogotazo”. Este suceso dividió la historia del país además de la de Bogotá. Surgió una nueva época en la ciudad, pues como consecuencia cambiaron radicalmente los conceptos urbanísticos y no hubo de pasar mucho tiempo para la capital sufriera una profunda transformación. Pero también este suceso dio origen a una profunda violencia nacional con saldo de cientos de miles de muertos en los pueblos y veredas y miles más desplazados hacia las grandes ciudades.

En ese mismo año, con motivo de la realización de la IX Conferencia Panamericana se construyó el monumento de banderas, y se inauguró la Avenida de las Américas. Para los años 40, el Estado había contratado estudios de desarrollo urbano al urbanista Karl Brunner, quien diseñó un plan hacia el occidente, un proceso de expansión de la ciudad que aun no termina. Se trazaron vías anchas como Las Américas, que fueron las principales dinamizadoras del proceso, en tanto que el ferrocarril no solo expresaba síntomas de crisis sino que incomodaba espacialmente para la expansión urbana (Acebedo, 2006).

Los hechos violentos que le sucedieron al “bogotazo”, fueron el motivo más importante para que llegara a Bogotá una oleada de desplazados que se asentaron en las periferias de entonces. La tendencia de los años 50 fue el crecimiento fuerte de la población y una constante demanda de vivienda por parte de los recién llegados, cuya mano de obra estuvo a disposición del modelo económico promovido por el Estado para acelerar el proceso de industrialización. Así surgen barrios como La Campiña, las Delicias, la Chucua y Carvajal, éste último le da el nombre a la que se ha considerado Zona Industrial de la localidad de Kennedy –UPZ 45 Carvajal.

Por eso no es de extrañar que en los años 50, se traslade la cervecería Bavaria a la localidad. Su instalación en Kennedy dio origen a nuevas expectativas para su poblamiento, convirtiendo la zona en punto atractivo como fuente de empleo y de vivienda. Muy cerca de allí, se construye el Hipódromo de Techo (hoy estadio de fútbol) en 1954, que era uno de los hipódromos más importantes de Suramérica el cual fue cerrado a mediados de la década del ochenta.

El modelo “Alianza para el progreso”

Para mitigar en la ciudad los efectos producidos por los desplazados de la violencia rural y para contener el avance de la revolución socialista en América Latina, los Estados Unidos lanzan el programa “Alianza para el progreso”, que en 1961 hizo presencia en la localidad cuando el entonces presidente de Estados Unidos John F. Kennedy lanzó en Bogotá el “proyecto de vivienda popular de Techo” (Arango, 1982). Las obras se inician bajo la dirección del entonces Instituto de Crédito Territorial, siendo los primeros multifamiliares que se planeaban para las clases medias de la ciudad atados a préstamos hipotecarios de largo plazo. El acelerado crecimiento demográfico y el déficit habitacionales requerían de soluciones de vivienda y el uso más intensivo del suelo (soluciones multifamiliares).

Paralelamente se dio un desarrollo de barrios por autoconstrucción de origen legal y se da inicio a la presencia del “asentamiento pirata” de pobladores empobrecidos, como alternativa radical a la negación del derecho a la vivienda (Ibíd).

El sector se empezó a consolidar al estilo de una ciudadela, desarrollándose una zona comercial fortalecida por el recorrido de las rutas de transporte público, donde queda actualmente la zona bancaria, almacenes de cadena, comercio y el sector terciario. Con la muerte de J. F. Kennedy el sector lo empiezan a nombrar Kennedy Central y en los años setenta la localidad toma el nombre de Ciudad Kennedy.

Dentro de las obras de esta época se destacan la fundación de Bomberos, la Estación de Policía, el Parque Timiza, la Cruz Roja y el colegio INEM. También se proyectó la construcción de la Avenida Abastos sobre la carrera 80, vía que comunica a Abastos con Bosa y que lleva el nombre de Agoberto Mejía.

Finalizando la década del sesenta hizo crisis el modelo y aunque el Instituto de Crédito Territorial continuaba con la construcción de viviendas, cada vez tenía más problemas para cumplir con los objetivos de solución de vivienda popular. A partir de entonces, el Instituto entabló convenios con constructoras privadas que iniciaron obras dirigidas a la clase media-alta de la ciudad, donde surgieron barrios como Ciudad Timiza, Nuevo Kennedy, Banderas, Aloha, Nueva Marsella, Villa Sonia, Villa Adriana y Mandalay.

En la década del setenta, la urbanización ilegal tuvo su apogeo, siendo promovida por organizaciones políticas que reclaman el derecho de los habitantes a su vivienda, entre las cuales figuraba PROVIVIENDA y la ANAPO. Algunos de los barrios más representativos son Class y Britalia.

Corabastos, la plaza de mercado de Bogotá.

Consecuente con el modelo de urbanización funcionalista iniciado en los años cuarenta, las plazas de mercado de Bogotá se reubican fuera del centro de la ciudad en los años setenta. Con una ciudad cuya población superaba los dos millones de habitantes (Alcaldía Mayor, 2006), requería de un mercado organizado y que pudiera satisfacer la demanda de alimentos de la población. Es así como la Plaza España deja de ser el mercado de la ciudad y en su lugar se construye la gran central de Corabastos en el occidente de la localidad. Inaugurada en 1972, se constituye desde entonces en la fuente principal de abastecimiento de alimentos para Bogotá y el buena parte del país.

La gran afluencia de comerciantes y compradores hace que este sector, hoy UPZ Corabastos y UPZ Patio Bonito, empiece un rápido poblamiento por gentes que buscaban solución al desempleo. Al mismo tiempo, se da el surgimiento de barrios de invasión en las cercanías de la Central bajo condiciones de insalubridad, sin servicios públicos y en zona de alto riesgo de inundación del río Bogotá. Justamente a finales de 1979 se produjo una fuerte inundación de Patio Bonito, lo que dio paso a conflictos entre la comunidad y el Distrito, ya que esta zona está por debajo la cota de inundación del río Bogotá y requería de la construcción de un camellón.

Por causa de las inundaciones la comunidad empieza a irse a sitios más lejanos de la rivera del río comienza la urbanización del humedal de la Chucua de la Vaca con el barrio Villa La Torre a comienzos de los años ochenta. En un lapso de diez años se crearon más de 14 barrios sobre lo que era el humedal en condiciones precarias, pues al igual que a los barrios que hemos mencionado anteriormente, los lotes se vendieron sin servicios, con el agravante de construirse sobre un terreno fangoso. Hasta finales de los 90 estos barrios se legalizaron, en un pleito que ganaron a Corabastos. Hay que destacar que la fue la organización de la comunidad a través del comité sectorial de Juntas, la que presiona con un cabildo el 26 de enero de 1996, la necesidad del cambio de uso del humedal a zona urbanizable, cosa que se materializó en el acuerdo 035 de 1999 del Concejo de Bogotá.

Hoy es un sector de gran dinamismo y de grandes problemáticas, tal vez, las que más impactan la localidad. Por Corabastos circulan diariamente más de 250.000 personas entre transportadores, vendedores, empleados y compradores, constituyéndose en la segunda Central de Abastos más grande de Suramérica (Arango, 1982). Es una gran productora de residuos sólidos (80 ton/día aprox.) de contaminación del aire por la gran cantidad de camiones y vehículos de todo tipo de circulan las 24 horas.

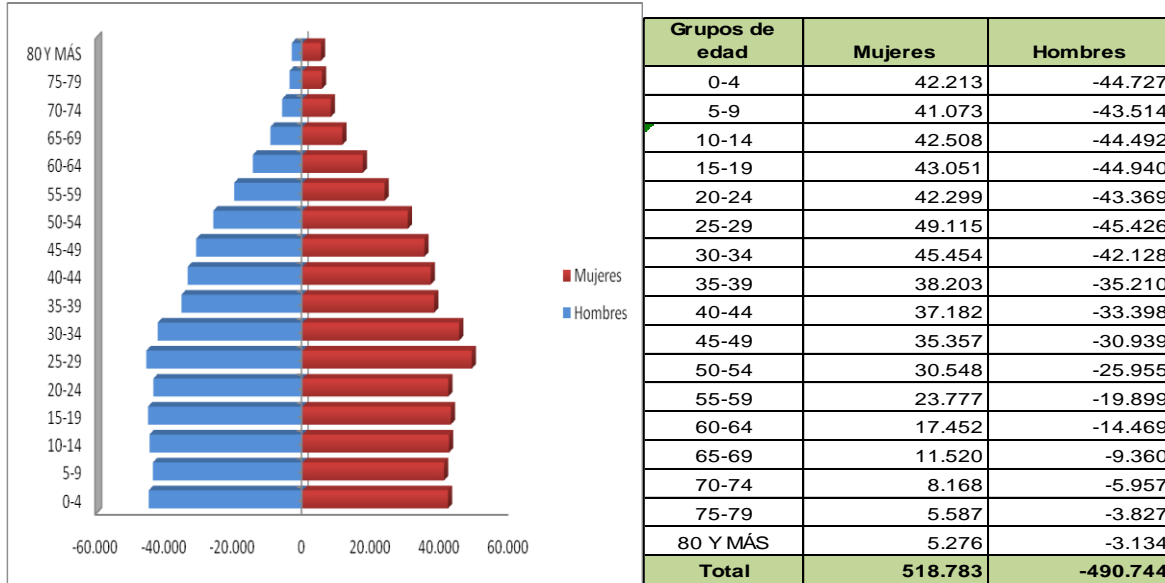
La urbanización reciente

En las últimas décadas se ha venido reorientando la ciudad para que sea más competitiva y atractiva a los inversionistas privados, tanto nacionales como extranjeros. El desarrollo de sistemas masivos de transporte tipo Transmilenio; la puesta en marcha de planes zonales y de planes maestros; los nuevos desarrollos urbanísticos verticales de alta densidad, entre otros, pone de manifiesto unas nuevas condiciones para quienes habitamos la ciudad y para los que llegan, en su mayoría desplazados. En buena medida esta planificación establece una ciudad virtual que no guarda relación con las condiciones reales de producción de la ciudad por el mercado, ignorando que la mayor parte de la población urbana percibe bajísimos ingresos y que es nula su inversión en un mercado costoso. Pasamos de un modelo del habitante como ciudadano al habitante como consumidor, lo que excluye de una u otra forma a los habitantes, especialmente los más pobres, de condiciones de calidad de vida y del ejercicio efectivo de sus derechos.

En este contexto se dan los más recientes desarrollos urbanísticos de la localidad, especialmente hacia el occidente en las UPZ Tintal Norte, Calandaima, Patio Bonito y Las Margaritas. Por una lado, Calandaima y Tintal Norte son, de acuerdo con el POT de Bogotá, zonas de expansión urbana en las que los conjuntos residenciales de alta densidad coexisten con sus vecinos de Patio Bonito, donde por otro lado, en lo que va del siglo XXI se han disparado los barrios de invasión con la llegada masiva de población desplazada (Hospital del Sur, 2009). Las condiciones de vida son disímiles, más no ajenas. Los habitantes de la rivera del río Bogotá, sobreviven en las peores condiciones, sin saneamiento básico, sin agua potable, sin derechos. Los de los conjuntos, empleados atados a los créditos bancarios, con gran cantidad de problemas invisibilizados. Los unos y los otros recién llegados a la localidad, construyendo apenas un arraigo, enfrentados por las brechas e inequidades de una época marcada por una profunda crisis económica y social.

1.4 PERFIL POBLACIONAL

Figura 1 Pirámide Poblacional Localidad Kennedy 2010

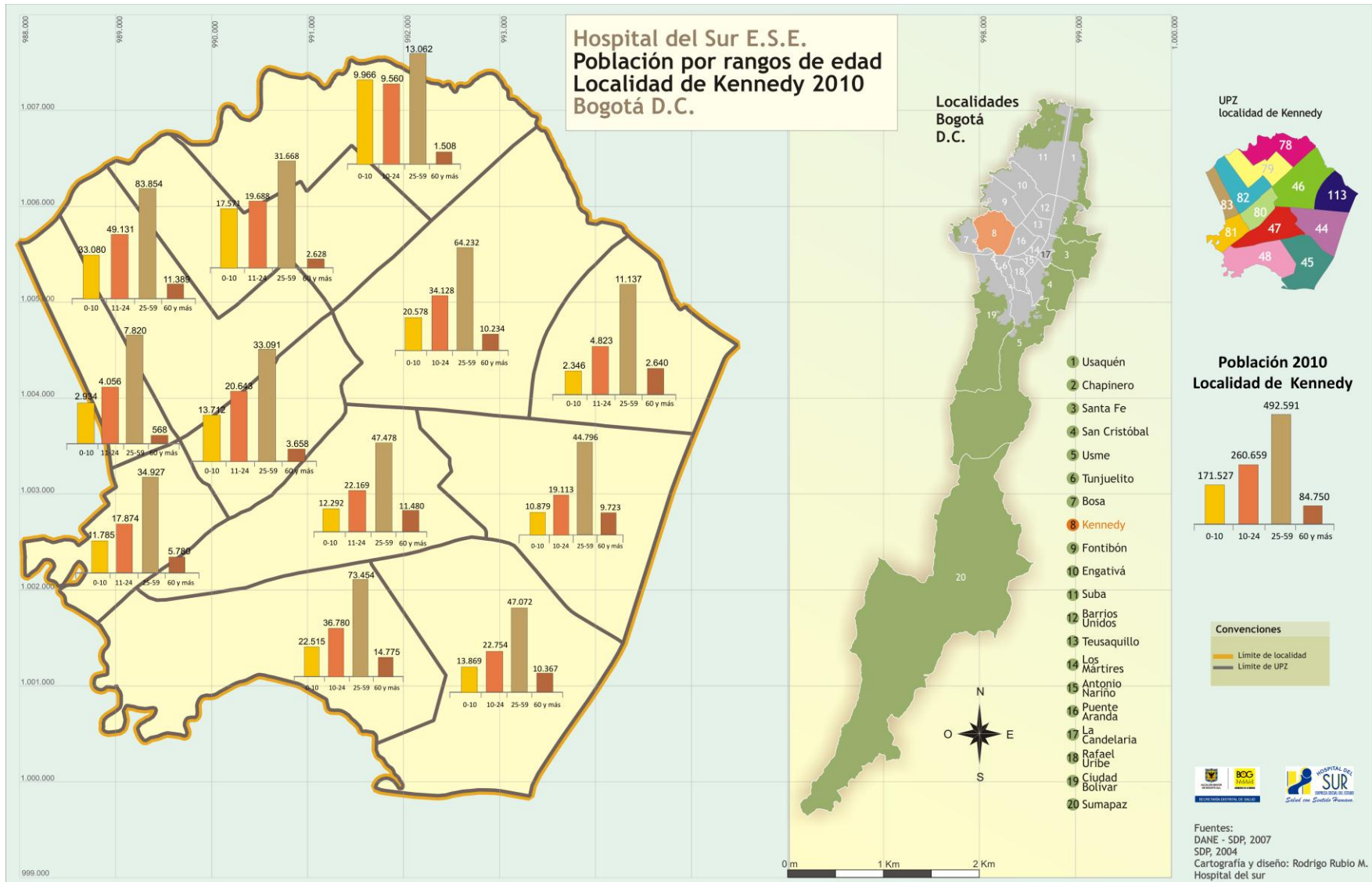


Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015

La localidad de Kennedy cuenta con una población total de 1.009.527 habitantes, la composición de la población está dada en un 51,4% de mujeres y 48,6% hombres. Concentrándose esta población en las UPZ de Castilla, Timiza y Patio Bonito con el 44,9% del total de la población y la mayor densidad poblacional se encuentra en Patio Bonito con 564, 7 habitantes por hectárea, seguidas de Gran Britalia (391,8) y Corabastos (379,2), caracterizándose por ser una zonas residenciales urbanísticamente incompletas

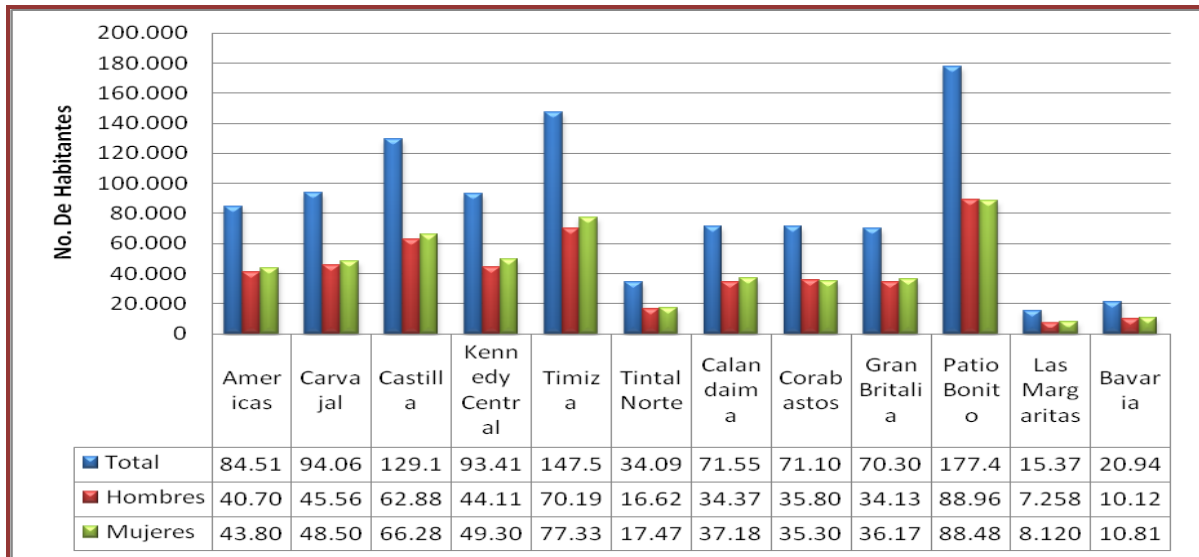
La pirámide poblacional de 2010 muestra una población en expansión, debido a que es una localidad en vías de desarrollo, con una concentración poblacional entre los 25 – 34 años, grupo caracterizado por ser económicamente activo, con mayor población de mujeres a pesar de que nacen más hombres, esto se corresponde con el comportamiento poblacional observado a nivel mundial.

Mapa 4. Población Localidad de Kennedy



Fuente: Hospital del Sur

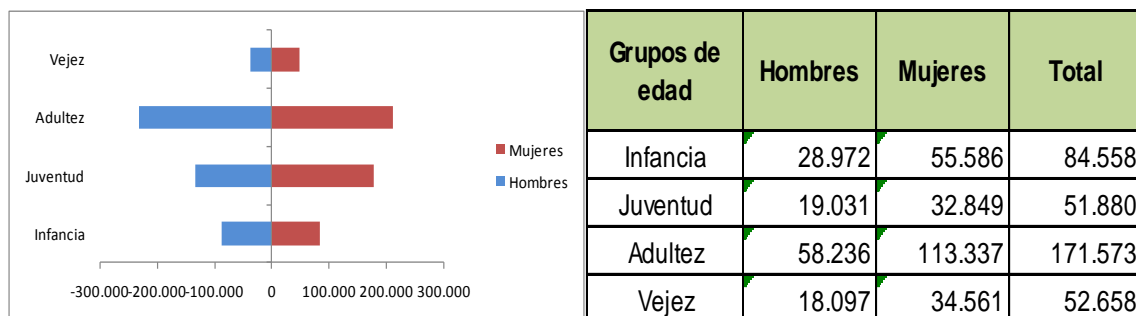
Figura 2 Distribución poblacional por UPZ y por sexo. Localidad de Kennedy. Proyección 2010



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

Abordar a la población, permite asumir al ser humano desde su integralidad, prestando especial atención a las características propias de la persona en cada una de las etapas del ciclo vital. Entonces las etapas del ciclo vital son un conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona. En esta perspectiva se hace necesario conocer la distribución de la población por las etapas del ciclo vital para conocer cuál es su dinámica y poder intervenir de acuerdo a sus necesidades.

Figura 3 Pirámide Poblacional por Etapa de Ciclo Vital. Localidad Kennedy 2010



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

La pirámide muestra que el mayor número de población está dada por la etapa de ciclo Adultez, sin embargo se debe tener en cuenta que el rango de edades es bastante amplio comparado con los otros grupos poblacionales, la pirámide refleja de alguna forma que la población más preponderante es la de adultez, sin menospreciar la etapa de la infancia y la población de la etapa de ciclo vejez es relativamente muy reducida.

1.4.1 Densidad poblacional por UPZ, Localidad de Kennedy

En la localidad de Kennedy la proporción de población menor de 15 años es de 26,1%, la proporción de adolescentes es de 8,7% y la de mayores de 60 años es de 8%, siendo la población productiva (20 a 59 años) la de mayor proporción en la localidad de Kennedy (51,7%), por lo que puede deducirse que es una localidad que está en una etapa de desarrollo importante.

Tabla 2 Distribución y densidad poblacional por UPZ, Localidad de Kennedy. Año 2010

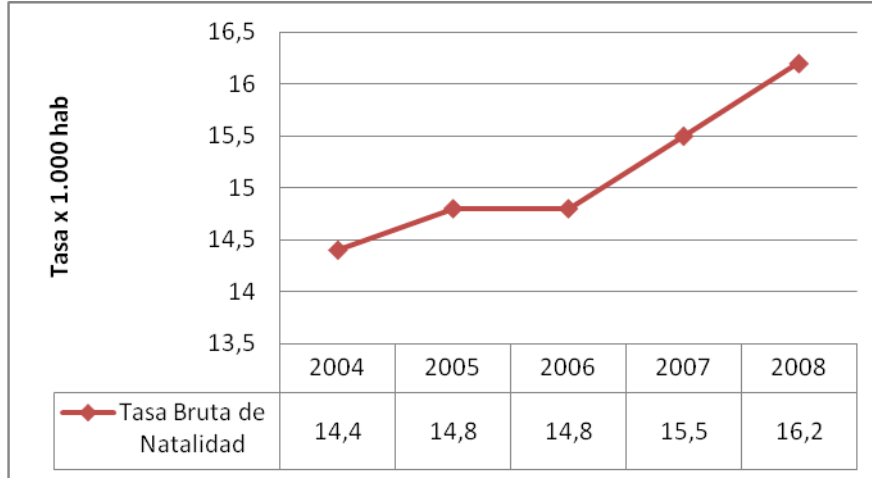
UPZ	Nombre	Características Urbanísticas	Área/Ht	Población	% Loc.	Densidad #Hb / #ht
44	AMERICAS	Con Centralidad Urbana	381,00	84,511	8,37	221,8
45	CARVAJAL	Residencial Consolidado	435,62	94.062	9,32	215,9
46	CASTILLA	Residencial Consolidado	500,22	129.172	12,8	258,2
47	KENNEDY CENTRAL	Residencial Consolidado	337,17	93.419	9,25	277
48	TIMIZA	Residencial Consolidado	431,38	147.524	14,61	341,9
78	TINTAL NORTE	Desarrollo	346,46	34.096	3,38	99
79	CALANDAIMA	Desarrollo: Área en la que predominan los terrenos sin urbanizar	318,8	71.555	7,09	224,5
80	CORABASTOS	Residencial de Urbanización Incompleta	187,51	71.104	7,04	379,2
81	GRAN BRITALIA	Residencial de Urbanización Incompleta	179,41	70.306	6,96	391,8
82	PATIO BONITO	Residencial de Urbanización Incompleta	313,61	177.454	17,58	564,7
83	LAS MARGARITAS	Predominantemente Dotacional	147,69	15.378	1,52	103,5
113	BAVARIA	Predominantemente Industrial	277,72	20.946	2,07	75,4

Fuente: Bogotá D.C. Proyecciones de población 2005-2015 DANE- Secretaría Distrital de Planeación SDP convenio específico de cooperación técnica No. 096-2007.

1.4.2 La tasa bruta de natalidad

En la localidad de Kennedy para el año 2010 fue de 15,8 por 1.000 habitantes, observándose una disminución desde el año 2008 de 0,4; comportándose de forma inversa a la tasa bruta de natalidad del distrito capital que para el 2008 fue de 16,3, 16,8 para el 2009 y para el 2010 fue de 16,83 y a su vez inferior a la del país (19,92) para el 2010.

Figura 4 Tasa Bruta de Natalidad Localidad de Kennedy 2004-2010

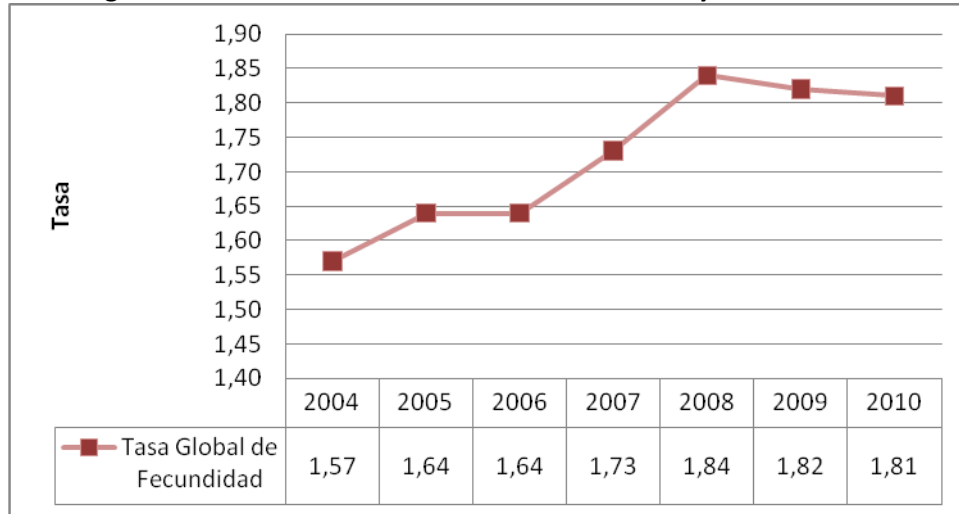


Fuente Nacimientos: BASE DE DATOS certificado de nacidos vivos DANE por lugar de residencia (2007 preliminares). Nacimientos 2008: BASE DE DATOS DANE y RUA-ND (H. Kennedy, H. Suba, H Tunal, H. Samaritana, Fundación santa fe (preliminares). Población: Proyecciones de población para Bogotá D.C., localidades DANE y SDP2000-2015 de junio 13 de 2009.

1.4.3 La tasa global de fecundidad

En el año 2010 fue de 1,81, es decir que el número promedio estimado de hijos que tendría una mujer en la localidad de Kennedy sería de 1,8 cifra de la cual participan aquellas madres que durante su periodo fértil, tuvieron sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad, cifra similar a la de Bogotá que tiene una tasa de fecundidad a 2010 de 1,8.

Figura 5 Tasa Global de Fecundidad Kennedy 2004-2010

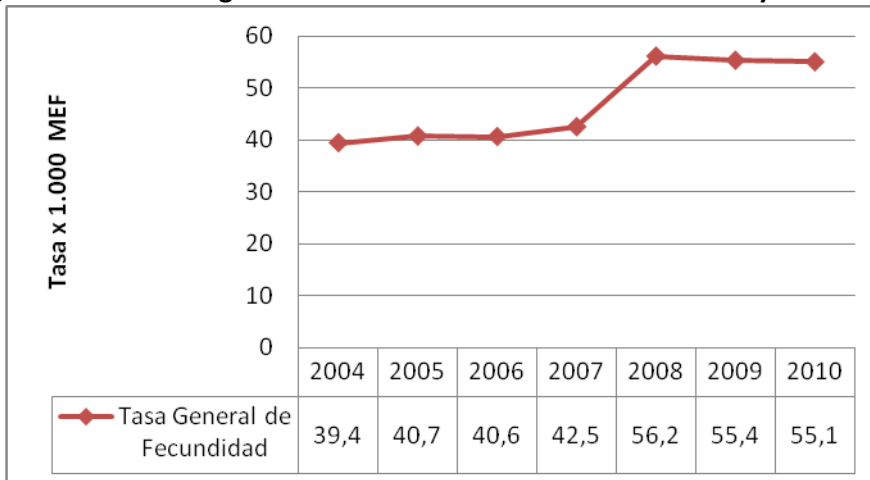


Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de población para Bogotá por localidades 2000-2015, junio 13 208. DANE-SDP, Estadísticas Vitales datos 2008 Preliminares. Nacimientos: base de datos DANE y RUAF-ND datos preliminares 2009.

1.4.4 La tasa general de fecundidad

En la localidad de Kennedy la tasa general de fecundidad en el año 2010 fue de 55,1, es decir por cada mil mujeres en edad fértil (15-49 años) nacen alrededor de 55 niños, evidenciándose un comportamiento superior a la presentada en Bogotá, con una tasa de 43,4 por cada mil mujeres en edad fértil, sin embargo en la localidad de Kennedy se observa un incremento paulatino en el número de nacimientos entre el año 2004 al 2008, seguido de un descenso hasta el 2010.

Figura 6 Tasa general de fecundidad. Localidad de Kennedy. 2004 -2010



Fuente: Proyecciones poblaciones Bogotá-Localidades-DANE y SDP 200-2015 de junio 13 de 2009. Nacimientos DANE-EV-2007-2008 preliminares. Nacimiento 2008 - Base de datos DANE-RUAF preliminares. Número de nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años

1.4.5 Relación de dependencia

La relación de dependencia muestra la carga demográfica de las personas menores de 15 años y mayores de 64 años con respecto a las personas en edades activas³. Bogotá en junio 30 del año 2005 tenía 483,9 personas dependientes por cada 1.000 personas en edades activas; esta relación presenta un cambio de tendencia llegando a 455,3 en junio 30 de 2009 y se espera que para junio 30 de 2015 se tengan 437,8 personas debido a la mayor proporción de las personas mayores de 64 años dentro del indicador. Para los años 2005, 2009 y 2015 los niveles de dependencia de la localidad de Kennedy son: para el año 2005 de 484,2, para el año 2009 451,6 y para el 2015 429,4.

1.4.6 Migración

La tasa de migración neta (por mil habitantes) para Bogotá, en el período 2005-2010 es de 2,2 y para el período 2010-2015 es de 2,1. La tasa de migración neta de la localidad de Kennedy es de cero (0).

1.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1.5.1 Mortalidad General

La tasa de mortalidad general para el año 2007 en la localidad de Kennedy fue de 30,8 por 10.000 habitantes, inferior a la nacional y distrital que para ese mismo año fue de 54 y 37,4 por 10.000 habitantes. La edad de mayor tasa de mortalidad se encuentra en los extremos del ciclo vital: menores de un año (108,1 x 10,000 habitantes) y de 60 y más años (30,8 x 10,000 habitantes).

Analizando las diez primeras causas de mortalidad, el “resto de causas” (1,62 x 1.000 habitantes) ocupan el primer lugar, pero las enfermedades isquémicas del corazón aportan el 0,36 x 1.000 habitantes de las muertes ocurridas en la localidad de Kennedy, se observa similar comportamiento en los años 2005 y 2006, sin dejar de ser menos importantes las muertes por enfermedades cerebro vasculares (0,22), agresiones (homicidios) y secuelas (0,18) al igual que las enfermedades crónicas de vías respiratorias. La diabetes mellitus, las neumonías y los tumores malignos del estómago ocupan el quinto, sexto y séptimo lugar respectivamente. El orden de las causas de muerte desde el 2005 a 2007 no ha variado.

**Tabla 3 Tasas de Mortalidad general por diez primeras causas * 10.000 habitantes.
Localidad de Kennedy 2005-2007**

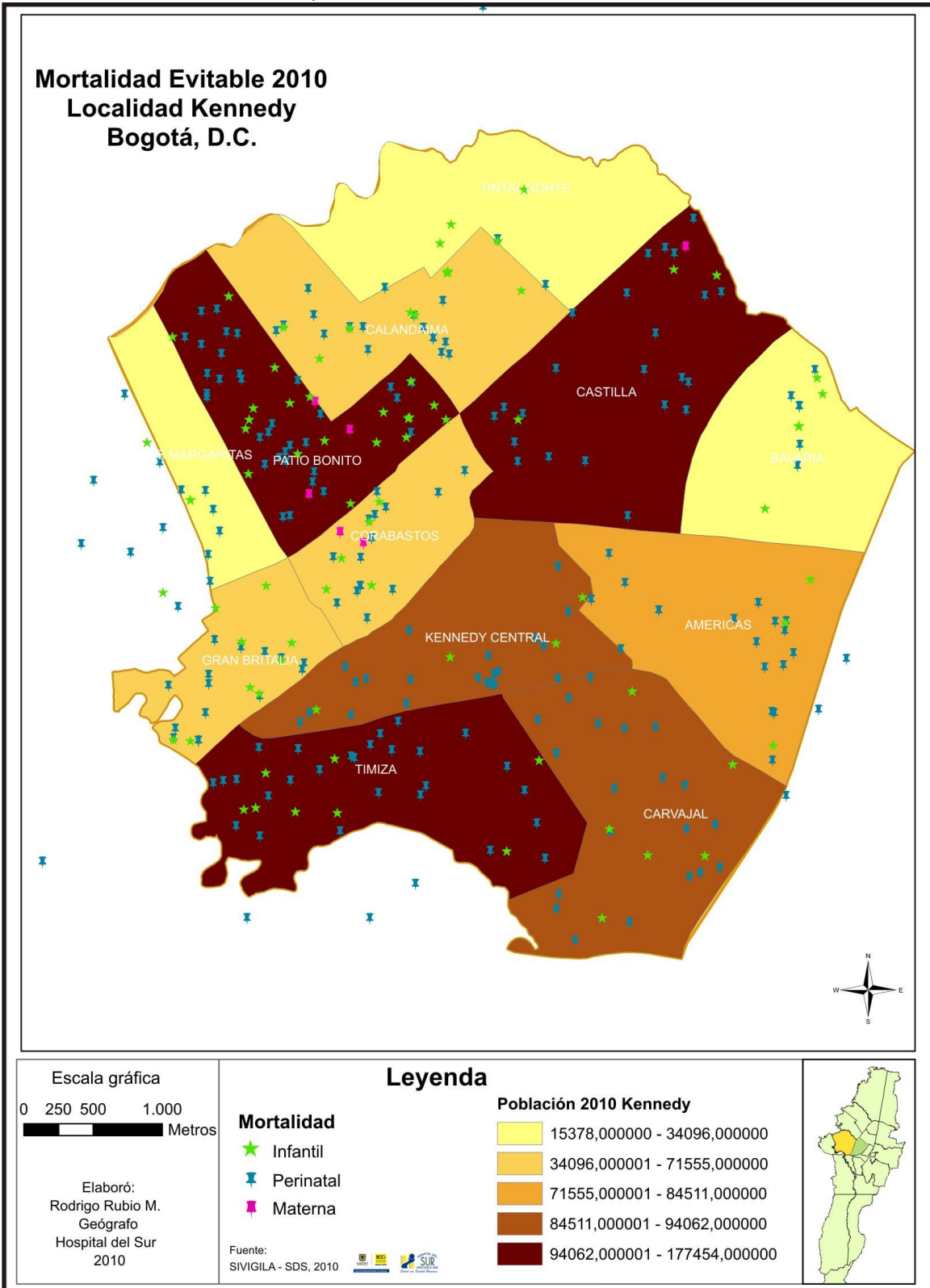
Orden	CAUSAS	2005	2006		2007	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
1	Enfermedades isquémicas del corazón	3,3	1	4,1	1	3,6
2	Enfermedades cerebrovasculares	2,5	2	2,2	2	2,2
3	Agresiones (homicidios) y secuelas	1,6	4	1,4	4	1,8
4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1,3	3	1,7	3	1,8
5	Diabetes mellitus	1,1	5	1,3	5	1,3
6	Neumonía	1,1	6	1,3	7	0,9
7	Tumor maligno del estómago	1	7	1,1	6	1
8	Enfermedades hipertensivas	0,6	8	0,8	8	0,8
9	Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	0,5				
10	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	0,5			9	0,6
	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón		9	0,6	10	0,6
	Insuficiencia cardiaca		10	0,5		
	Resto de causas	16		16		16
	Total	30		31		31

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

1.5.2 Mortalidad Evitable

Hasta el momento, la muerte es un evento inevitable. Sin embargo, muchas de las causas que conducen a ella son controlables por el individuo y por la sociedad. En este sentido, las muertes que se produzcan por condiciones evitables también son evitables. La confianza en la posibilidad de controlar las enfermedades y postergar el momento de la muerte, es el fundamento de toda política de salud, uno de cuyos resultados debe ser reducir la mortalidad, mediante la intervención de aquellos factores que aumentan el riesgo de morir.

Mapa 5. Caras de la Mortalidad



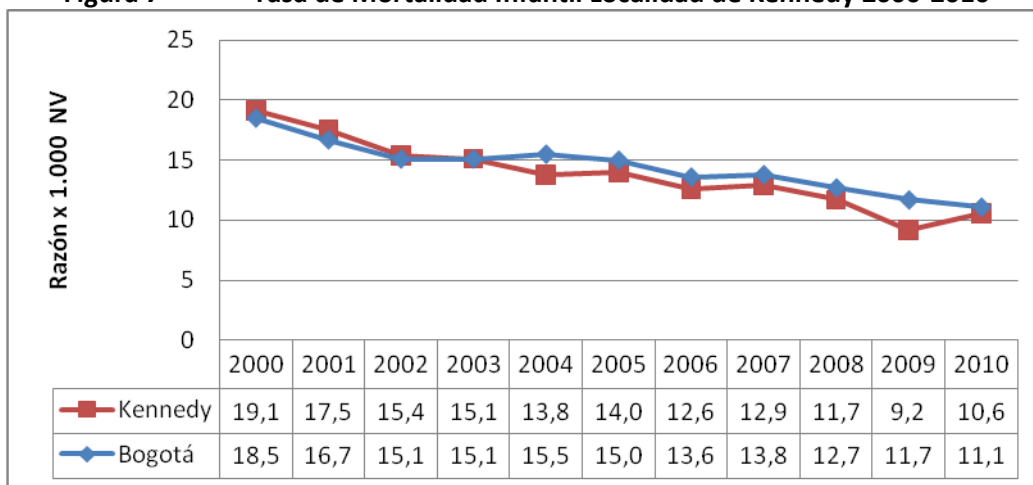
Fuente: Hospital del Sur - 2010

1.5.3 Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil en Colombia continúa descendiendo, según la Encuesta Nacional de Demografía y salud la tasa de mortalidad infantil fue de 16 muertes por cada mil nacimientos, cuando hace cinco años fue 19 muertes por cada mil nacimientos. En los últimos quince años se han presentado reducciones drásticas gracias a una mejor asistencia sanitaria, innovaciones médicas y políticas públicas de mayor cobertura, así como programas nutricionales. Una de las estrategias aplicadas se refiere a la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, que se aplica en varias regiones del país, con resultados muy positivos.

El comportamiento de la mortalidad infantil tanto en Bogotá como en la localidad de Kennedy hasta el año 2009 se presentaba con tendencia a la disminución, sin embargo para la localidad durante el año 2010 la tasa fue de 10,6 x 1.000 NV, representando un aumento de 1,4, comparado con el año anterior. Teniendo en cuenta que la Meta del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva para vivir mejor” es reducir la mortalidad infantil por debajo de 9.9 por cada 1.000 niños y niñas menores de 1 año para el año 2015, la localidad de Kennedy continuará empleando todas las estrategias para evitar que se siga incrementando la mortalidad infantil.

Figura 7 Tasa de Mortalidad Infantil Localidad de Kennedy 2000-2010



Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de población para Bogotá por localidades 2000-2015, junio 13 2009. Estadísticas Vitales datos 2007 Preliminares. Nacimientos: base de datos DANE y RUA-F-ND datos preliminares 2009.

Hasta el año 2007, la mayor tasa de mortalidad infantil está dada por trastornos respiratorios específicos del período perinatal (33,4 x 10.000 N.V.), las malformaciones congénitas del sistema circulatorio (13,9) y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas 10 x 10.000 Nacidos Vivos.

Tabla 4 Tasa de Mortalidad en menores de 1 año. Localidad de Kennedy 2005-2007

ORDEN	CAUSAS	2005	2006		2007	
		Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
1	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	26,8	1	25,3	1	33,4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	17,1	2	14,1	3	10
3	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	15,4	3	11,2	2	13,9
4	Infecciones específicas del período perinatal	12	4	7,3	4	8,4
5	Neumonía	8	5	6,7	9	1,7
6	Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	5,7	6	2,8	5	5,6
7	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	4	7	2,8		
8	Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1,7	10	1,7		
9	Septicemia, excepto neonatal	1,1			10	1,1
10	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	1,1	8	2,8		
	Deficiencias nutricionales		9	1,7	6	2,8
	Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas				7	2,8
	Enfermedades infecciosas intestinales				8	1,7
	Resto de causas	19,4		24,2		26,7
	Total	112,4		100,7		108,1

FUENTE: Certificados de defunción-BD DANE- Sistema Estadísticas Vitales. Tasa por 10.000 nacidos vivos.

Del total de las muertes infantiles el 52,1% se encontraba afiliado al régimen contributivo, las UPZ que mas aportaron muertes infantiles en el año 2008 fueron Patio Bonito (43 casos) 22,4%, Kennedy Central (31 casos) 16,1% y Carvajal y Tamiza (28 y 27 casos) 14,6% y 14,1%. Sin embargo en todas las UPZ se presentaron muertes infantiles. Es importante resaltar que del total de las muertes infantiles el 52,1% se encontraba afiliado al régimen contributivo.

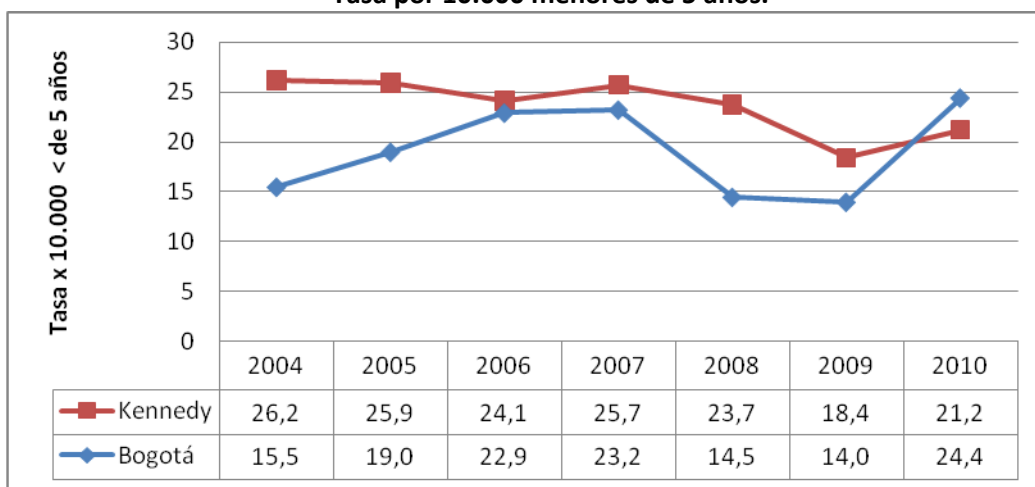
1.5.4 Mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de cinco años, expresa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años de edad. Es el cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad y el número de menores del grupo de edad en mención, para un determinado país, territorio o área

geográfica, expresado por 10.000 menores de cinco años. Cada año, Colombia se esfuerza por mejorar el bienestar de los niños menores de 5 años, hallazgo reflejado en el descenso progresivo en los últimos tiempos de la tasa de mortalidad en estos menores por 1.000 nacidos vivos, posicionando dicha población como primordial en los planes nacionales y territoriales de desarrollo, a través de estrategias que buscan incrementar la cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, mejorar el acceso y calidad de la atención en los servicios materno infantiles, y la nutrición de la población infantil y de las mujeres gestantes y lactantes, entre otros.

Es así como para el año 2007, a partir de datos preliminares del DANE, se obtiene para Colombia una tasa muy cercana a la meta propuesta por Objetivos de Desarrollo del Milenio de 17 muertes por mil nacidos vivos. Aunque a partir de otros datos, como el Estado Mundial de la Infancia 2009 para este mismo año 2007, Colombia ocupa el puesto 112 de 191 países de mayor a menor tasa, con un valor de 20 defunciones en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos, tasa inferior a la estimada para el mundo (68) y para América Latina y el Caribe (26).

Figura 8 Tasa de Mortalidad en menores de 5 años. Localidad de Kennedy. 2004-2010
Tasa por 10.000 menores de 5 años.



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

El comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años en la localidad de Kennedy es con tendencia a la disminución, en el 2004 la tasa fue de 26,2 por 10.000 menores de 5 años y en el 2010 descendió a 21,2 por 10.000 menores, sin embargo comparado con el año inmediatamente anterior se observa un aumento considerable. Teniendo en cuenta la meta del Plan de Desarrollo para el 2012, y es reducir la mortalidad a 23,7 por cada 100.000 menores de 5 años, la localidad deberá seguir haciendo su mayor esfuerzo con el propósito de evitar que se aumente el número de casos, así para el 2010, ya este cumpliendo con el objetivo.

Para el distrito capital la mortalidad en menores de 5 años desde el 2007 hasta el 2009, se observa disminución de la tasa, sin embargo para el 2010, se presenta un aumento importante de 10 puntos comparado en el año 2009, con una tasa de 24,4 X 10.000 menores de cinco años, por lo que es importante seguir fortaleciendo todas las estrategias encaminadas a la disminución de la mortalidad en este grupo de edad, así como para el cumplimiento de la meta.

Dado que la mortalidad en la niñez está fuertemente influenciada por las condiciones socio-ambientales y de acceso a los bienes y servicios del niño y de la madre, este indicador revela más claramente una brecha de implementación del derecho a la salud y del derecho a una salud que considere las especificidades culturales del territorio. La meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 4) establece: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

1.5.5 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años

La enfermedad diarreica continúa siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, a pesar de los grandes esfuerzos y logros que, desde al perspectiva de la salud pública, se han implementado, como la distribución de sales de rehidratación oral, la educación relacionada con al prevención de episodios, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento adecuado de los niños con diarrea y la estandarización en el manejo por parte de los trabajadores de la salud.

En la propuesta de la OMS y de la OPS sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), donde se ha intentado la unificación varios programas, entre otros enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda (CED-IRA) para abordar las problemáticas con diversas estrategias o líneas de trabajo que apuntan a reducir la mortalidad, morbilidad y severidad de los episodios de EDA-IRA padecidos por lo menores de cinco años.

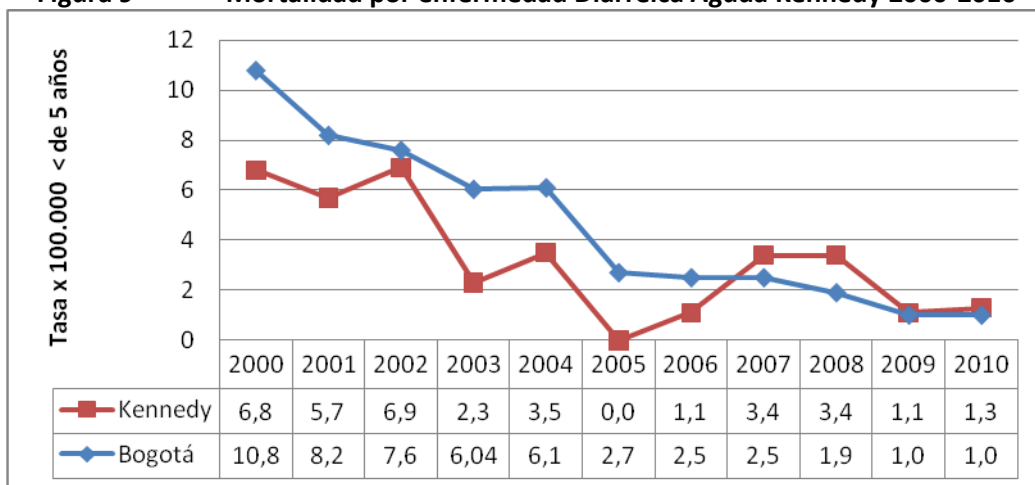
En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Las tasas de mortalidad por EDA, en la población menor de cinco años, han disminuido considerablemente entre 1990 a 2001, de 45,4 a 21,5 con un número de defunciones en 1990 de 2002 casos a 1023 casos en el 2001.

Al observar la mortalidad por grupos de edad entre menores de un año y de uno a cuatro años, el 70% de los casos, durante los doce años de revisión, se sucede en niños menores de un año. Sólo en 1991, el grupo de 1 a 4 años tuvo 60% de los casos de defunción por EDA.

Con respecto al comportamiento de la mortalidad en Bogotá, por enfermedad diarreica aguda, en la última década se observa un descenso importante en la mortalidad para los menores de cinco años, siendo proporcionalmente esta reducción más marcada en los menores de un año, que presentaba para el año de 1987 una tasa de mortalidad de 23.5 por 100.000 habitantes,

comparada con la tasa de mortalidad para el año 1996 que es de 11.66 x 100.000 habitantes, alcanzando para el 2010 una tasa del 1 x 100.000 menores de 5 años, lo que indica un impacto en la reducción de la mortalidad.

Figura 9 Mortalidad por enfermedad Diarreica Aguda Kennedy 2000-2010



Fuente: Certificados de defunción -Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS.-

A pesar de los esfuerzos del Sector salud aún se presentan mortalidades por EDA en la localidad de Kennedy, pese a que la cobertura de servicios públicos es cercana al 100%, las condiciones de habitabilidad de las viviendas especialmente en UPZ como Patio Bonito donde se comparten espacios para el lavado de ropas, preparación de alimentos, y no se cuenta con baterías sanitarias adecuadas. Sumado a lo anterior los patrones culturales donde no se encuentra arraigado aún el lavado de manos, las buenas prácticas de manejo para la manipulación de alimentos y el reconocimiento de los signos de alarma y consecuentemente acudir a los servicios de salud por parte de los padres hace de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda una realidad que aun se presenta en la localidad.

En los últimos años se evidencia un declive significativo de la mortalidad para los menores de cinco años, en el año 2005 alcanza una tasa de 0 casos por 100.000 menores, siendo proporcionalmente esta reducción con la de Bogotá, a pesar del aumento progresivo que se ha dado después del año 2005 hasta 2008, la reducción de mortalidad infantil por EDA continua siendo significativa, en el entendido que es una mortalidad evitable, a pesar de los esfuerzos desde las diferentes de las estrategias del sector salud, sin embargo desde el 2009 se evidencia una disminución, pero aun se esta por encima de la meta registrada en el plan de desarrollo.

1.5.6 Mortalidad Por Neumonía En Menores De 5 Años

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo^{5,6}.

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes. En Colombia la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años para el año 2006 está en 8,4 por 100.000 menores de 5 años.

Se observa que el comportamiento de la neumonía en menores de 5 años ha venido en descenso, para el año 2000 la tasa de mortalidad estaba en el 42 por 100.000 menores de 5 años, y en el año 2007 en 3,4; sin embargo en el año 2008 vuelve a aumentar la mortalidad alcanzando una tasa de 25,2 por 100.000 menores de 5 años, superior a la del distrito capital.

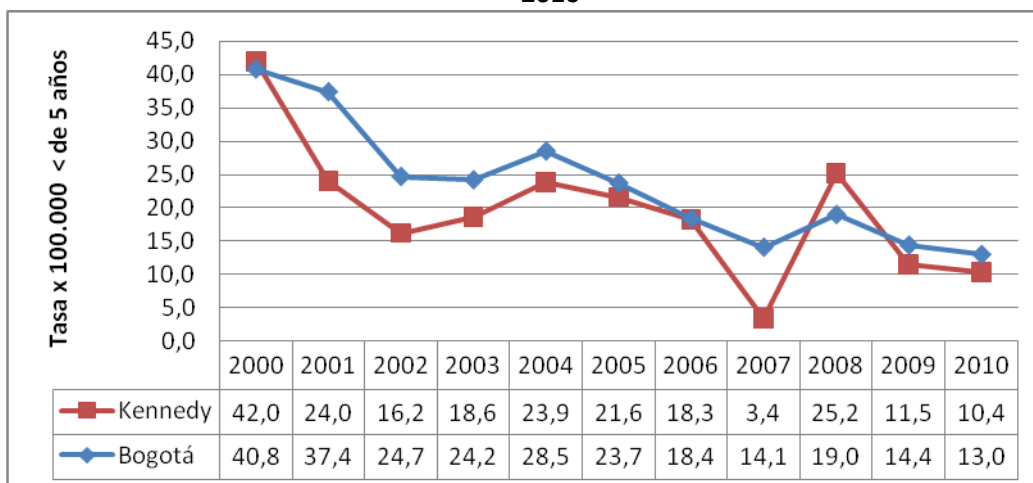
En Bogotá la mortalidad por Neumonía en menores de cinco años presenta un comportamiento de disminución en la tasa desde el 2004 hasta el 2010, pasando de 28,5 a 13 por cada 10.000 niños(a) respectivamente. La meta del Plan de Desarrollo es reducir la cifra a 11,5 por 100.000 menores de 5 años, lo que indica que el Distrito deberá reforzar los programas de promoción y prevención para esta población.

Teniendo en cuenta que una de las metas distritales, es la de reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores, la localidad de Kennedy para el 2010 alcanzo el cumplimiento de la meta, con una tasa de 10,4.

5 Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En:<http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>. 15 de Agosto 2010.

6 Programa de control de enfermedades respiratorias agudas. Argentina. En: <http://www.santafe.gov.ar/msyma/respi.htm> . 12 de Julio de 2010.

Figura 10 Mortalidad por neumonía en menores de 5 años Localidad de Kennedy 2000-2010



Fuente Certificados de defunción -Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales – SDS. NOTA: Los datos del 2006 a 2008 son preliminares.

Mortalidad materna

Las Unidades de Planeación Zonal que acumularon un mayor número de muertes maternas durante el periodo comprendido entre el año 2.000 y el año 2009 fueron Timiza y Patio Bonito, seguidas de la UPZ Kennedy Central con 9 casos y las restantes entre 3 y 2 casos. No se presentaron casos de mortalidad materna en Tintal Norte, Gran Britalia, Las Margaritas y Bavaria. Para el año 2010, se presentaron 7 casos de mortalidad materna, de las cuales el 57% (4 casos) se presento en Patio Bonito, seguido de Corabastos con un 29% (2 casos) y Castilla con un 14% (1 Caso).

Patio Bonito y Timiza tienen una proporción mayor de casos de mortalidad materna tal vez debido a las condiciones socioeconómicas, que influyen considerablemente en la calidad de vida de sus habitantes. Sin embargo es importante también tener en cuenta del aumento de embarazos en adolescentes quienes asumen la maternidad y paternidad de forma temprana, situación que se asocia con la difícil adherencia de esta población a los servicios de salud, convirtiéndose en un factor de riesgo para las gestantes.

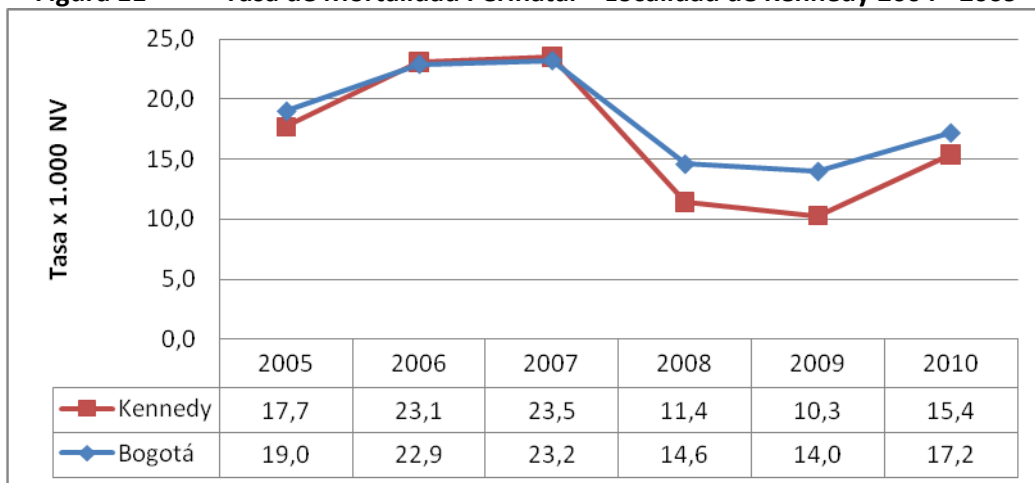
A Pesar del énfasis en el plan de desarrollo, las instituciones tanto públicas como privadas aun tienen barreras de acceso administrativas para las gestantes, unas desde el SGSSS y otras propias de la operación de los centros de atención. De otro lado llama poderosamente la atención la ocurrencia de mortalidades maternas dentro de microterritorios de alguno de los equipos de Salud a su Casa uno de los programas bandera de las dos últimas administraciones, pues evidencia que una sola estrategia de ataque no es suficiente para minimizar el impacto de esta problemática.

1.5.7 Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal en el distrito capital ha venido en descenso, en el año 2005 la tasa de mortalidad fue de 19,5 x 1.000 nacidos vivos y en el 2010 descendió a 17,2, sin embargo comparado con el año 2009, se evidencia un aumento de tres puntos, no obstante, el indicador se encuentra por encima de la meta del plan de Desarrollo, que se espera para el 2012 sea menor de 16 por 1.000 NV.

El comportamiento de la mortalidad perinatal en la localidad de Kennedy ha presentado un descenso desde el 2005 hasta el 2010, pasando de una tasa de 17,7 a 15,4 x 1.000 NV, sin embargo comparado con el 2009 se refleja un aumento de 5 puntos, pero inferior a la tasa de mortalidad perinatal en Bogotá (17,2*1.000 N.V.) y por debajo de la meta para el 2012.

Figura 11 Tasa de Mortalidad Perinatal – Localidad de Kennedy 2004 - 2009



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

Desde la información recolectada en los diferentes análisis de mortalidad, y el ejercicio del PDA de salud sexual y reproductiva se puede inferir la falta de conciencia de las madres para realizar los controles prenatales a tiempo, y la falta de conciencia de la importancia de su estado, pues a pesar de recibir la información por parte de los profesionales no se interioriza denotando tal vez una ausencia de interés y en el caso de las madres adolescentes esta situación puede originarse en su falta de madurez para asumir el rol de madre a una edad temprana.

Se puede observar que la UPZ Patio Bonito es la que aporta el mayor número de mortalidades tanto infantiles, como perinatales y maternas, esto probablemente se presente ya que esta zona se caracteriza por que se manejan altos niveles de pobreza, concentra la mayor cantidad vulnerable, donde se presenta bajo nivel socio económico, con un alto porcentaje de desempleo, donde la mayoría de la población se dedica a actividades informales que van desde el reciclaje

hasta la venta ambulante. En cuanto al acceso geográfico, presenta dificultades de movilidad porque solo cuenta con dos vías principales de acceso esto hace que las rutas de transporte público, especialmente el Transmilenio sea limitado, adicionalmente el estado de las vías hace que se torne aún más complicado, ya que estas se encuentran en mal estado y sin pavimentar.

Tabla 5 Número de casos notificados de Mortalidad Perinatal por UPZ. Localidad de Kennedy. Año 2009

UPZ	Total	%
Américas	8	5,59
Bavaria	8	5,59
Calandaima	7	4,9
Carvajal	17	11,89
Castilla	13	9,09
Corabastos	11	7,69
Gran Britalia	13	9,09
Kennedy Central	11	7,69
Las Margaritas	2	1,4
Patio Bonito	31	21,68
Timiza	19	13,29
Tintal Norte	3	2,1
Total general	143	100

Fuente: Sivigila SDS. Año 2009

En cuanto a los servicios de salud en la UPZ 82 se ubican 3 centros de atención del Hospital del Sur, adscritos a la red sur occidente de la red pública, la infraestructura de estos centros tienen una capacidad de crecimiento limitada porque inicialmente fueron diseñados como Unidades Básicas de Atención en salud, porque en ese momento la población demandante era mucho menor que en la actualidad. Para el año 2002 en la UPZ 82 se contaba con una población aproximada de 102.000 habitantes y en el 2009 se incrementó alcanzando una población de 174.145 habitantes. Lo anterior sumado a las concepciones culturales acerca de los servicios de salud siguen arraigados al concepto de enfermedad y solo consultan cuando se sienten enfermos y no tienen el concepto de la promoción y prevención.

1.5.8 Suicidio

El suicidio es la complicación psiquiátrica más severa; se reporta que en el mundo se suicidan aproximadamente mil personas al día. En algunos países el suicidio es una de las diez primeras causas de mortalidad y parece que el problema está aumentando.

Desde la perspectiva epidemiológica el suicidio se presenta ya como un problema de salud pública mundial debido al notable incremento de su incidencia. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 el suicidio o la muerte por lesiones auto inflingidas, alcanzó el mayor porcentaje (49%).

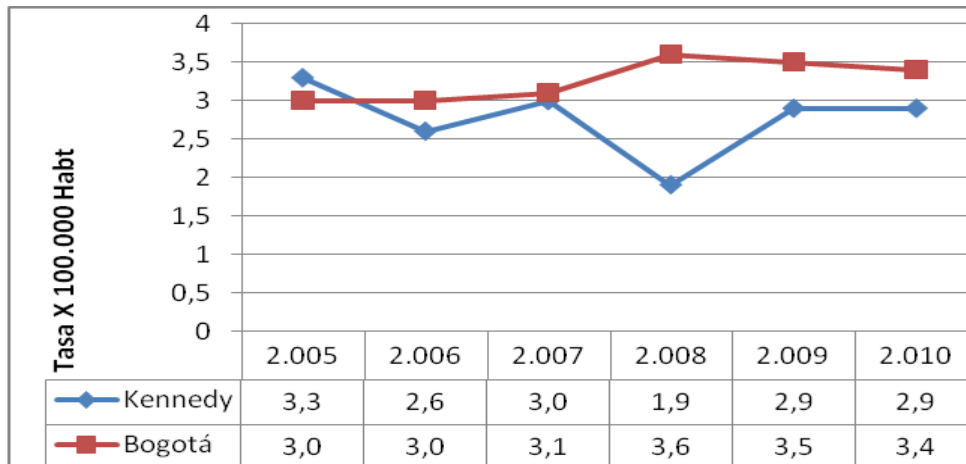
En Colombia en promedio diariamente seis personas deciden quitarse la vida, sin embargo, lo más preocupante es que año tras año las cifras aumentan significativamente, pese a los esfuerzos de las Autoridades. A esto se suma, que la edad en que las personas deciden quitarse la vida es cada vez menor, es decir, que los niños, niñas y adolescentes de nuestro país ya no están a salvo de este fenómeno, Esto según los registros manejados por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Para el 2010, la tasa de suicidio en el país era de 5,1 personas por cada 100 mil habitantes y ha demostrado una tendencia al alza durante los últimos años, teniendo en cuenta que para el 2007 esta tasa era de 3,1 personas por cada 100 mil habitantes.

Dentro de las generalidades del suicidio en Colombia se tiene que por cada mujer que se suicida, cuatro hombres lo hacen. La mayoría de los suicidios ocurre en personas entre los 15 y 30 años de edad, sin pareja estable o vínculo familiar y usualmente estudiantes, desempleados, comerciantes y amas de casa. Sin embargo, no distingue estrato ni nivel educativo. La mayoría de los casos se registran en las áreas urbanas del país.

En Bogotá D.C. aunque no es la ciudad con la tasa más alta, si se esta por encima de la meta del plan de desarrollo distrital, la cual se espera que para el 2012 sea de 3,0 por cada 100 mil habitantes; en la ciudad se reportaron 247 suicidios, en el año 2010, con una tasa de 3,4 y comparado con el año anterior se registró una disminución de 7 casos, que significa una reducción en la tasa (3,5 x 100.000 hab.) hasta el año 2006 se observaba una tendencia decreciente del fenómeno, mostrando crecimiento entre el 2007 y 2008, volviendo a decrecer en los años 2009 y 2010; al pasar de 262 en el 2008 a 254 en el 2009 y a 247 en el 2010.

Respecto a la localidad de Kennedy, se observa un comportamiento fluctuante en los últimos años, aunque para el 2010 la tasa se mantiene comparado con el año 2009 se presentaron 29 casos de suicidio con una tasa de 2,9 por 100.000 habitantes. Pese a que se ubica por debajo de la meta propuesta de una tasa de 3.0 por 100.000 habitantes, genera preocupación el incremento de casos desde el 2008 y que se mantenga esta tendencia al aumento. A nivel local se cumple con la meta distrital que es reducir la tasa de suicidio a 3 por 100.000 habitantes.

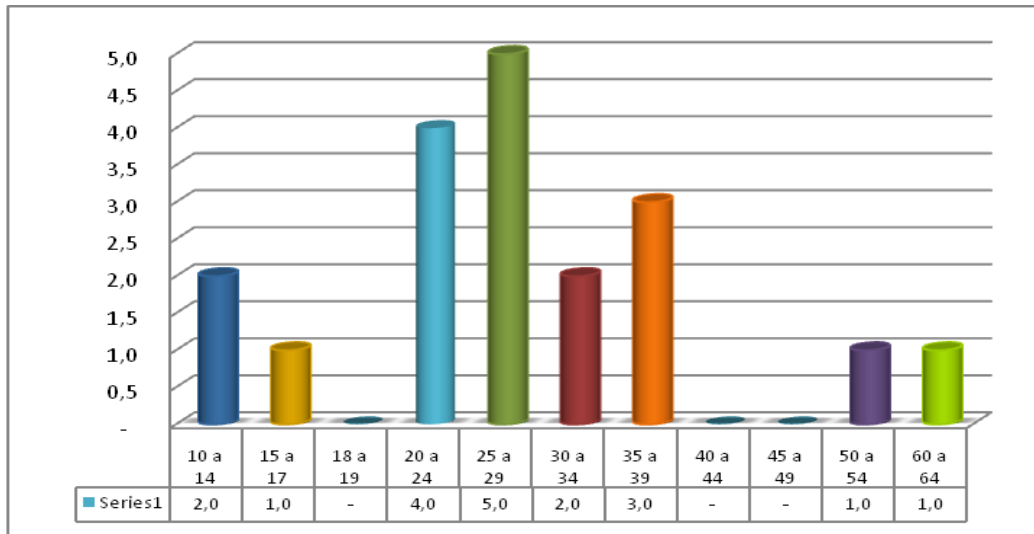
Figura 12 Mortalidad por suicidio Localidad de Kennedy versus Bogotá D.C., Años 2005 a 2010. Tasa x 100.000 habitantes.



FUENTE: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. Los datos del 2007 son preliminares. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, datos de 2008-2009.

Respecto al grupo de edad y el sexo, se encontró que los hombres son los más afectados para el 2010, sin embargo respecto al año anterior se reduce en un caso de 25 a 24(82,7%), especialmente en el grupo de 25 a 29 años en el 2008 y en el 2009 en el de 30 a 34 años. Entre las mujeres se presentaron 5 (17,3%) casos de suicidio para el 2010 en la localidad, además se ve un comportamiento variado respecto a la edad en los dos años analizados, únicamente en el grupo de 25 a 29 años se presentó igual número de casos en los dos años. Respecto a la ocupación no se identificó un grupo especial de riesgo.

Figura 13 Casos de Mortalidad por suicidio por grupo de edad. Localidad de Kennedy. Año 2009.

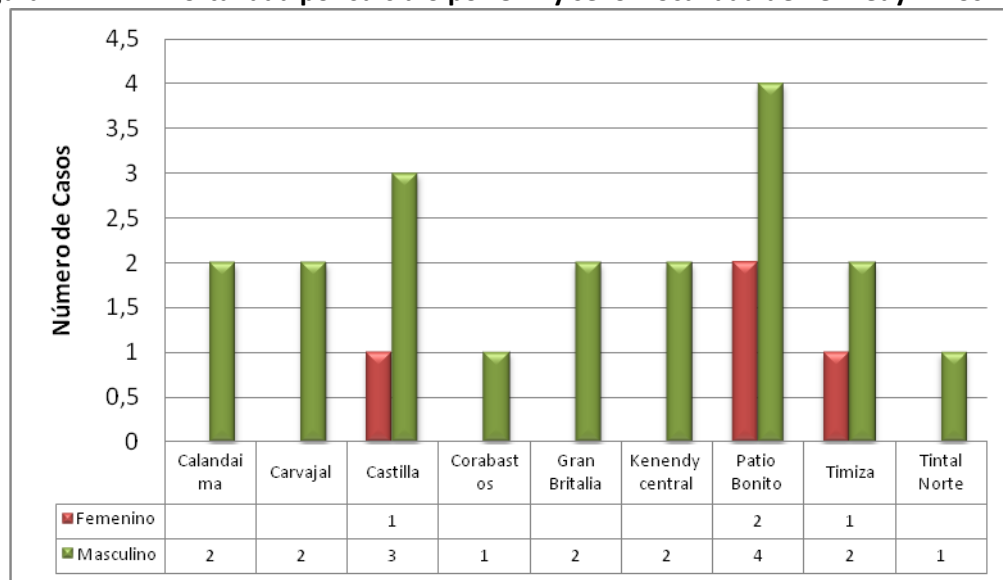


FUENTE: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. Los datos del 2007 son preliminares. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, datos de 2008-2009.

El lugar donde más frecuentemente se presentaron estos casos fue el hogar seguida por la institución educativa. El nivel de escolaridad más común fue la secundaria seguida por la primaria, el estado civil más frecuente fue el soltero, seguido por la unión libre; la ocupación mas encontrada fue estudiante, en segundo lugar desempleado y en tercer lugar empleado; lo anterior es coherente con el mayor número de casos en jóvenes. El mecanismo más comúnmente usado fue la intoxicación exógena, seguida por el uso de objeto corto punzante⁷.

⁷ Sistema de vigilancia en salud pública-SDS- 2009

Figura 14 Mortalidad por suicidio por UPZ y sexo. Localidad de Kennedy. Años 2009.



Fuente: Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, datos 2009.

La UPZ que presentó el mayor número de casos fue la de Patio Bonito (6 casos) seguida de Castilla (4). En estos territorios se encuentran factores que pueden de alguna forma incidir en el aumento de conducta suicida y suicidio consumado. Los problemas relacionados con la desescolarización, niños y niñas trabajadores, maltrato infantil en todas las manifestaciones, inadecuado manejo del tiempo libre, sentimientos de soledad y adicionalmente el consumo de sustancias psicoactivas esto en jóvenes, pero también en adultos que presentan problemas relacionados con el inadecuado manejo de estrés, dificultades en la resolución de conflictos, influyen para que se desencadene la conducta suicida.

1.5.9 Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

En los últimos 20 años se ha estudiado la relación entre mortalidad y desnutrición infantil, evidenciándose que esta es mucho más alta de la que aparece en los reportes de estadísticas vitales. El Estado Mundial de la Infancia 1998, basándose en publicaciones de la OMS, planteaba que, “de los cerca de 12 millones de niños menores de 5 años que mueren anualmente de enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, el 55 por ciento perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición⁸ Un reciente estudio de la revista The Lancet afirma que, “en los países pobres, la desnutrición materno–infantil es la causa subyacente de más de un tercio (3,5 millones) de todas las muertes de niños menores

⁸ Unicef. Estado Mundial de la Infancia 1998. p. 11.

de 5 años de edad, muchas de las cuales se pueden prevenir mediante intervenciones efectivas que aborden la desnutrición en gran escala”.⁹

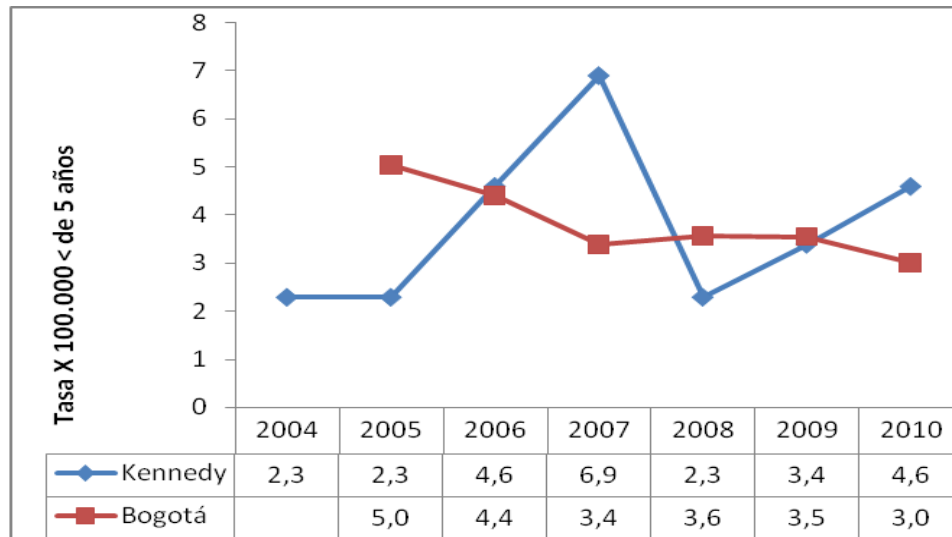
En Colombia, un estudio realizado por Nubia Ruiz y Magda Ruiz, del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado, titulado Mortalidad por desnutrición en Colombia, estableció que entre 1998 y 2002 el porcentaje de desnutrición reportada como causa de muerte ¹⁰ fue del 6,66 por ciento y como causa asociada del 7,45 por ciento, para un total de 14,11 por ciento.

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Bogotá se redujo en un 80% en niños y niñas menores de cinco años, pasando de 10 casos en 2009, a 2 casos en el 2010, así mismo, se redujo de 9.3% a 8.4% la prevalencia de desnutrición global en niñas y niños menores de cinco años, según la Administración Distrital. La localidad de Kennedy muestra un descenso significativo para el año 2008, alcanzando una tasa de 2,3 teniendo en cuenta que en el año 2007 se dispararon las muertes hasta alcanzar el 6,9 por 100.000 menores de 5 años. Sin embargo para el año 2010 vuelve a incrementarse la tasa de mortalidad por desnutrición a 4,6 por 100.000 menores de 5 años, significando un aumento del doble comparado con 2008 y de 1,2 con el 2009. Estas variaciones probablemente estén sujetas a la calidad y cumplimiento en la notificación de los casos.

9 Ruiz, M. y Ruiz, N. (2006). La mortalidad infantil por desnutrición en Colombia.

10 Centro de Investigaciones en Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia. Ochoa, L. C. (2007). Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años: Incidencia, tamización y factores de riesgo. *Saludarte*; 5 (3): 212-237.

Figura 15 Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad de Kennedy. Año 2004-2010 Tasa x 100.000 menores de 5 años



FUENTE: Certificados de defunción-Base de datos DANE- Tasas calculadas proyección población 2005 DANE y SDP.

La situación de pobreza y de desnutrición infantil es preocupante en la localidad. No tienen capacidad de adquirir los alimentos necesarios para subsistir. Según la encuesta de calidad de vida 2007 fue la segunda localidad con el mayor número de hogares con necesidades básicas insatisfechas.

1.5.10 Mortalidad por Sida

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios.

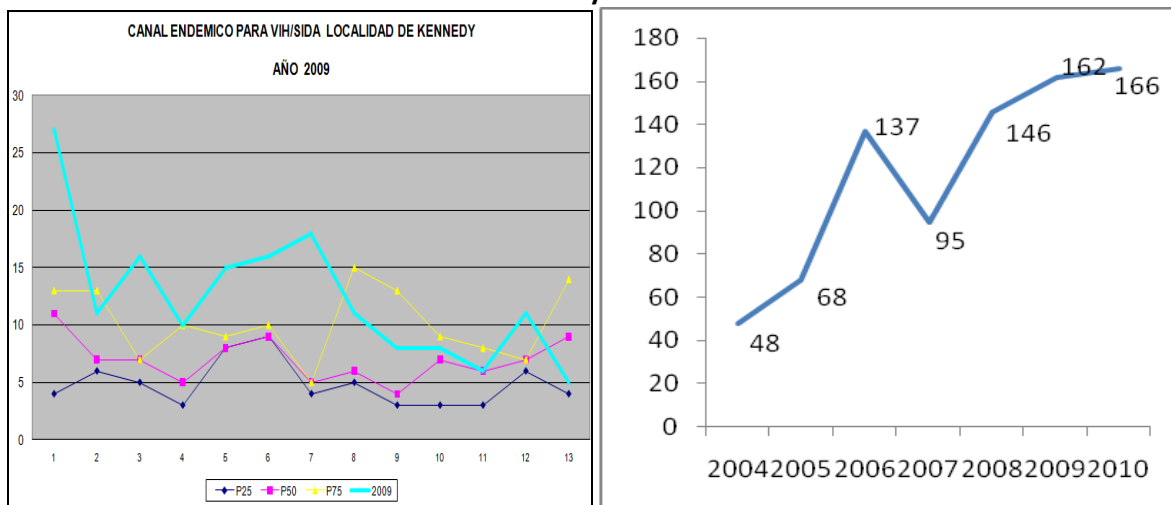
Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de la población es menor del uno por ciento. Sin embargo, la población colombiana también enfrenta condiciones de vulnerabilidad derivadas de factores socioeconómicos como la pobreza, el desplazamiento interno, la marginalidad y la desigualdad de género que inciden en el crecimiento de la epidemia y podrían contribuir a su generalización.

Bogotá en el año 2010 notificó 1.112 casos de VIH/SIDA y muerte por sida, presentándose una disminución del 10% comparado con el año inmediatamente anterior, de los cuales el 81,2% corresponden al sexo masculino y 18,6% al sexo femenino, lo que indica que por cada 4,3 hombres nuevos que se infectan hay una mujer que lo hace, dentro de los más afectados son las personas

de 20 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 años con 18%. Entre los 15 y los 44 años se agrupa el 82% del total de los casos, lo cual indica que la epidemia está afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente. En cuanto a mortalidad, desde el año 2006 las proporciones de incidencia de muertes por sida han venido disminuyendo de 430 casos en 2006 a 379 casos en 2010. Estas cifras representan 6,2 y 4,06 muertes por cada 100 mil habitantes en los respectivos años.

En la localidad de Kennedy se notificaron 166 casos para el año 2010 que corresponden al 43,7% de los casos notificados en el distrito capital, cifra alarmante que aporta aproximadamente el 50% de los casos de la ciudad, de estos el 24,6% fallecieron (41 casos), los fallecidos fueron mayores de 27 años, el 80,4% pertenecen al sexo masculino y el 19,6% al femenino (8 mujeres).

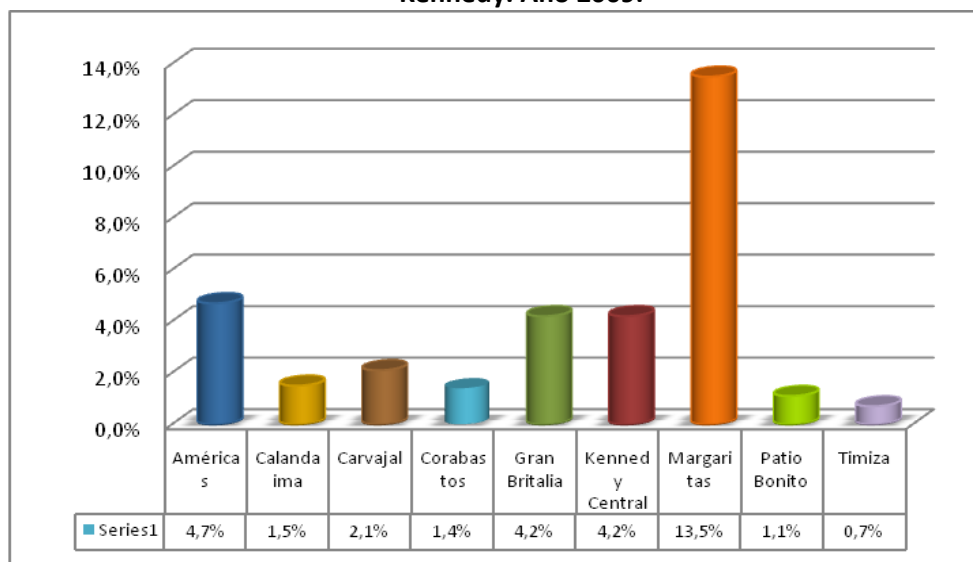
Figura 16 Canal endémico para VIH / SIDA y Casos notificados de VIH/SIDA. Localidad de Kennedy. 2004-2010



Fuente: Sivigila SDS año 2009.

La proporción de incidencia de VIH en la localidad de Kennedy es de 16,4 por 100.000 habitantes y la letalidad es del 24%, para el 2010, considerándose una letalidad bastante alta que hace pensar probablemente en que se está tardando el diagnóstico en estadio de VIH. La UPZ que registra la mayor proporción de incidencia de VIH en Las Margaritas.

Figura 17 Proporción de incidencia de casos notificados de VIH por UPZ. Localidad de Kennedy. Año 2009.



Fuente: Sivigila SDS año 2009.

1.6 MORBILIDAD EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY AÑO 2009

1.6.1 Comportamiento del estado Nutricional

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades, sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

La desnutrición aguda es un problema de salud pública prioritario, una emergencia devastadora de dimensiones epidémicas. En el mundo, 55 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición aguda global y 19 millones de niños padecen desnutrición aguda severa, el estadio más grave de esta enfermedad. Cada año, cinco millones de niños desnutridos fallecen por falta de acceso al tratamiento nutricional. Estas muertes son evitables.

Sin embargo, En la ENSIN 2010 se destacaron logros importantes como la disminución en la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años en un 37.03%, al pasar de 5.4 en 2005 a 3.4 en 2010, así como la mejoría del estado nutricional representado en la evolución de la Desnutrición Crónica.

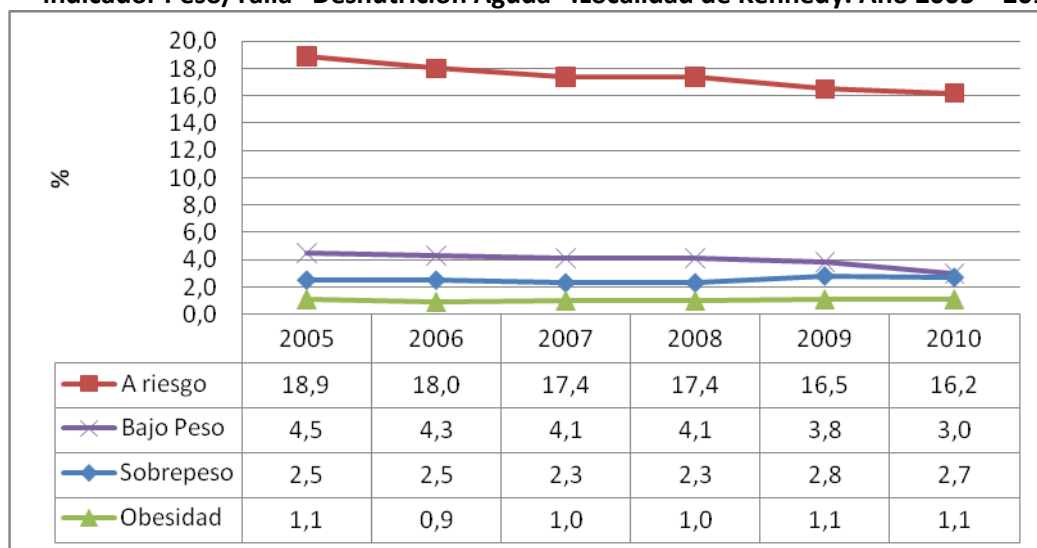
La prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 4 años de edad es de 12% siendo un problema importante. Tanto ésta como la desnutrición global 7%, son la manifestación de

condiciones deficientes de alimentación y calidad de vida de los niños y niñas. La desnutrición crónica y la global son más altas en la zona rural y en estratos socioeconómicos bajos, en niños cuyo orden de nacimiento es de 6 o más y con intervalo corto de nacimiento entre hijos.

Más de 500.000 niños colombianos, el 13% de la población infantil que vive en este país, sufre de desnutrición crónica según el centro de investigaciones de la facultad de economía de la Universidad de los Andes, que corresponde al 20% de los colombianos que son pobres frente a un 3% que nació en el seno de las familias con alto poder adquisitivo. Este dato dibuja la realidad de los niños colombianos.

El estado nutricional materno es uno de los indicadores más importantes en el peso al nacer del recién nacido y su estado de salud, así como de riesgo materno y perinatal. En las mujeres gestantes se identificó que la quinta parte presenta bajo peso para la edad gestacional y 30% exceso de peso, lo cual indica que una de cada dos mujeres tiene malnutrición, ya sea por déficit o por exceso.

Figura 18 Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Talla "Desnutrición Aguda" .Localidad de Kennedy. Año 2005 – 2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN. 2005-2009

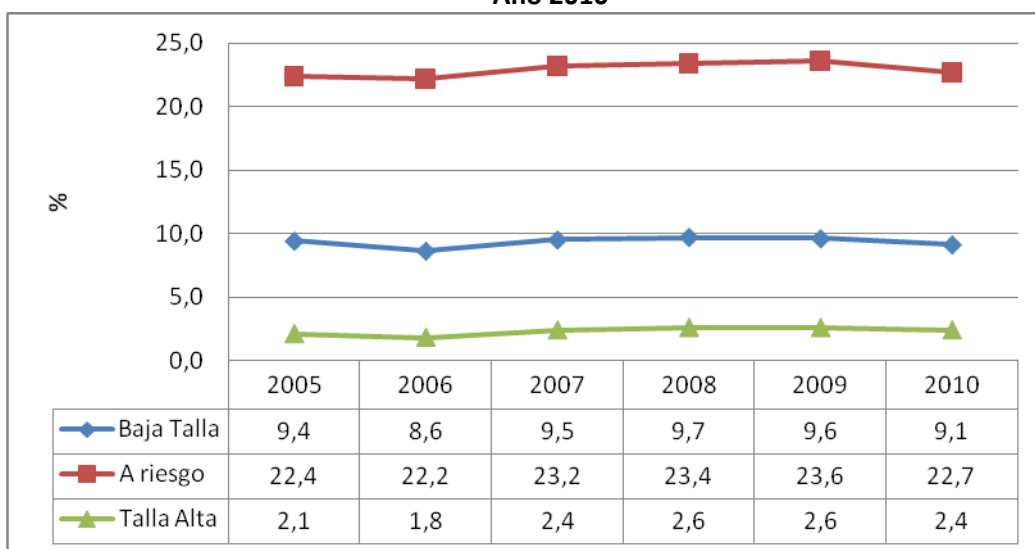
EL comportamiento del estado nutricional en la localidad de Kennedy tiende a la disminución, en todos los tipos, se observa una desnutrición aguda moderada ya que la proporción es inferior al 20%. La desnutrición aguda infantil afecta a todos los ámbitos: a la mortalidad, a la educación de toda una generación, a la productividad de un país. Es uno de los principales mecanismos de

transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Estas consecuencias devastadoras tienen además un coste económico muy elevado: se estima que las pérdidas de productividad superan el 10% de los ingresos que una persona obtendría a lo largo de su vida, y debido a la desnutrición se puede llegar a perder hasta el 3% del Producto Interior Bruto de un país.

Analizando la desnutrición aguda por UPZ la mayor incidencia se presenta en Patio Bonito (28,7%), seguida de Américas (21,4%) y Timiza (15,2%). En estas UPZ el amplio número de jardines infantiles no registrados ante ninguna entidad que acompañe de manera efectiva el proceso de desarrollo y crecimiento en la niñez, así como la asesoría nutricional necesaria para una buena alimentación de los niños y niñas, es muy común en este territorio, pues debido a la falta de equipamiento social como comedores comunitarios y jardines oficiales generó en la comunidad como respuesta la creación de jardines hogareños que ofrece el cuidado y alimentación de niños y niñas sin las condiciones para ello.

La desnutrición crónica es el retardo de altura para la edad, asociada principalmente a situaciones de pobreza y relacionadas a dificultades de aprendizaje y menos desempeño económico.

Figura 19 Proporción de desnutrición crónica en menores de 10 años . Localidad Kennedy. Año 2010



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

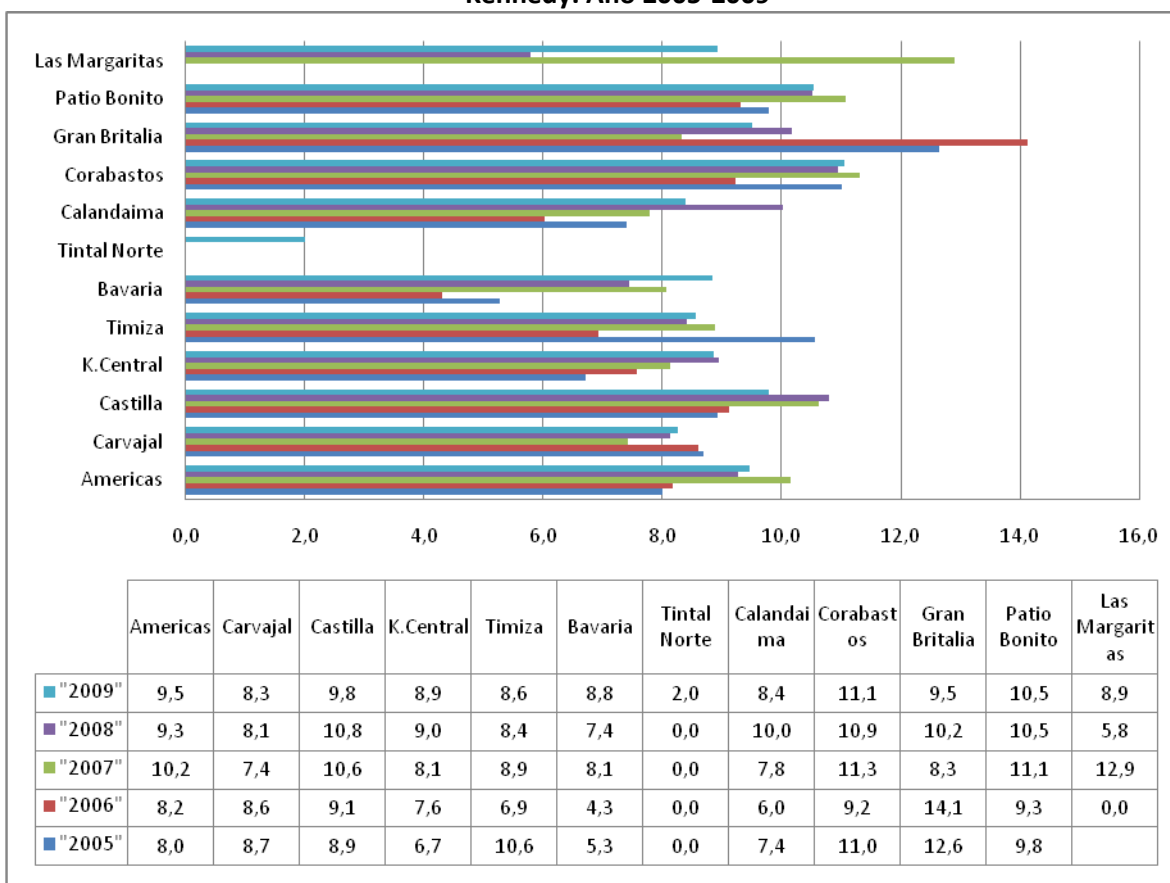
La tendencia de la desnutrición crónica es hacia la disminución en la localidad de Kennedy para el año 2005 la prevalencia de desnutrición crónica fue de 9,4% y en el año 2010 el comportamiento fue de 9,1%.

Las UPZ Corabatos y Gran Britalia son las de mayor porcentaje de casos de desnutrición crónica. Dentro de los aspectos sobresalientes de estas UPZ en el contexto alimentario respecto a la amplia oferta de los alimentos (disponibilidad física), resulta paradójico que la inseguridad alimentaria sea

una de las problemáticas más visibles dentro de las mismas. Esto quiere decir, que la vulneración al derecho de la alimentación, más específicamente a la dimensión del acceso físico y económico de los alimentos se presenta como una causa determinante de la inseguridad alimentaria.

Esta vulneración al acceso a los alimentos se presenta por diferentes razones, en primer lugar, los bajos niveles de ingresos económicos percibidos por las familias que habitan en ese lugar. Muchos de los miembros de estas familias se encuentran en la categoría de empleo informal lo cual genera una inestabilidad económica y por lo tanto una incapacidad para suplir las necesidades básicas tales como vivienda digna, alimentación sana y saludable, educación de calidad, un cubrimiento total en salud entre otros puntos.

Figura 20 Proporción de desnutrición crónica en menores de 10 años por UPZ. Localidad Kennedy. Año 2005-2009

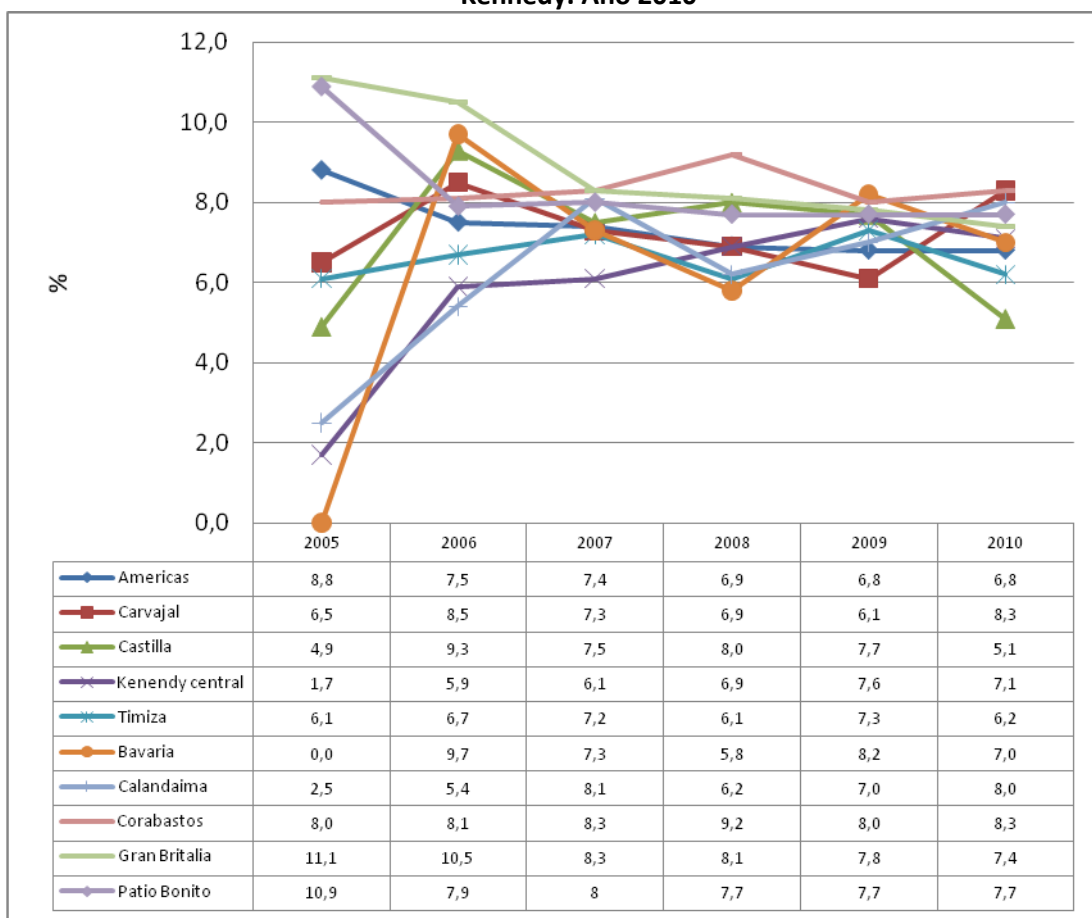


Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN 2005-2009

La desnutrición global hace referencia al peso para la edad, este indicador es el utilizado para realizar el seguimiento a los objetivos del milenio.

La prevalencia de la desnutrición global por UPZ es de 8,3% en Corabastos y Carvajal, seguido de Calandaima con 8,0%, y Patio Bonito (7,7%). Si comparamos estas prevalencias con la meta de ciudad en el plan de desarrollo (7,5%), no alcanzan a cumplir con lo estipulado. El resto de UPZ aparentemente lograron disminuir la desnutrición global por debajo de la meta de ciudad, sin embargo se debe tener en cuenta el alto subregistro existente puesto que las intervenciones de acciones colectivas al territorio a sido deficiente por las condiciones mismas, en donde hay presencia de conjuntos residenciales que hace más difícil el trabajo con la comunidad, pero además se asume por parte de las instituciones que no son prioritarias por mantener un nivel económico más alto que las UPZ de Corabastos, Britalia y se consideran menos vulnerables.

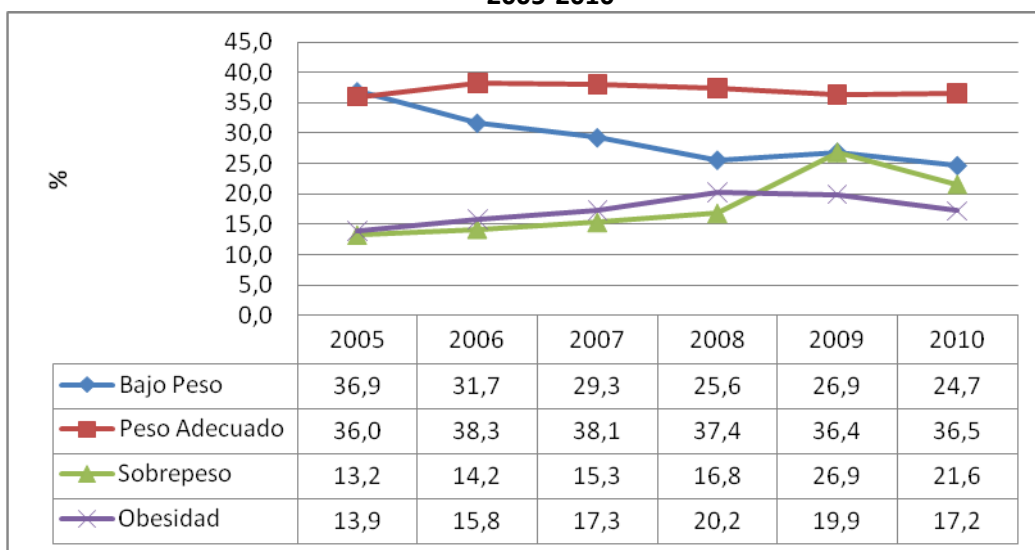
Figura 21 Proporción de desnutrición global en menores de 10 años por UPZ. Localidad Kennedy. Año 2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN-2010

El acceso a la alimentación saludable de calidad es un derecho fundamental del ser humano. A partir de este enfoque la desnutrición es un problema de salud pública que afectan los grupos más vulnerables de la sociedad (niños y niñas, las gestantes y madres lactantes), una preocupación constante debe ser la protección de la gestante porque la malnutrición durante este periodo así como durante la lactancia, puede transformarse en un problema de desnutrición en el niño lactante siendo un obstáculo para su desarrollo psicomotor. Las gestantes en su gran mayoría desconocen los cambios morfológicos y fisiológicos que enfrentan sus cuerpos y lo que requieren para lograr mantener el crecimiento y desarrollo del feto en una forma adecuada; por tanto, la deficiencia de hierro producto de la carencia nutricional que se observa durante la gestación es identificada como la primer causa de anemia en países en desarrollo. Para el año 2010 aunque el mayor porcentaje de gestantes se encuentra en un peso adecuado (36,5), también se evidencia una alta proporción entre bajo peso (24,7) y sobrepeso (21,6) a causa de una inadecuada alimentación

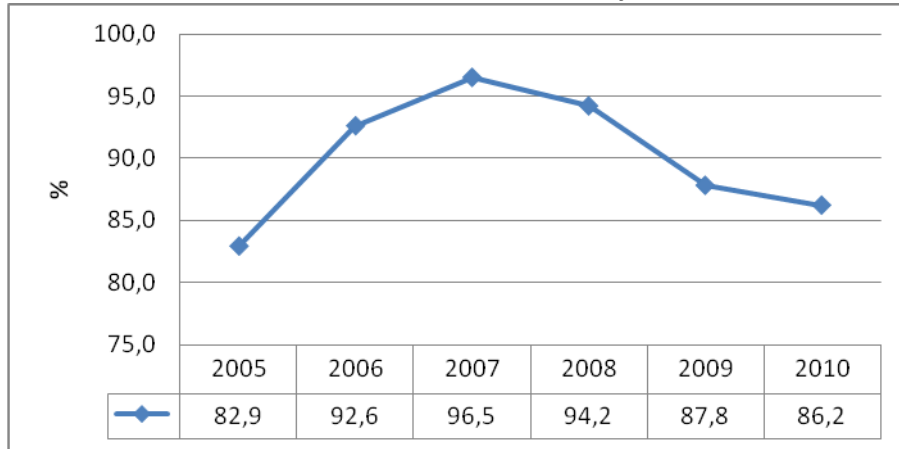
Figura 22 Comportamiento del estado nutricional de gestantes Localidad Kennedy Año 2005-2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN-2010

Con referencia al territorio Kennedy Central, la UPZ Bavaria reportó la mayor proporción de bajo peso gestacional en 2009, y fue la única que presentó disminución en 2010; año en el cual Timiza reportó la mayor prevalencia. En tanto la UPZ Corabastos reportó la mayor prevalencia de bajo peso gestacional en los dos últimos años analizados.

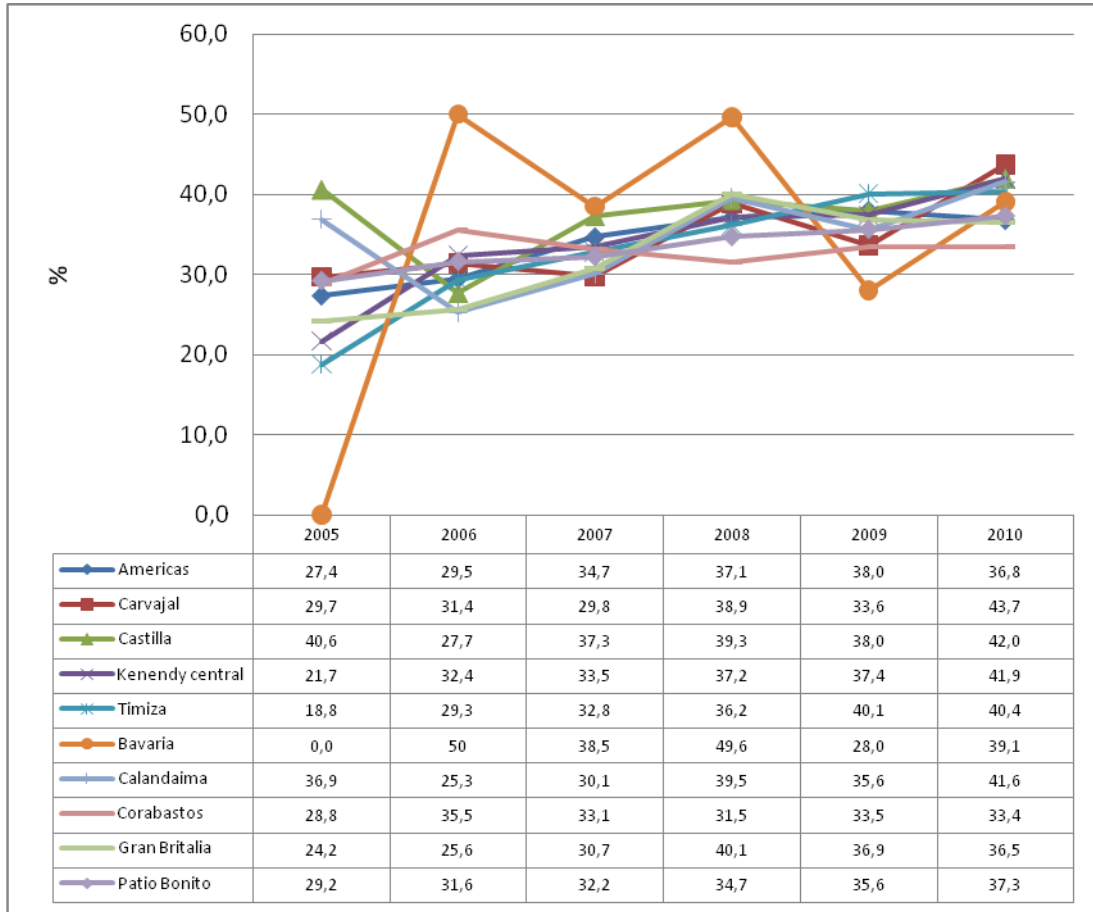
Figura 23 Proporción de gestantes que recibieron suplementación durante los años 2005-2010 Localidad Kennedy



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN-2010

Respecto a la proporción de gestantes que recibieron suplementación, se observa una tendencia a la disminución desde el año 2005 con un 96,5% pasando a 86,2% para el 2010, debido a la poca formulación de los mismos o al comportamiento inadecuado frente a la maternidad, restándole importancia a su consumo.

Figura 24 Proporción de sobrepeso y obesidad de las gestantes. Localidad Kennedy- Años 2005-2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN-2010

1.6.2 Vacunación Programa Ampliado de Inmunizaciones

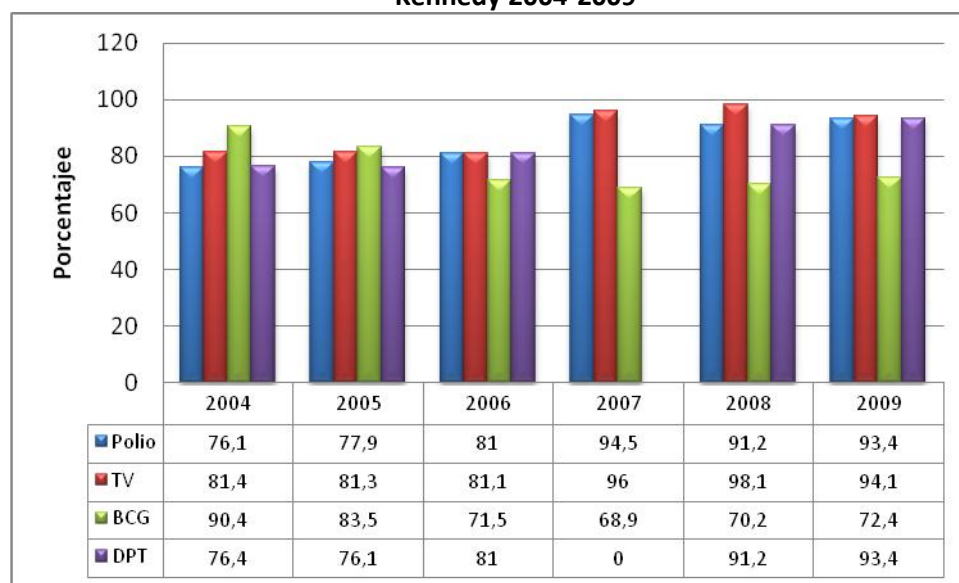
El programa ampliado de inmunizaciones PAI, está encaminado a la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia en población menor de 6 años. Esta inmunización implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso siendo la mejor estrategia y el más costo efectivo, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad de estas enfermedades.

En Colombia para el año 2008 se alcanzaron coberturas de vacunación superiores al 90%, y es así como para VOP se obtuvo una cobertura de 96,8%, para BCG 92,64%, DPT 92,2 y Triple viral 92,36%¹¹.

En el distrito capital durante los cuatro últimos años se ha presentado un aumento en las coberturas de vacunación para los niños menores de un año y de un año de edad, debiéndose en gran parte a la voluntad política y a la combinación de estrategias, al sostenimiento financiero del programa en el tiempo y a la dedicación del equipo de vacunación en el nivel local, para el 2008 se alcanzaron coberturas de vacunación superiores al 95%, y es así como para VOP se obtuvo una cobertura de 96,8%, para BCG 98,1%, DPT 96,1 y Triple viral 97% (4).

En la localidad de Kennedy para el año 2010 se observan coberturas superiores al 90% y es así para el Polio, DPT, Hep B, H Influenza se registro una cobertura del 94,3%, para la Triple viral del 95,8%, para BCG 83,3%, y Fiebre amarilla 62,9%. A las gestantes para la atención de parto se remiten al segundo y/o tercer nivel de complejidad dependiendo del riesgo obstétrico.

Figura 25 Coberturas de vacunación- Programa Ampliado de Inmunizaciones- Localidad Kennedy 2004-2009



Fuente: SIS-151 Resumen de vacunación y Hospital del Sur. Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI Población: Proyección de población DANE 2005, distribución localidades DAPD. Año 2009.

¹¹ Mipaisof, Población ajustada: Estimaciones 1985-2005 y proyecciones 2006-2020, analizadas sexo y edad DANE. 2008.

1.6.3 Violencia intrafamiliar y delitos sexuales – SIVIM

Las distintas expresiones de la violencia constituyen actualmente el principal problema de salud pública en Colombia; el sector salud tiene una responsabilidad directa en la prevención de la violencia, teniendo en cuenta que algunos de los factores individuales generadores de violencia están relacionados con los estilos de vida y el comportamiento de las personas, sobre los que se puede ejercer una mayor influencia con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La violencia intrafamiliar se refiere a toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, que afecte el bienestar y la integridad física, psicológica o la libertad y derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia, sin importar el espacio físico en donde ocurra. Por tanto, la violencia intrafamiliar incluye el maltrato a los adultos mayores, a los niños o niñas, la violencia contra la pareja, el abandono, la negligencia o descuido y el abuso sexual.

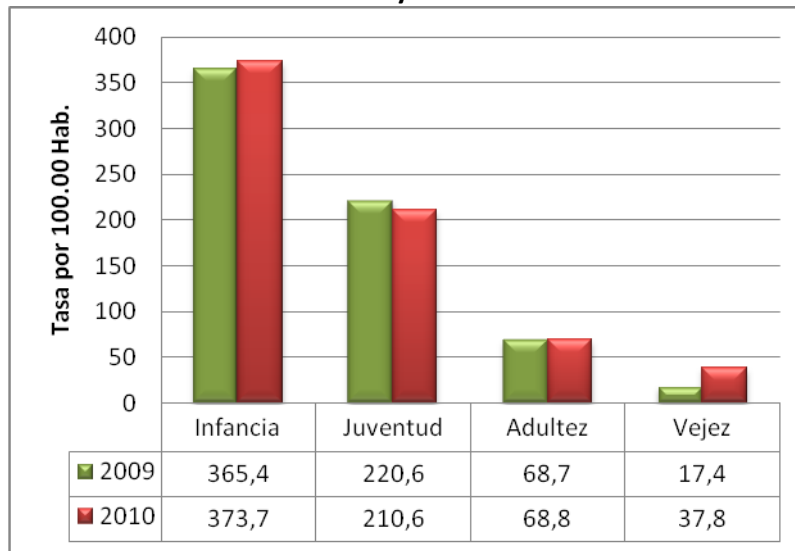
Los casos de violencia intrafamiliar conocidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia pasaron de 77.745 en 2007 a 89.803 en 2008, para un incremento de 12.058 casos. La mayoría de los hechos se registraron en la vivienda con un total de 55.677 casos. Los años de vida saludable perdidos AVISA en 2008 fueron 105.069.

La situación de la violencia intrafamiliar en el país ha llamado la atención y a través de las diferentes Encuestas de Demografía y Salud se han prendido las alarmas sobre este tema. Es así como las entidades públicas y privadas, organizaciones sociales y diferentes instituciones han desarrollado campañas y actividades encaminadas a identificar la violencia y a generar acciones que contribuyan a disminuir los altos índices que muestran las investigaciones (ENDS 2010).

El comportamiento de la violencia intrafamiliar en todos los tipos de maltrato, la incidencia es mayor en mujeres, predominando el maltrato emocional, seguido del físico. El tercer lugar lo ocupa la negligencia o descuido y en cuarto lugar la violencia sexual.

En la localidad de Kennedy, respecto a la distribución de los casos según la etapa del ciclo vital, alrededor del 41% de éstos ocurrieron en niños y niñas menores de 10 años, en los dos últimos años analizados, y la segunda proporción más alta, que correspondió a los jóvenes estuvo en promedio en 36% (2009) y un 21% (2010) para la etapa de adultez.

Figura 26 Tasa de violencia según notificación al SIVIM por Etapa de Ciclo Vital. Localidad de Kennedy Año 2005-2010

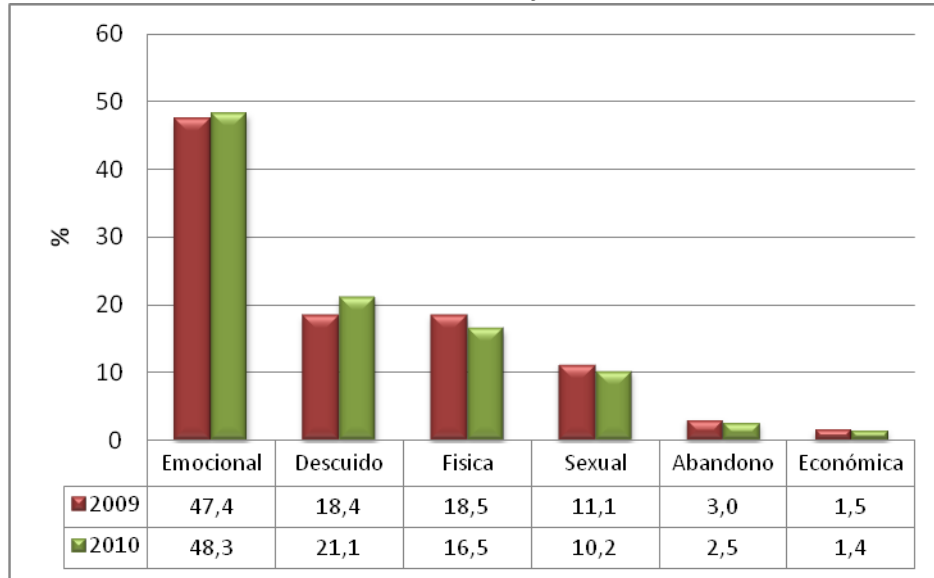


Fuente: Sivim-SDS. 2009-2010

Las principales víctimas siguen siendo las mujeres y entre ellas las menores, ocupando el primer lugar el grupo entre 10 y 14 años, esta situación disminuye a medida que se alcanza la mayoría de edad, si embargo es necesario reconocer la dificultad de la denuncia y la cronificación de este tipo de violencia una vez se instaura en las familias, ayudada por las características de que en la mayoría de los casos el agresor es una persona cercana a la víctima. Entre los hombres la violencia emocional ocupa el primer lugar, seguida del maltrato físico, observándose también la disminución de casos a medida que aumenta la edad.

Por otro lado se observa en la localidad de Kennedy un leve aumento de la violencia emocional y la negligencia o descuido que pasa de 18.4% en el 2009 a 21.1% en el 2010. En los demás tipos de violencia se observa un descenso de un año al otro

Figura 27 Distribución de los tipos de violencia presentes en los casos notificación al SIVIM. Localidad de Kennedy Año 2005-2010

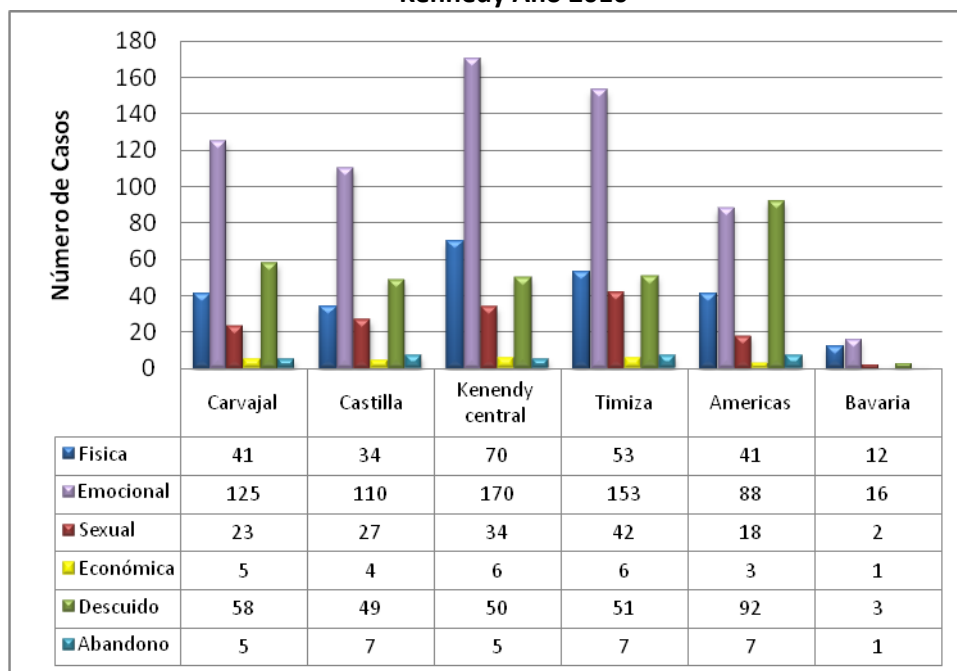


Fuente: Sivim-SDS. 2009-2010

En el territorio de Kennedy Central se reportaron durante el 2010 un total de 722 casos de violencia de los cuales el mayor porcentaje se encuentran en la UPZ 47 Kennedy Central con un 24.5% seguido de la UPZ 48 Timiza con 23.4%. Comparando con los casos reportados en el 2009 se encontró un aumento significativo en la UPZ 47 (K. Central) pasando de 15.9% en el 2009 a 24.5% en el 2010 y en la UPZ 48 (Timiza) los casos notificados aumentaron de 19.7% a 23.4%. En las demás UPZ los casos reportados disminuyeron con relación a los reportados en el 2009.

En este territorio se evidencia que en todas las UPZ existe una alta presencia de violencia emocional y violencia física lo que podría manifestar que estas violencias continúan siendo utilizadas como método de pautas de crianza. Por otro lado, esta UPZ congrega la mayor cantidad de Instituciones Educativas lo cual determina la notificación de casos de violencia por el trabajo que se realiza desde ámbito escolar al interior de los colegios.

Figura 28 Casos notificados de violencia intrafamiliar. Kennedy Central - Localidad de Kennedy Año 2010



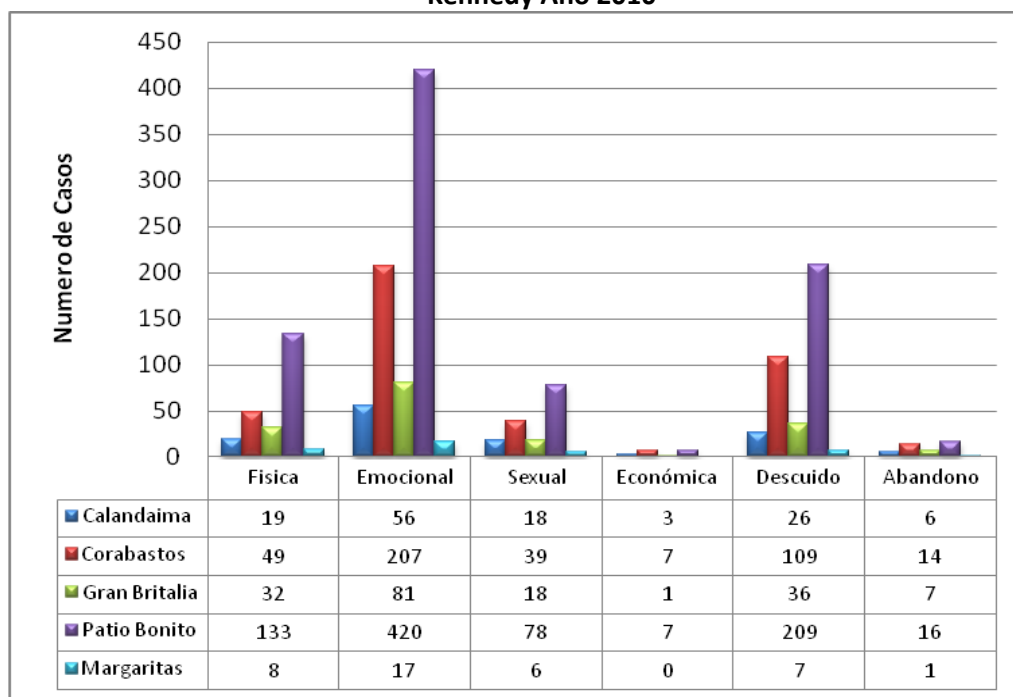
Fuente: Sivim-SDS. 2010

Kennedy occidental es el territorio con mayor número de casos notificados con 839 casos de los cuales 449 (53.5%) pertenecen a la UPZ 82 Patio Bonito, que de acuerdo al diagnóstico local realizado en el 2010 por el Hospital del Sur se caracteriza por tener el 27% de su población en estrato bajo, lo cual según la secretaria distrital de planeación define las condiciones de calidad de vida de las personas que allí habitan. Además, presenta problemas relacionados con la desescolarización, niños y niñas trabajadores, inadecuado manejo del tiempo libre, y consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y adultos, así como dificultades en la resolución de conflictos.

En Kennedy Occidental para el año analizado, Patio Bonito y Corabastos presentaron altos reportes en las violencias física, emocional, descuido y abuso sexual puesto que allí habitan una población de alta vulnerabilidad y marginalidad. No obstante, se encuentra que en la UPZ 78 Tintal Norte a pesar de que ha presentado un gran desarrollo urbanístico no se ha encontrado ningún caso notificado en este territorio esto puede ser explicado por la poca cantidad de colegios, la lejanía a los puntos de atención del hospital y las características poblacionales y económicas de este territorio.

Según la notificación al SIVIM, parte de la población habitante de la UPZ Patio Bonito proviene de otras regiones del país, tienen trabajos informales como el reciclaje, las ventas ambulantes, el “rebusque” en el centro de abastecimiento de alimentos “corabastos”, presentan bajo nivel educativo, y necesidades básicas no suplidas

Figura 29 Casos notificados de violencia intrafamiliar. Kennedy Occidental Localidad de Kennedy Año 2010



Fuente: Sivim-SDS. 2010

El bombardeo constante de los medios de comunicación, y la presión del entorno social en el que los individuos de estos territorios se desenvuelven, de alguna manera contribuye a la naturalización del comportamiento violento y lo incluye dentro del desarrollo de sus actividades y rutina diaria.

Las problemáticas ligadas a la salud mental de la población de estos territorios, así como la manifestación de diversas violencias en el sector, tienen diversos factores actuantes e interactuantes que confluyen en la construcción de un fenómeno que evidencia la vulnerabilidad y los factores de riesgo a los que están expuestos, hombres, mujeres, niños y niñas en la cotidianeidad.

Las edades donde se presenta el mayor número de casos de violencia intrafamiliar es la de 1 a 4 años, seguida de la de menos de 1 año, en el grupo de 5 a 8 años se presentaron 198 casos y de 8 a 11 años 74 casos.

1.6.4 Discapacidad

Desde hace varios años, Colombia ha iniciado un proceso participativo de construcción de política pública en discapacidad, basado en un enfoque de derechos humanos, en el manejo social del riesgo y en el modelo social de discapacidad.

Por lo tanto la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, adoptó la política pública de discapacidad. En primera instancia está orientada hacia la inclusión social. Es decir, hacia una cultura que promocióne, reconozca, garantice o restituya los derechos y que promocióne, reconozca y garantice los deberes de las personas con discapacidad y sus familias, entendidas estas como ciudadanos y ciudadanas.

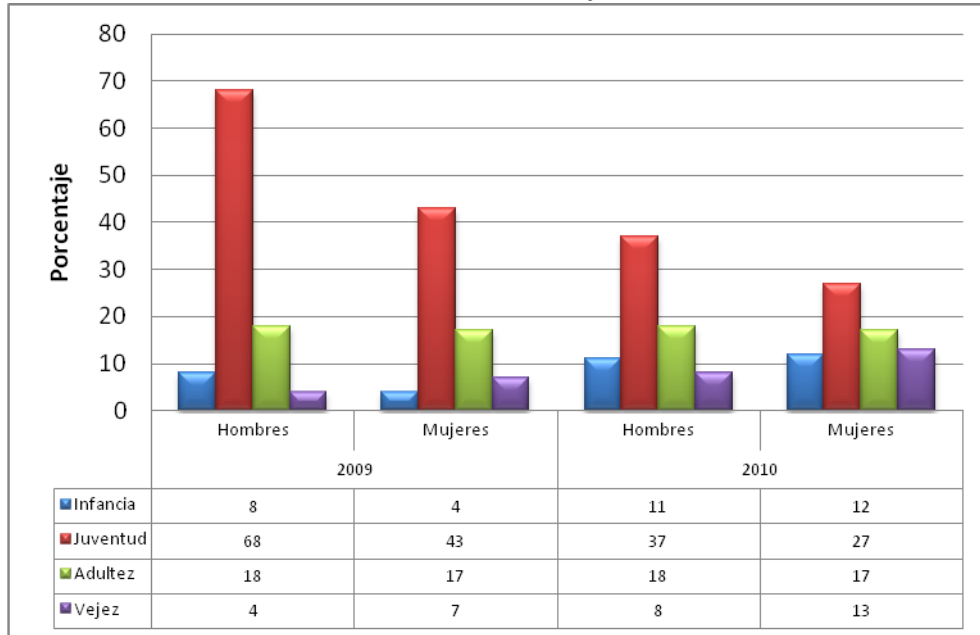
La inclusión social implica acceder, disponer, aportar y transformar las condiciones que determinan la desigualdad. Implica también, reconocer y hacer uso de los recursos conceptuales, técnicos y metodológicos que contribuyen a reconstruir los lazos sociales y culturales para disfrutar de la vida y de la ciudad. Reconoce la etapa del ciclo de vida de la persona y de la familia, la etnia, géneros, sin tener en cuenta el estatus social.

El segundo propósito, hacia la calidad de vida con dignidad. Es decir, hacia la búsqueda del bienestar de las personas con discapacidad –PCD-, sus familias, cuidadoras y cuidadores, mediante la satisfacción de necesidades que permitan conseguir una vida digna y libre desde las perspectivas: humana, social, económica, cultural y política.

Entre los años 2009 y 2010 se han localizado y caracterizado un total de 1134 personas para la localidad de Kennedy (dato preliminar), concentrando el 15,6%, del total de personas con Discapacidad caracterizadas en el distrito con cohorte a diciembre de 2010 (n=186.269 dato preliminar).

Según el sexo de las personas registradas, para el año 2009 la discapacidad se concentra dentro del grupo de los hombres en la etapa de ciclo vital Adolescencia y Juventud con el 24,4%, seguida por la etapa Adulthood con el 18,4%; mientras que para el año 2010 el mayor porcentaje se encuentra ubicado dentro del grupo de mujeres en las etapas Adulthood y Vejez con el 16,8% y el 16,1% respectivamente.

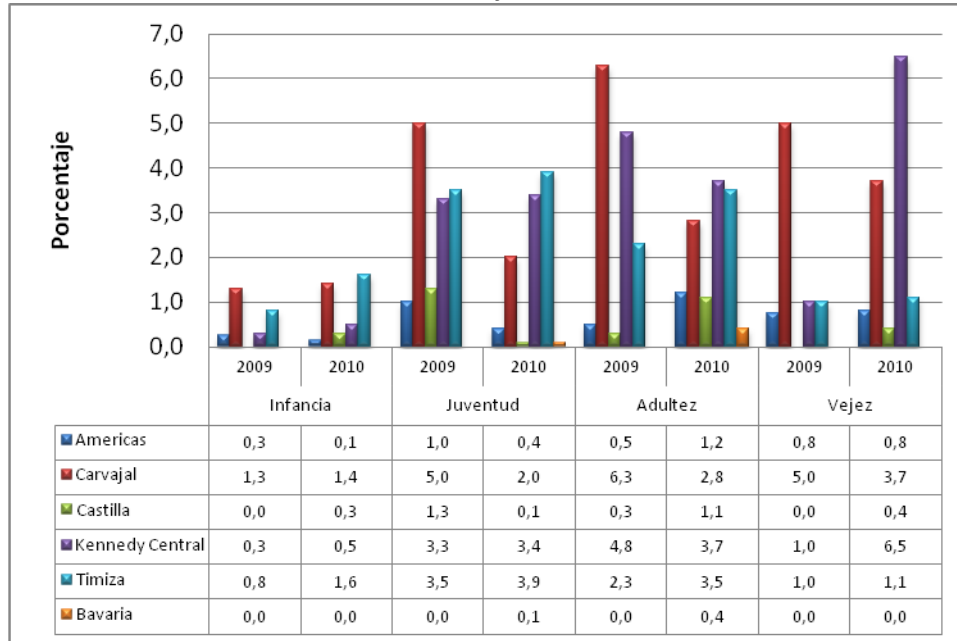
**Figura 30 Registro de personas con Discapacidad según sexo y etapa de ciclo vital .
Localidad de Kennedy Año 2010**



Fuente: Hospital del Sur E.S.E. -Formato de control para el registro de localización y caracterización de personas en condición de Discapacidad. 2009-2010

De acuerdo con el territorio, para el año 2009 se observa la mayor concentración de personas registradas en condición de discapacidad dentro del territorio de Kennedy Central en las UPZs correspondientes a (45) Carvajal, (47) Kennedy Central y (48) Timiza, dentro de las Etapas de Ciclo Vital Adolescencia - Juventud y Adultez; así mismo, para el año 2010 estas tres UPZ presentan el registro más alto, no obstante hay disminución para el territorio de (45) Carvajal respecto del año inmediatamente anterior y un crecimiento notable en el registro de personas en la etapa de Vejez en la UPZ (47) Kennedy Central

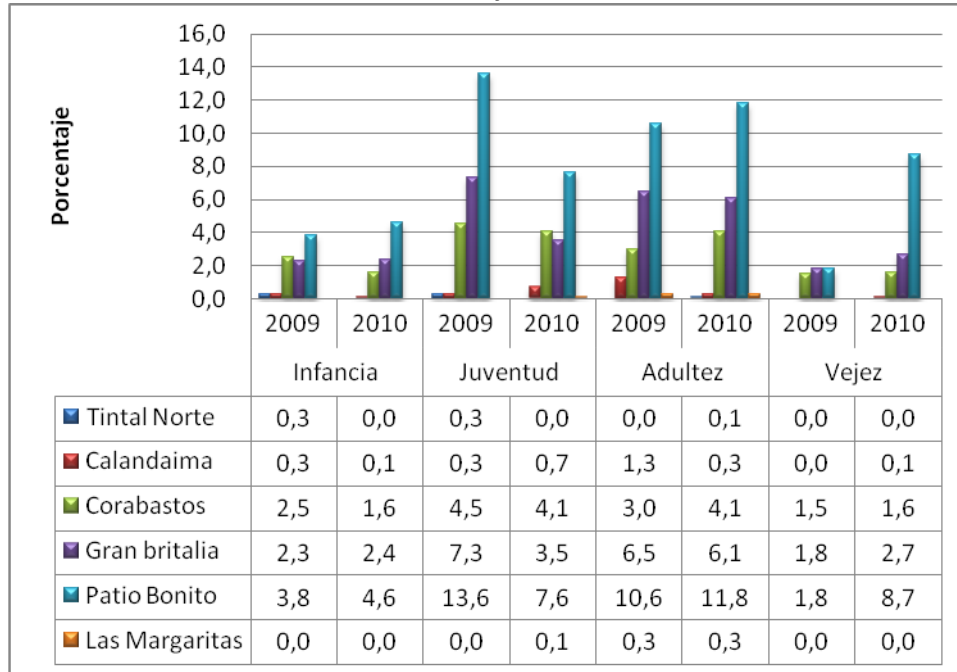
Figura 31 Registro de personas con Discapacidad según etapa de ciclo vital . Localidad de Kennedy Año 2010



Fuente: Hospital del Sur E.S.E. -Formato de control para el registro de localización y caracterización de personas en condición de Discapacidad. 2009-2010

Para el territorio Kennedy Occidental el mayor porcentaje de población con discapacidad caracterizado para el año 2009 se encuentra ubicado dentro de las UPZs (82) Patio Bonito, (81) Gran Britalia y (80) Corabastos en de la Etapa de Ciclo Vital de Adolescencia y Juventud en primer lugar, seguido por la etapa Adulthood. De la misma forma, para el año 2010 se aprecia una marcada concentración de personas con discapacidad registradas para las mismas UPZs que en el año anterior, sin embargo se aprecia un incremento en el registro de la UPZ (82) Patio Bonito para la etapa Vejez.

Figura 32 Registro de personas con Discapacidad según etapa de ciclo vital . Localidad de Kennedy Año 2010



Fuente: Hospital del Sur E.S.E. -Formato de control para el registro de localización y caracterización de personas en condición de Discapacidad. 2009-2010

Respecto del tipo de alteración que más afecta a la población con discapacidad registrada, se evidencia tanto para el año 2009, como para el período 2010 que la población en etapa de Infancia, así como en etapa de Adolescencia y Juventud, se ve mayormente afectada por la alteración relacionada con el funcionamiento del Sistema Nervioso; mientras que para la etapa Adulthood se observan diferencias entre el año 2009 y 2010, en donde las alteraciones que más afectan a este grupo de personas, se encuentran relacionadas con el Movimiento del cuerpo, manos y brazos y el Sistema Nervioso. Para la etapa Vejez, las principales alteraciones son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos y brazos durante el 2009 y el 2010.

Tabla 6 Proporción de personas en condición de discapacidad según alteraciones que más le afecta y etapa ciclo vital. Localidad de Kennedy. Año 2009 - 2010

ECV	2009	%	2010	%
Infancia	Sistema Nervioso	6,7	Sistema Nervioso	52,6
	El movimiento de cuerpo, manos y brazos	4,4	Otra	33
Adolescencia y Juventud	Sistema Nervioso	15,7	Sistema Nervioso	67
	El movimiento de cuerpo, manos y brazos	8,8	Otra	14
Adulthood	El movimiento de cuerpo, manos y brazos	25,4	Sistema Nervioso	37
	Sistema Nervioso	12,7	El movimiento de cuerpo, manos y brazos	34
Vejez	El movimiento de cuerpo, manos y brazos	13,7	El movimiento de cuerpo, manos y brazos	40
	Sistema Cardiorrespiratorio	11,1	Sistema Nervioso	26
			Digestión, metabolismo y hormonas	5

Fuente: Hospital del Sur E.S.E. -Formato de control para el registro de localización y caracterización de personas en condición de Discapacidad. 2009-2010

1.6.5 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

La Localidad de Kennedy, caracterizada por ser la segunda localidad más grande de Bogotá cuenta con una notificación de eventos significativa, dado el importante número de población que alberga.

Para el año 2009 se obtuvo una notificación de 5588 eventos; entre tanto, para 2010 se recibió la notificación de 6950. Para 2009 el periodo que registra mayores eventos fue el quinto en donde se identifican 473 eventos y para el caso de 2010 el periodo con mayor recepción de eventos fue el duodécimo con 680 notificaciones.

Tabla 7 Casos notificados al SIVIGILA según evento y UPZ de residencia. Kennedy Occidental. Localidad de Kennedy. Año 2010

Evento	Corabastos	Gran Britalia	Calandaima	Margaritas	Patio Bonito	Tintal Norte	Total
Anomalias congenitas	3	1			2		6
Chagas	3	2		1	6		12
Dengue	15	20	18	5	30	3	91
Dengue grave	3	2	2		4		11
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	3	6			6		15
Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela)	16	16	13		70	3	118
Enfermedad transmitida por alimentos o agua	9	8	8	1	19	1	46
Evento adverso seguido a la vacunacion.	2		1		3		6
Exposicion rabica	32	33	20	7	134	1	227
Hepatitis a	1	4	2		27		34
Hepatitis b	5	6	4		4		19
Hepatitis c					1		1
Hipotiroidismo congenito					1		1
Intoxicacion por farmacos	9	9	13	1	31	2	65
Intoxicacion por metanol					1		1
Intoxicacion por monoxido de carbono y otros gases		1			3		4
Intoxicacion por plaguicidas	1	3	2		9		15
Intoxicacion por solventes					2		2
Intoxicacion por otras sustancias quimicas	11	11	8	1	15	1	47
Intoxicacion por sustancias psicoactivas	1				2		3
Leishmaniasis cutanea	2				3		5
Leishmaniasis visceral	1						1
Lepra		1			1		2
Lesiones por polvora		1					1
Malaria asociada (formas mixtas)	1				1		2
Malaria complicada					1		1
Malaria vivax	2	3	1		8		14
Meningitis meningococcica					1		1
Meningitis por neumococo	1						1
Mortalidad materna	1	1			2		4
Mortalidad perinatal	6	12	8	3	30		59
Mortalidad por ira	2		2		2		6

Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	1				1		2
Parotiditis	45	59	18	9	157	1	289
Rubeola	6	5	7	3	23	1	45
Sarampión	3	13	7	1	12	1	37
Sífilis congénita	7	2	2		5		16
Sífilis gestacional	9	9	2	1	22		43
Síndrome de rubeola congénita	1				3		4
Tos ferina	8	10	5		8	1	32
Tuberculosis extra pulmonar	1	6	1		5	1	14
Tuberculosis pulmonar	6	8	1		14		29
Varicela individual	198	300	151	61	671	11	1392
Total general	415	552	296	94	1340	27	2724

Fuente: Hospital del Sur E.S.E. - Sivigila SDS. Año 2010

Tabla 8 Casos notificados al SIVIGILA según evento y UPZ de residencia. Kennedy Central. Localidad de Kennedy. Año 2010

Evento	Américas	Kennedy Central	Bavaria	Carvajal	Castilla	Timiza	Total
Accidente ofídico	1						1
Anomalías congénitas		1		1	1	2	5
Chagas	3	4		1	1	4	13
Dengue	38	37	19	164	69	39	366
Dengue grave	4	3		4	4	4	19
Encefalitis equina venezolana en humanos						1	1
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	2	4		2	2	2	12
Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela)	24	24	4	24	31	47	154
Enfermedad transmitida por alimentos o agua	18	20	8	21	39	32	138
Evento adverso seguido a la vacunación.	3		1	4	1	4	13
Exposición rábica	58	52	15	59	65	74	323
Hepatitis A	8	3		2	8	12	33
Hepatitis B	7	2		7	7	5	28
Hipotiroidismo congénito				2	1		3
Influenza humana por virus nuevo	1						1
Intoxicación por fármacos	23	10	9	19	30	14	105
Intoxicación por metales pesados						1	1
Intoxicación por metanol		1					1

Intox. por monóxido de carbono y otros gases	1	2		4	10	1	18
Intoxicación por plaguicidas	4	3	1	5	5	8	26
Intoxicación por solventes	4	3		2	3	2	14
Intoxicación por otras sustancias químicas	25	15	8	16	15	16	95
Intoxicación por sustancias psicoactivas	8	6		4	11	4	33
Leishmaniasis cutánea	3			2	4	1	10
Leptospirosis		1			1		2
Lesiones por pólvora				1		1	2
Leucemia aguda pediátrica linfocítica	3	1					4
Leucemia aguda pediátrica mielocítica	1	1					2
Malaria complicada					1		1
Malaria falciparum		2		1		1	4
Malaria vivax	2	4		1	4	2	13
Meningitis meningocócica	1						1
Meningitis por neumococo	1						1
Meningitis tuberculosa					1	1	2
Mortalidad materna	1				2	1	4
Mortalidad perinatal	20	13	1	9	19	14	76
Mortalidad por ira		1					1
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	1				1		2
Parotiditis	88	67	14	51	78	86	384
Rubeola	20	12	3	10	22	20	87
Sarampión	15	3		3	12	12	45
Sífilis congénita	1	4		1	1	3	10
Sífilis gestacional	7	5		4	4	7	27
Síndrome de rubeola congénita	1	2		1		1	5
Tos ferina	10	4	3	12	8	17	54
Tuberculosis extra pulmonar	3	4	1	5	2	5	20
Tuberculosis pulmonar	5	7		5	10	8	35
Varicela individual	332	313	48	244	458	447	1842
Total general	747	634	135	691	931	899	4037

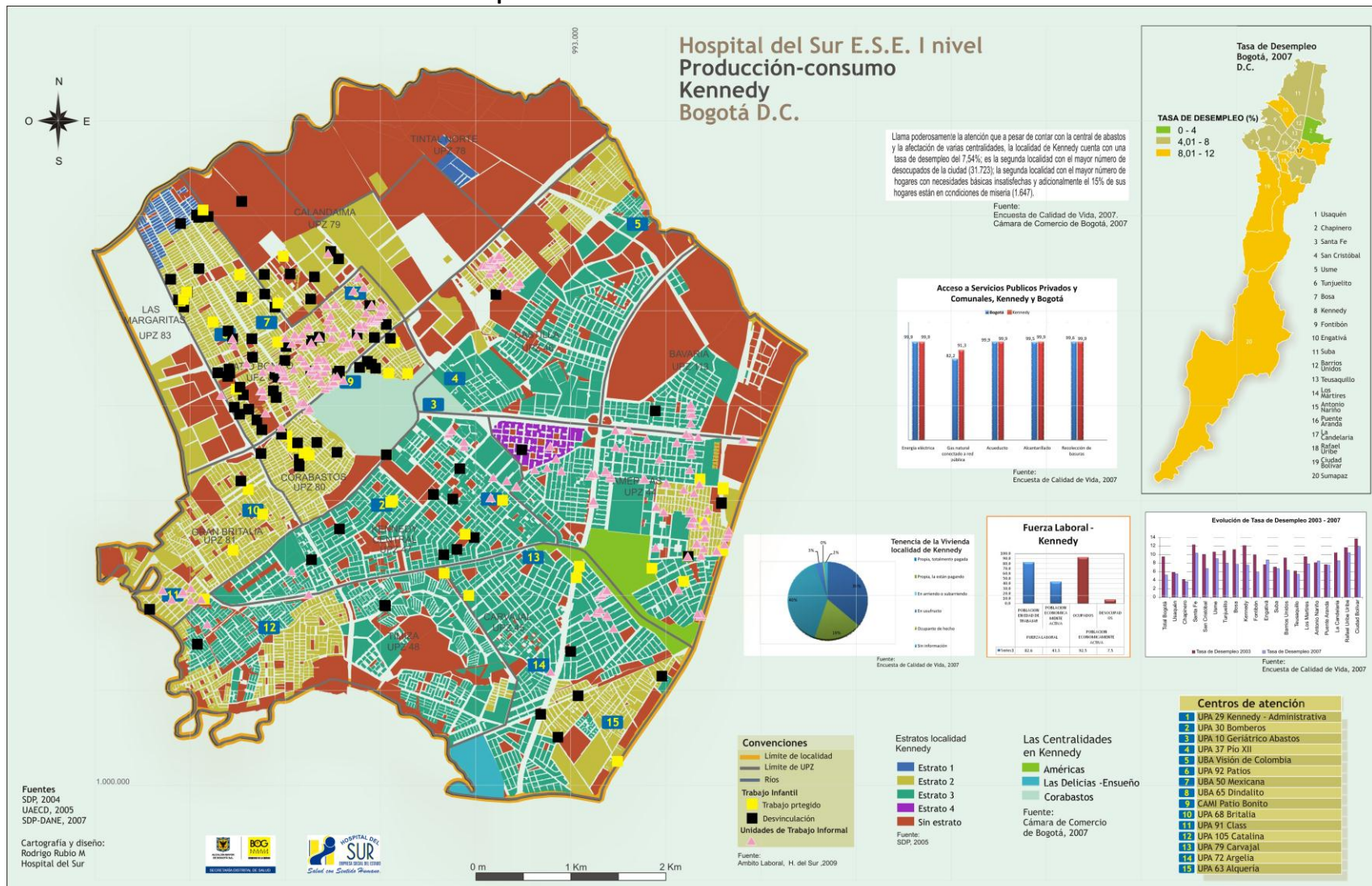
Fuente: Hospital del Sur ESE. SIVIGILA SDS. Año 2010

Para realizar un monitoreo adecuado de los eventos de notificación obligatoria es importante construir los canales endémicos, lo que me permite generar alertas tempranas para evitar brotes innecesarios o controlar de forma oportuna los que se presenten de manera inusitada.

2. RELACIONES TERRITORIO POBLACION - PRODUCCIÓN – CONSUMO

El caracterizar la dinámica de producción- consumo, permite reconocer diversos elementos que pueden influir en las condiciones de salud o enfermedad de los habitantes de la localidad de Kennedy. La Distribución y ordenamiento del territorio, es un ejemplo claro de como los elementos puestos en el territorio influyen en la cotidianidad de las personas, como por ejemplo la Central De Abastos, Corabastos que modifica las condiciones de acceso y disponibilidad de los alimentos pero a su vez influye de manera decisiva en el comportamiento informal del comercio.

Mapa 6. Relación Producción Consumo



Fuente: Hospital del SUR 2010

2.1 ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO

Para comprender la dinámica de producción de la localidad de Kennedy debemos adentrarnos en la definición de las centralidades. Las centralidades son clasificadas de acuerdo a su función en la estrategia de ordenamiento: de integración internacional, nacional, regional y urbana. En una etapa temprana de las ciudades la configuración urbana se establece a partir de los espacios de atracción y la importancia de la localización de estos referentes en espacios accesibles de población ya sea esta la organización administrativa, el mercado local, la iglesia entre otros.

Desde la perspectiva económica un lugar central establece un ordenamiento de usos y rentas del suelo, en tal sentido el lugar central ofrecerá bienes y servicios de mayor jerarquía que el resto del territorio. Para la definición de las centralidades se tiene en cuenta la información como la población, movilidad, polos recientes o históricos sobre ejes radiales de transporte, intensidad de uso del suelo, movilidad, especialización sectorial y relación con otros sectores estratégicos de la ciudad.

En la localidad de Kennedy se ubican tres centralidades que se conforman según el resultado de un conjunto de indicadores, en función del papel que desempeñan en la estrategia de integración de la ciudad. Américas es una centralidad con una extensión de 129.8 hectáreas donde se pueden definir nuevas áreas de actividad económica, equilibrar los efectos sobre la vivienda existente¹².

Corabastos es una centralidad con una superficie de 88.17 hectáreas, que es un núcleo importante de la localidad, donde se pueden diversificar y aumentar la oferta de productos y servicios actuales e integrar el área a los sectores urbanos circundantes. Sin embargo alrededor de la dinámica de la central de abastos se concentra también población dedicada al reciclaje, y a la economía informal.

Delicias Ensueño es una centralidad de integración con la región, que tiene una extensión de 157,81 hectáreas, que articula territorios de tres localidades Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy, con la prioridad de recualificar las actividades económicas actuales y la localización de servicios vinculados con el suroriente de la capital. Además la localidad se encuentra bajo la influencia de una cuarta centralidad de integración nacional e internacional que es la centralidad Salitre-Zona industrial que promueve el desarrollo del corredor férreo de occidente y la construcción del anillo de innovación.

Después de comprender la distribución y organización del territorio según lo establecido desde el plan de ordenamiento territorial nos adentraremos un poco más en el comportamiento de la

¹² Perfil económico y empresarial de Kennedy Cámara de Comercio de Bogotá.

actividad económica local veremos que según la publicación de la Secretaria Distrital de Planeación del 2009 “Conociendo Kennedy”¹³, el total de hogares particulares censados en Kennedy corresponde a 258.437; de los cuales 9.445 (3,7%) tiene alguna actividad económica. Este resultado es inferior al de Bogotá 4,2% y corresponde a la séptima localidad con menor porcentaje de hogares con actividad económica. De estos 9.445 establecimientos económicos asociados a vivienda, el 46,2% se dedica al desarrollo de actividades del sector comercio, el 29,6% de servicios y el 13,5% de industria. Las UPZ que mayor representatividad tienen al ejecutar su actividad económica al interior de la vivienda son: Timiza con el 16,4%, Patio Bonito con el 14,6%, Carvajal con el 14,5, las cuales en conjunto representan el 45,6%.

La presencia de las centralidades y algunos establecimientos como la Central de abastos Corabastos. Determina en gran parte la cantidad de establecimientos con que cuenta la localidad de Kennedy, 39.880 establecimientos económicos de los cuales 30.43514 son unidades independientes y como ya habíamos nombrado 9.445 son establecimientos asociados a vivienda, que desarrollan diferentes actividades distribuidas por UPZ de la siguiente manera:

- Las actividades relativas al comercio, las UPZ Patio Bonito 17,0%, Timiza 15,9% y Carvajal 12,3% representan el 45,2% de establecimientos del sector que desarrollan sus actividades en una vivienda.
- Actividad servicios. Las UPZ Timiza 16,7%, Carvajal 16,2% y Castilla 13,3% representan el 46,2% de establecimientos del sector que desarrollan sus actividades en una vivienda.
- Actividad industrial. Las UPZ Carvajal 18,6%, Castilla 13,3% y Patio Bonito 12,6%, concentran el 44,5% de establecimientos del sector que desarrollan sus actividades en una vivienda.

Las UPZ que mayor representatividad tienen al ejecutar su actividad económica en una unidad independiente son: Carvajal con el 16,7%, Corabastos con el 13,8%, Kennedy Central con el 12,7%, Patio Bonito con 11,8% y Timiza con el 11,7%, las cuales en conjunto representan el 66,8% del total.

Las UPZ que mayor representatividad tienen al ejecutar su actividad económica en una unidad independiente son: Carvajal con el 16,7%, Corabastos con el 13,8%, Kennedy Central con el 12,7%, Patio Bonito con 11,8% y Timiza con el 11,7%, las cuales en conjunto representan el 66,8% del total.

13 Secretaria Distrital de Planeación. Conociendo Kennedy 2009

14 Ibid

- Actividad comercio. Las UPZ Corabastos 17,5%, Carvajal 14,5%, Kennedy Central 13,0% y Patio Bonito 12,9%, representan el 58,0% del total del sector que desarrollan sus actividades en una unidad independiente.
- Actividad servicios. Las UPZ Carvajal 17,0%, Kennedy Central 15,2%, Américas 13,5% y Timiza 13,1%, representan el 58,8% del total del sector que desarrollan sus actividades en una unidad independiente.
- Actividad industrial. Las UPZ Carvajal 28,9%, Américas 13,5% y Patio Bonito 11,4%; representan el 53,8% del total del sector que desarrollan sus actividades en una unidad independiente¹⁵.

Para sintetizar el 10,65% de los establecimientos se dedican a la industria, 46,7% al comercio y el 31,6% a servicios. De acuerdo al censo DANE 2005 la actividad comercial se concentra alrededor de la venta de alimentos, bebida y tabaco. Esta mayor participación del comercio de productos alimenticios está vinculado a centros de acopio y distribución de este tipo de bienes como Corabastos y el Frigorífico San Martín de Porres y centros de comercio como Plaza de las Américas. De acuerdo a esto se encuentra también que la mayor concentración de la actividad de comercio se encuentra en las UPZ 80 Corabastos, UPZ 45 Carvajal y UPZ 82 Patio Bonito¹⁶.

2.1.1 CONDICIONES SOCIALES

Para la evaluación de las condiciones socioeconómicas de la población uno de los indicadores más usados es el de NBI necesidades básicas insatisfechas, que contempla cinco componentes que son: 1. Personas en viviendas inadecuadas. 2. Personas en viviendas con servicios inadecuados, 3. Personas en hogares con hacinamiento crítico, 4. Personas en hogares con asistencia escolar y 5. Personas en hogares con alta dependencia económica. Para la interpretación del resultado del indicador, se tiene que al presentarse carencia de uno de estos componentes, el hogar es catalogado como pobre por no tener satisfechas sus necesidades básicas y la privación de dos o más de estos componentes determina el estado de miseria. Para la localidad de Kennedy el componente del indicador de N.B.I que más genera consecuencias negativas es el hacinamiento crítico afectando a unas 24.770 personas aproximadamente, seguido del componente de personas en hogares con alta dependencia económica que afecta a 23.795 Kennedyanos¹⁷.

Otra de las herramientas usadas para el establecimiento de las condiciones de vida de las personas en el Distrito es precisamente, el Índice de Condiciones de Vida (ICV) que mide el estándar de vida mediante la combinación de variables de capital humano, con variables de acceso potencial a

¹⁵ Ibid

¹⁶ Cámara de comercio de Bogotá, Perfil Económico y empresarial de Kennedy 2007

¹⁷ DANE. Encuesta de calidad de Vida 2007.

bienes físicos y con variables que describen la composición del hogar, estas no son redundantes, lo que las hace complementarias. El ICV contempla cuatro factores que son:

- Factor 1: Acceso y calidad de servicios.
- Factor 2: Educación y capital humano.
- Factor 3: Tamaño y composición del hogar.
- Factor 4: Calidad de la vivienda.

Para el caso de la localidad de Kennedy el índice de condiciones de Vida es menor a Bogotá en lo que se refiere a los factores 1, 2 y 3. Y solamente supera el promedio Distrital en la calidad de la Vivienda, ubicando a la localidad de Kennedy como la doceava localidad con mayor ICV siendo la primera Teusaquillo y la ultima Sumapaz¹⁸.

Muy ligado al índice de condiciones de calidad de vida tenemos la herramienta de focalización de beneficiarios del gasto social conocida como SISBEN., que clasifica a la población en seis niveles. En la localidad de los 638.915 registros realizados encontramos que el 15,26% se encuentra en nivel I, el 39,1% se encuentra en nivel II y el 44,21% se encuentra en nivel III¹⁹.

2.1.2 POSICION OCUPACIONAL

Llama poderosamente la atención que a pesar de contar con la central de abastos y la afectación de varias centralidades, la localidad de Kennedy cuenta con una tasa de desempleo del 7,54%, y es la segunda localidad con el mayor número de desocupados de la ciudad (31.723), la segunda localidad con el mayor número de hogares con necesidades básicas insatisfechas y adicionalmente el 15% de sus hogares están en condiciones de miseria (1.647)²⁰. El 82,6% de la población de la localidad de Kennedy esta en edad de trabajar (La población en edad de trabajar es la población correspondiente al área urbana, mayor de 12 años ocupada, desocupada y población inactiva). Lo que contrasta con la población económicamente activa 43,3%²¹ (Conformada por las personas en edad de trabajar, que trabaja “ocupados” o desean trabajar “desocupados”). Kennedy concentra el 14% de los ocupados del Distrito, esto lo evidencia la tasa de ocupación (48.42%) la séptima más alta de la ciudad, donde las actividades que mas ocuparon a los

18 SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Bogotá D.C. en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio. Compilado y Editado 2009.

19 SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Dirección de SISBEN. Base Acumulada SISBEN con corte de mayo 2009.

20 CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, Perfil Económico y empresarial de Kennedy 2007.

21 Secretaria Distrital del planeación, Conociendo Kennedy año 2009.

habitantes de la localidad fueron: comercio, hoteles y restaurantes (2.9%), servicios sociales, Comunales y personales (25%) e industria manufacturera (19%)²²

Es importante anotar que de las 389.253 personas ocupadas en Kennedy el 86.8% se encontraba vinculada de manera permanente, siendo la cuarta localidad con el mayor número de personas empleadas de esta forma. De otro lado el 11,5% de los ocupados en la localidad Octava estaban vinculados de manera ocasional y el 1,6% era estacional²³. La localidad de Kennedy presenta un bajo porcentaje de población de 10 a 17 años que labora, contando con un 2,8%, aunque este indicador supera el promedio Distrital de 2,6%.

Según los datos obtenidos del documento “Conociendo Kennedy 2009” de la Secretaria Distrital de Planeación, encontramos que según la actividad económica realizada, las UPZ donde predomina el desarrollo de actividades relacionadas con el sector Servicios es la UPZ Patio Bonito con el 67,8% con 20.265 personas empleadas, seguida de Kennedy Central con el 54.1% con 12.190 empleados y Timiza con el 48,6% con 10.836 empleados. Es importante destacar que el sector de Servicios es la actividad económica que mayor cantidad de personas emplea en la localidad de Kennedy.

Podemos decir que el comercio es el segundo sector que más emplea personas en la localidad con un promedio de 35,5%, y adicionalmente la UPZ Carvajal tiene la mayor participación con el 20,9% de las personas empleadas en este sector en la localidad, seguida de Corabastos, Patio Bonito, Kennedy Central y Castilla, que en conjunto aportan el 67,5% del promedio de empleo en esta actividad.

En lo que al sector industria se refiere, se puede afirmar que es el que menos empleos aporta a la localidad, donde la UPZ Carvajal vuelve a ser la que más aporta con el 35,6% del promedio de empleos de la actividad industrial en la localidad.

En resumen la localidad cuenta con 127.247 empleados que laboraron el 41,8% en el sector servicios, el 35,5% en comercio y el 22,7% en industria²⁴.

Desde el Ámbito Laboral del Hospital del Sur E.S.E. se identificó que la mayoría de la población esta laborando pertenece al sexo masculino laborando en actividades de mecánica automotriz, metalmecánica y maderas, debido a la tradición familiar o bien sea porque estas actividades requieren fuerza y masa corporal. Las mujeres de la localidad se ocupan en restaurantes y salas de belleza, dinámica que se explica al poco requerimiento de capacitación formal que tienen estos oficios.

22 CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, perfil Económico y empresarial de Kennedy 2007

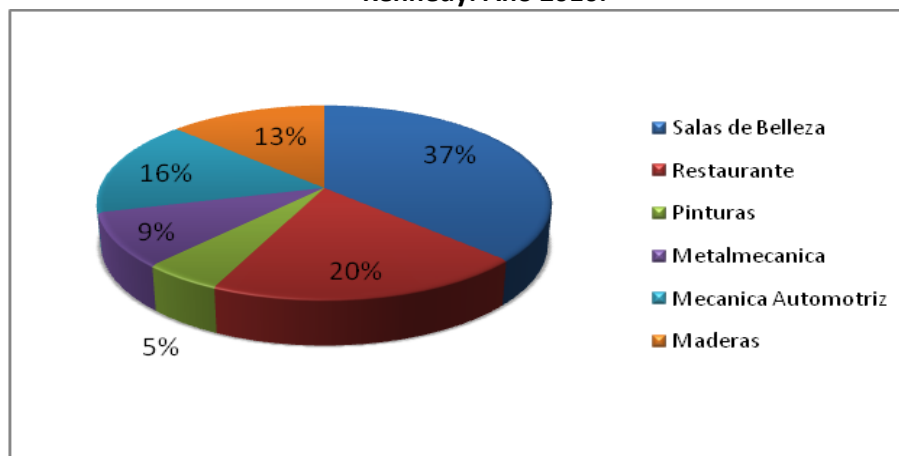
23 SECRETARIA DISTRITAL DEL PLANEACIÓN, Conociendo Kennedy año 2009.

24 Ibid

2.1.2.1 Condiciones de salud de los trabajadores de la localidad de Kennedy según el ámbito Laboral

En la localidad de Kennedy se encuentra una gran cantidad de talleres de Mecánica, Talleres de ornamentación, metalmecánica, maderas y confección los cuales en su mayoría son empresas informales debido al poco interés de los empleadores por formalizar sus empresas en materia de vincular a los trabajadores al Sistema General de Seguridad Social Integral. Los Talleres de Maderas no cuentan con un sistema productivo estandarizado puesto que sus productos, en su gran mayoría, son fabricados de acuerdo a las necesidades del cliente.

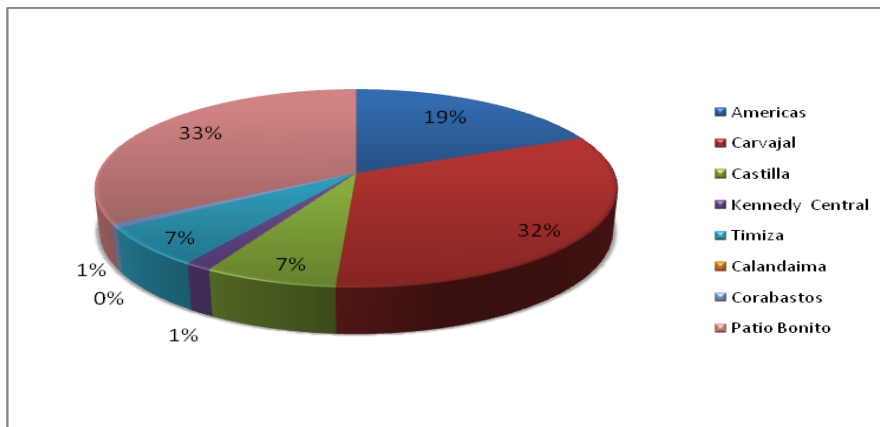
Figura 33 Distribución de UTIS intervenidas según actividad económica en la Localidad de Kennedy. Año 2010.



Fuente: Base de datos ámbito laboral Hospital del Sur E.S.E 2010.

Se intervinieron 111 salas de belleza que corresponde al 37%, 61 restaurantes con el 20%, 49 talleres de mecánica automotriz con el 16%, maderas con el 13%, 26 de metalmecánica con el 9%, 39 del sector de maderas con el 13%, 14 de pinturas con el 5%.

Figura 34 Distribución de UTIS intervenidas por el Ámbito Laboral según su ubicación por UPZ. Año 2010.



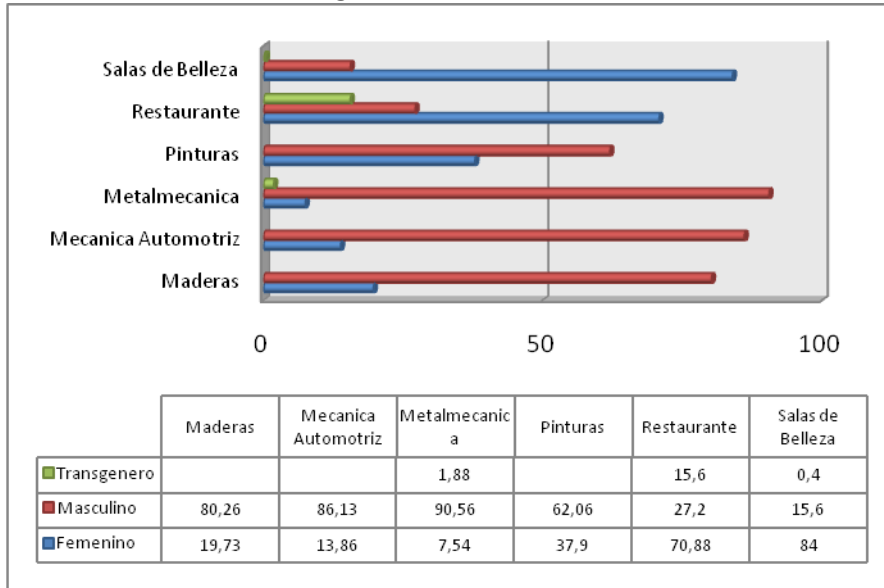
Fuente: Base de datos ámbito laboral Hospital del Sur E.S.E.2010

Por estrategia de mercadeo las UTIS intervenidas se ubican por sectores, a pesar de que la gráfica muestra una mayor intervención en Kennedy Occidental en la UPZ 82 - Patio Bonito con un 46% de las Unidades de Trabajo Informal intervenidas, siendo el territorio de Kennedy central el de mayor intervención en las UPZ 44, 45, 46, 47 Y 48 y diferentes actividades. 25

Son unidades productivas de pequeña escala, con escaso capital y baja productividad, que requiere fuerza de trabajo caracterizada por ser intensiva, no asalariada, con baja calificación, vinculada de manera ocasional, familiar o persona, interactuando con tecnología artesanal o simple, en condiciones que no le permiten asumir el cumplimiento de la reglamentación vigente, ni permite satisfacer las necesidades básicas del trabajador y su familia.

25 Hospital del Sur E.S.E., Documento unidad de análisis, Ámbito Laboral, 2010.

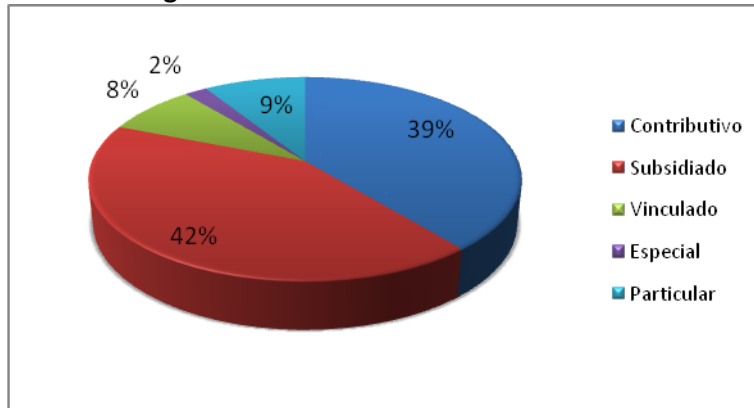
Figura 35 Distribución de población Trabajadora según actividad económica y por Género según Ámbito laboral 2010.



Fuente: Base de datos ámbito laboral Hospital del Sur E.S.E.2010

En género masculino prevalece laborando en un porcentaje alto en las actividades de mecánica automotriz, metalmeccánica y maderas, debido a tradición familiar o porque para el desarrollo de estas actividades se requieren de fuerza y masa corporal y el género femenino labora en restaurantes y salas de belleza porque son actividades acordes al género y por falta de oportunidad de capacitación y laboral se ven abocados a desempeñarse en estas actividades que requieren capacitación no formal. Debido al detrimento de la formalidad.

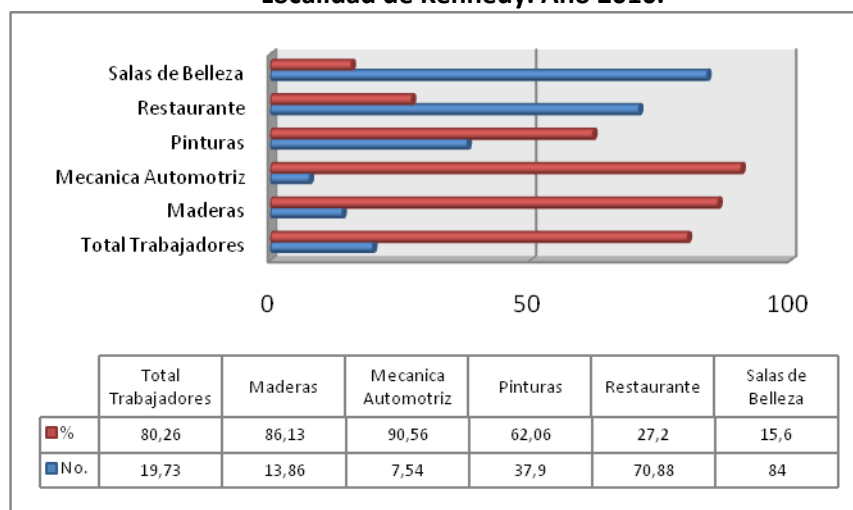
Figura 36 Distribución de trabajadores por tipo de afiliación al régimen de Seguridad Social en Salud de los trabajadores de las UTIS intervenidas durante el año 2010



Fuente: Base de datos Ámbito laboral Hospital del Sur ESE 2010

De un total de 667 de personas caracterizadas, el 42% de los trabajadores se encuentran afiliados al Régimen Subsidiado en Salud, es decir 278 y el 39% están afiliados al régimen contributivo es decir 258 de los trabajadores de los cuales la gran mayoría son beneficiarios; tan solo el 8% de los trabajadores caracterizados no han resuelto su afiliación a salud. Es de resaltar que de los trabajadores afiliados al régimen contributivo tan solo el 40.31% son cotizantes y el 59.68% pertenecen al grupo de beneficiarios, es decir que 153 trabajadores son beneficiarios de los servicios de salud. Así mismo es importante aclarar que los trabajadores caracterizados que refieren estar afiliados al régimen subsidiado, en la mayoría de los casos no han utilizado los servicios de salud en los últimos dos (2) años lo cual genera preocupación ya que los mismos pueden estar en la actualidad fuera del S.G.S.S.S.

Figura 38 Distribución de enfermedades Diagnosticadas que tienen Relación con el Trabajo Localidad de Kennedy. Año 2010.



Fuente Base de Datos Ámbito laboral, Hospital del Sur E S E 2010

Como podemos observar en la tabla anterior, del total de 667 trabajadores, solo 19 de trabajadores que corresponde al 2.84%, reportaron tener enfermedades diagnosticadas asociadas con el trabajo.

Este porcentaje es bajo debido a que la mayoría de enfermedades son diagnosticadas y tratadas como enfermedad general por las EPS tanto contributivas como subsidiadas a las que se encuentran afiliados. Igualmente la inhibición por parte del trabajador a reportar enfermedades relacionadas con el trabajo por el temor a que las EPS tanto privadas como subsidiadas nieguen los tratamientos.

En la localidad de Kennedy predomina el régimen subsidiado con 293 casos, seguido de 176 casos que son atendidos en EPS contributiva como beneficiarios de un familiar, con 34 casos en régimen subsidiado como vinculado, particular con 7 y población especial nivel 0 desplazados 3 casos. Sin

embargo al total de los NNA trabajadores se canalizó a los programas de promoción y prevención y los NNA trabajadores sin vinculación se canalizaron a gestión de aseguramiento en salud.

Los trabajadores de esta localidad, se identifican por trabajar al destajo, lo cual les proporciona ganancia diaria o quincenal, su seguridad social en su gran mayoría es garantizada por el SISBEN de la localidad donde viven, por lo tanto no les interesa afiliarse a una ARP, debido a que son consientes que de la misma manera deberían pagar una EPS, lo cual para ellos es muy difícil tomar esta determinación por la inestabilidad laboral a la que se encuentran expuestos, la cual es altamente evidenciada en la finalización de la intervención ya que en el transcurso del proceso se ve diezmada la población trabajadora en un 50%.

De las 441 empresas de tipo informal se encontró que 218 se dedican a actividades de mecánica, 110 a maderas, 45 a confecciones y 68 a metalmecánica. Durante lo corrido del año 2010 se intervinieron 111 salas de belleza que corresponde al 37%, 61 restaurantes con el 20%, 49 talleres de mecánica automotriz con el 16%.

2.1.2.2 Trabajo Infantil

2.1.2.2.1 Condiciones de trabajo de niños y niñas trabajadoras

Durante el 2010 en la localidad de Kennedy de los 334 niños y niñas trabajadores identificados, distribuidos de la siguiente manera:

- De los 334 individuos caracterizados 293 se encuentran en el rango de los 5 a los 12 años de edad, 172 son de niños y 121 son niñas.
- De los 334 individuos caracterizados 41 se encuentran entre los 12 a 15 años, 12 son niñas y 29 son niños.²⁶

Lo anterior hace evidente que el trabajo infantil es un factor que representa mayor vulnerabilidad en el rango de edad de los 5 a 12 años ya que este se convierte en un hábito de la vida cotidiana de los niños y niñas que asociado a la labor de los padres o acudientes continúan ejerciéndola en su juventud y vida adulta.

Otro aspecto importante a resaltar del proceso de caracterizaciones de los Niños, Niñas y adolescentes (NNA) trabajadores del ámbito laboral es que de los 334 caracterizados la mayoría de NNA, 318 son escolarizados y 16 se encuentran desescolarizados. Cabe resaltar que 184 NNA trabajadores fueron identificados por el ámbito laboral y 150 casos por el ámbito escolar.²⁷

²⁶ Hospital del Sur: Informe Trimestral Intervención Trabajo Infantil. Junio 2010.

²⁷ Ibid

La problemática de los niños-as que se ven obligados a laborar, tiene unas características complejas, muy similares a lo que se podría denominar epidemia, que afecta no solo la esfera física, sino que también la mental, social y moral. El trabajo infantil es una de las manifestaciones más patentes y más graves del rostro infantil que adopta la pobreza. Son 250 millones los niños-as y jóvenes que se ven atrapados en la obligatoriedad del trabajo, a edades que oscilan entre los 5 y los 14 años, especialmente en países subdesarrollados, en los que las necesidades por obtener bienes suficientes para subsistir son imperativas.

Lamentablemente, este problema crece a diario, pues actualmente, recae sobre los niños-as la obligación de contribuir al bienestar de la familia, debido principalmente al incremento de la urbanización pero especialmente al hundimiento de las economías tradicionales, que hacen más precaria la situación de algunas familias y por lo tanto exponen a mayores peligros a los menores de edad. De esta forma, los niños-as que de algún modo, terminan siendo trabajadores, excluyen a corto plazo la educación, lo que es un factor que incide negativamente, ya que esto solo puede fomentar una visión vaga e imprecisa de los niños-as en la realidad.

Es importante anotar que el 68.26% de los niños trabajadores se han identificado en la UPZ 82 Patio Bonito en barrios como Barranquillita, la Rivera, las vegas, las Palmitas, las Brisas, Bellavista, entre otros. Las familias de los niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores viven en posesión de lotes y terrenos por tenencia por periodos prolongados de tiempo, a su vez las familias comparten con otras los espacios de vivienda y se evidencian familias extensas en su gran mayoría, también se observa que la población vive en arriendo en casas o inquilinatos. La mayoría de NNA trabajadores y sus familias o acudientes refieren que el acompañamiento, ayuda o trabajo lo realizan por situaciones como salir de casa al tiempo y que los NNA no se queden solos en los lugares de domicilio, porque se realizan la toma de alimentos en la calle de acuerdo a las ganancias diarias, por situaciones económicas donde el NNA son gancho para las ventas y porque colaboran en las labores de los padres y/o acudientes, para llevar a los NNA al IED. La mayoría de padres y por ende sus hijos tienen trabajos informales en ventas ambulantes, estacionarias, reciclaje y oficios varios entre otras las labores las cuales no están permitidas para los NNA menores de 15 años.²⁸ Realizando un comparativo entre la actividad económica y el periodo de la actividad en el mes, el comercio al por menor es la actividad que en mayor porcentaje se desarrolla de manera permanente 30.1% seguido de el servicio domestico en un 29% y el reciclaje en un 22.7%; también se evidencia que las actividades de fines de semana que más se desarrollan es el comercio al por menor en un 31.6% seguido de servicio domestico 18.9%.

Para los Niños, niñas y adolescentes trabajadores la madre es la cuidadora en un 99.4%, con 334 casos, seguida del padre con 19 casos, al igual que abuelo-a, el tío como cuidador con casos,

²⁸ Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Ámbito Laboral, Informe Trabajo infantil.

seguido del hermano-a con 6 casos y por ultimo otros con 1 casos. Por lo cual podemos decir que sigue siendo la madre el mayor cuidador de los NNA trabajadores.

Tabla 9 Régimen de salud, de los NNA trabajadores intervenidos en las dos localidades de influencia del Hospital del Sur. Año 2010.

REGIMEN DE SALUD	KENNEDY
Contributivo Cotizante	0
Contributivo Beneficiario	120
Vinculado	11
Subsidiado	194
Particular	7
Especial	2
Desvinculado	0

Fuente: Informe NNA Trabajadores Ámbito Laboral junio 2010

En la localidad de Kennedy predomina para los niños y niñas trabajadores el régimen subsidiado con 194 casos, seguido de 120 casos que son atendidos en EPS contributiva como beneficiarios de un familiar, con 11 casos en régimen subsidiado como vinculado, particular con 7 y población especial nivel 2 casos. Sin embargo al total de los NNA trabajadores se canalizó a los programas de promoción y prevención y los NNA trabajadores sin vinculación se canalizaron a gestión de aseguramiento en salud.²⁹

De otro lado y de acuerdo a la Base de datos del Ámbito laboral el 42% de los trabajadores caracterizados en las diferentes unidades de trabajo intervenidas se encuentran afiliados al Régimen subsidiado en Salud, e 39% de los trabajadores identificados están afiliados al régimen contributivo, y tan solo el 8% de los trabajadores no ha resuelto si situación en lo que aseguramiento en salud se refiere. Es importante resaltar que de los afiliados al régimen contributivo tan solo el 40.31% cotizantes y el 59.68% son beneficiarios de algún familiar.

En cuanto a enfermedades asociadas con las actividades laborales desempeñadas la información no es muy valiosa pues hay evidente subregistro debido a que no existe un reconocimiento de la enfermedad profesional y las enfermedades son tratadas en la EPS como enfermedad general. De otro lado se puede afirmar tácitamente que no se realiza el reporte de la enfermedad profesional

²⁹ Fuente: Base de Datos, Ámbito Laboral Hospital del Sur E.S.E., Informe de intervención en Trabajo Infantil, junio 2010.

por temor a que las EPS contributivas y subsidiadas nieguen los tratamientos. Esto se confirma pues solo el 11.09% de los trabajadores manifestaron haber reportado a su EPS que sufrieron accidentes durante la realización de sus actividades laborales, sin ninguna incapacidad médica que les impida seguir laborando.³⁰

2.2 CONDICIONES Y CALIDAD DE ACCESO O RESTRICCIÓN A BIENES Y SERVICIOS

Es importante definir en esta apartado la estratificación socioeconómica por estratos que según la secretaria distrital de planeación permite definir las condiciones de calidad de vida de las personas que habitan un sector determinado. Dicho de otra forma la calidad de vida de las personas que conforman los hogares se define por la calidad de las viviendas donde habitan. Por esta razón se realiza con el fin de establecer el estrato de un sector, un censo por manzanas y cuadras para evaluar las condiciones de las viviendas tales como:

- Las características de las viviendas (materiales de las fachadas, de las puertas o ventanas, antejardines, garajes).
- Las características del entorno inmediato (vías de acceso, andén y focos de contaminación, etc.).
- Contexto urbano (relación zona-ciudad y servicios públicos).

La clasificación por estratos se define así:

- Estrato 1: Bajo-bajo.
- Estrato 2: Bajo.
- Estrato 3: Medio-bajo.
- Estrato 4: Medio.
- Estrato 5: Medio-alto.
- Estrato 6: Alto.
- No residencial: Uso diferente a vivienda (industria, comercio y dotacional).

De acuerdo a lo anterior se encuentra que el 55,7% de los habitantes de la localidad de Kennedy pertenecen a un estrato Bajo, el 40% en un estrato medio-bajo y el 1,7% en estrato bajo-bajo, y tan solo el 0,7% en el medio.

- Estrato bajo: El 27,6% de los habitantes de la localidad que pertenece a este estrato socioeconómico se encuentra en Patio bonito, el 12,5%, el 12,4% y 12,2% en las UPZ Gran Britalia, Corabastos y Calandaima, respectivamente; unidades que en su conjunto agrupan el 64,7% de la población (555.335 habitantes).

³⁰ Hospital del Sur E.S.E. Informe Trimestral Ámbito Laboral intervención en Trabajo infantil junio 2010.

- Estrato medio – bajo: La población en este estrato (398.987 habitantes), está concentrada principalmente en las unidades de planeamiento zonal de Kennedy Central (23,7%), Timiza (22,3%), Castilla (19,2%) y Carvajal (16,0%).

La población sin estratificar (19.250 personas), se distribuye entre las unidades de planeamiento zonal, de la siguiente manera: Patio Bonito (36,3%), Carvajal (12,6%), Kennedy Central (9,9%), Gran Britalia (8,4%); Timiza, Bavaria y Castilla agrupan el 20,5% y las demás UPZ el 12,3%.

- Estrato bajo – bajo: De las 17.414 personas de este estrato, el 78,4% se encuentra en Patio Bonito y el 21,6% en Tintal Norte.
- Estrato medio: La población en este estrato (6.707 habitantes), está concentrada en su totalidad en la unidad de planeamiento zonal de Las Américas.

La población de la localidad de Kennedy tiene un índice de calidad de vida similar al del Distrito sin embargo en lo que respecta acceso y calidad de los servicios (27,26) y en la calidad de vivienda (12,39) es mayor que el de Bogotá.

2.2.1 Acceso A Servicios Públicos

En lo que respecta al uso de agua potable Kennedy cuenta con una cobertura de 100% al 2009, sin embargo en lo que respecta al porcentaje de cobertura de alcantarillado sanitario del 99,95% en el mismo año. En lo que respecta al alcantarillado pluvial que comprende además la adecuación hidráulica de cuerpos de agua, humedales, pondaje (son estructuras de regulación de caudales) y acciones para el saneamiento del Río Bogotá, Kennedy cuenta con una cobertura del 94.40%.

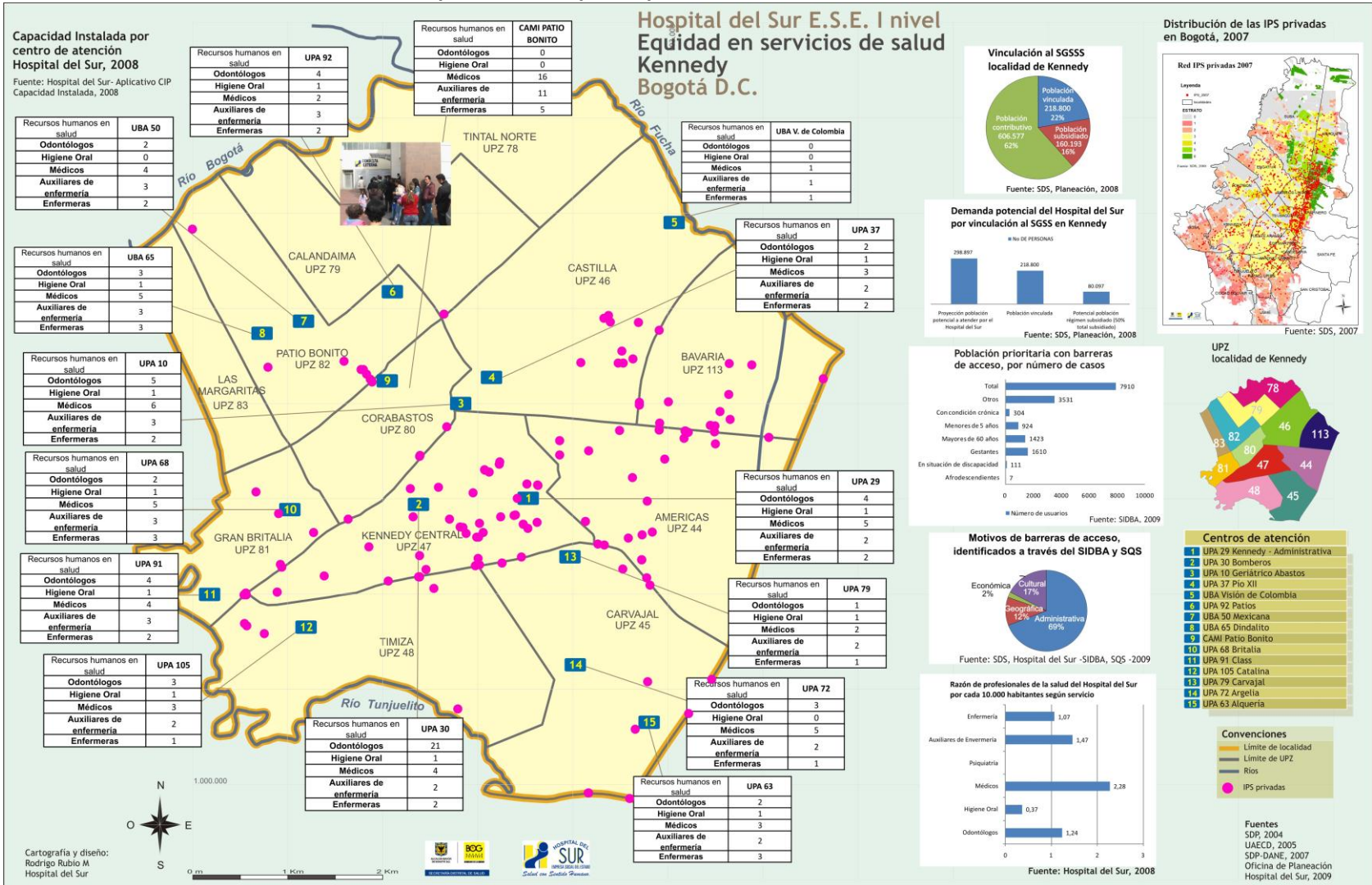
Sin embargo la localidad presenta una cobertura cercana al 100% en todos los servicios públicos con excepción del acceso a redes de gas natural. Los Kennedianos gastan un promedio mensual de \$119.106 en servicios públicos, un poco menor al promedio mensual del total de Bogotá que se encuentra en los \$135.115. Teniendo en cuenta que un salario mínimo legal mensual vigente para el 2009 fue de \$497.000 los habitantes de la localidad invierten el 24% de su salario en servicios públicos.

2.2.2 Equidad en la entrega de Servicios en Salud

El sistema de salud colombiano da lugar a una dinámica perversa alrededor de la prestación de servicios de salud, generando problemáticas asociadas al acceso y la calidad de los mismos que determinan también las condiciones de salud de los habitantes de la localidad de Kennedy que no es ajena a estos lineamientos de política nacional. La caracterización de estas situaciones problemáticas permite visibilizar alternativas de respuesta frente a estas situaciones, desde un escenario político local, permitiendo plantear nuevas formas de operar aún desde los lineamientos del sistema. La eliminación sistemática de lo público presenta también un escenario en el que es importante poner en el espacio de discusión el hecho de que las barreras existen también desde

los operadores privados del sistema, dejando sin piso la agenda del Gobierno que avanza en esta propuesta.

Mapa 7. Equidad prestación de Servicios de Salud



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

“La Sociedad Internacional para la Equidad en Salud desarrolló definiciones para la equidad y la inequidad en servicios de salud, que ahora son aceptadas globalmente: La equidad en salud ha sido definida como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Por otro lado, la inequidad en salud se define como las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupo poblacional definido social, económica, demográfica o geográficamente. Al comenzar con las definiciones, es clave señalar que las inequidades no siempre son inequidades. Whitehead y otros han sugerido que el término inequidad se debe reservar para aquellas diferencias que son innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1992) (...)

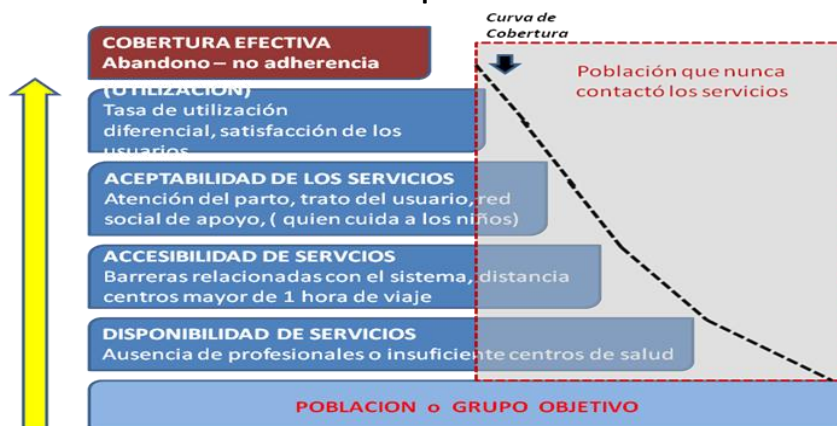
(...) También debe diferenciarse la equidad en salud de una población, de la equidad en la entrega de servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud define equidad en salud como la noción según la cual cada individuo y grupo debe gozar del más alto nivel de bienestar físico, psicológico y social permitido por las limitaciones biológicas.

Por otro lado, equidad en la entrega de servicios significa que los recursos y servicios del sector salud se distribuyen y suministran de acuerdo con las necesidades de la población y los servicios se financian de acuerdo con la capacidad de pago de la población. De manera más operacional, se puede decir que cuando se habla de equidad en relación con el estado de salud de una población, se trata de niveles de mortalidad y morbilidad que afectan a los grupos sociales de dicha población. Equidad en la entrega de servicios de salud se refiere a niveles de acceso, utilización y financiación de servicios de salud, que afectan a los diferentes grupos sociales”³¹.

Más ampliamente, equidad en la entrega – provisión - de servicios de salud se refiere a garantizar niveles de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con los servicios (uso) y cobertura efectiva (ver siguiente gráfico).

31 RIUTORT, Mónica y CABARCAS, Fabio. Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Volumen 5 número 11. Universidad Javeriana. Diciembre de 2006, Página 25.

Figura 39 Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras



Fuente: Orientaciones metodológicas para el trabajo en las 92 comunidades en las 92 comunas vulnerables: Componente barreras de Acceso. Gobierno de Chile Ministerio de Salud.

En este sentido, la población total de la localidad de Kennedy vinculada al Sistema General del Seguro Social en Salud se observa en la siguiente tabla:

Tabla 10 Vinculación al SGSSS 2009

REGIMEN DE AFILIACION	No. DE PERSONAS
Población vinculada	202.402
Población subsidiado	168.420
Población contributivo	626.871
Población total	999.693

Fuente: SDS, Dirección de aseguramiento / Dirección de Planeación y Sistemas-Simulación Estadística población Bogotá por tipo de Vinculación a DIC 31. 2009.

De acuerdo con la anterior información, se calcula que la población potencialmente susceptible de ser atendida por el Hospital del Sur ESE es la siguiente:

Tabla 11 Población potencial a ser atendida por el Hospital del Sur en la localidad de Kennedy en el año 2009.

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	No DE PERSONAS
Población vinculada	202.402
Potencial población régimen subsidiado (50% total subsidiado)	84.210
Proyección población potencial a atender por el Hospital del Sur	286.612

Fuente: SDS, Dirección de aseguramiento / Dirección de Planeación y Sistemas-Simulación Estadística población Bogotá por tipo de Vinculación a DIC 31. 2009.

Con respecto a la disponibilidad de servicios, para el análisis se toman como referencia la disponibilidad de recurso humano en salud y la disponibilidad (suficiencia) de centros de atención; con respecto al primero, es importante observar que por cada 10.000 habitantes de la localidad de Kennedy - que por su nivel de afiliación son susceptibles de ser atendidos por el Hospital del Sur ESE (100% de vinculados y 50% de subsidiados) - existen 2,28 médicos generales, 1,24 odontólogos, 1,07 enfermeras, 1,47 auxiliares de enfermería y 0,37 higienistas orales (ver mapa), indicadores bajos si comparamos con el estándar nacional que por cada 10.000 habitantes cuenta con 9 médicos generales, 16 médicos, 8 enfermeros(as), 9 odontólogos y 34 auxiliares de enfermería³²; vale la pena señalar que países como Canadá y Cuba presentan indicadores en los que hay 1 médico por cada 470 habitantes y 1 médico por cada 170 habitantes, respectivamente (datos a 2006)³³.

32 Ministerio de la Protección Social /OPS. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2008.

33 Tomado de internet de la página www.doctorsoftheworld.nl. Consultado julio 2010.

Tabla 12 Recurso Humano en Salud – Hospital del Sur ESE Localidad de Kennedy

Recursos Humanos en Salud	No. Total	Razón de Médicos Generales por cada 10.000 hab	Razón de Médicos por cada 10.000 hab	Razón de Enfermeros Profesionales por cada 10.000 hab.	Razón de odontólogos por cada 10.000 hab.	Razón de Auxiliares de Enfermería por cada 10.000 hab.	Razón de Higienistas Orales por cada 10.000 hab.
ODONTÓLOGOS	37				1,24		
HIGIENE ORAL	11						0,37
MÉDICOS	68	2,28	2,28				
PSIQUIATRIA	0						
AUXILIARES ENFERMERIA	34					1,47	
ENFERMERIA	32			1,07			

Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Aplicativo CIP - Capacidad Instalada -, 2008.

Nota: Para la construcción de estos indicadores de oferta de servicios de salud se tomó como referencia la población de la localidad de Kennedy potencialmente susceptible de ser atendida por el Hospital del Sur (ver tabla No. 6):

Con respecto al segundo aspecto (suficiencia de centros de salud), puede observarse que para la localidad de Kennedy el Hospital del Sur cuenta con 15 centros de atención (3 UBAs, 11 UPAs y 1 CAMI), siendo este el Hospital público con mayor número de centros disponibles del Distrito; sumando las dos localidades de su influencia en Kennedy y Puente Aranda; sin embargo al cruzar las necesidades identificadas en las poblaciones (no solo en número sino en tipos de problemáticas) con esta capacidad instalada, la oferta pública de primer nivel se vuelve insuficiente, lo que ha generado dificultades relacionadas con la calidad de la atención, así como con la oportunidad en la asignación de citas. Así mismo, si se observa la ubicación de los centros de atención del Hospital del Sur en el territorio (ver mapa anterior), se encuentra que hay una relativa buena distribución, pero la misma se ve afectada por la pequeña capacidad de servicios con que cuenta cada uno de los centros de atención. Dicha insuficiencia podría solventarse si la localidad de Kennedy contara con una buena capacidad de respuesta del sector privado (IPS privadas); sin embargo, al analizar la distribución de las IPS tanto en la ciudad como en la localidad, se encuentra que en la ciudad se concentran en las localidades de Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, y a nivel local se concentran en la UPZ Kennedy Central, por su desarrollo urbanístico (vías de acceso, cercanía a centros de comercio), dejando zonas marginales como Patio Bonito, Corabastos y Britalia con insuficiente respuesta sectorial, limitando la posibilidad de que las poblaciones más alejadas (y por tanto más necesitadas) puedan acceder a los servicios de salud.

Con respecto a la accesibilidad, las principales barreras encontradas por los usuarios del Hospital del Sur ESE se relacionan con el funcionamiento mismo del sistema de salud, tales como la imposibilidad o inoportunidad de acceder a citas con especialistas, dificultades de acceso a los servicios por inconsistencias en las bases de datos, falta de claridad en los servicios incluidos en el

POS, incapacidad de pago, entre otros; siguen en orden de importancia las barreras relacionadas con calidad en la atención (deshumanización, inoportunidad) y barreras geográficas relacionadas con la dificultad (lejanía) para llegar a los centros de salud.

Tabla 13 Motivos de barreras de Acceso Hospital del Sur E.S.E. 2009

MOTIVOS DE BARRERAS DE ACCESO HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	TOTAL	%
No oportunidad en citas especialistas II, III y IV nivel (servicios).	603	21,60%
Atención deshumanizada por parte de servidores, y manejo inadecuado de responsabilidades frente a servicios para la ciudadanía.	421	15,10%
Dificultad acceso a servicios por inconsistencias en Bases de Datos. Comprobador de derechos	340	12,20%
Dificultades para prestación servicios POS, POS-S, NO POS-S	273	9,80%
Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario.	275	9,80%
Inadecuada o no clara orientación sobre derechos, deberes y trámites inadecuados por no recursos administrativos y logísticos.	232	8,30%
Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad	224	8,00%
No oportunidad atención de urgencias.	115	4,10%
No oportunidad suministro medicamentos.	109	3,90%
Dificultad acceso servicios por inadecuada referencia-contrarreferencia y Ambulancias.	56	2,00%
No capacidad para pago de servicios, medicamentos ó apoyo Dx.	35	1,30%
No oportunidad autorización servicios otros Entes Territoriales.	27	1,00%
Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios ó servicios de alto costo o no efectividad a tutelas, etc.	25	0,90%
Dificultad acceso servicios por padre en R. Contributivo con quien no tienen contacto.	23	0,80%
Cobros indebidos	17	0,60%
Dificultades acceso servicios en Red No Adscrita contratada.	18	0,60%
Dificultades acceso a servicios por creencias usuario de orden cultural, religiosa.	2	0,10%
TOTAL	2795	100,00%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dir. Participación Social y Servicio al Ciudadano SDS. Base de Datos Reportes del Sistema Distrital de Información Sobre Barreras de Acceso (SIDBA-SQS). / Hospital del Sur ESE Of. de Atención al Usuario y Participación Social - SIDBA, SQS -. 2009.

Con respecto a la aceptabilidad del servicio, se encuentra que a pesar de que las normas y políticas públicas – tanto nacionales como distritales - buscan proteger y garantizar de manera diferencial la prestación de servicios a diferentes grupos poblacionales (especiales) como desplazados, indígenas, habitantes de calle, entre otros, las actividades incluidas en los planes de beneficios (POS Subsidiado o para poblaciones especiales) aún presentan barreras culturales y actividades que conllevan a la no aceptación de los servicios, disminuyendo la posibilidad de que las necesidades de estas poblaciones se resuelvan, al menos en lo que a provisión de servicios de salud se refiere.

Con respecto a la utilización de los servicios, se analizan principalmente las poblaciones a las que por su situación particular se les ha definido políticas prioritarias – diferenciales - en la atención tales como gestantes, personas en situación de discapacidad, mayores de 60 años, niños y niñas menores de 5 años, afro descendientes, entre otros, por ser estas poblaciones las que más demandan servicios de salud. En este sentido, es importante señalar que la frecuencia de uso global para los servicios del Hospital del Sur es de 0,996 año (0,083 mes), lo que significa que en promedio una persona escasamente accede solo una vez al año a los servicios de salud, siendo las frecuencias más altas las de las personas mayores de 60 años, seguida de las mujeres gestantes. Las causas por las que se presenta esta situación pueden relacionarse con las dificultades de acceso a los servicios por la inoportunidad en la atención (la fecha en que se pide la cita y la fecha en que se asigna la consulta es muy larga y la población ya no asiste por que resolvió su problema con gasto de bolsillo o simplemente dejó que su problema se resolviera solo), o por barreras económicas, o porque la percepción de la posibilidad de que el sistema de salud - por la vía de la prestación del servicio - le resuelva su problema es muy baja, a lo cual la comunidad prefiere no usar el servicio; finalmente, hay deficiencias en la calidad de la atención, lo que conlleva a que la población no vuelva a usar los servicios.

Tabla 14 Consolidado Por Tipos De Barreras De Acceso, De Los Motivos De Barreras De Acceso, Identificados A Través Del SIDBA Y SQS. Año 2009

TIPO DE BARRERA DE ACCESO	TOTAL SIDBA	TOTAL SQS	TOTAL GENERAL	%
			AÑO 2009	
Administrativa	560	1113	1673	69%
Geográfica	274	1	275	11%
Economica	32	20	52	2%
Cultural	28	392	420	17%
TOTAL	894	1526	2420	100%

Fuente: Sistema Distrital de Información Sobre Barreras de Acceso (Salud) SIDBA Oficina Atención al Usuario Hospital del Sur E.S.E. 2009

Finalmente, con respecto a los servicios de salud que presta el Hospital del Sur, se observa que para el año 2009 con una población potencial a atender de 298.897 habitantes, se presentó una cobertura efectiva del 57,47% ya que accedieron a los servicios 164.722 personas, en los 15 centros de atención con que cuenta el Hospital del Sur en Kennedy.

Tabla 15 Cantidad de Usuarios Atendidos por centro de atención del Hospital del Sur E.S.E. en Kennedy 2009

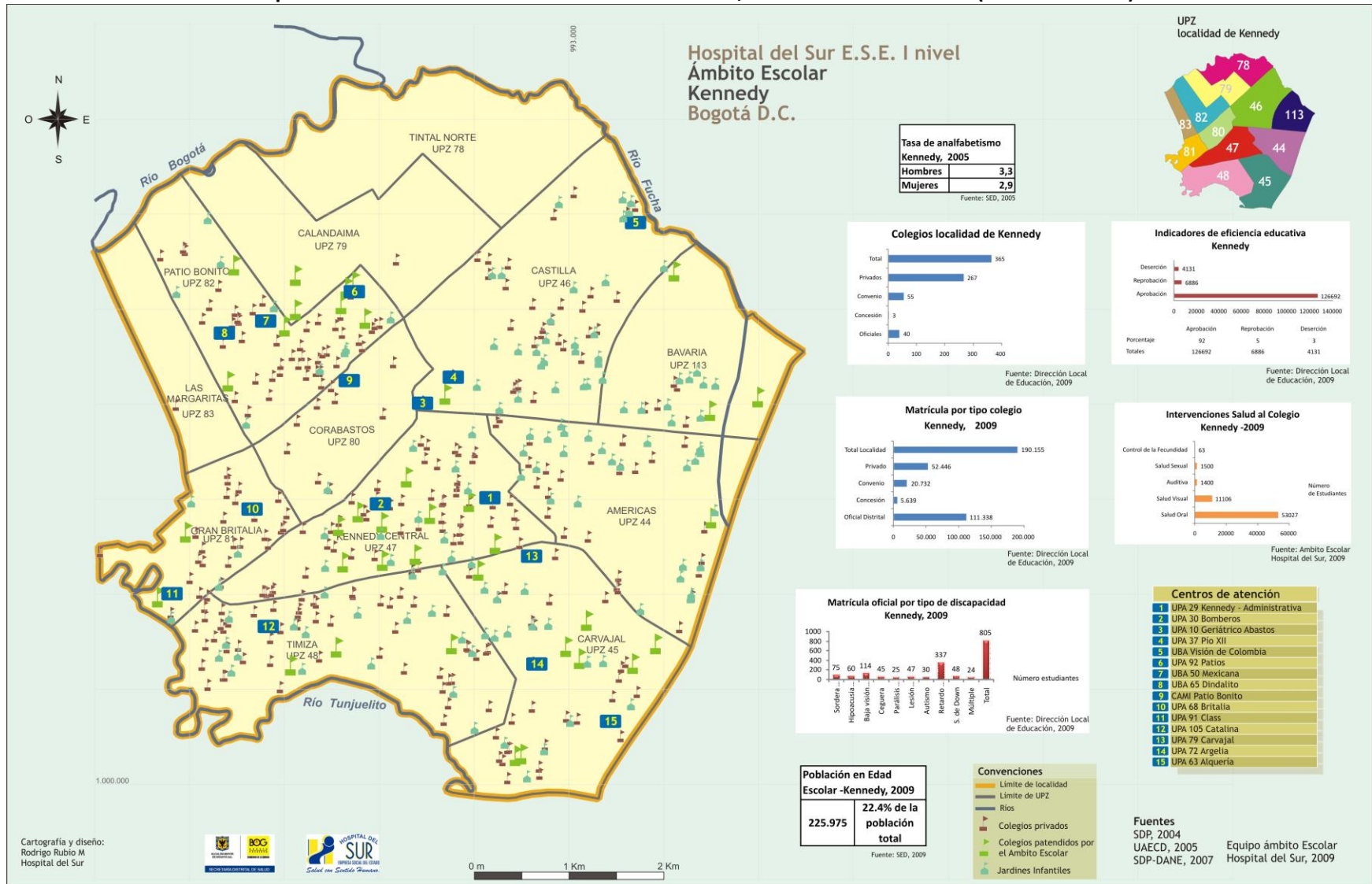
CENTRO	CANTIDAD USUARIOS ATENDIDOS 2009	COBERTURA EFECTIVA
UPA Alquileria	9.405	57.47%
UPA Argelia	8.602	
UPA Bomberos	16.439	
UPA Britalia	12.371	
UPA Carvajal	10.018	
UPA Catalina	12.030	
UPA Class	10.159	
UBA Dindalito	8.878	
UPA Abastos	16.285	
UPA Kennedy	14.597	
UBA Mexicana	10.579	
CAMI Patio Bonito	12.824	
UPA Patios	13.386	
UPA Pio XII	5.916	
UBA Visión de Colombia	3.233	
TOTAL GENERAL	164.722	

Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Reporte Decreto 2193 a Secretaría Distrital de Salud, dirección de Desarrollo de Servicios, año 2009.

2.2.3 Condiciones de Acceso Servicios de Educación

La educación escolarizada promueve de manera tan intensa los procesos de crianza, aprendizaje y educación desescolarizada. Los procesos de educación escolarizada basada en los rígidos límites disciplinares puestos en escena mediante asignaturas que corresponden a esas disciplinas, donde poco o nada dialogan entre ellas, reducen o eliminan la posibilidad de construir conocimientos integrales y pertinentes para la comprensión de la vida y el desarrollo de habilidades concretas para la supervivencia y desenvolvimiento en nuestra sociedad depredadora. Los procesos de educación y aprendizaje que se estimulan o acompañan de manera desescolarizada permiten, si se quiere de esa manera, realizar búsquedas de conocimientos caracterizados por poco o inexistentes límites disciplinares, las situaciones, experiencias, problemas, asuntos sobre los que se trabaja, exigen múltiples tipos de conocimientos de manera simultánea o como se insiste en algunos ámbitos, se promueve o se necesita de miradas o abordajes transdisciplinares.

Mapa 8. Ubicación de Servicios en Educación, Condiciones de Acceso (Ámbito Escolar)



Fuente: Hospital del Sur. 2010

El 22,64% de la población proyectada para el año 2009 para la localidad de Kennedy, está dentro del rango de 5 a 17 años que se clasifica como población escolar (225.975 habitantes). La población en edad escolar de la localidad cuenta con 28 Colegios Oficiales Distritales, 5 en Concesión, y 41 en convenio, que en conjunto suman una oferta de 143.927 cupos según el sistema de matrícula, de la Secretaria de Educación. 34

Sin embargo y a pesar de los esfuerzos de la administración Distrital en generar el crecimiento en la oferta de cupos a la población de la ciudad, esta tiende a ser insuficiente. Esto se evidencia en la localidad de Kennedy donde la oferta a pesar de ser considerable es sobrepasada por la demanda que asciende a 150.429 cupos (La demanda está compuesta por los promocionados, más los inscritos que solicitaron en ese colegio como primera opción, más los no inscritos que fueron asignados a ese colegio) dejando un déficit de 6.502 cupos que no se satisfacen.³⁵

Sin embargo no todos los que solicitan cupo se matriculan, y no todos los cupos de los colegios se copan y así lo demuestran las cifras de la matrícula oficial en la que para el año 2009 se consolidó en 137.709 matriculados en los colegios distritales, colegios en concesión y en los colegios privados en convenio (Teniendo en cuenta que la oferta de cupos en el 2009 fue de 143.92). De estos niños y jóvenes matriculados 74.665 no están clasificados dentro de la encuesta del SISBEN mientras que 62.944 la mayoría están clasificados como nivel 1, 2, y 3, lo que es coherente con la estratificación de los estudiantes de Kennedy que es su mayoría son estrato 2 (60.404).³⁶

En los últimos años el crecimiento de la oferta educativa oficial para atender la demanda, en términos de creación de nuevos cupos, se ha dado mediante la construcción de nuevos colegios, ampliación y mejora de los colegios distritales, optimización de la capacidad instalada en colegios distritales, arrendamientos, convenios con colegios privados a través de subsidios a la demanda y colegios distritales en concesión.

En la localidad de Kennedy la mayoría de los colegios oficiales están concentrados en la UPZ 47 denominada Kennedy central, como se observa en el mapa No. 6. Sin embargo en sectores como la UPZ patio bonito existe una demanda significativa que corresponde a 33.228 personas con edades comprendidas entre 5 a 14 años. Es importante anotar que la capacidad de cupos puesta en el sector es insuficiente, además en este sector se suma también la población de las UPZ Calandaima y Tintal norte que han sido construidas sin un equipamiento de servicios sociales adecuado para la cantidad de población que se ubica en este sector.

34 Secretaria Distrital de Educación. Caracterización Sector Educativo 2009 – Localidad de Kennedy

35 Ibid

36 Ibid

El sector educativo en la localidad presenta una tasa de deserción en promedio de 4,07 para los colegio oficiales distritales durante el año 2009³⁷. Lo que podría deberse a la distancia que tiene recorrer alguno de los niños y jóvenes para llegar a la institución educativa a donde tienen que llegar, la falta de recursos y la necesidad de los jóvenes de aportar económicamente para el sustento familiar.

Uno de los programas bandera de la administración que acompaña a los escolares es Salud Al colegio, que en la localidad durante el año 2009 intervino a cerca de 70.397 jóvenes y niños de los diferentes colegios que dan entrada a los funcionarios del Hospital del Sur E.S.E. en sus dos jornadas. En salud oral se atendieron 53.027 estudiantes, en salud visual a 11.106 estudiantes, en salud auditiva a 1.400 estudiantes, en salud sexual y reproductiva a 1.500, estudiantes, 700 padres y 100 docentes. Sin embargo esta cobertura es limitada y no llega al 100% de los colegios Distritales de la localidad restringiendo sus posibilidades de impacto.³⁸

2.2.4 Transporte y Movilidad

El desarrollo urbano que ha tenido la capital ha mejorado el sentir de la población frente al crecimiento en cuanto a calidad, respeto, cultura ciudadana, seguridad, entre otros, ya que las obras físicas que se desarrollan tanto a nivel distrital y local son lo que los habitantes ven rápidamente y les genera éste tipo de sentimientos.

El Programa de Mejoramiento Integral de Barrios tiene tres componentes: el físico, el social y el de fortalecimiento institucional. El IDU coordina con la Caja de la Vivienda Popular el componente físico el cual tiene como objetivo la definición de unos Corredores de Movilidad Local (CML) que permitan la conectividad y movilidad de las UPZ con los sectores vecinos y posteriormente, con el resto de la ciudad como veremos en las fotos a continuación.

De igual forma la localidad de Kennedy es una localidad que cuenta con importantes rutas de acceso que integran a la ciudad con la localidad y la región, su infraestructura vial equivale a 1.634 Km. carril vía³⁹, por lo que ocupa el primer puesto entre las localidades de Bogotá, seguida en extensión por Suba y Engativá. Los proyectos de infraestructura urbana, como se menciono anteriormente, son los que tienen un impacto directo sobre la productividad como: la inversión pública en infraestructura y el espacio público. Para contextualizar éste dato veremos el inventario de la malla vial más importante de la localidad.

37 Ibid

38 Hospital del Sur. Informe de Gestión Ámbito Escolar.2009

39 Cámara de Comercio de Bogotá, Perfil Económico y Empresarial de Kennedy, 2007.

- Avenida 68
- Avenida Boyacá, Que por el oriente de la localidad la comunican con el norte y el sur de la ciudad.
- Avenida Ciudad de Cali, que desde el occidente de la localidad la comunica, de igual forma con la zona Nor-occidental de la ciudad y a su vez con el sur de la misma.
- Avenida de las Américas, históricamente el camino más antiguo e importante de Bogotá, que atraviesa la localidad de oriente a occidente y la comunica con el centro de Bogotá.
- Avenida 86 que de oriente a occidente comunica la localidad y la ciudad con el centro de acopio de alimentos más importante, CORABASTOS.
- Avenida primero de mayo que atraviesa de oriente a occidente el sur de la capital y la localidad, y la cual es la arteria que comunica a Bogotá con la Autopista Sur y ésta a su vez con el centro, sur y sur – occidente del país (eje Buenaventura – puerto Carreño)
- Autopista Sur que como ya se menciona, hace parte del eje Buenaventura – Puerto Carreño que comunican la ciudad – región.
- Otras vías importantes son: la Avenida Ciudad de Villavicencio, Avenida el Tintal, entre otras.

Adicionalmente la localidad cuenta con los beneficios del sistema TRANSMILENIO, ya que cuenta con dos vías que pertenecen a la red: Av. De las Américas y la NQS, en el extremo sur de la localidad, y además dispone de rutas alimentadoras que comunican algunos sectores de la localidad con los portales de Américas y Banderas, sin embargo no todos los barrios de la localidad pueden acceder a éste servicio.

La localidad también forma parte del sistema de ciclorrutas en las siguientes vías: Avenida ciudad de Cali, Avenida Ciudad de Villavicencio, desde la Av. ciudad de Cali hasta la carrera 81^a; Av. primero de Mayo desde la Cra. 79C hasta la calle 40 sur (Hospital de Kennedy Tercer nivel) y la Av. Villavicencio en sus dos costados, desde la Av. Primero de mayo (Tv. 78 h) hasta el límite con Bosa, en el río Tunjuelito. En Kennedy se construyeron las alamedas sobre los senderos peatonales de los humedales (El burro y La vaca), la Alquería, alameda longitudinal de Bosa – Kennedy – Fontibón y la alameda de la calle 40 sur.⁴⁰

40 Ibid.

2.2.5 Acceso a Escenarios Culturales Por UPZ

La localidad de Kennedy no cuenta⁴¹ con Casa de la Cultura, pero existen seis (6) centros culturales, que se pueden catalogar en dos grupos: De un lado se encuentran el Centro de Promoción y Cultura –CPC, Fundación Cultural Tea Tropical y Asociación Cultural Teatrama, ubicados en los barrios de Britalia, El Socorro y Villa María, respectivamente. Estas organizaciones prestan servicios culturales permanentes de formación a través de talleres en teatro, danza, música y artes plásticas, con recursos propios o del FDLK. Es de destacar que estos centros tienen una gran trayectoria cultural (superior a 10 años), cuentan con personería jurídica y sede propia, situación que favorece el desarrollo de las actividades culturales y les permite ser un referente para la comunidad, los usuarios de sus servicios y las demás organizaciones. De otro lado se encuentran dos bibliotecas representativas en la localidad.

Por una parte, la Biblioteca Pública El Tintal, ubicada en la Av. Ciudad de Cali con Av. Américas, y de otra parte, la Biblioteca Colsubsidio Ciudad Roma, ubicada en la Av. Primero de Mayo con Av. Agoberto Mejía. Estos dos centros culturales ofrecen servicios permanentes de formación literaria en sus diversas modalidades, cineforos (talleres de formación familiar, juvenil e infantil), formación en lectoescritura, acceso a servicios de Internet, consulta de material bibliográfico y de bases de datos por computador. Igualmente promueven la presentación de actividades artísticas como música, títeres, danza contemporánea, teatro y narración oral.

La Biblioteca El Tintal cuenta con la infraestructura necesaria para adelantar la circulación y formación de productos culturales y dispone de dos (2) modalidades de fomento a las organizaciones culturales locales: Por una parte, a las organizaciones culturales no consolidadas las apoya brindándoles el espacio para realizar las presentaciones, el transporte y los refrigerios para los participantes, y por otra parte, a las organizaciones culturales con trayectoria les brinda adicionalmente un reconocimiento económico por su labor artística y cultural. Ésta biblioteca hace parte de la Red de Bibliotecas Públicas del Distrito, facilitándole la difusión de los servicios que brinda a la comunidad. Ambas bibliotecas esperan desarrollar, en un futuro cercano, vínculos institucionales con la Alcaldía Local de Kennedy para adelantar acciones culturales conjuntas. Los beneficiarios de los servicios que prestan éstos centros culturales son la población en general, y en especial niños y jóvenes que habitan en las proximidades de estos centros. 42

Los equipamientos destinados al encuentro y la cohesión social están dedicados a apoyar la organización social y la expresión colectiva general a escala barrial o de grupos específicos de población. Los tipos de equipamientos son: centros cívicos, casas juveniles y salones comunales. Estos equipamientos son una infraestructura de gran valor para el desarrollo de las actividades

41 Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte. Localidad de Kennedy Ficha Básica. 2009.

42 Ibid

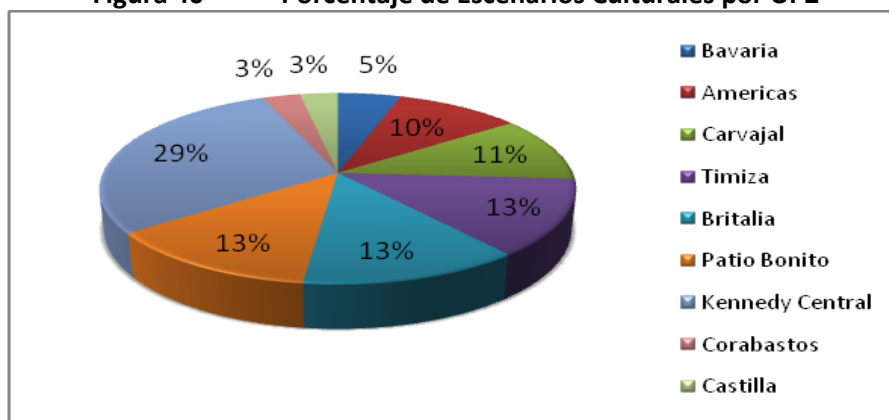
centradas en promover la unión comunal y en las que tienen como objetivo la coordinación y preparación de eventos culturales y artísticos a escala barrial.

La localidad cuenta con 91 salones comunales, que en su mayoría no prestan un servicio gratuito a la comunidad, pues para utilizarlos hay que pagar un alquiler. Estos salones podrían ser utilizados para atender a los niños, para sesiones de conciliación en la comunidad y organización de eventos culturales.

Las UPZ Timiza y Carvajal concentran la mayor cantidad de salones comunales, seguidas por Gran Britalia y Patio Bonito. Algunas UPZ como Calandaima, Tintal Norte y Las Margaritas no cuentan con ningún equipamiento de este tipo Según el Plan Maestro de Equipamientos Culturales⁴³, en la localidad de Kennedy, se desarrolla un Nodo de integración urbana articulado a las Centralidades de Corabastos y de Américas, en las que se realizarán proyectos culturales especiales.

Sin embargo, en el abanico de proyectos candidatizados por las propias localidades, inventariados en el Plan Maestro, no aparece inscrito ninguno de la Localidad de Kennedy

Figura 40 Porcentaje de Escenarios Culturales por UPZ



Fuente: Secretaría Distrital De Cultura, Recreación y Deportes. Localidad de Kennedy Ficha Básica. 2009.

43 Ibid

2.2.5.1 Escenarios para Recreación y deportes

Parques metropolitanos⁴⁴

- Parque Metropolitano Timiza-Villa del Río. Ubicado en la TV 72 CL 42 Sur (UPZ Timiza), con una extensión de 600.000 m². Cuenta con pista de patinaje, pista de atletismo; estadio de fútbol; canchas de baloncesto, microfútbol y tenis; arenera, barras, columpio, pasamanos, rodadero, unidades infantiles mixtas, carrusel, unidades de gimnasio al aire libre; bancas, monumento, cuerpo de agua (lago 1.535 m²), zonas verdes y arborización, parqueaderos; alameda y cicloruta perimetral.
- Estadio Metropolitano de Techo. 14.000 m². DG. 3 N° 71B 41. Estadio de fútbol, graderías capacidad 15.000 personas; cancha de fútbol en césped; un cuerpo de agua, dos salitas de conferencias.

Parques urbanos

- Parque Urbano Cayetano Cañizares. Es un parque metropolitano, con una extensión de 115 m², está ubicado en la AV Agoberto Mejía N° 40-55 Sur. Coliseo cubierto con cancha múltiple, capacidad 4.500 personas; pistas para hockey, patinaje artístico, de bicicross; canchas de fútbol, baloncesto, voleibol, microfútbol; columpios, tronquitos y animales en cemento, juego infantil modular; bancas, arborización y zonas verdes para recreación pasiva; parqueaderos, cerramiento; programación permanente en recreación para adulto mayor, escuelas deportivas en fútbol, baloncesto, patinaje, Taekwondo. Además, espacios para talleres y sala múltiple.
- Parque Urbano Biblioteca El Tintal: 27.719 m². Av. Ciudad de Cali CL 6ª. Amplias zonas verdes; bahía con bancas; arborización incipiente; amplios senderos peatonales, plazoleta adoquinada. Previsto más como área de recreación pasiva y de paso hacia la Biblioteca.⁴⁵

Parques zonales

- Parque Deportivo Castilla: 15.407 m². KR 75 N° 8 A 50. Coliseo cubierto de cancha múltiple, pista de patinaje; canchas de baloncesto, voleibol, microfútbol, minifútbol, minibaloncesto; columpio, unidad infantil mixta, barras; bancas, zonas verdes y arborización para recreación pasiva. Paradero para libros. Programas de aeróbicos para todas las poblaciones, escuelas de fútbol, escuela de patinaje, escuela de taekwondo.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid

- Parque La Amistad: 15.786 m². TV 79 CII 41 Sur. Pista de patinaje; canchas de baloncesto y microfútbol; columpios, unidad infantil mixta; bancas, zonas verdes y arborización para recreación pasiva.
- Parque Patio Bonito: 6.495 m². CL 34 Bis N° 88 D 12. Salón múltiple, cerrado, para 200 personas; piscinas para niños y adultos; canchas de baloncesto, microfútbol y múltiple; unidad infantil mixta; biblioteca PPP, bancas, zonas verdes pequeñas y arborización para recreación pasiva; programas de escuela de natación, recreación infantil y grupos de adultos mayores.⁴⁶
- Parque La Igualdad: 70.311 m². KR 68B Bis CL 2. Canchas de microfútbol y múltiple; columpio, unidad infantil mixta; zonas verdes.
- Parque Bellavista Dindalito: 24.074 m². CL 42A KR 95 Sur. 3 pistas de patinaje con rampas y pista de trote alrededor del parque; canchas de fútbol, baloncesto, microfútbol y minifútbol; dos unidades infantiles mixtas, modular multifuerza; plazoletas, bancas, zona verde y arborización para recreación pasiva. Programas recreativos escolar y juvenil.⁴⁷

Además de los anteriores, Kennedy cuenta con parques vecinales y barriales (denominados de bolsillo). En el siguiente cuadro, figura la cantidad, extensión de los parques y metro cuadrado de parque según UPZ de Kennedy. La UPZ Las Margaritas clasificada como predominantemente dotacional y debido a su reducida población, presenta el mayor indicador con 45,6 m²/hab., le sigue la UPZ Bavaria que registra 6,2 m²/hab., la UPZ Américas que figura con 5,6 m²/hab., la UPZ Timiza que presenta 4,7 m²/hab., la UPZ Castilla que registra 3,5 m²/hab. y Gran Britalia que presenta 3,4 m²/hab. Las demás UPZ Conociendo la localidad de Kennedy presentan indicadores inferiores a 2,9 m² por habitante, que son considerablemente inferiores al promedio de la localidad y el Distrito. Es importante resaltar que la UPZ Tintal Norte presenta un indicador muy bajo con 0,2 m²/hab.

46 Ibid

47 Ibid

Tabla 16 Kennedy. Número y área de parques, población urbana y metros cuadrados de parque por habitante según UPZ. 2009.

UPZ	PARQUES		POBLACION URBANA 2009	M ² DE PARQUE Y ZONA VERDE POR HABITANTE
	Cantidad	Area m ²		
Américas	65	473.250	84.584	5.6
Carvajal	63	271.169	96.337	2.8
Castilla	64	435.926	125.411	3.5
Kennedy Central	92	205.015	96.282	2.1
Timiza	96	692.413	147.298	4.7
Tintal Norte	1	6.258	29.348	0.2
Calandaima	14	124.199	68.328	1.8
Corabastos	11	92.950	69.277	1.3
Gran Britalia	36	239.675	70.904	3.4
Patio Bonito	51	196.173	174.145	1.1
Margaritas	5	674.403	14.786	45.6
Bavaria	14	130.707	20993	6.2

Fuente: Instituto Distrital de Recreación y Deportes - IDRD, 2008 DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2006 – 2015 Cálculos: SIEE - DICE

2.2.5.2 Condiciones de Seguridad alimentaria

En materia de nutrición y hambre, la meta mundial propone reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas que sufren hambre y desnutrición. La meta de Colombia fijada por el

CONPES 91 consiste en reducir de 10% a 3% los niños y niñas menores de 5 años que presentan desnutrición global. Para 1999 en Bogotá el 10,8% de los menores de 5 años experimentan un peso inferior al normal para su edad, y en la localidad de Kennedy 10,3%. A 2009 esto variaría a 9,0% en el distrito y 8,7 en la localidad de Kennedy.

2.2.5.2.1 Disponibilidad

La localidad de Kennedy cuenta con una disponibilidad de alimentos adecuada y suficiente para la población local, situación potenciada en especial por la presencia de CORABASTOS y otros expendios como supermercados, hipermercados, tiendas de barrio, unidades productivas informales, entre otros; condición que no se constituye en un determinante directo de la situación alimentaria y nutricional.

Las principales vías de acceso a la localidad de Kennedy, a través de las cuales se facilita el suministro y distribución de alimentos, son: Av. Ciudad de Cali, Av. de las Américas, Av. 68., Av. Boyacá, Av. 1 de Mayo, Av. Villavicencio, Autopista Sur La localidad Kennedy es una zona privilegiada en cuanto abastecimiento de alimentos se refiere, pues cuenta con la Corporación de Abastos de Bogotá, S.A., Central de Abastecimiento de Alimentos, CORABASTOS. La central comprende un área total de 420.000 metros cuadrados, está situada en la Avenida Agoberto Mejía o avenida Carrera 80 N° 2-51. Consta de 57 bodegas para venta y almacenaje de los productos alimenticios; Red de fríos para conservación y almacenaje de frutas; tres cámaras de congelación y tres de refrigeración, un túnel de congelación rápida y un edificio de administración, amplia área de circulación vehicular y peatonal, parqueaderos y plazoletas, zona de bancos con 16 entidades bancarias, oficinas comerciales, centro médico y odontológico, un colegio, dos estaciones de servicio, concesionario de vehículos y diagnosticentros, restaurantes y cafeterías, comidas rápidas, oficinas de correo y encomiendas, notaría, zona de ferreterías y venta de insumos que apoyan las actividades comerciales⁴⁸.

Corabastos abre sus puertas de 10:00 p.m. a 5:00 p.m. del día siguiente; solo cierra 5 horas diarias, presentado un gran movimiento durante todo el día. Entre las 10 de la noche y las 4 de la mañana, se cumple la etapa de Abastecimiento de la Central recibiendo cerca de 11.2200 toneladas diarias de alimentos y de 4 de la mañana a 5 de la tarde, la de Desabastecimiento.

Diagonal a Corabastos, por la vía Patio Bonito, en la Cra 86 N° 24 – 05 sur, se encuentra la Plaza de las Flores con el Terminal Pesquero; es una plaza relativamente pequeña, está techada y cuenta con locales pequeños en los que se encuentran todo tipo de productos. En esta plaza no hay vendedores ambulantes. En el sector de Bomberos, se encuentra la Plaza de la Macarena, en la

⁴⁸ Informe Vigilancia en Salud Pública, Área Medio Ambiente. Línea Seguridad alimentaria y nutricional 2009

cual se abastecen los habitantes de los barrios aledaños. La Localidad también cuenta con una amplia red de supermercados de cadena, como son:

- Éxito: Av Américas N° 68ª – 94
- Éxito: Cra. 78B N° 35 – 48 Sur
- Cafam (2): Cra. 75C N° 35 – 28 Sur y en la Cra. 78K N° 37ª - 53 Sur, Cafam en el centro comercial Tintal Plaza. UPZ 79 Ubicado al lado de la Biblioteca El Tintal.
- Olímpica (2): SAO Plaza las Américas y en la Cra. 74 N° 38 – 10 Sur
- Colsubsidio (2): Cra. 80 N° 53 – 20 Sur Y Av 1 Mayo N° 79 – 37 sur
- Minimercado Colsubsidio: Cra. 78K N° 37A – 11 Sur
- Carulla Vivero, S.A.: Cra. 80 N° 35B – 00 Sur y Carulla Castilla

2.2.5.2.2 Acceso

En el componente de acceso a los alimentos uno de los factores que determinan dicha condición, es la falta de recursos económicos, derivada de las condiciones de desempleo, subempleo y desplazamiento. Adicionalmente el alto número de integrantes por hogar conlleva a que la distribución intrafamiliar de los alimentos no cumpla con los parámetros de número y tamaño adecuado de la porción alimentaria requerida por persona, esto unido a la percepción de la comunidad sobre el alto costo de los alimentos proteicos y de las frutas, dificulta que las familias obtengan un adecuado acceso a los alimentos.

2.2.5.2.3 Consumo

El componente de consumo en la localidad de Kennedy se encuentra determinado por la capacidad de acceso a los alimentos que tiene la población. Algunos sectores de la población median el acceso a los alimentos a través de programas de apoyo alimentario como comedores comunitarios, refrigerios, bonos alimentarios y mercados entre otros, los cuales son balanceados que en muchos casos se convierten en la única opción de consumo de la familia. Algunas familias limitan el consumo a la adquisición de alimentos clasificados como saldos, que encuentran en plazas de mercado o supermercados dados su bajo costo, caracterizándose sus patrones de consumo por alimentos altos en carbohidratos y bajos en proteínas, pocas frutas y verduras, siendo este último un comportamiento característico de la población del Distrito.

De otra parte la comunidad percibe que el desconocimiento de hábitos saludables y adecuada manipulación de alimentos condiciona de manera negativa el consumo de los mismos⁴⁹.

49 Hospital del Sur - Proyecto de Agricultura Urbana. Sistematización trabajo con Grupos de formación de agricultores urbanos, 2010.

2.2.5.2.4 Aprovechamiento biológico

El componente de aprovechamiento biológico está determinado por el estado de salud del individuo, condiciones ambientales como contaminación por residuos industriales, presencia de vectores y roedores que se convierten en factores de riesgo para enfermedades infecciosas especialmente en población infantil, lo que se evidencia en los motivos de consulta ya que son las enfermedades más frecuentes en menores de cinco años. Al mismo tiempo la contaminación altera las propiedades de los alimentos que se consumen, y el riego y las diferentes técnicas utilizadas para el desarrollo de cultivos rentables disminuyen la calidad de los alimentos.

De igual manera otro de los factores que incide en el aprovechamiento biológico de los alimentos es la baja cobertura que tiene el Hospital en la vigilancia medioambiental y la intervención y revisión de los establecimientos que se dedican a la preparación y venta de alimentos en la localidad.

Al interior de las familias se evidencia como factores que limitan el aprovechamiento de los alimentos la falta de buenas prácticas de higiene, elementos para la conservación y manipulación adecuada de los alimentos. El aprovechamiento biológico se puede observar bajo algunos indicadores que se describen a continuación:

Bajo Peso para la Talla

La localidad de Kennedy muestra un descenso importante en el porcentaje de déficit de peso para la talla en menores de 7 años notificados al SISVAN, es importante destacar que la notificación al Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional es el único dato con el que se puede realizar una aproximación del estado nutricional de menores y gestantes, ya que cubre el seguimiento en algunas IPS privadas y todas las IPS públicas de las localidades a través de las consultas de crecimiento y desarrollo, medicina, control prenatal, y otras relacionadas con la atención en el primer nivel de atención.

Hacia el 2006 en la localidad de Kennedy se notificaron 10.100 menores de 7 años, 300 menos que en el año 2005. Se presentó una prevalencia de peso bajo para la talla de 4,7%, 1,3 puntos menos que el año 2005. En las UPZ donde se observó mayor prevalencia de peso bajo para la talla son las UPZ 82, 81 y 45. La prevalencia de desnutrición aguda general de Kennedy (4,7%), las UPZ que se encontraron por encima del promedio fueron la 46, 45 y 81. Respecto al grupo etario, las edades donde mayor prevalencia a desnutrición aguda se encontró fue en el grupo de 1 año (7,6%), seguido de los menores de 1 año (5%) En esta localidad la prevalencia de desnutrición aguda se presentó en mayor porcentaje en los menores que pertenecen al régimen Vinculado y Subsidiado⁵⁰.

⁵⁰ Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional – Localidad de Kennedy. 2008-2012.

En el 2009 en la localidad de Kennedy se notificaron 27.927 menores de 7 años, 17.827 más que en el año 2006 y 2.756 más que en el año 2008 esto probablemente se deba al fortalecimiento continuo de la vigilancia nutricional y alimentaria que se hace en el hospital. La prevalencia de desnutrición aguda general de la localidad de Kennedy fue de 7,5% alcanzando una disminución del 0,6% respecto al año 2008.

En las UPZ donde se observó mayor prevalencia de peso bajo para la talla fueron las UPZ 113 Bavaria (8,2%), seguida de la UPZ 47 Kennedy Central (5,0%) y la UPZ 44 Américas (4,3%). Respecto al grupo etario, las edades donde mayor prevalencia a desnutrición aguda se encontró fue en el grupo de 1 a 4 años (4,4%), seguido de los menores de 1 año (3,3%).

Baja talla para la Edad

El indicador de baja talla para la edad al ser evaluado en la ENSIN 2005 mostró que el 12% de los niños menores de cinco años presentaron baja talla para la edad en Colombia, distribuyéndose en 10% en moderada y 2% severa, es más prevalente en niños entre 1 y 2 años de edad, en familias grandes con 6 y más hijos, entre niños con un intervalo al nacimiento menor de 12 meses y aquellos cuyas madres son jóvenes entre 15 y 24 años.

En la localidad de Kennedy a partir del año 2002 se observa un descenso en la prevalencia la cuál pasó del 15,15% a 10,4% en el año 2006, así mismo el porcentaje de normalidad en menores notificados al SISVAN mostró tendencia a aumentar.

La prevalencia en el año 2009 fue de 9,6%. Las UPZ con mayor prevalencia de baja talla para la edad fueron la UPZ 78 Tintal Norte 33,3%, seguida de la UPZ 80 Corabastos (11,1%) y la UPZ 82 Patio Bonito (10,5%)⁵¹.

Bajo Peso para la Edad

La prevalencia en el año 2009 fue de 7,1%. El mayor número de casos notificados por UPZ fue en Patio Bonito con 533 casos notificados de bajo peso para la edad, seguida de la UPZ 44 Américas (355 casos) y la UPZ Timiza con 268 casos notificados. El mayor porcentaje se presentó en los niños y niñas entre 1 y 4 años (9,6%), seguido de los de 5 a 10 años (5,7%) y lo menores de 1 años con el 3,7%.

Bajo peso en gestantes

Según la ENSIN 2005 en bajo peso en gestantes tuvo una prevalencia a nivel nacional de 20,7%, a nivel distrital de 33,1% y en la localidad de Kennedy según datos recolectados por el SISVAN la

51 Hospital del Sur. Base de Datos SISVAN 2009

prevalencia fue del 34,3% dato superior al presentado en la nación y el distrito durante el año 2005.

En el año 2009 en la localidad de Kennedy se recibió notificación de 12.668 gestantes, 866 menos que en el año 2008. La prevalencia de bajo peso gestacional en el año 2009 fue de 26,9% y la prevalencia de sobrepeso fue de 16,9%. El grupo de edad donde se presenta en mayor porcentaje la prevalencia de bajo peso gestacional es en el grupo de menores de 15 años con un 46,4%; en segundo lugar, se encuentra el grupo de gestantes de 15 a 19 años con un 44,9%. El grupo de edad donde mayor prevalencia a sobrepeso se observa es en el de mayores de 35 años con un 47,4. Del total de gestantes que se notificaron al SISVAN al 87,8% de les suministró micro nutrientes.

3. ANALISIS DESDE EL ENFOQUE DE TERRITORIO

En el contexto del Distrito Capital la Gestión Social Integral (GSI) hace referencia a la voluntad de adelantar procesos de desconcentración y descentralización, que contribuyan a la efectividad de la gestión de la “política social” y la construcción social de los territorios de las localidades en Bogotá. Es resolver la cuestión de cómo promover mayor presencia local desde la institucionalidad que por definición, es la operadora de las políticas públicas y representa la concreción de la relación Sociedad - Estado en la cotidianidad de las comunidades.

Se requiere, en pos de la efectividad, que la gestión de la política social (su diseño, formalización, implementación y evaluación) asuma un enfoque poblacional y territorial que contribuya a impulsar el desarrollo local. Es así como la GSI se asume como herramienta para la ejecución efectiva de la política social y pone el acento en concebir diversos operadores de dichas políticas, pretende que más que realizar “intervenciones”, se realicen acciones conjuntas que “interactúen” en un espacio social, en el territorio. Obviamente esto implica un enfoque poblacional evolutivo, cuyo sentido es la promoción de la calidad de vida.

El territorio es entendido como un espacio social producto de las relaciones entre la sociedad y la naturaleza, comprende dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales y ambientales que interactúan y son interdependientes, es decir, es un espacio social históricamente construido por la dinámica de la reproducción social.

En el marco de la propuesta de operativizar acciones en el contexto territorial, el Hospital del Sur, promueve el desarrollo de un “Modelo de Gestión Social de la Salud” que parte de reconocer y adoptar las bondades de los enfoques sociales que vienen orientando el accionar a nivel distrital, en éste se plantean la importancia de profundizar el abordaje de las necesidades desde un enfoque territorial. Para ello y después de múltiples discusiones se llega a la conclusión que el elemento común para definir un territorio es el contexto de UPZ, que aunque su definición la plantea como Unidades de Planeación Zonal, la concepción que tiene a nivel local para la comunidad, en la mayoría de los casos si es el de territorio social como sucede con las UPZs Patio Bonito, Calandaima y Carvajal entre otras. Adicionalmente a esto se suma que ésta se convierte en la unidad mínima de información que manejan las diversas instituciones a nivel local y permite el desarrollo de un lenguaje común.

De otro lado, con el liderazgo puesto en la Secretaria de Integración Social de apalancar la estrategia de Gestión Social Integral, se da la conformación de nueve territorios de la GSI, en los que prima y se mantiene el abordaje de UPZ; se define como prioridad el trabajo en la UPZ Corabastos, que no resulta ser otra cosa que el pilotaje de la gestión transectorial y comunitaria.

El liderazgo de este territorio lo mantiene un equipo conformado por profesionales del Instituto de Participación y Acción Comunal (IDPAC), la Secretaria de Integración Social (SLIS), la Fundación

Social y el Hospital del Sur, quienes como resultado obtienen la construcción de planes barriales y la Agenda Social y Comunitaria de la UPZ. Es necesario resaltar el compromiso y laboriosidad del IDPAC pues fue en gran medida quien logro direccionar el proceso y motivar el ejercicio territorial.

Posteriormente y ligado al cambio directivo en la de dirección en la Secretaria de Integración Social, a finales del 2009 se replantea el trabajo territorial y se definen 7 nuevos territorios que se agrupan manteniendo el ordenador de UPZ; lo anterior a fin de fortalecer y validar el proceso que se ha venido adelantando en algunas de ellas y minimizando esfuerzos en aquellas que por características comunes fueron integradas. Lo territorios definidos fueron:

- Territorio No.1: UPZ 78 Tintal Norte, 79 Calandaima y 83 Margaritas.
- Territorio No.2: UPZ: 82 Patio Bonito,
- Territorio No.3: UPZ: 81 Gran Britalia
- Territorio No.4: UPZ: 80 Corabastos
- Territorio No.5: UPZ: 46 Castilla y 113 Bavaria,
- Territorio No.6: UPZ: 44 Américas y 45 Carvajal
- Territorio No.7: UPZ: 47 Kennedy Central y 48 Timiza.

Aunque este ejercicio de territorialización de nota el interés y liderazgo de la Secretaria de Integración Social, esta situación se convierte en una debilidad, pues parten de desconocer los avances que por territorios se tiene frente al tema de lectura de necesidades, lo que hace que el proceso se estanque en esta discusión, mientras que la dinámica comunitaria avanza con el apalancamiento de actores como la Secretaria de Salud, el Hospital del Sur y La Fundación Social especialmente.

A esta tensión se suma otra mayor que radica en la imposibilidad de generar acuerdos con la autoridad local, quien desconoce los avances y alcances del proceso territorial y muestra bajo interés frente al tema de la Gestión Social Integral, generando resistencia por parte de otros actores institucionales que no le ven futuro al tema y consideran que no es de importancia.

A pesar de todas estas dificultades a la propuesta de consolidación de a los siete territorios definidos continúa, y al proceso se integran actores como Instituto de Recreación y Deporte (IDR), la Secretaria de Cultura, la Secretaria de Movilidad, quienes promueven el ejercicio en algunas UPZ específicas pues no cuentan con un equipo de profesionales que desarrollen el proceso.

3.1 METODOLOGIA DE TRABAJO

En el marco del plan desarrollo del Hospital y bajo los ordenadores de gestión definidos como territorio, población y núcleos problematizadores, se avanza en la consolidación de una propuesta metodológica que permitiera la consolidación de un diagnóstico local no solo en salud sino como avance de la dinámica social y comunitaria que se vive en la localidad, afianzando procesos de planeación participativa y toma de decisiones, propias del sector y de otros sectores a través de la

consolidación de la estrategia de Gestión Social Integral. Para ello a continuación describimos los procesos centrales de esta propuesta:

3.1.1 Ordenadores conceptuales del proceso de análisis

Los ordenadores conceptuales del proceso de análisis hacen referencia a las categorías que sirven de referencia para realizar los procesos de abordaje de la realidad, procurando una aproximación sistémica y comprensiva.

En el proceso de análisis se definen cuatro categorías ordenadoras, en su orden:

- **Territorio:** es el espacio social producido por las relaciones sociales y las relaciones entre sociedad y naturaleza.
- **Población:** se hace referencia a un conjunto de personas que habitan o residen en un territorio geográfico específico, esta condición poblacional está determinada por características como el número de personas que la integran, su composición según variables biológicas, sociales y culturales, y por el asentamiento geográfico en el que se encuentren.
- **Ejes de problematización:** corresponden a un conjunto de temáticas que traducen intereses de la política de salud, en los cuales se pretenden generar transformaciones positivas que mejoren la calidad de vida de las poblaciones; en dichas temáticas convergen tanto campos disciplinares de actuación en salud así como elementos identificados como grandes determinantes de la calidad de vida y salud de la población en este momento de desarrollo histórico de nuestras sociedades.
- **Elementos que transversalizan el enfoque de equidad:** hacen referencia a dos enfoques propios de los desarrollos contemporáneos en las ciencias sociales que le apuestan al desarrollo de sociedades equitativas e incluyentes

3.1.2 Etapas Del Proceso Metodológico Para El Desarrollo Del Diagnóstico En El Hospital Del Sur (Problematización)

El hospital del Sur para el diseño del diagnóstico ha previsto un análisis de situación teniendo en cuenta la lectura integral de necesidades y la metodología de planeación estratégica que permite definir una ruta en el proceso de la construcción del diagnóstico de salud en los territorios sociales teniendo en cuenta los procesos de orden general (sociedad y reproducción del modo de producción dominante) con los de la dimensión de lo particular (clases y grupos constitutivos con sus formas de reproducción social) y con la esfera de lo singular.

Bajo este concepto se compartirán las realidades con la de otros actores que también planifican y juegan un papel importante en el territorio social, lo cual implica que el proceso de construcción

social debe abarcar también el problema de vencer o concertar la resistencia de los otros actores a nuestro plan o proyecto.

3.1.2.1 Análisis de la realidad social

El ejercicio de análisis de la determinación social y construcción del Diagnostico local comienza con un ejercicio colectivo de construcción derivada de las múltiples lecturas de necesidades realizadas que describen la problematización de los territorios vista desde la mirada de las diferentes líneas de intervención propuestas dentro del plan de intervenciones colectivas, estos documentos además de poseer un análisis inicial realizado por los ámbitos de vida cotidiana contiene impresa la visión de la comunidad que surge desde cada uno de los encuentros con as comunidades.

La información secundaria que complementa el ejercicio y apoya la contextualización realizada desde o cuantitativo, se refiere a la información por UPZ de los subsistemas de información de SISVAN, SISVAN Escolar, SIVIGILA, Estadísticas Vitales, Discapacidad y SASC, las cuales permiten afianzar de forma cuantitativa en la identificación de problemas por territorio. Es de anotar que la ausencia de información por UPZ, ha generado dificultades en el análisis de la información por territorio. Aun así los avances que desde el sector se han presentado se centran en la identificación de información por UPZ y el planteamiento de este proceso a las diferentes Instituciones Locales, para avanzar en la consolidación de la misma.

En este sentido, el ejercicio de análisis se construye con lecturas de necesidades desde los ámbitos de vida cotidiana y los resultados de encuentros ciudadanos; mientras que s la consolidación y análisis de la lectura se da por (PDA) Proyectos de Desarrollo de Autonomía, transversalidades, por UPZ y con mirada pobalcional.

3.1.2.2 Análisis de problemas – Problematización –

Una vez consolidadas las narrativas por PDA y TV, se desarrolla un segundo momento en el que se determinaron los núcleos problematizadores por territorio, los cuales no solo definen de forma concreta y precisa los problemas que prevalecen en un territorio, sino que permite la descripción del mismo a la luz de la información con que se cuenta (datos cualitativos y cuantitativos) y que lo diferencian de la generalidad de la UPZ, razón que permite no solo repensar el que hacer del sector, sino de los procesos que a nivel local se generan enfatizando la importancia de avanzar en la definición de apuestas integrales.

Para el desarrollo de este segundo momento se programaron diferentes sesiones con los ámbitos, transversalidades y PDA de los diferentes territorios y haciendo uso de la Planeación Estratégica se orienta la construcción de núcleos problematizadores. Como insumo previo se contó con una serie de problemas que surgieron del desarrollo de un trabajo grupal; con este insumo se diseñó

una matriz por UPZ describiendo la problemática detectada y cruzando con una serie de criterios que permiten la focalización de las problemáticas por territorio:

- Valor político del problema para el actor que planea y para los otros actores; para la población en general y para la población afectada por el problema o necesidad:
- Tiempo de maduración de los resultados, para evaluar cuándo puedo obtener los resultados esperados y qué puedo hacer en el corto, mediano y largo plazo.
- Recursos exigidos para el enfrentamiento del problema en relación con los recursos de quien planea
- Gobernabilidad sobre el problema
- Respuesta de los actores con gobernabilidad
- Costo de postergación de la solución
- Exigencia de innovación o continuidad
- Qué pasa si el actor no hace nada con el problema

El Flujograma Situacional: Una vez terminado el análisis situacional (análisis de actores, análisis de realidad social y análisis – selección de problemas), se construyó un flujograma situacional lo que nos permitió establecer las causas profundas de las cuales surgieron los núcleos problematizadores por UPZ y así mismo establecer las líneas gruesas que permiten establecer la respuesta que debe construirse para el problema identificado.

Los síntomas del problema (marcador): Un problema se evidencia por su marcador (indicador), es decir por los hechos verificables que lo manifiestan como tal en relación al actor que lo declara. En este sentido, lo primero que se realizó fue describir el problema, enumerando los hechos precisos que verifican su existencia. En este aspecto aún se tiene dificultades con la consecución de bases de datos lo que ha sido un obstáculo para el análisis cuantitativo por UPZ de los diferentes indicadores que permitan fortalecer la evidencia de los problemas encontrados en el territorio.

Factores determinantes – Causas -: Explicar un problema es construir un modelo cualitativo de su formación y tendencias, para lo cual debemos identificar las causas o factores que determinan un problema social; estas causas o factores determinantes pueden clasificarse:

Según la naturaleza de los factores determinantes: **Reglas:** Normas formales o de hecho que los actores aplican en el juego social (realidad social) o que otros han determinado y que afectan la realidad y ayudan a construir el problema. **Acumulaciones:** Capacidades o incapacidades que caracterizan a los actores en el juego social. Se relacionan con las costumbres, arraigos y capacidades (o incapacidades) que los actores tienen y que empeoran el problema. **Flujos:** Movimientos, jugadas o acciones (causas inmediatas).

Según el dominio o grado de control que tiene el actor sobre los factores determinantes: Dominio General – fuera del juego: determinantes estructurales (Situación socioeconómica, Situación geopolítica, Situación demográfica, Historia). Dominio particular – fuera de control: relación

entre lo individual - familiar y sus condiciones de producción y consumo no estructurales (consumo básico, consumo ampliado, condiciones de trabajo, entorno ambiental, condiciones grupales o familiares) y Dominio individual – bajo control: fenómenos singulares relacionados con bienestar, salud, discapacidad, etnia, etc.

Una vez identificados los factores determinantes del problema analizado, deben localizarse en un plano situacional concreto: Flujo, acumulación o regla; y en un espacio de gobernabilidad: Control total, fuera de control y fuera de juego.

3.1.2.3 Esquema de causalidad de un problema

Así mismo, deben ubicarse en el esquema anterior los marcadores identificados, así como las consecuencias/efectos que resulten de la profundización del problema.

Mapa relacional: Para completar el flujograma situacional, se identificaron las relaciones entre los factores determinantes, para establecer las relaciones de causalidad y determinar si son en una sola vía o doble vía. Este ejercicio se realizó con cada y para cada factor determinante.

Identificación de Causas Profundas: La relación de causalidad nos lleva a identificar las causas profundas o nudos críticos. Teniendo en cuenta que la utilidad principal del flujograma situacional consiste en facilitar la respuesta a la pregunta ¿cómo y dónde debemos actuar para transformar el indicador relacionado con el problema y ese cambio sea suficiente para alcanzar los objetivos que perseguimos?, la respuesta es hay que cambiar los nudos críticos del problema.

Son nudos críticos o causas profundas las que cumplen con las siguientes condiciones:

- Tienen alto impacto sobre el marcador o marcadores del problema.
- Son un centro práctico de acción, es decir alguno de los jugadores debe poder actuar práctica, efectiva y directamente sobre la causa, sin necesidad de verse obligado a actuar sobre las causas de la causa.
- Son un centro oportuno de acción política durante el periodo del plan, lo cual implica una evaluación previa de su viabilidad política y de la relación beneficios – costos políticos.

3.1.3 De los nudos críticos a los núcleos problematizadores:

Sobre la base de la identificación de los nudos críticos o causas profundas se construyen como se enunció anteriormente los núcleos problemáticos y a partir de ellos se genera la construcción de la

respuesta procurando la mejora del Marcador o indicador y en últimas mejorar las condiciones de calidad de vida de los individuos que sufren los efectos y consecuencias del problema.

En este sentido, para el análisis se definen los núcleos problematizadores como “Forma de representar la sociedad, representar el grupo poblacional, su exposición, su daño y su efecto social. Pretende entender la causalidad, entender la distribución del problema y su inequidad. Significa construir una narrativa de la realidad representando la complejidad de los problemas, identificando sus causas y determinantes, haciendo el ejercicio de pensar la realidad.”

El representar la complejidad permite ubicarse en la realidad para intervenir en sus determinantes/ exposiciones/ daños/ consecuencias sociales del daño y de esta manera ser consecuente con el compromiso ético de articulación de acciones alrededor del esfuerzo colectivo y transectorial, que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida del individuo y de la equidad entre las colectividades, para así disminuir las brechas de injusticia social” .

3.1.4 Análisis de situación: Estructura – Coyuntura

A pesar de que el flujograma situacional ayudó a identificar los factores determinantes de un problema, fue importante evaluar el grado de dificultad para su solución y construcción de respuesta, para ello se trabajó con un esquema de causalidad cuyos resultados nos sirven de insumo para la construcción de la respuesta de acuerdo a los actores y sectores que intervienen en la misma -sectorial, transectorial o social, y cuál es el grado de incidencia que tenemos desde el nivel en el que se ubican las instituciones locales y los actores sociales.

3.1.5 Unidades de Análisis por etapa de ciclo vital

Con el fin de complementar el ejercicio de análisis realizado hasta el momento involucrando más profundamente la mirada de las Etapas de Ciclo vital y hacer más evidente la afectación de las problemáticas encontradas en el territorio a cada etapa de ciclo vital, se realizan unidades de análisis en el marco de los espacios de los comités de UPZ de las localidades de Kennedy y Puente Aranda. Mediante el diligenciamiento de una matriz que permite el reconocimiento de los núcleos problematizadores por cada uno de los participantes de los comités de UPZ además de evidenciar nuevas facetas de la afectación de dichas problemáticas por etapa de ciclo vital. El diligenciamiento de la matriz se realiza en grupos y al final se realiza la socialización y discusión de la misma.

Desde esta perspectiva la dinámica parte de la identificación de necesidades por territorio, es decir por UPZ, que integra las lecturas de necesidades realizadas por PDA y transversalidades y los análisis de problemas de los encuentros ciudadanos, los cuales se priorizaron, a través de la metodología de “Planeación estratégica situacional”.

Posterior a este ejercicio se trabajo en el levantamiento de información cuantitativa y cualitativa que sustentara técnicamente los problemas priorizados, no obstante fueron diversas las limitaciones presentadas, pues las bases de datos que involucran estos núcleos no se encuentran dispuestas por territorio y su abordaje es mas de índole local que territorial. Lo cualitativo aunque sustenta el ejercicio presentado no da cuenta en su totalidad de los intereses de las comunidades, pues no se puede decir que la información recolectada sea representativa y su parcialización esta dada por la misma limitación que los lineamientos que desde nivel central se han dado.

Otro elemento a destacar en este proceso es la riqueza que se quiere implementar en el mimos, al tratar de vincular y poner en juego elementos como texto, grafica y fotografías, que aunque no son visibles en este documento, si lo son en una diagramación que la SDS financio para tal fin.

3.2 MIRADA DESDE EL TERRITORIO

3.2.1 Territorio Gestión Social Integral No. 1 UPZ Calandaima, Tintal y Margaritas

El territorio está conformado por las UPZ Calandaima, Tintal y Margaritas, se caracteriza por ser un territorio con un reciente y constante crecimiento poblacional en el occidente de la localidad, situación que se asocia a la necesidad urgente de las familias por tener vivienda, mediada por las pocas ofertas asequibles que existen en la ciudad y con mínimas condiciones de habitabilidad, esto, sumado al actual enfoque de desarrollo urbano que se basa en la mercantilización del derecho bajo la lógica de rentabilidad económica. Situación que se refleja en la idea de construir horizontalmente en pequeños espacios y sin equipamientos sociales.

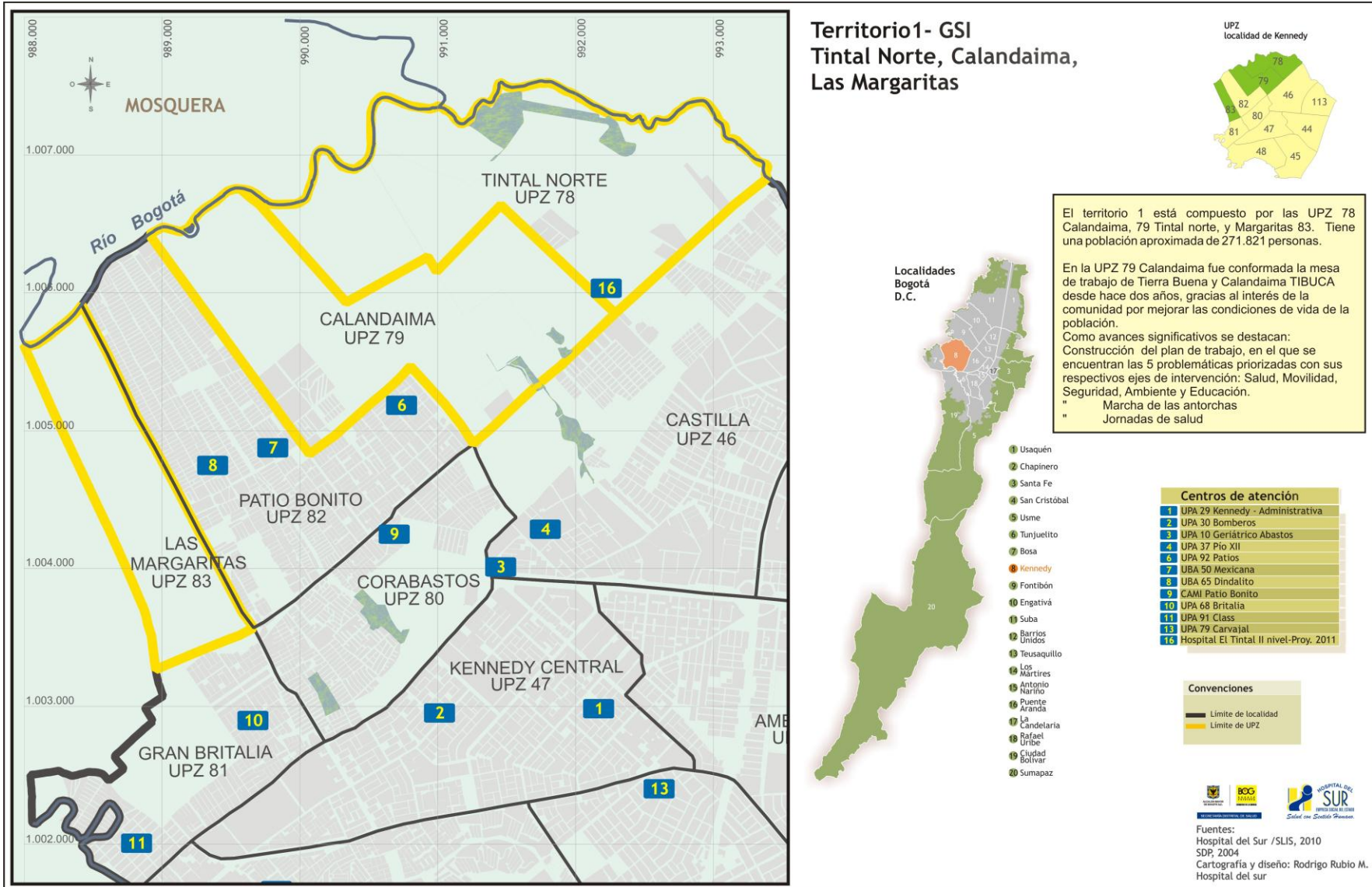
Si bien es cierto lo anterior evidencia similitudes en el territorio, no es fácil definir en éste, limites y área geográfica, pues aunque Calandaima Limita con Tintal, estas dos están separadas de Margaritas por el territorio de Patio Bonito, que se ha convertido en el proveedor de servicios sociales. Sus habitantes en promedio hacen a 112.432 personas, según proyección del Censo DANE 2009, no obstante la realidad demuestra otra cosa diferente, pues diariamente se entrega una serie de viviendas que hacen pensar que la población va en aumento aceleradamente.

Otro aspecto relevante, es que esta población que ha llegado a estos territorios en los últimos tres años, comparten el interés común por la búsqueda de vivienda barata, sin embargo se han encontrado con problemáticas en torno a la movilidad, el ambiente y la seguridad, entre otras, sin contar las relacionadas con la falta de equipamientos y ofertas institucionales.

De este territorio se destaca el proceso que los líderes y lideresas de la UPZ Calandaima han adelantado a través de la conformación de una Mesa de Trabajo que les ha permitido avanzar en la identificación y gestión de respuestas a los problemas que los aquejan. TIBUCA, como así la llaman, ha realizado durante dos años un trabajo de fortalecimiento de la organización social y de cabildeo institucional, situación que les ha permitido convertirse en un territorio visible a nivel local y posicionarse en espacios locales y en el proceso de la Gestión Social Integral (GSI)

En las otras dos UPZ que conforman el territorio se ha hecho necesario la implementación de procesos de organización social que den sustento al trabajo de Gestión Social Integral, la dificultad que se evidencia es que a pesar de compartir intereses comunes, la comunidad genera distanciamientos por características propias de estratificación y de ubicación de sus viviendas, lo que debería conllevar a un análisis profundo de su pertinencia como territorio social de la Gestión Social Integral (GSI).

Mapa 9. Territorios GSI No. 1 Calandaima, Tintal y Margaritas – 2010



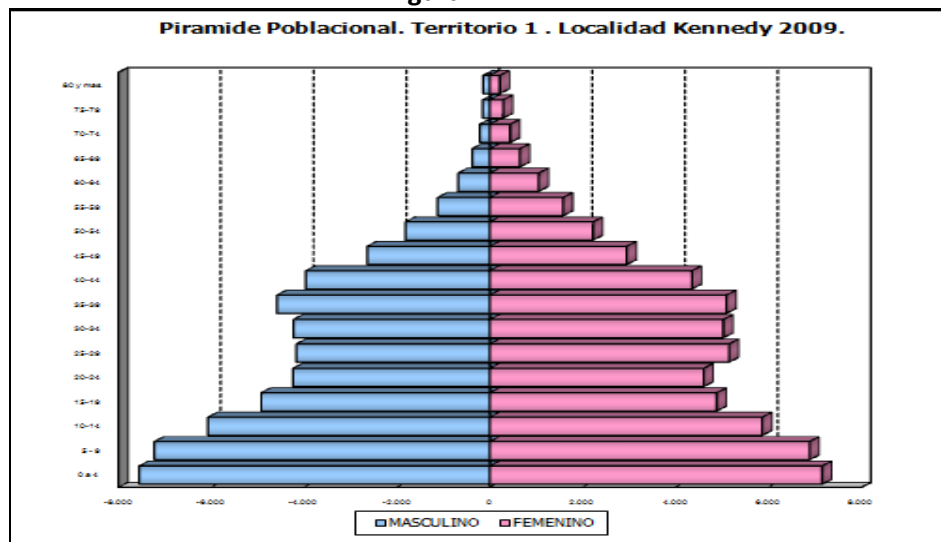
Fuente: Hospital del Sur. 2010.

Como ya se mencionó anteriormente no se puede definir un límite definitivo del territorio por la separación que tienen entre sí, como lo evidencia el mapa No. 7, sin embargo podemos decir que las UPZ Calandaima y Tintal limitan al norte con el río Bogotá, el futuro canal Américas y la futura avenida Manuel Cepeda; al oriente con el límite del perímetro del suelo urbano, la avenida Ciudad de Cali y la UPZ Patio Bonito; al sur con la futura avenida Manuel Cepeda Vargas, la avenida Tintal, y al occidente con la futura avenida de los Muiscas (calle 38 sur). Para el caso de la UPZ Margaritas sus límites son: al norte con el río Bogotá; al oriente con la futura avenida Ciudad de Villavicencio (calle 43 sur); al sur con la avenida Ciudad de Cali, y al occidente con el límite administrativo entre las localidades Bosa y Kennedy (calle 48 sur).

3.2.1.1 Pirámide poblacional Territorio GSI No.1

Como elemento importante para el análisis del territorio, se presenta a continuación la pirámide poblacional que sustenta la realidad en términos poblacionales del territorio:

Figura 41 Pirámide poblacional Territorio GSI No.1
Figura 42



Fuente: Proyecciones censo población DANE 2005-2009

La forma de la pirámide marca la distribución por edad y sexo de una población en un momento del tiempo y nos indica el grado de desarrollo del lugar. En el territorio 1 conformado por las UPZ Tintal Norte, Calandaima y Margaritas muestra una pirámide progresiva y cuenta con poblaciones muy jóvenes, por lo que presentan un alto crecimiento.

3.2.1.2 Una mirada desde las etapas del ciclo vital

La población de este territorio es variada por las diversas condiciones sociales que se perciben entre las UPZ que lo conforman, mientras unos habitantes provienen de procesos de reubicación de zonas de alto riesgo de la ciudad, otros son pobladores de clase media que encuentran en UPZ como Tintal y Margaritas zonas habitacionales al alcance de sus posibilidades económicas. Lo anterior devela como los primeros deben enfrentarse a diferentes mecanismos que les permita lograr su adaptabilidad y subsistencia en un territorio desconocido, mientras que los segundos encuentran en su territorio la materialización de una de sus metas como la de obtener vivienda propia.

Este contexto delimita una marcada diferencia entre los problemáticas que aquejan a la población del territorio de forma general y singular, sin embargo como problemas generales y que afectan de forma directa a todas las etapas de ciclo vital, se hacen evidentes los asociados a la contaminación ambiental y la movilidad. Del primero podemos decir que el hecho que el territorio se encuentren bordeado por Ríos como el Bogotá y el Fucha, los cuales se ven diariamente expuestos al vertimiento de residuos sólidos y de origen orgánico, metales pesados y material de escombros, se convierten en factores contaminantes que generan en la población problemas respiratorios y de la piel, esto sin contar que también se convierten en un factor de riesgo para la inundación.

De otro lado el problema de movilidad es constante en este territorio, pues la lógica de la planeación no contemplo la asignación de rutas de transporte público, ni la pavimentación de algunas de sus calles, lo que afecta de forma directa a la población adulta pues diariamente se debe someter a extensas caminatas o al pago de valores adicionales de transporte, para llegar a sus lugares de trabajo. No obstante lo mismo sucede con los jóvenes e infantes que por falta de infraestructura escolar deben trasladarse a otras zonas de localidad.

De forma particular podemos mencionar que el territorio cuenta con un promedio de 28.808 niños y niñas⁵² los cuales presentan dificultades para acceder a servicios sociales básicos como la educación, salud y recreación, pues la UPZ no cuenta con equipamientos que les brinden estos beneficios. A nivel educativo, no se cuenta con suficientes jardines y colegios que puedan dar cobertura total a la población, pues solo existen 3 Colegios: Codema, Gabriel Betancourt Mejia y Saludcoop, los cuales cubren solamente el 35% de la población en edad escolar (5 a 14 años) de la zona. Son diversos los factores que inciden en la cobertura deficiente de educación, como es la asignación de cupos a niños, niñas y adolescentes de otras localidades, limitando el acceso a

52 DANE, Secretaría Distrital de Planeación - Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Proyecciones de población 2005 – 2015 según grupos de edad y por sexo por UPZ

quienes viven en el sector; de otro lado las implicaciones económicas derivadas del problema de movilidad hace que los padres tomen la decisión de no enviar a estudiar sus estudiar, aumentad los índices de desescolarización.

No es menor el problema frente a los jardines sociales, pues no se cuenta con ninguno dentro del territorio, lo poco que existe son 17 Hogares de Bienestar Social (HOBIS), que resultan siendo insuficientes para los 14.702 niños y niñas de edades entre 0 y 4 años⁵³ que habitan el territorio. Sin embargo es necesario rescatar la respuesta comunitaria que se ha dado entorno a esta problemática ya que algunas mujeres se han dado a la tarea de conformar jardines en sus casas que aunque no cuentan con los requerimientos técnicos propios de la actividad, si se convierten en la solución al problemas de las familias del territorio.

Los efectos de este problema son notorios en los adolescentes, pues la posibilidad de quedarse sin estudiar hace que ocupen su tiempo en la conformación de parches y pandillas que se dedican a la delincuencia y que los motiva a consumir sustancias psicoactivas, así como les genera ideación suicida, aunque para el año 2008 únicamente se reportaron dos (2) casos , la comunidad en las lecturas de necesidades 2009 reporta que son numerosos los jóvenes que presentan esta conducta. A este tema se suma el problema de la inseguridad, que para el caso del territorio, no afecta exclusivamente a los jóvenes, ya que son ellos quienes se han identificado como productores, atemorizando a los demás habitantes; es de anotar que esta no es una variable común para todas las UPZ ni para la totalidad de los jóvenes del territorio que haciende a un promedio de 30.580 jóvenes, pero se acentúa en Calandaima, donde ya se tiene reconocidas algunas formas de organización que afectan la tranquilidad del sector.

En cuanto a los centros de salud más cercanos al territorio se encuentran en la UPZ Patio Bonito y son la UBA Mexicana y la UPA Patios, esto sin contar que en el sector no se cuentan con prestadores privados y los pocos que hay, hacen parte del mercado de las droguerías de barrio.

Aunque el desempleo es considerado un problema general, los efectos que este tiene en la población adulta, si afectan de forma directa su salud mental, pues para el año 2009 en el territorio se presentaron 409 casos de violencia intrafamiliar de los cuales los más altos fueron los 186 reportados por violencia emocional 86 por violencia física y 63 por descuido . Lo que deja ver como las agresiones físicas y mentales se asocian directamente al desempleo o al rebusque al que se ve sometida la población, específicamente de la UPZ Calandaima, pues de las otras UPZ es poca la información que se tiene y que se argumenta con los datos suministrados por lideres y lideresas del territorio quienes relatan que el problema no es tan latente en estos sectores. Es de mencionar que el afán diario de 48.869 adultos y adultas por contar con ingresos que les permitan satisfacer las necesidades de sus familias y las propias, sumado a la posibilidad de gozar

⁵³ Ibid

con buenas condiciones físicas, los hace olvidarse un poco de su cuidado y hace que no se preocupen de ellos mismos.

De los adultos y adultas mayores se puede decir que es la población de menor número en el territorio, se estima que en promedio existen 4.205 personas en esta etapa de ciclo vital y su principal problema es que no cuentan con alternativas para la ocupación del tiempo libre, esto sin contar que se ven sometidos a diferentes tipos de violencia por los diferentes integrantes de su familia, quienes los excluyen o simplemente les delegan la responsabilidad del cuidado de los niños y niñas de sus casos, así como las labores domésticas, olvidando que ellos también requieren de cuidado y atención especial.

3.2.1.3 Como leemos el territorio

Por ser un territorio reciente, y por lo tanto con pocos procesos comunitarios, sumado a la falta de intervención de las instituciones locales, y a la idea de algunos habitantes que aun se identifican como la UPZ Patio Bonito, es difícil acceder a información completa de las condiciones reales de esta UPZ, pues muchos casos que se presentan en Calandaima son notificados dentro de otras UPZ por el desconocimiento de su población, lo que genera que los indicadores no reflejen situaciones que cotidianamente los mismos habitantes la mencionan.

Por otro lado, si bien es cierto que la UPZ tiene un crecimiento poblacional constante, este, no se ve reflejado en la participación de la población, al contrario han sido UPZ cercanas como Patio Bonito, quienes con sus procesos han incentivado a la movilización social y gestión comunitaria en este sector. Sin embargo en los últimos años se ha logrado avanzar en la visibilización de las problemáticas ante las instituciones locales, logrando varias gestiones pero que aún siguen siendo paliativas frente a problemas estructurales y de equipamiento social, que se agudizan con el aumento de construcciones de vivienda y la falta de espacios para colegios, jardines, comedores, centros de salud, centros de culto entre otros, en relación a lo descrito a continuación:

3.2.1.3.1 Núcleo Problematizador: Déficit de infraestructura y servicios y programas sociales

Las UPZ que comprenden el territorio 1, presentan diversas problemáticas ligadas a la lógica de planeación y desarrollo urbano, que a partir de la construcción de viviendas de interés social e interés prioritario, buscan una gran cobertura de población con reducidas áreas habitacionales y con el mínimo de equipamientos urbanos: colegios, jardines infantiles, centros de culto, centros de salud y programas sociales; éstos convirtiéndose en elementos ausentes en estas zonas, incrementando las problemáticas y el detrimento de la calidad de vida de los que allí habitan.

Estas UPZ, caracterizadas por esta lógica de vivienda de interés social y por un proceso de desarrollo acelerado y analizando el crecimiento poblacional por territorio, se puede observar que entre el 2008 y 2009 el territorio que mayor aporte poblacional hizo fue el territorio 1, con un incremento de 7.958 personas para 2009 y 8.567 para 2010 correspondiente a un 7,6% por año, sin embargo se debe tener en cuenta que el análisis se hace frente a proyecciones censo 2005, ya que no se cuenta con otra información. En relación al territorio 2 se proyecta un incremento de población para el 2009 de 3.813 habitantes y de 3.714 para 2010 con un incremento del 3%⁵⁴

Cuadro 1. Características Urbanísticas de sector

“Calandaima cuenta con aproximadamente 70 conjuntos residenciales, cada uno de estos con un promedio de 300 viviendas; Margaritas con 25 y Tintal Norte con 70 aproximadamente: el precio por vivienda es económico y oscila entre 16 y 40 millones de pesos. Generalmente no superan los 40m2 y la mayoría de los espacios habitacionales cuentan con dos habitaciones” . A diferencia de los barrios auto producidos, esta lógica de urbanización, reduce el espacio habitacional y privilegia el área vertical; significando la concentración de mucha gente en poco espacio y aumentando evidentemente la demanda en la prestación de servicios”

Fuente: Hospital del Sur - Mesa de Trabajo por las problemáticas de Calandaima. 2009

La falta de planeación en este territorio en especial de la UPZ Calandaima, se evidencia en el déficit de infraestructura y en la ausencia de equipamientos sociales necesarios para la cantidad de personas que habitan en el territorio. A nivel educativo, la UPZ Calandaima, solo cuenta con 2 Colegios: Codema y Gabriel Betancourt Mejia, instituciones con 2.815 y 2.475 estudiantes respectivamente, los cuales cubren solamente el 35% de la población en edad escolar (5 a 14 años) de la zona. Es importante mencionar como el colegio Saludcoop, que se encuentra en límites con la UPZ Patio Bonito complejiza aun más la cobertura total de demanda en cupos escolares, pues su cobertura debe estar mediada por el acceso a la población de tres UPZ, (Calandaima, Tintal y Patio Bonito), esto sin contar que la deserción escolar supera el promedio local de 2.51 y la comunidad la atribuye en algunos casos a la falta de recursos económicos de las familias. Para el caso de Tintal y Margaritas cada uno cuenta con una institución educativa que al igual que Calandaima es insuficiente para el total de población.

De la misma manera, la presencia y prestación de servicios de salud, se constituye en una de las carencias más significativas del territorio, pues los puntos de atención de la zona se encuentran a distancias considerables del complejo habitacional, lo que sumado a las barreras propias del aseguramiento y falta de información de trámites, caracterizan la dinámica de estas UPZ como un entorno carente de la garantía del derecho a la salud.

⁵⁴ DANE, Secretaría Distrital de Planeación - Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Proyecciones de población 2005 – 2015 según grupos de edad y por sexo por UPZ

Sin embargo gracias a la gestión de la comunidad, se reconoce como potencialidades la construcción de dos grandes obras en este territorio, la primera la reubicación de la UPA Mexicana, que contará con un centro de rehabilitación para personas en condición de discapacidad y una huerta demostrativa de agricultura urbana que actualmente ya esta funcionando, y por otro lado la construcción del Hospital de II nivel, ubicado en la UPZ Tintal, logros que sin duda mejoraran las condiciones de salud de esta población, ya que el no tener acceso a estos servicios, significa un mayor deterioro en la salud de la población, pues por un lado, se posponen la detección temprana de enfermedades, y por otro, se margina a estas personas de la posibilidad para acceder acciones colectivas de promoción y educación

Cuadro 2. Historia reciente del sector Vs SISBEN

El desarrollo urbanístico de estas UPZ se viene consolidando hace aproximadamente cuatro años; muchos hombres y mujeres de diferentes localidades de la ciudad (San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Usme, Bosa) encontraron en las ofertas de constructoras que allí edificaban sus proyectos, una posibilidad para adquirir una vivienda propia y económica, que los liberara del pago mes a mes de un arriendo. Ahora este sueño, se ha convertido en un problema, pues “El SISBEN” como mecanismo que el Estado ha definido para la clasificación socio-económica de las familias y consecuente distribución de subsidios y participación en programas de índole social; así como la identificación de los más pobres entre los pobres, los excluye, basado en una lógica perversa que pretende naturalizar estados de pobreza...

Ahora bien, el SISBEN nivel 1 y 2 son la única y mediana posibilidad que tienen las personas, en contextos de vulneración social, de tratar de garantizar sus derechos en salud, educación y desarrollo social; dicha encuesta da un alto valor a la estructura urbanística del sector, motivo por el cual muchas de las familias, sin empleo, ni condiciones adecuadas de vida, que venían de sus lugares de procedencia con nivel 1 o 2, están siendo calificados en nivel 3, ahondando aun más las brechas y vulnerando de manera más directa los derechos de la población. Esta situación, no deja más que caracterizar panoramas de pobreza, ocultas detrás una estructura física en aparentes óptimas condiciones.

Fuente: Hospital del Sur - Mesa de Trabajo por las problemáticas de Calandaima. 2009

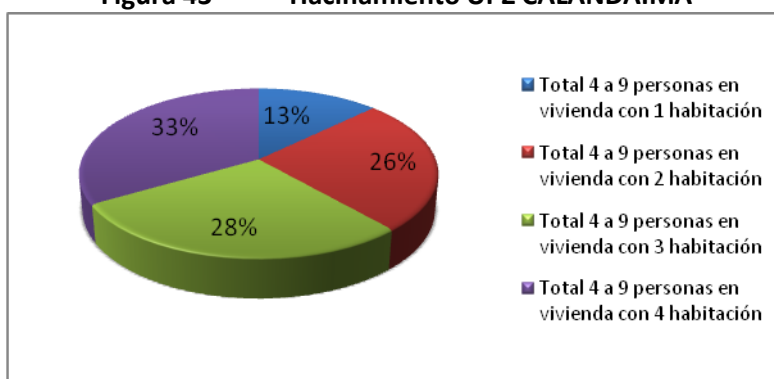
3.2.1.3.2 Núcleo Problematizador: Vivienda y Hacinamiento

El El territorio 1, presenta en su mayoría viviendas de interés social, las cuales poseen un espacio reducido para familias con más de 3 integrantes. Se destaca el hacinamiento como grave problemática, dado que en dichas edificaciones habitan familias numerosas que comparten servicios sanitarios, cocinas, dormitorios, y espacios habitacionales con animales como patos, aves y micos, entre otros. Esta situación, potencia problemas de salud a nivel respiratorio, de

salud sexual y reproductiva, violencia de género y violencia intrafamiliar, caracterizándose como factor de riesgo para la salud.

De manera específica el 2008 la UPZ Calandaima, registraba 16.546 hogares en 18.021 viviendas, dato que puede incluir aquellas viviendas que por la consolidación del sector, aun no han sido entregadas o se encuentran en construcción. Es por eso que al establecer la relación entre el total de la población de la UPZ Calandaima (65.115), y el número de hogares (16.546), permite afirmar que cuatro personas en un espacio reducido pueden calificarse como hacinamiento. Como se ha hecho evidente esta situación se agudiza, pues el tamaño de las viviendas no supera los 42 m², y cuenta con un máximo dos habitaciones. De acuerdo a la caracterización de Salud a su Casa, algunas viviendas albergan a familias compuestas entre cuatro y nueve miembros, es decir, cerca del 80% de la población caracterizada vive en hacinamiento.

Figura 43 Hacinamiento UPZ CALANDAIMA



Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Base de Datos Caracterizaciones, SASC 2009

De otro lado, la mayoría de las viviendas son entregadas en obra gris condición que afecta la salud de la población por cuestiones de humedad, frío y polvo, a pesar que el sector presenta fachadas llamativas y estructuralmente homogéneas, al interior de las viviendas se reproducen problemas de salud y convivencia entre sus ocupantes, situación que se agrava cuando la familia convive con mascotas o animales de corral. Es por eso que es importante mencionar como algunas viviendas no alcanzan ni siquiera a ser unidades básicas habitacionales (caso del barrio Santa Marta), donde se reubicaron familias extensas y numerosas (entre 6 a 10 miembros), por encontrarse en zonas de alto riesgo de la ciudad, en dos habitaciones de 2 x 3 y sin terminar “muchas sin puertas, sin ventanas, sin servicios públicos obviamente, era prácticamente un cuadrado hecho con ladrillos”, pues sus dueños debieron invadirlas aun sin terminar debido al incumplimiento que presentaron durante un año los constructores.

Cuadro 3. Vulneración a los derechos de la población

En el año 2003, varias familias esperanzadas en tener una vivienda nueva, nos encontramos con la constructora Ingeniero Carvajalino Rincón, quien aprovechándose del interés por utilizar

nuestro subsidio de vivienda, prometió sobre un plano, la construcción de la Urbanización Santa Martha, que contaría con 466 casas; el valor de las viviendas oscilaban entre los 16 y 19 millones de pesos. Pasados tres años muchas familias, como la mía, ya habían terminado de pagar el 100% de su casa, pero cuando visitaban el sector se encontraban con tan solo dos bloques para un total de 194 casas, las cuales aun no habían sido entregadas; se rumoraba que era un predio sin legalizar, motivo por el cual muchas familias decidimos “invadir las casas”, asumiendo que no se encontraban terminadas en su totalidad: muchas sin puertas, sin ventanas, sin servicios públicos obviamente, era prácticamente un “cuadrado hecho con ladrillos”, pues contaban con una habitación donde solo cabía una cama, una cocinita, un baño, y una salita, para cuatro o cinco personas que tenía cada familia. Hoy, pasados 7 años la historia continua, pues ni las casas, ni el salón comunal, ni el parqueadero nos los han entregado legalmente, lo único que hemos logrado ha sido por los líderes, que a pesar de esta situación, nos interesamos por el mejoramiento de la calidad de vida de todos los habitantes.

Fuente: Hospital del Sur - Mesa de Trabajo por las problemáticas de Calandaima. 2009

Por ejemplo en el 2008 la UPZ Calandaima, registraba 16.546 hogares en 18.021 viviendas, dato que puede incluir aquellas viviendas que por la consolidación del sector, aun no han sido entregadas o se encuentran en construcción. Es por eso que al establecer la relación entre el total de la población de la UPZ Calandaima (65.115)⁵⁵, y el número de hogares (16.546)⁵⁶, permite afirmar que cuatro personas en un espacio reducido pueden calificarse como hacinamiento. Como se ha hecho evidente esta situación se agudiza, pues el tamaño de las viviendas no supera los 42 m², y cuenta con un máximo dos habitaciones. De acuerdo a la caracterización de Salud a su Casa, algunas viviendas albergan a familias compuestas entre cuatro y nueve miembros, es decir, cerca del 80% de la población caracterizada vive en hacinamiento.

Para concluir, es importante establecer la relación entre las condiciones anteriormente descritas y la afectación en la salud mental de los habitantes de este territorio, así como con el aumento de indicadores en temas de violencias y consumo de psicoactivos ya que se considera que familias en contextos de violencia o hacinamiento, perpetuaran y reproducirán comportamientos y respuestas violentas a situaciones cotidianas.

Cuadro 4. Problemas de Salud mental

El 60% de los problemas mentales se presenta en población joven (trastornos del comportamiento y depresión), seguido del 20% de registros en población adulta, 10% en infancia

55 DANE, Secretaría Distrital de Planeación - Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Proyecciones de población 2005 – 2015 según grupos de edad y por sexo por UPZ

56 Ibid

y 10% en personas mayor.

En relación con el consumo de psicoactivos se registran 9 casos en edades entre 12 y 17 años.

El panorama de violencias registra violencia emocional, seguida de violencia física, negligencia, abandono y por último sexual, especialmente en población adulta de sexo femenino, en edades entre 30 y 45 años; principalmente, población dependiente económicamente que ve afectada su autoestima, autoimagen y auto concepto.

Fuente: Hospital del Sur - Mesa de Trabajo por las problemáticas de Calandaima. 2009

3.2.1.3.3 Núcleo problematizador: Problemáticas e inseguridad relacionada con la movilidad

Las condiciones urbanísticas del sector y las deficientes rutas para la movilidad, sumado a las dificultades que implican habitar un territorio nuevo y desconocido, han incidido, en el aumento de prácticas para la generación de ingresos asociadas a la informalidad: los habitantes del sector optan por conseguir empleos informales que no les implique el desplazamiento a otros lugares, utilizando, en algunos casos, un espacio de su vivienda para uso comercial. Por otro lado, la falta de transporte público ha generado el aumento de la inseguridad, pues los habitantes deben caminar y cruzar potreros abandonados que se han convertido en lugares propicios para la delincuencia y el consumo de SPA, ya que no cuentan con recursos para coger otro transporte adicional.

De acuerdo con las Agendas Ambientales Locales de Bogotá D.C. 2009 de la Universidad Nacional de Colombia (Instituto de Estudios Ambientales-IDEA) y la Secretaria Distrital de Ambiente, las UPZ Las Margaritas, Timiza, Tintal Norte y Calandaima, tienen los mejores índices de m² de zonas verdes por habitante. En especial la UPZ Calandaima cuenta 4,20 m² de parques y zonas verdes por habitante; sin embargo, es paradójico que las personas mencionen que no cuentan con espacios para la recreación, pues éstos han sido utilizados para diferentes actividades, entre los que se destacan el parqueo de automotores, el botadero de basuras y escombros, así como el expendido y consumo de sustancias psicoactivas entre otros. De otra parte, es importante mencionar y hacer la distinción entre un parque y una extensión de zona verde, o tradicionalmente llamada potrero, el primero es un lugar que permite la socialización y el encuentro, mientras que el segundo es un espacio solitario y sin funcionalidad alguna.

En este sentido, la falta de Rutas de transporte público para la zona, genera en los habitantes una preocupación, pues es mayor la exposición a atracos y robos. Ellos y ellas deben caminar por lugares oscuros y cruzar estos potreros abandonados incluso en altas horas de la noche o a la madrugada; los que sumado con la baja presencia de la policía y su respuesta inoportuna, así

como la violencia entre pandillas y el conflicto social entre los residentes, agudizan la problemática.

Concretamente Calandaima cuenta con siete (7) rutas, de las cuales dos (2) llegan hasta la Ciudadela de Tierra Buena y cinco (5) hasta cercanías de Riveras de Occidente, los horarios oscilan entre las 4:30 am a 6:30 pm aproximadamente, el Transmilenio más cercano tiene la parada en el Colegio Cafam, que se encuentra localizado en la UPZ Patio Bonito, obligando a la comunidad de Calandaima realizar un recorrido que implica el desplazamiento de la población por un potrero y el paso del puente del canal de la 38, que como se mencionó, carece de iluminación pública y la inseguridad en este punto es latente.

Ante esta situación, colectivos privados y bicitaxis, han intentado solventar la demanda de movilidad en la zona, aumentando los gastos de quienes allí residen y exponiéndolos a robos y atracos, pues la comunidad refiere que en algunos casos son ellos mismos los que cometen estos hechos. Otro elemento, que es pertinente señalar y que está directamente relacionado con la problemática, es la insuficiente señalización, la no-entrega del espacio público por parte de las constructoras a el Estado, en este caso al IDU y Secretaría de Movilidad, hecho que impide una intervención sistemática sobre el sector.

El problema de las vías de acceso, además, se relaciona directamente con eventuales situaciones que se pueden presentar en el territorio, como la atención oportuna de incendios y/o el ingreso de ambulancias. Lo anterior se evidencia en el sector de la Ciudadela de Tierra Buena, la cual cuenta con diecisiete (17) conjuntos residenciales, con aproximadamente 5.100 apartamentos, con un promedio de 4 habitantes por familia, y con tan solo una vía de acceso de un solo carril.

Cuadro 5. Crónica de Movilidad

Para coger la ruta 265 con destino Chapinero, los habitantes del conjunto residencial el porvenir deben pagar \$800 pesos a los carros particulares para poder llegar al paradero.

Hay aproximadamente 35 carros particulares que prestan el servicio desde el Conjunto Residencial el Porvenir hasta la Avenida Ciudad de Cali por \$1.000, allí deben tomar un bus de transporte público para su destino; el trayecto dura aproximadamente 5 minutos.

No hay servicio de alimentador, el paradero más cercano queda a 15 minutos aproximadamente y para acceder a él, se deben cruzar potreros y puentes con poca iluminación.

Los horarios del transporte público van desde las 4:30 de la mañana hasta las 6:00 pm., tan solo una ruta trabaja hasta las 9:00 pm. Esta situación es aprovechada por los carros particulares, que esperan a los habitantes de la UPZ en la Avenida Ciudad de Cali hasta las 12:00 pm.

Para un habitante que reside en algún conjunto residencial de la Ciudadela de Tierra Buena la visita al médico es un odisea, si su EPS es Famisanar, para cumplir una cita médica en la Avenida 1º de mayo, en promedio deben caminar 5 minutos para coger la ruta 733, ésta los lleva en 30 minutos aproximadamente a la Carrera 86 con Avenida Villavicencio, donde nuevamente deben caminar otros 20 minutos hasta el centro de atención. Los habitantes aseguran que se gastan una hora aproximadamente y expresan “Es tan lejos, que cuando uno llega al médico, ya se le olvida que era lo que le dolía”⁵⁷.

Fuente: Hospital del Sur - Mesa de Trabajo por las problemáticas de Calandaima. 2009

3.2.1.3.4 Núcleo Problemático: Riesgo ambiental por contaminación y zona de riesgo por inundación y estabilidad de los suelos

El indiscriminado arrojado de residuos sólidos y material de escombros en los cuerpos hídricos y terrenos baldíos de la UPZ, así como el crecimiento sin control de hierba y pasto, se traducen en la presencia de roedores, plagas, artrópodos y olores desagradables. Frente a esto, los habitantes del sector y sus alrededores, no evidencian una conciencia ambiental colectiva que se traduzca en acciones de cuidado y respeto por los sistemas naturales y sociales, que junto a la negligencia y falta de presencia institucional, ha significado ausencia de estrategias, para la construcción de respuestas estructurales a la problemática evidenciada. A esto se suma el riesgo de inundación que presenta el sector dado su emplazamiento en cercanías de la rivera del Río Bogotá que configura la dinámica ambiental de este territorio.

⁵⁷ Testimonio de un Habitante de la UPZ Calandaima, líder del conjunto residencial Porvenir 2. Durante una de las sesiones de trabajo de la “Mesa por las problemáticas de Calandaima”. 2010

Especialmente en la UPZ Calandaima por su proceso de desarrollo urbanístico y al estar rodeada por de amplias zonas baldías o popularmente conocidas como potreros, allí, se depositan escombros indiscriminadamente hechos que ayuda a la proliferación de vectores. De otro lado, su cercanía a la rivera del Río Bogotá y su frontera con el Canal de la 38 que recoge aguas lluvias, indica un panorama de riesgo para la población allí habitante.

La Ficha Ambiental de la Localidad de Kennedy (Marzo de 2004) muestra que 125.000 personas, distribuidas en no menos de 45 barrios, se encuentran expuestas a riesgos de inundación por el Río Bogotá y sus afluentes, entre las que se encuentra la UPZ Calandaima, considerada como una zona de riesgo con amenaza alta de inundación. Este tipo de amenaza puede llegar a tener efectos graves tanto físicos (condiciones de vivienda, desplazamientos), como en salud (brotes por enfermedades infecciosas, intoxicación y trastornos mentales); las zonas con este tipo de amenaza tienen la probabilidad de estar inundadas una vez cada diez años durante la vida útil del jarillón, con un porcentaje de probabilidad de ocurrencia mayor al 65%.

Tal y como lo indica la línea de enfermedades compartidas del Hospital del Sur, la principal emergencia que se presenta es el desbordamiento de los ríos (Fucha, Tunjuelito y Bogotá) que rodean la Localidad. De presentarse desbordamientos, los productos específicos serían lodos altamente contaminantes, con cargas bacterianas que afectan el entorno y las viviendas que rodean estas rondas, así como la proliferación de vectores (roedores, anfibios), que al secarse el lodo y permanecer aguas estancadas, se motivara la explosión epidémica de dichos animales. De acuerdo con la línea de emergencias ambientales del Hospital del Sur, se han presentado dos encharcamientos en este territorio a la altura del río Bogotá.

Adicionalmente las Industrias de metalmecánica y alimentos, con especial énfasis el frigorífico San Martín, en la UPZ Tintal, descargan de manera irresponsable aguas sin tratamiento a la cuenca del Río Fucha; esta situación, genera un alto impacto ambiental, pues el vertimiento de residuos de origen orgánico y metales pesados, a través del sistema de alcantarillado, genera olores ofensivos, presencia de roedores, artrópodos y destrucción del ecosistema y sus funciones ecológicas, influyendo de manera directa e indirecta en el estado de salud de la población habitante del sector.

La Secretaria Distrital de Medio Ambiente evidencia que el Frigorífico San Martín es la segunda empresa procesadora de alimentos cárnicos y de embutidos de la ciudad, sacrificando 196.500 animales para el año 2001, lo que significa un 41% del total de beneficios (reses) de Bogotá. Este proceso de transformación, demanda una mayor cuantía de insumos y materias primas y a su vez significa una importante producción de residuos sólidos y líquidos. El vertimiento de aguas residuales originadas por el desarrollo de las operaciones de lavado de materia prima, limpieza de áreas e instalaciones en general, con alto contenido de grasa, sangre, detergentes, fragmentos de carne, piel y huesos, entre otros materiales residuales, contribuye a la degradación y daño

ambiental del cuerpo de agua receptor, lo que se constituye en factor de deterioro de la calidad de vida de los habitantes próximos al Río.

Cuadro 6. EL frigorífico San Martín.

El Frigorífico San Martín es considerado una Planta de Beneficio Animal (no matadero) dotado de instalaciones suficientes para el beneficio de bovinos y porcinos únicamente (no como procesadora de aves), cuenta con locales comerciales donde se expende carne en buenas condiciones higiénico-sanitarias; y una planta de tratamiento de aguas residuales que alcanza a contar con un tratamiento preliminar y primario (información del año 2005).

Estos tratamientos buscan reducir aceites, grasas, y sólidos gruesos, pero no eliminan totalmente sustancias como aceites, grasas, sólidos suspendidos, y todo el contenido biológico de las aguas residuales que genera y vierte el frigorífico en el río Fucha, razón por la cual se considera un problema ambiental grave, pues el sector cárnico genera residuos importantes que si no cuentan con un tratamiento total pueden ocasionar daños en el ambiente (como el caso del río) y daños en salud.

Fuente: Hospital del Sur - Mesa de Trabajo por las problemáticas de Calandaima. 2009

3.2.2 Territorio Gestion Social Integral No. 2 - UPZ Patio Bonito

Como narra los integrantes del Colectivo “Nada Sobre Nosotros sin Nosotros” en su documento Plan estratégico Zonal (PEZ) 2010 – 2020, “el proceso de Gestión del Desarrollo Territorial de Patio Bonito es originado desde el mismo momento en que los primeros habitantes llegaron a la zona por las vecindades de lo que fuera la emisora Mariana, toda vez que Patio Bonito como territorio urbano es una realidad construida, levantada y sostenida por la dinámica de sus habitantes, en procura del progreso y superación de necesidades en la búsqueda del disfrute pleno de los derechos.

De esta dinámica de transformación del territorio son testigos los movimientos populares que realizaron alrededor de las incontables movilizaciones, plantones, visitas masivas comunitarias a entidades públicas y paros cívicos, que de una y otra forma posibilitaron en las primeras décadas de este asentamiento, resolver necesidades básicas de servicios públicos como el acceso al agua, energía eléctrica, vías, educación, salud, entre otros, con la participación de actores y organizaciones tan importantes y representativas de los interés de la comunidad, como las Juntas de Acción Comunal, Comités Cívicos Populares; algunas experiencias educativas alternativas como la Escuela Popular Participativa Nocanchipa, las Mujeres del Río, Familias Solidarias (FASOL), comunidades religiosas y líderes religiosos, que más allá del altar y las oraciones, se encarnaron en la realidad de los pobladores y feligreses, entre otras muchas organizaciones y grupos que tuvieron vigencia y presencia pero que con el tiempo se han transformado o desaparecido para

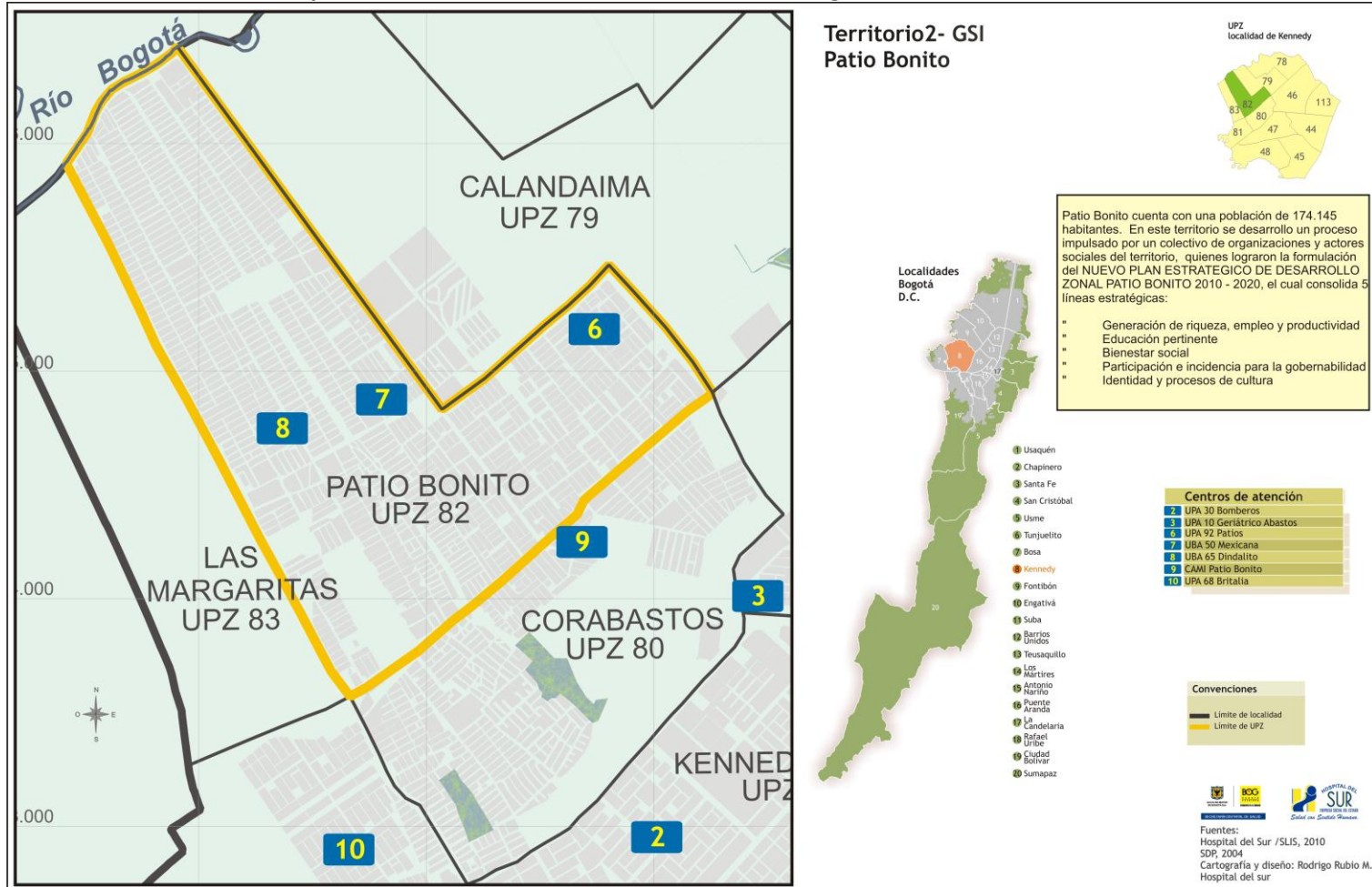
dar lugar y espacio a nuevas expresiones organizativas y de movilización de los habitantes del territorio.

Un poco más recientemente, estos movimientos y movilizaciones organizadas por la gestión del desarrollo del territorio se evidencian en la formulación y gestión del Plan Estratégico Zonal (PEZ) 2002 – 2010 que formularon y lideraron un conjunto de organizaciones comunales y comunitarias, algunas de estas conformaron la Corporación Grupo Enlace Social CORPOGES, El Cabildo Popular de Patio Bonito 2004 liderado por un destacado grupo de dirigentes comunales, El Cabildo Popular de Patio Bonito, Britalia, Calandaima y Corabastos del año 2006, bajo el liderazgo y conducción, principalmente de líderes comunales de estas cuatro UPZ's y proceso en el que Patio Bonito ha tenido una participación significativa; La Mesa de trabajo y desarrollo de las juntas de Acción Comunal de los barrios ubicados entre la Rivera del Río y la Alameda El Porvenir, los movimientos de acción colectiva en torno a objetivos comunes alrededor del desarrollo de Patio Bonito, los procesos que generaron agendas de concertación y acuerdos, con entidades públicas alrededor de acciones, propuestas y proyectos que buscan elevar las condiciones de vida de la población” 58.

Es allí donde se configura el territorio No.2 de la Gestión Social Integral, el cual se configura en el marco del desarrollo social y comunitario de la UPZ Patio Bonito, la cual es entendida para sus habitantes y para las diferentes Instituciones que en ella convergen, como un territorio social que no solo comparte necesidades, sino experiencias de gestión, solidaridad y compromiso. Mas que delimitar un espacio físico y con límites territoriales lo que se expresa es un espacio de pujanza y construcción colectiva.

58 Colectivo Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros”. Documento Preliminar PEZ 2010 -2020. Octubre de 2010. Pág.12.

Mapa 10. Territorio No.2 Gestion Social Integral - UPZ 82 Patio Bonito



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

Los relatos realizados por habitantes de Patio Bonito cuentan que esta zona antes de ser el poblado que hoy se denomina Patio Bonito, eran unos terrenos que pertenecían a la Finca “Los Pantanos” la cual lindaba con la hacienda “El Tintal”, en la actualidad sus límites se encuentran definidos al Norte con el Rio Bogotá que deja a su paso una alta carga de contaminación ambiental para la UPZ, al Sur y el Oriente con la Av. Ciudad de Cali y la UPZ Corabastos elementos que definieron el poblamiento y desarrollo del sector y finalmente por el occidente con la Avenida Villavicencio y la UPZ Margaritas, estructuras de reciente configuración a nivel local.

En el documento preliminar Plan estratégico Zonal (PEZ) 2010 – 2020 se narra que “Patio Bonito no cuenta con una historia unificada, su desarrollo, algo desigual, se enmarca en la dinámica social y política del país, se puede hablar de dos momentos específicos el poblamiento y la posterior urbanización, la mayoría de las familias que llegan a Patio Bonito, experimentan la lucha por la sobrevivencia, vienen de diversas zonas del país producto del desplazamiento o la búsqueda de nuevas oportunidades.

Durante varios años, los habitantes del sector debieron luchar por conseguir el reconocimiento y la legalidad de sus barrios, así como la obtención de los servicios básicos. En este largo proceso han tenido que soportar todo tipo de calamidades; la más dramática fue la tragedia que causó la inundación de 1979 que deja huella en la historia del territorio y de sus habitantes, quienes recuerdan con claridad las angustias, tristezas, desesperanzas y desasosiegos vividos.

Patio Bonito construye su identidad, a través del tiempo labrado en su suelo vestigios de un desarrollo que llega a través de: La avenida Ciudad de Cali, la Megabiblioteca del Parque del Tintal, el parque de las piscinas, la Alameda Santa Fe, el Centro de Desarrollo Comunitario Bellavista, y el Colegio Bella Vista entre otras obras, que se mezcla y configuran un territorio con calles estrechas, y un grave problema de vallados que aportan al problema de contaminación ambiental y de calles aun sin pavimentar.

Esta situación solo deja ver, como los comienzos del sector de Patio Bonito fueron difíciles, la reconstrucción de sus barrios y recuperación de lo perdido, se convirtió en tarea de todos, permitiendo que la solidaridad y organización social hiciera que sus habitantes se sintieran contentos y orgullosos de un territorio que han contribuido a forjar y a construir a pulso, es decir, con sus propias manos, el espíritu emprendedor y trabajador de su gente, la humildad y sencillez de sus pobladores y sus viviendas, los hace propietarios, del comercio tan variado que tienen, de los centros educativos, de las vías construidas y las ciclorutas construidas en el sector.

Este enorme crecimiento de Patio Bonito trajo consigo otro tipo de conflictos como la violencia y delincuencia traída de otras regiones y reproducida por las precarias condiciones de vida, especialmente de los más jóvenes. No es raro que ante esto, algunos vean la solución en el toque de queda o medidas similares contra los jóvenes, desconociendo que la solución pasa por mejorar

las perspectivas de una vida digna para las futuras generaciones donde tengan cabida los y las niñas y jóvenes.

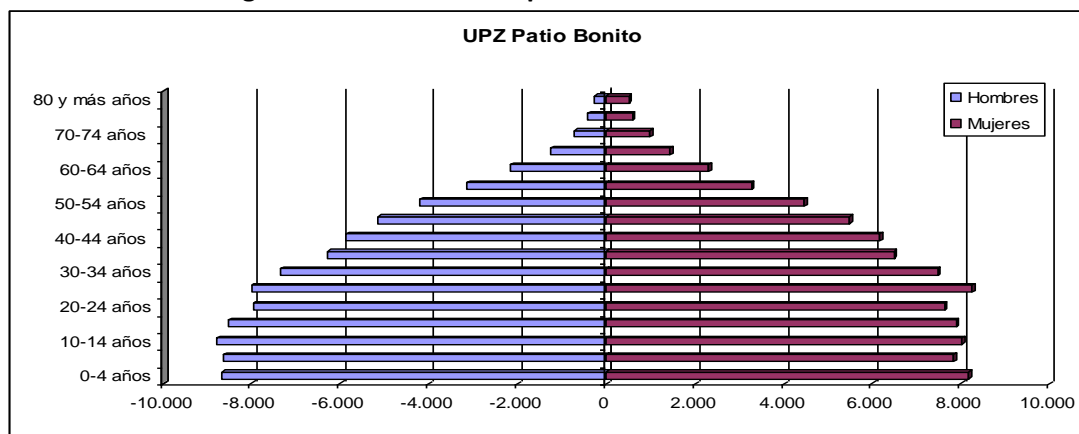
Pero los conflictos no paran allí, la falta de oportunidades, el desempleo y la dinámica que se genera por la cercanía a Corabastos ha generado una economía informal del reciclaje, el bodegaje, el rebusque, ocasionando cambios no tan permitidos en el uso del suelo y trayendo, problemas de contaminación y salud, que se mezcla con viviendas en condiciones muy precarias.

Cabe señalar que el tesón y la lucha de los habitantes de Patio Bonito logró que las entidades del distrito se centraran en tratar de resolver sus problemas y que más allá de eso se haya establecido unas mesas de discusión conjunta con la comunidad. Este es un sello identitario de la comunidad de Patio Bonito en la localidad, el liderazgo de procesos sociales y políticos, un referente para las organizaciones sociales, incluso en otras partes de la ciudad.

3.2.2.1 Pirámide poblacional UPZ Patio Bonito

Para Patio Bonito la mayor riqueza con que cuenta es su población, la pujanza, la solidaridad y el sentido de pertenencia son algunas de las características que los identifican y por ello es primordial reconocer la evolución de sus pobladores y así definir prioridades de inversión y de gestión

Figura 44 Pirámide poblacional UPZ Patio Bonito



Fuente: Proyecciones censo población DANE 2005-2009

Según su forma, la pirámide es estancada. El 50% de los habitantes de la UPZ Patio Bonito son de género femenino, siendo el grupo quinquenal de 25 a 29 años el de mayor participación, en cuanto al género masculino el grupo quinquenal más representativo es el de 10 a 14 años. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (37.5%), seguido de la infancia (28.8%), los jóvenes (27.7%), y la menor participación es la de las personas mayores

(6.1%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con un equilibrio en la distribución por género.

3.2.2.2 Una mirada desde las etapas del ciclo vital

Patio Bonito en su acelerado crecimiento poblacional ha venido albergando diversas formas de vivir, costumbres y generaciones que no solo obliga a pensar el territorio de forma diferente sino a reconocer la diversidad intergeneracional y los principales intereses y problemas que los rodean. Los y las adultas son la población que mas habita la UPZ, pues en promedio son 81.501 personas, y de ellos se reconoce su empuje pujanza y la gran responsabilidad que tienen de garantizar el sustento y las relaciones familiares, así como el cuidado de las demás etapas de ciclo vital.

Esta última situación los convierte en la población más vulnerable, pues la falta de oportunidades de empleo a la que se ven sometidos, influyen directamente en su salud mental, la angustia por conseguir el diario vivir y garantizar mínimamente el alimento de los y las niñas de sus familias los envuelven en procesos de depresión y angustia, profundizando el círculo vicioso de la violencia intrafamiliar.

De otro lado en promedio 33.289 niños y niñas de la UPZ enfrentan la imposibilidad de consumir tres comidas diarias, son pocos los alimentos que llegan a su mesa, pues sus padres deben repartir los pocos ingresos que perciben entre la alimentación, el transporte, servicios públicos y demás. Los afecta profundamente la rudeza y violencia de los mayores, pues diariamente están expuestos a violencia física y emocional.

En el territorio se encuentran 48.760 jóvenes en promedio, los cuales diariamente se enfrentan a muestras de rechazo y estigmatización de los y las adultas y en especial de las personas adultas mayores, pues el surgimiento de nuevas manifestaciones culturales hace que se adopten nuevas formas de leer y enfrentar la vida. Si bien es cierto algunos jóvenes construyen su identidad en el marco de confrontaciones ideológicas, y relaciones de poder, la consolidación de parches y redes sociales con intereses comunes, les ha permitido encontrar una forma de equilibrio, que en algunos casos favorece el desarrollo del territorio y otros en contra de éste y de quienes los habitan, pues se los rasgos de violencia son predominantes y se afianzan en las riñas, los golpes, el consumo de sustancias psicoactivas y el intento de de violación sexual; pues el cruce por algunos puntos del territorio y en especial en horas de la tarde y la hacen de la UPZ un sector peligroso.

Los y las personas mayores no son una población visible en el territorio, aunque se cuenta en promedio con 10.585 adultos y adultas mayores, estas se encuentran relegadas al desarrollo territorial, pues en la mayoría de los casos son usados en eventos masivos, por otro lado un gran porcentaje de esta población se dedica al cuidado de sus nietos, dejando de lado su auto-cuidado y desarrollo personal.

De forma particular y presentando algunos de los resultados del ejercicio de problematización por ECV, se puede mencionar que la comunidad refiere que la inseguridad alimentaria, para los niños, niñas y adolescentes, se refleja en los altos índices de desnutrición, bajo peso al nacer y retraso en el proceso de aprendizaje. De acuerdo con datos de SISVAN 2009, la desnutrición en el territorio de Patio Bonito es más significativa cuando se evalúa el peso frente a la edad, es decir, el 7,1% de los niños y niñas registran bajo peso. El hecho que la población no pueda acceder a tres comidas diarias, incide en el no consumo variado y nutritivo de los alimentos, así como su correcta preparación.

La inseguridad siguen siendo unos de los problemas que más persiste en la población, pues la circulación de las personas por algunos lugares de la UPZ, en especial en horas de la tarde y noche, los hace vulnerables a robos, atracos, y hasta agresiones sexuales. De otra parte, los reportes de SIVIM 2009 reporta que el 41,23% corresponden a la UPZ de Patio Bonito, es decir 2.099 y de estos 14,2% fueron de violencia física, 43,7% violencia emocional, 9,9% casos de violencia sexual, 3,2% de los casos responden a violencia económica y 28,8% negligencia o descuido; el 38,8%, fue agredido o agredida por un hombre (padre, padrastro y pareja); el 49,6% de los casos reportados de violencia contra la mujer, señalan un hombre como directo agresor y el 14,1% de ellos se encontraba bajo la influencia de algún tipo de SPA. Aunque el grupo más afectado está ubicado entre los 15 y los 25 años, esta problemática se ha venido incrementando en las edades de los 12 a 15 años. Es decir, los y las adolescentes son los principales agresores y víctimas de la violencia.

Otro problema que incide directamente en los jóvenes es el consumo de sustancias durante el 2009 se reportaron 38 registros de violencia relacionados con este problema, 18% hacia los hombres y 72% violencia contra las mujeres. Aunque el consumo de sustancias, no está causalmente relacionado a la violencia, es pertinente especificar como las diversas drogas se relacionan con diferentes problemáticas sociales: por ejemplo, el alcohol se relaciona con la violencia callejera y violencia contra las mujeres, el bazuco se relaciona a delincuencia social, entre otros.

Finalmente en relación a todas las etapas es importante reconocer que cada una de las problemáticas planteadas, que en muchos casos son estructurales, termina por afectar de diferente manera a todas las poblaciones, sin embargo en esta UPZ, queda en mayor vulneración la población de infancia y juventud.

3.2.2.3 Como leemos el territorio

Aunque mencionar el sin número de problemáticas presentes en el territorio podrían ser un ejercicio muy complejo, si es clave dimensionar aquellas que de los diferentes procesos de lectura de necesidades realizadas a nivel local y en la UPZ se han priorizado con la comunidad y que

deben permitir avanzar en la consolidación de propuestas de planeación participativa y gestión comunitaria a nivel local.

3.2.2.3.1 Núcleo Problematizador: Desempleo

En la UPZ Patio Bonito se evidencian altos niveles de subempleo, empleo informal y desempleo, ya que cerca del 40% de la población en edad de trabajar afirma esta realidad. Dicha situación, es aun más problemática, dada la carga laboral que se asigna a niños, niñas y adolescentes, como proveedores económicos de sus familias, así como las implicaciones y limitaciones que esta presenta para el desarrollo social de la comunidad y de manera específica para las posibilidades a futuro de la infancia y la juventud.

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2007, la tasa de desempleo para la localidad de Kennedy es de 16,3%, siendo esta la más alta de las localidades y se encuentra por encima de la de Bogotá que es de 13,1%.; situación que agudiza la posición de la localidad si se tiene en cuenta que es la localidad en la que reside el mayor número de desempleados de Bogotá que haciende a 71.000.

Es claro que esta problemática afecta de forma general a la población y se contrasta con los datos arrojados por el programa Salud a su casa 2009, quien presenta que de 33.421 personas caracterizadas, es decir el 20% de las 170.640 personas que habitan la UPZ, el 20% se declara trabajador informal, frente a un 37,5% que manifiesta encontrarse sin ningún tipo de empleo; dicha situación, pone de manifiesto como en la ciudad se concentra la pobreza en grandes extensiones territoriales y se construyen preocupantes círculos de pobreza, que día a día se extienden tanto social como espacialmente.

La dinámica de Patio Bonito puede caracterizarse por dos sectores constituyentes que organizan las prácticas económicas, sociales y culturales de sus habitantes y de quienes visitan el territorio. Por un lado, el sector comprendido entre la Manuel Cepeda Vargas, proyección de la avenida de las Américas, y la Avenida de los Muiscas y entre la Avenida Ciudad de Cali y la Avenida El Tintal, es decir, el oriente de la UPZ se identifican pequeñas y medianas industrias claves para el comercio de Patio Bonito y nodo para el desarrollo de la Localidad que se convierte en un escenario que dada su dinámica no motiva y posibilita de manera masiva el trabajo infantil.

Por otro, el sector de la Rivera o de la Alameda el Porvenir hacia el Río Bogotá entre al Av. Ciudad de Villavicencio y la Avenida de los Muisca, Canal de la 38, el occidente, donde se centran la actividad económica en el reciclaje, las labores de recuperación, clasificación y venta de materiales y residuos sólidos acopiados de la calle, de centros comerciales y de Corabastos; los materiales que clasifican son llantas, plásticos, cartón y chatarra (metales). Situación que refleja como de forma general existe una falta de reconocimiento de derechos laborales como el de cesantías,

salud y pensión, ni reconocimiento social de la labor ambiental de los mismos. Dicha situación, implica por un lado bajos ingresos para cubrir las necesidades básicas y por otro baja inversión social tendiente a regularizar la actividad de manera digna.

Estos escenarios facilitan de forma particular el trabajo infantil en el sector, pues los niños y niñas, tanto por necesidad de las familias, como por voluntad propia, se involucran en los procesos productivos, mediante su desempeño en actividades de baja complejidad que progresivamente van aumentando. Por otra parte, el traslado de niños y niñas a Corabastos es un fenómeno, que dadas las prácticas de la central, ha tenido un aumento progresivo, ya sea para colaborar a sus familiares o como una práctica independiente. Según la investigación Trabajo infantil realizada en la Central de Abastos de Bogotá, CORABASTOS⁵⁹, precisa que ha este centro de acopio llegan diariamente más de 500 menores de 18 años a laborar en oficios varios. "Aunque en Corabastos, hoy no se ven niños cargando bultos dos veces más grandes que ellos, todavía hay menores de apenas dos años que desgranar arvejas al lado de sus mamás, y niños y niñas no mayores de cinco años que descargan y separan las papas, para quedarse con los puchos de segunda que intentan vender o recuperan para el hogar"⁶⁰.

Lo anterior sin contar que las jornadas laborales, se caracterizan por ser largas y extenuantes; dinámica que afecta el desarrollo infantil, pues ellos no cuentan con el tiempo suficiente y posibilidades de educación y ocio estimulando la deserción escolar y el analfabetismo en la UPZ, lo que significa una pérdida de talentos en potencia para la ciudad y para el país. Un panorama de constante vulneración a los derechos y dificultades para el ejercicio de la ciudadanía.

De otro lado se puede mencionar como de forma particular el desempleo y la lógica del trabajo informal, implica que día a día, se adquieren los alimentos que van a ser consumidos, factores que afectan el consumo variado y nutritivo de los alimentos, así como su correcta preparación. La inseguridad alimentaria como consecuencia, de los bajos ingresos que percibe la población se refleja en altos índices de desnutrición, bajo peso en los nacidos vivos y retraso en el proceso de aprendizaje.

Del total de familias caracterizadas por salud a su casa 2009 2.138 manifestaron que el dinero nunca les era suficiente para comprar los alimentos necesarios; del mismo modo, 1.021 familias no cuentan con las condiciones mínimas de higiene en la cocina, tanto por estructura física como por manejo de alimentos o disposición de aguas. Estos dos elementos significan que la posibilidad de acceso a alimentos por factores económicos, así como por las condiciones de viviendas no aptas para una manipulación adecuada de los mismos, se caracterizan como los elementos claves al

59 MENDOZA, Edgar. Trabajo infantil en la central de abastos de Bogotá, CORABASTOS. Bogotá, noviembre del 2004.

60 Más de 2'000.000 de niños privados de la infancia en Colombia-OIT-. Confederación de Trabajadores de Colombia - CTC. Documento en PDF. <http://www.oitcolombia.org/ipecc/documentos.html>, enero 1, 2010.

momento de pensar la seguridad alimentaria en el territorio. De 4.253 nacidos vivos, el 2% peso menos de 1.799 gramos y el 10,4%, es decir 443 niños o niñas pesaron entre 1.800 y 2.499 gramos. Un bebé con bajo peso, tiene amplias posibilidades de generar enfermedades y limitaciones que afectaran su desarrollo de por vida, además de estar en riesgo directo de mortalidad.

De acuerdo con datos de SISVAN, la desnutrición en el territorio de Patio Bonito es más significativa cuando se evalúa el peso frente a la edad, el 7,1% de los niños y niñas registran bajo peso, cuando se evalúa talla para la edad es del 10,5% cuando y cuando se evidencian bajo peso y talla para la edad es del 3,8%. Situación que deja es más preocupante si se evalúan los niveles de riesgo que son bastante amplios.

Cuadro 7. Agricultura Urbana

La FAO plantea: “la agricultura en zonas urbanas y periurbanas puede ayudar a mejorar la seguridad alimentaria de diversas formas: producir alimentos en casa o a través de una cooperativa reduce el gasto para las familias pobres, pone más alimentos a su alcance y reduce la escasez estacional de productos frescos. También, al incrementar la diversidad y calidad de los alimentos consumidos, puede mejorar de forma significativa la calidad de su dieta” . En este marco, el Hospital del Sur ha venido impulsando junto con algunas organizaciones comunitarias del sector (Cormekem, JAC Ciudad Galán, Fundamil, etc.) el desarrollo de propuestas de agricultura urbana que permitan a la comunidad organizarse y contar con estrategias que mitiguen el riesgo de desnutrición.

Fuente: Hospital del Sur – Informe Proceso Agricultura Urbana 2010

3.2.2.3.2 Núcleo problematizador: Aumento De La Densidad Poblacional

El aumento y concentración poblacional asociado al fenómeno del desplazamiento forzado, la migración y la búsqueda de vivienda barata, por sí solos no son un problema, la cuestión es diferente cuando se presenta en un territorio como la UPZ 82-Patio Bonito, una de las de mayor densidad poblacional en la Localidad, pues dicha situación se traduce en hacinamiento y proliferación de vectores plaga.

La UPZ Patio Bonito se caracteriza por contar con 170.640 habitantes, en 443.653 hogares y 36.642 viviendas, con un promedio de 3,9 individuos por familia⁶¹. De acuerdo con Salud a Su Casa 2009 en la UPZ se presenta un hacinamiento del 6,8%, afectando de forma particular a la población en la denominada zona occidental de patio Bonito; allí, la dinámica expuesta -búsqueda de vivienda económica- se refleja en las diferentes invasiones que han llegado hasta la rivera del

61 Secretaria Distrital de Planeación. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Población, viviendas y Hogares por estrato socioeconómico – 2009.

Río Bogotá, a terrenos de propiedad de la EAAB y el IDU. El contexto especificado, genera condiciones de insalubridad, aumentando las enfermedades evitables, pues las condiciones de la vivienda, los precarios materiales y el emplazamiento en zonas de encharcamiento, genera la proliferación de vectores plaga y que se caracterizan como factores de riesgo para las condiciones de salud.

De manera específica, predomina la tenencia de la vivienda en arriendo que según la caracterización de Salud a su Casa 2009, es del 54%, de las familias viven en arriendo, seguidas de vivienda propia pagando con 32%, vivienda en subarriendo con 7,1% y por ultimo vivienda propia pagada con 0,6%. De las 14.616 viviendas caracterizadas, 1223 comparten una habitación con 4 a 9 miembros, confirmándose el grado de hacinamiento que presentan un gran número de familias en el territorio. Estas condiciones de habitabilidad, junto a los bajos ingresos económicos, inciden directa y particularmente en el estado de salud física, emocional y social de las familias que las habitan, por ejemplo, los niños y niñas, no cuentan con un espacio para el desempeño de sus actividades escolares lo que incide en su desarrollo cognitivo y emocional, entre otros.

Si se analizan las causas más frecuentes de consulta, la gripa o tos (37,4%) encabeza los listados, en segundo lugar la diarrea (13.7%), seguido por rinitis (11,6%) y en cuarto lugar enfermedades de la piel (7.8%). Este panorama de morbilidad esta directamente asociado a condiciones precarias de vivienda, contextos de humedad y polvo fino. El grupo de edad que presentó mayor frecuencia de patologías fue el de 60 y más años con un 15% de los registros, seguido del grupo de 10 a 14 años con 12.3% y el de 1 a 4 años, 11%. En la distribución por sexo, los síntomas se presentaron en el 58.3% de los casos en mujeres.

Durante el 2009, el Hospital del Sur desarrolló un proyecto para el mejoramiento de las condiciones habitabilidad en la UPZ, a través de la afectación de un determinante concreto de calidad de vida, la vivienda. Dicho proyecto, buscaba a partir de la entrega de subsidios el mejoramiento de cocinas y baños, para atenuar problemáticas generadas por el hacinamiento y manejo inadecuado de aguas y alimentos.

Algunas de las características identificadas en las viviendas a través del proyecto se relacionan con que los habitantes de las viviendas en las que el inodoro no cuentan con cisterna, se ven obligados a utilizar el agua del lavadero o aguas lluvias que son almacenadas en canecas, generando un manejo inadecuado del liquido que favorece la aparición de focos de infección o vectores. El Hacinamiento en espacios habitables, obligan a quienes allí residen a compartir un espacio con más de tres personas, aumentando el riesgo de transmisión de diferentes enfermedades; la ausencia de privacidad impide que los diferentes miembros de la familia gocen de intimidad generando riesgo de violencia intrafamiliar y abuso sexual.

Tabla 17 Número de individuos por habitación

No. de personas por habitación	Total 4 a 9 personas en vivienda con 1 habitación	Total 4 a 9 personas en vivienda con 2 habitaciones	Total 4 a 9 personas en vivienda con 3 habitaciones	Total 4 a 9 personas en vivienda con 4 habitaciones
UPZ 82: PATIO BONITO	1223	4186	1541	258
	0,17	0,58	0,21	3.5%

Fuente: Equipos Salud a su Casa. Hospital del Sur. 2009

La convivencia con animales como perros, gatos, aves de corral, porcinos y caballos generan no solo enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas, también promueven la proliferación de vectores como pulgas. La presencia de instalaciones eléctricas a la intemperie aumenta el riesgo de accidentalidad por choque eléctrico e incendios; a lo anterior se suman problemas sanitarios del sector, provocados por la existencia de lotes vacíos, alcantarillados de aguas negras en malas condiciones, viviendas que funcionan como bodegas para el reciclaje, calles sin pavimentar que liberan partículas de polvo, déficit de alcantarillados pluviales y consecuente aposamiento en temporada de lluvias, entre otros.

Tabla 18 Uso habitacional compartido con animales, desde 2004

ELEMENTOS AÑO	Nº DE VIVIENDAS						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Compartida con animales	364	1982	244	516	1271	288	4665
Los propietarios de estos animales, no están dispuestos a modificar su estilo de vida por los ingresos que le genera la tenencia de estos animales, entre los cuales se incluyen cerdos, gallinas y caballos.							

Fuente: Hospital del Sur - Informe Salud a su Casa - 2009

Finalmente, se puede concluir que la ausencia y/o deterioro de equipamientos urbanos, incluida la señalización vial, además de la deficiente conciencia ambiental, se identifican como otros factores que empeoran los conflictos sociales y los riesgos de emergencias y desastres por las características geográficas y ambientales de esta UPZ.

Cuadro 8.

Cuadro 9. Condiciones sociales UPZ Patio Bonito

Aproximadamente el arriendo de una habitación oscila entre \$80.000 y \$200.000, incluyendo servicios, esto independiente de los productos de la canasta básica familiar.

1.180 viviendas de las 14.616 caracterizadas por salud a su casa tienen otros usos diferentes al residencial.

Las UPZ Patio Bonito, Kennedy Central y Carvajal tienen los menores indicadores de parques y zonas verdes por habitante, con menos de 2 m² de parque y zonas verdes por habitante.

Los pocos parques o zonas verdes que existen en la zona, no cuentan con el mantenimiento y cuidado requerido para la recreación y esparcimiento de la población.

Fuente: Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2010

3.2.2.3.3 Núcleo Problematizador: violencias

La violencia como mecanismo de respuesta a situaciones cotidianas, se expresa en el dominio privado y en el público. Al interior del hogar se resalta el maltrato infantil y la violencia contra las mujeres, siendo estas últimas las principales agresoras de niños y niñas, así como las principales receptoras de actos de agresión físicos, emocionales y sexuales por parte de sus compañeros. En el espacio público, enfrentamientos entre grupos juveniles, reflejan una manera conflictiva de reafirmarse en la construcción de identidad. De otra parte, agresiones hacia jóvenes considerados/as débiles entre sus compañeros/as de colegio y situaciones de riesgo y amedrentamiento a razón de “limpieza social” de grupos paramilitares, caracterizan las dinámicas de violencia en la UPZ.

Por Patio Bonito, circulan diariamente 700 mil personas, dinámica de alto impacto que se relaciona directamente con problemáticas como intento de robo e intento de violación sexual; los residentes del sector afirman que después de las 5 de la tarde, el cruce por algunos puntos del territorio se torna peligroso para las mujeres que trabajan en la zona y para estudiantes que del Colegio regresan a sus hogares.

De otra parte los reportes de SIVIM 2009 esclarecen el panorama y comportamiento de la violencia en la UPZ, pues de los 8.479 casos de violencia reportados en la localidad, el 41,23% corresponden a la UPZ de Patio Bonito y se caracterizan especialmente en violencia contra las mujeres; de forma particular este problema se presenta en un 14,2% como violencia física, un 43,7% como violencia emocional, un 9,9% como violencia sexual, un 3,2% como violencia económica y 28,8% como negligencia o descuido. Aunque el grupo más afectado está ubicado entre los 15 y los 25 años, esta problemática se ha venido incrementando en las edades de los 12 a 15 años, es decir, el y la adolescente son los principales agresores y víctimas de la violencia,

afectando su proyecto de vida y autoestima, además de producir sentimientos vindicativos que legitiman la violencia como respuesta social.

De otra parte, ser parte de una barra futbolera o pertenecer a una cultura urbana puede considerarse a la vez un mecanismo de respuesta a dificultades o situaciones conflictivas, donde la violencia es un patrón de conducta cotidiano en la comunidad. Si bien algunos jóvenes construyen su identidad dentro de confrontaciones ideológicas, asimetrías de poder, condiciones de pobreza o incompreensión, presentes al interior de familias o diversos ámbitos de la vida, otros promueven la organización y red juvenil como mecanismo para la superación de sus necesidades y problemáticas.

Estas estrategias, como propuestas de desarrollo, buscan transformar los conflictos y la violencia cotidiana, desde sus imaginarios sociales, donde se reivindica la construcción de un territorio democrático y participativo, que propenda por su bienestar y el de sus comunidades. Un elemento claramente complejo y de cero tolerancias social con amplia presencia en el territorio, es la estigmatización y amenaza de grupos paramilitares del sector contra los jóvenes, fenómeno que ha afectado de forma directa a este grupo poblacional y que ha cobrado la vida de varios de ellos en los últimos años.

Cuadro 10. Inseguridad en Patio Bonito

““El problema de la inseguridad también se relaciona con los y las jóvenes debido al enfrentamiento entre ellos y ellas por adherencia a barras bravas o tribus urbanas; a este tipo de prácticas se asocia el consumo de sustancias psicoactivas y acciones de vandalismo en los barrios; hemos comprobado que el uso de la policía como mecanismo para frenar las acciones de los jóvenes produce más violencia, porque la policía no reconoce las prácticas culturales de los jóvenes, anula sus reivindicaciones culturales y los estigmatiza, actuando de manera represiva y no persuasiva”62.

Fuente: Hospital del Sur. MTCVS “Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros” – Patio Bonito

A esto se suma que los insuficientes espacios para el fortalecimiento de herramientas psicosociales que permitan a la población afrontar las exigencias y ausencias de la vida, inciden en los estilos y modos de vida de los y las jóvenes, situación que determinan no solo la adicción a sustancias psicoactivas, sino también la aparición de trastornos mentales especialmente en mujeres.

62 Colectivo Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros”. Documento Preliminar PEZ 2010 -2020. Octubre de 2010. Pág.58.

Cuadro 11. Conducta suicida

“Más del 50% de los suicidios consumados son realizados por personas con trastornos depresivos. Cerca del 20 al 25% de las personas que consuman un suicidio, abusaban o dependían del alcohol. Las prácticas de autoagresión son una señal de alerta y e 60% de los suicidas habían consultado un medico un mes antes de consumarlo” 63

Fuente: Hospital del Sur. MTCVS “Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros” – Patio Bonito

3.2.2.3.4 Núcleo problematizador: prácticas sexuales inseguras

Un escenario marcado por limitadas posibilidades sociales, materiales, culturales, y por problemáticas como las violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, el abuso sexual, y en algunos casos, la idealización de la maternidad como el paso a la adultez e independencia, está generando el incremento de adolescentes en embarazo y/o con ITS, situaciones que afectan el desarrollo de diversos proyectos de vida, en el marco de una vida digna y de calidad.

Cuando se habla de prácticas sexuales inseguras, se hace referencia a diversas conductas sociales, que guiadas por representación culturales y/o por limitaciones institucionales pueden conllevar a problemas directamente ligados con el ejercicio de la sexualidad: El embarazo adolescente, presencia de VIH/SIDA, transmisión de infecciones sexuales, madre solterísimo, entre diversos fenómenos que afectan de manera particular las comunidades y las posibilidades para su desarrollo social y cultural.

En la UPZ Patio Bonito la falta de oportunidades para los y las jóvenes ha hecho que muchos y muchas vean en la paternidad y maternidad la posibilidad de escapar de los problemas de sus casas, así como el alcanzar un estatus de madurez. Específicamente en la UPZ se identifican 634 adolescente en embarazo de 2290, es decir el 28% del total. De ellas, el 0,8% (19) se encuentra entre los 13 y 14 años y el 27% (615) entre 15-19 años. El 55% de las niñas entre 13-19 años tienen problemas con el peso (obesidad, sobrepeso o bajo peso), de éstas, el 40% se concentra en bajo peso; para las mujeres entre 20 y 29 años los problemas de bajo peso disminuyen y se concentran en el 30% del total de mujeres en embarazo.

Este dato confirma los riesgos fisiológicos de un embarazo adolescente; dadas las implicaciones físicas de una gestación, en temprana edad, tiende a requerir mayor cantidad de nutrientes y minerales. Dicha situación, ligada a lo ya expuesto alrededor de la alimentación y posibilidades de

63 GUITIERREZ, Ana, CONTRERAS Carlos, OROZCO Rosselli. El suicidio conceptos actuales. En: Revista de salud mental. Instituto Nacional de Psiquiatría. Ramón de la Fuente. Distrito Federal México. Septiembre/octubre. Vol. 29 numero 5. 2006. Pág. 66-74

ingreso, significan que los y las adolescentes y jóvenes sean presos de una historia cultural, que les limita su desarrollo social, pues tenderán a repetir la historia familiar.

Si se analizan los motivos de consulta a la luz del embarazo en edades tempranas, de 3.755 consultas en los tres puntos del territorio (UPA Patio Bonito, UBA Mexicana y UBA Dindalito), el 23% se relaciona con la maternidad (10-26 años), con un total de 863 consultas. La planificación, registra 733 consultas, 727 mujeres 6 hombres, es decir, un 20% de las mismas. Se visibiliza cómo los casos de mortalidad materna de jóvenes menores de 24 años son los mayores a nivel local.

Cuadro 12. Gestantes Patio Bonito

Patio Bonita registra el 26,3% de los nacidos vivos de la localidad (4.253)

El 2% de los nacidos vivos, peso menos de 1.800 gr.

El 0,7% de las madres tenía entre 10 y14 años, mientras que el 20,7%se encontraba entre los 15 y 19 años y el 33,1% entre 20 y 24 años.

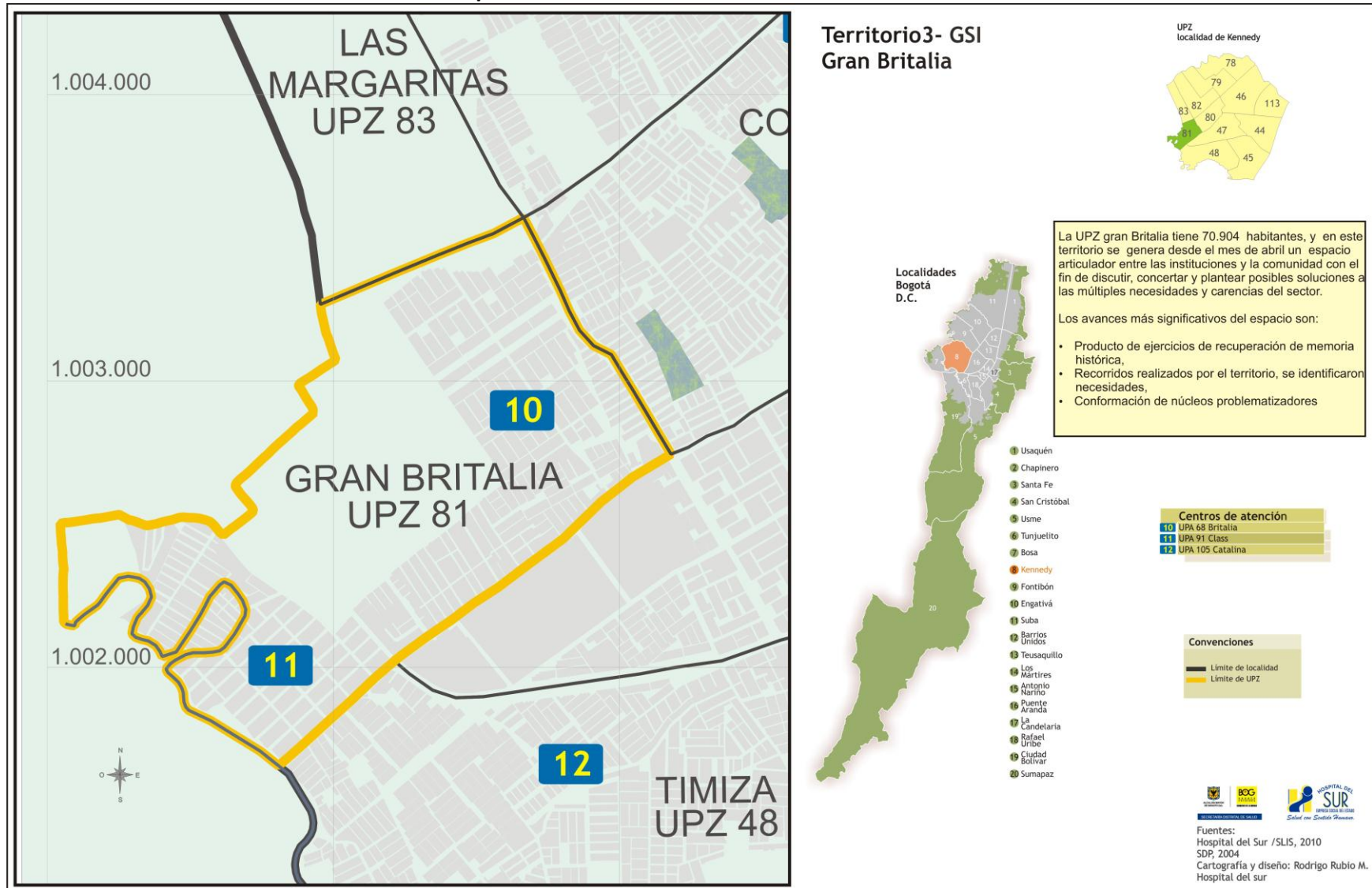
El 0,7% de los padres tenía entre 10 y 19 años, mientras que el 23,1% se encontraba entre 20 y 24 años y el 27,9% entre los 25 y 29 años.

Fuente: Hospital del Sur – GESTA 2009

3.2.3 TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 3 - UPZ BRITALIA

La UPZ Gran Britalia con sus 21 barrios conforman el territorio 3 de la Gestión Social Integral para la localidad de Kennedy, este como otros territorios de la localidad, se desarrolló a partir de la invasión de muchos de sus terrenos y de la urbanización pirata que tuvo su apogeo en la década de los setenta. De esta manera fueron llegando las diferentes familias con la necesidad de construir su vivienda propia, este desarrollo ha estado influenciado por el nacimiento paralelo de la Central de Abastos, lo que determina que este territorio denote algunas particularidades en su desarrollo.

Mapa 11. Territorios GSI No. 3 Britalia - 2010



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

La UPZ Gran Britalia se ubica en el parte sur de la localidad, aledaña al río Tunjuelito; tiene una extensión de 180 ha. Limita al norte con la avenida Ciudad de Cali; al oriente con la avenida Ciudad de Villavicencio (calle 43 sur); al sur con la avenida Agoberto Mejía (carrera 80), y al occidente con el río Tunjuelito y con el límite administrativo entre las localidades de Bosa y Kennedy.

La población de acuerdo a la proyección DANE 2009 es de 71.405 habitantes equivalente a un 8% del total de la población de la localidad, cuenta con aproximadamente 17.957 viviendas, llegando a ser uno de los territorio con mayor densidad poblacional con un indicador de 439 habitantes por hectárea. El 53 % corresponde a al sexo femenino y el 47 % al sexo masculino. El 62 % de su población está entre los 15 y los 55 años, con una tasa de crecimiento promedio anual de 1,6 que la ubica dentro de las localidades consideradas de población de crecimiento moderado.

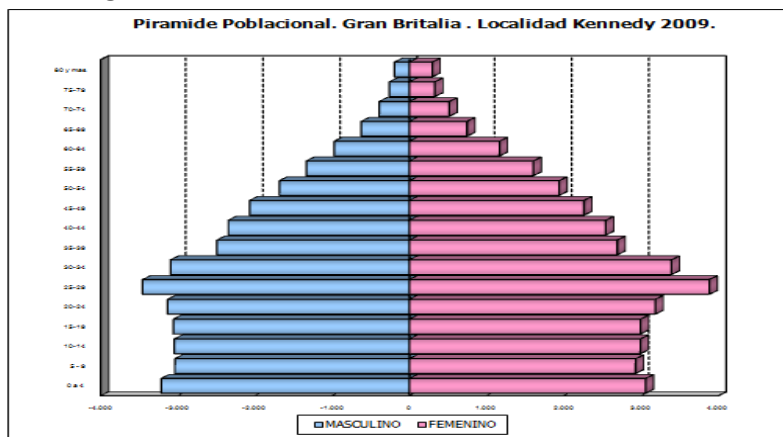
El territorio cuenta con 21 barrios, Gran Britalia, Alfonso López Michelsen, Britalita, Calarcá I y II, Casablanca Sur, Class, El Almenar, El Carmelo, Gran Britalia, La Esperanza, La María, Pastranita, Santa María de Kennedy, Vegas de Santa Ana, Villa Andrea, Villa Anita, Villa Nelly, Villa Zarzamora, Villas de Kennedy y Shalom, para una superficie total de 164 hectáreas, y con viviendas en un 70% de construcción incompleta.

De sus habitantes, el 97,7% se ubican en el estrato bajo, el 2,3% corresponde a población sin estratificar y el 0,1% en estrato medio, el territorio encontramos viviendas de estrato social 1 y 2. De acuerdo al diagnóstico que se tiene de la distribución de Viviendas, hogares y población por UPZ según proyección del DANE 2009, en la UPZ Britalia hay 17.957 viviendas. Sin embargo, la información que arroja la Secretaría de Planeación Distrital en su diagnóstico 2009 mostró un dato de 20.281 viviendas y 22.384 hogares⁶⁴.

64 Secretaria Distrital de Planeación. Diagnostico 2009.

3.2.3.1 Pirámide poblacional territorio GSI -3

Figura 45 Pirámide Poblacional Territorio GSI 3



Fuente: Proyecciones DANE 2005. Censo población 2009

Según su forma, la pirámide es estancada. El 51% de los habitantes de la UPZ Gran Britalia son de género femenino, siendo el grupo quinquenal de 25 a 29 años el de mayor participación en ambos géneros. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (38.7%), seguido de los jóvenes (27.8%), la infancia (25.8%) y la menor participación es la de las personas mayores (7.7%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con un equilibrio en la distribución por género.

3.2.3.2 Una mirada desde las etapas del ciclo vital

En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (38.7%), seguido de los jóvenes (27.8%), la infancia (25.8%) y la menor participación es la de las personas mayores (7.7%). La desnutrición calórico-proteica es uno de los motivos de consulta de mayor frecuencia, en niños y niñas de un año hasta los 9 años, así como problemas de obesidad en los de 6-9 años: estas situaciones están relacionadas directamente con malos hábitos alimenticios y el bajo poder adquisitivo de las familias.

Es evidente como el riesgo para la UPZ es inminente a nivel de hacinamiento e inseguridad alimentaria, en un contexto permeado por madres cabeza de hogar e inestabilidad en el ingreso. Las políticas sociales alrededor de comedores comunitarios y refrigerios han tenido impactos

fuertes pero se han caracterizado como la única fuente de alimentación, por lo menos balanceada, para la población.

Las dinámicas socio-económicas del territorio (largas distancias y limitados por perfiles), así como restricciones para la juventud por situación militar indefinida y bajos grados de escolaridad, han propiciado la construcción de barras futboleras conflictivas, amplio número de jóvenes consumiendo sustancias psicoactivas y perpetuación de violencias callejeras, esto puede ser el resultado de falta de espacios recreativos que permitan ocupar el tiempo libre.

La proporción de deserción local, como dato de referencia, es del 4,14% en colegios distritales, 2,5% en colegios oficiales y 1,04% en colegios en concesión y convenio. Es posible afirmar como los índices de deserción en la UPZ son bastante altos, problemáticas ligadas a situaciones socio-económicas y a la valoración social que recibe el dinero y la educación.

De otro lado la violencia contra las mujeres, violencia intrafamiliar, y violencia social, como problemáticas ligadas a la salud mental, están directamente relacionadas a diversos trastornos como estrés e irritabilidad en la población adulta. Un aspecto, que afecta al adulto mayor, siendo la UPZ 81 Gran Britalia, la que ofrece mayor dificultad, son las barreras de acceso a los diferentes servicios por la estructura urbanística de la zona; la presencia de callejones, calles angostas, andenes reducidos, bajo número de parques, hacen que la movilización de las personas con limitación motora y/o visual sean complicadas.

Desde años atrás en la UPZ Gran Britalia, un gran porcentaje de personas de las que trabajaban en Corabastos buscaban su vivienda en este territorio para lograr la cercanía con su lugar de trabajo; situación que no ha cambiado mucho y por el contrario son muchas las personas que se aprovechan de esta circunstancia, convirtiendo sus viviendas en inquilinatos, o arriendan una habitación para colocar negocios, lo que genera ingresos adicionales, pero también esto hace que se presente hacinamiento, trayendo consigo problemas de convivencia, problemas de violencia, problemas de salud mental.

Teniendo en cuenta lo mencionado y el hecho que en esta UPZ un gran porcentaje de mujeres son madres cabezas de hogar, nace la preocupación por los niños y niñas del territorio, quienes se encuentran solos la mayor parte del día ya que sus madres deben salir a trabajar para conseguir el sustento de los hogares, generando que los menores tengan dificultades en su alimentación, ya que muchos deben enfrentarse a la tarea de utilizar arriesgadamente implementos de cocina que pueden representar un peligro para su integridad física, otros sencillamente no tienen acceso oportuno a las comidas.

Sumado a lo anterior, se evidencia que los padres y madres de la comunidad hacen caso omiso a los conocimientos sobre nutrición, lo que genera dietas sin el correcto balance nutricional en la alimentación de los hogares, siendo esto y la falta de recursos, factores que generan una alimentación inadecuada, pues no se logra acceder siempre a alimentos de calidad y en la cantidad

necesaria, esto se evidencia teniendo en cuenta que de los 12.239 niños y niñas de esta UPZ, en el año 2009, se encontraron “143 niños, con desnutrición aguda, 24 con sobrepeso y 15 con obesidad.”

De hecho “las problemáticas identificadas en esta zona se reflejan en la agresividad de los niños y niñas en el aula de clase, bajo rendimiento académico, la presencia de maltrato emocional y físico, y la ausencia de acciones de ocupación de tiempo libre y manejo de las dificultades de aprendizaje.

Esta realidad no deja de ser menos preocupante para los 18.399 jóvenes de la UPZ65, quienes al permanecer solos y en su afán de ocupar su tiempo libre acuden a actividades, que atentan contra su integridad, como el consumo de sustancias psicoactivas, pandillismo y además existe un manejo inadecuado de la sexualidad. Otro aspecto que preocupa a los habitantes del territorio es que muchos de estos jóvenes pertenecen a barras futboleras, situación esta que generan incidentes violentos, no solo entre ellos, sino que involucra a más personas residentes de la UPZ

Las situaciones mencionadas anteriormente, generan para los adultos una gran responsabilidad y una gran carga emocional, viendo que en muchas ocasiones no pueden hacer nada por mejorar las condiciones familiares y aun menos sociales. Esto hace que los adultos manejen un nivel de estrés muy alto y además se dificultan sus relaciones interpersonales.

Otro aspecto que se agrava para los adultos del territorio es el hecho de reconocer que la prevalencia de discapacidad se encuentra en esta etapa de ciclo vital y en la de persona mayor, esto teniendo como otra desventaja, las barreras de acceso a los diferentes servicios por la estructura urbanística de la zona; la presencia de callejones, calles angostas, andenes reducidos, bajo número de parques, lo que hacen que la movilización de las personas con limitación motora y/o visual sean complicadas.

También se presenta en las personas mayores, el hecho que muchas de ellas no pueden dedicar su tiempo a sus actividades culturales, deportivas, por esta al cuidado de sus nietos.

3.2.3.3 Como leemos el territorio

A partir del proceso de lectura permanente del territorio de la UPZ Gran Britalia, Territorio 3 de la GSI, se evidencia la relación directa de los núcleos problematizadores identificados a continuación, con determinantes de orden estructural, como son la dinámica laboral actual, la permanente falta de oportunidades para las diferentes etapas de ciclo vital y la inequidad marcada en el acceso a los

65 DANE, Secretaría Distrital de Planeación - Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Proyecciones de población 2005 – 2015 según grupos de edad y por sexo por UPZ.

servicios sociales, especialmente el acceso a los servicios de salud. Tales situaciones se enmarcan dentro de los núcleos problematizadores que se describen a continuación:

3.2.3.3.1 Núcleo problematizador: bajos ingresos familiares como elementos generadores de inseguridad alimentaria y hacinamiento

La UPZ, se caracteriza por el creciente número de madres cabeza de hogar, con hijos, niños y niñas, con dependencia económica. Otra característica de estos hogares radica en la generación de ingresos a través de trabajos informales o subempleo que no permiten una estabilidad en el ingreso económico para el sostenimiento familiar. Este contexto desencadena el acrecentamiento de factores de riesgo en lo que respecta a la seguridad alimentaria y nutricional y contribuye a la complejización de situaciones como el hacinamiento de personas en lo que respecta a la ocupación de las viviendas, lo cual incide de manera directa en la salud de las personas que habitan el territorio, especialmente los infantes y los adultos mayores.

El sector de Britalia se organiza a partir de 21 barrios auto-construidos, resultado del emplazamiento de Corabastos y de la necesidad de vivienda para cientos de trabajadores que 30 años atrás, generaban ingresos para su sostenimiento y el de sus familias, a través de las posibilidades que la central de abastecimiento les permitía. Estos barrios, en su mayoría no responden a la lógica de la invasión, sino por el contrario, a la urbanización pirata⁶⁶, aunque los terrenos no tenían garantizados los servicios públicos, los nuevos propietarios adquieren a través de un “urbanizador” los lotes y un recibo como único comprobante de propiedad.

En la actualidad, la mayor parte de dichas viviendas, construidas por los poseedores de los lotes en aquel tiempo y ya legalizadas y tituladas, tienen dos, tres y hasta cuatro pisos. Allí, las casas se constituyen en una fuente relativa de ingresos, muchos propietarios manejan negocios desde los locales (tiendas, café internet, restaurantes, bodegas), otros alquilan espacios a personas para el montaje de su negocio, y otros alquilan las habitaciones restantes de la vivienda, como la fuente más concurrida de ingreso; dos tercios de las viviendas auto producidas tienen inquilinos. Hay más familias inquilinas que propietarias⁶⁷.

66 GILBERT, Alain. ¿una casa es para siempre? Movilidad residencial y propiedad de la vivienda en los asentamientos auto-producidos. En revista. Territorios, revista de estudios regionales y urbanos, número 6: construcción social de la ciudad, febrero 2001-julio 2001. CIDER, Universidad de los Andes

67 Ibid. Pág 67

De las 5.417 viviendas caracterizadas por SASC68 , 33% del total de la UPZ, el 13,3% responden a las dinámicas del uso compartido (residencial-productivo), el mayor porcentaje a nivel local después de Carvajal. El 8% de las viviendas se caracterizan por hacinamiento, (tres personas o más en una sola habitación)⁶⁹

Si se analizan las causas de consulta por grupo etareo la rinitis alérgica se visibiliza entre las diez primeras causas de consulta de los puntos de atención (en especial la UPA Britalia); enfermedad asociada al hacinamiento que se presenta en la UPZ, pues sus causas más comunes se relacionan con ácaros del polvo y moho (condiciones de humedad), factores ligados al entorno de la vivienda y su habitabilidad, así como bronquitis aguda, bronconeumonía, amigdalitis y otitis en menores de un año.

Por otra parte, el gran número de madres cabeza de hogar que residen en la zona, complejiza la situación. Britalia se caracteriza por albergar a cientos de mujeres con familias numerosas y con cargas laborales extenuantes de trabajo productivo, reproductivo y político, que generan tensiones en la jefatura de sus familias⁷⁰ . En la UPZ habitan 18.925 mujeres de 14-44 años, 6.466 niños y niñas de 0-4 años y 6.209 niños y niñas de 5-9 años. Según datos de SASC el 17,3% de las familias caracterizadas responden a la dinámica del madre solterismo (jefatura familiar)⁷¹ .

Además de la necesidad vivienda, como se referencio en un comienzo, el alimento es caracterizado como otro de los determinantes fundamentales de la calidad de vida y la salud de la población, aunque Corabastos es una fuente amplísima de alimento, tanto en variedad como en economía, la cotidianidad de las comunidades aledañas impide el uso de la central, pues la lógica del día a día organiza la compra de los alimentos. Esto es evidente cuando se analizan los datos de seguridad alimentaria y nutricional, pues la desnutrición calórico-proteica se presenta entre los

68 Análisis de Situación de Salud por Territorio Gestión Social Integral, Programa Salud a su Casa, Localidad 8 de Kennedy, Años 2004-2009

69 Hacinamiento se refiere a cuatro elementos de acuerdo con Luis Cortes Alcalá que permiten orientar el análisis y las implicaciones para la salud de estas condiciones: - La Accesibilidad: Mantenimiento de la vivienda, - La Adecuación: Nexos entre espacio y persona, espacio físico y social; socialización e integración social, barreras físicas, obstáculos sociológicos. - La Estabilidad: Uso en el tiempo - La Habitabilidad: Luz, ventilación, calidad arquitectónica. Estructura urbanística. Equipamiento. Estos elementos como Determinantes del ejercicio de las funciones sociales del individuo.

70 El indicador como se establece para las encuestas socio demográficas, entiende la jefatura como la persona que aporta el dinero, o de quien dependen los hijos; aunque problematizar dicho enfoque implica una variación significativa del panorama, se considera de vital importancia visibilizar como el concepto de jefatura familiar, debe adquirir nociones más amplias, alrededor de las implicaciones culturales y sociales de la jefatura en una familia. Sara Barrón en su trabajo sobre familias mono parentales, identifica dos dimensiones para el abordaje de la jefatura familiar 1. dimensión económica: ingresos, pensión, capacidad de gestión y administración; 2. Dimensión practica: a. producción, consumo y distribución de bienes y servicio del ámbito doméstico y extra doméstico (alimentación, aseo, planeación) estrategia de supervivencia. B. control social de sus miembros. C. asistencia del desarrollo social y emocional.

71 DANE, Secretaría Distrital de Planeación - Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Proyecciones de población 2005 – 2015 según grupos de edad y por sexo por UPZ

motivos de consulta desde menores de un año hasta los 9 años, así como problemas de obesidad entre los 6-9 años, situaciones directamente relacionadas con malos hábitos alimenticios. De 1.042 niños nacidos en lo que va corrido del año en Britalia, 111 niños y niñas nacieron con bajo peso, es decir el 10% 72.

Si se analiza el peso y la talla, de acuerdo a datos de SISVAN, Britalia evidencia los más altos índices a nivel local así como un amplio rango de riesgo: el 3,9% de los niños y niñas presentan desnutrición aguda (deficiente peso para la altura), promedio superior a la incidencia en la UPZ 80 (Corabastos) y 82 (Patio Bonito). La desnutrición crónica (baja talla para la edad) es de 10,6%, la mayor incidencia a nivel local, muy por encima del promedio de la localidad (7,4%); la desnutrición global (bajo peso para la edad) afecta a la población de la UPZ de manera directa, en la que se presentan los mayores índices de la localidad 8,3% después de Corabastos. Estas cifras son de amplia consideración, pues Britalia se ubica entre las UPZ con bajas condiciones nutricionales de la localidad, con el mayor número de niños y niñas en desnutrición aguda y global y amplios espectros de riesgo.

Es evidente como el riesgo para la UPZ es inminente a nivel de hacinamiento e inseguridad alimentaria, en un contexto permeado por madres cabeza de hogar e inestabilidad en el ingreso. Las políticas sociales alrededor de comedores comunitarios y refrigerios han tenido impactos fuertes pero se han caracterizado como la única fuente de alimentación, por lo menos balanceada, para la población.

Cuadro 13. Concentración de hogares

La UPZ concentra alrededor de 22.384 hogares, en 16.203 viviendas, es decir el 7,1% de la población de la localidad de Kennedy, los cuales se ubican en el 4,6% de la extensión total de la UPZ, según datos de planeación distrital (70.904 habitantes)⁷³. Son de especial mención los barrios visitados por el equipo 20 de salud a su casa, Britalita, Zarzamora, Villa Andrea, con amplia presencia de población en situación de desplazamiento y en condiciones muy difíciles de hacinamiento, como lo expresan los promotores, hay hasta 12 personas por habitación.

Fuente Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2009

72 Hospital del Sur. Informe SISVAN 2009

73 Planeación Distrital - Diagnostico 2009

Cuadro 14. Mujeres cabeza de hogar

La situación para una familia mono-parental con una mujer como cabeza de hogar, es aun más complicada por razones sociales y culturales, que las experimentadas en otro tipo de formaciones familiares, de acuerdo con una investigación realizada en este tema⁷⁴ :

1. Estas mujeres cuentan con menor status económico
2. Su situación laboral es deficiente respecto ingresos, posibilidades, discriminación.
3. Esto significa menor capital social y cultural
4. Menor posibilidad de ocio

Levantar y construir una familia alrededor de valores y reputación sexista, significa la definición de caminos arduos para el desarrollo social y económico de dichas familias. Sin embargo, es importante visibilizar que estas (ya sean por decisión propia o por obligación), pueden constituirse en familias alternativas, que -en algunas ocasiones- lejos de las lógicas patriarcales que implican un jefe hombre en el hogar, permitan subvertir las relaciones entre géneros, posibilitando la construcción de ideas y representaciones diversas del ser a futuras generaciones (independiente de su sexo, género u orientación sexual).

Fuente Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2009

3.2.3.3.2 Núcleo Problemático: Servicios de salud que no reconocen la atención diferencial sobre la base de las necesidades de las mujeres.

El aumento de adolescentes embarazadas, quienes regularmente terminan llevando la jefatura de sus hogares, y el amplio número de mujeres con varios hijos, implica que sean ellas quienes respondan a edades tempranas por dos, tres o más niños y/o niñas. Esta situación, directamente ligada a prácticas de riesgo en la sexualidad, a tabús y a barreras de acceso a los servicios de salud, junto a la histórica construcción de las mujeres como cuidadoras de la salud de otros, se refuerza por un sistema de salud que las concibe principalmente en un rol maternal; dicho panorama, significa diagnósticos tardíos para la salud de las mujeres, tanto por negligencia institucional como por descuido personal, caracterizando la ausencia de atención en salud con perspectiva de género y la institucionalización de salud diferenciada para las mujeres.

74 CHANT, Silvia. Hogares encabezados por mujeres ¿los más pobres entre los pobres? En: Globalización a qué precio: el impacto en las mujeres del norte y del sur. Barcelona, Ed. Paloma de Villota 2001; BARRON, López Sara. Familias mono-

De acuerdo con el programa de Salud Sexual y Reproductiva SSR del Hospital del Sur , el 75% de las gestantes atendidas en Britalia en el año 2009 están entre los 10 y 26 años, y el 50% de estas madres son primigestantes . Es decir, las mujeres responden a edades tempranas por dos, tres o más hijos, pues el 50% de las gestantes entre 10 y 26 años viven su segundo o tercer embarazo.

Analizar las implicaciones de los embarazos en mujeres jóvenes, así como sus causas implica contextualizar las condiciones socio-económicas que afectan de manera determinante la fecundidad: 1. percepción del riesgo, 2. discurso social de la gestación, 3. normatividad y políticas, 4. acceso oportuno a servicios de salud y 5. Oportunidades para la vida; estos factores directamente relacionados con la decisión de la mujer frente a su cuerpo.

Son evidentes las implicaciones físicas y emocionales que afectan a la mujer que decide tener un hijo a temprana, si bien para algunas esta es una opción válida como proyecto de vida, ya que generalmente, provienen de hogares en donde las condiciones de convivencia familiar no son las más adecuadas para ellas, también es pertinente tener en cuenta que tanto ellas como sus parejas no poseen generalmente, autonomía ni estabilidad alguna en los ingresos económicos y e n lo que proyectan hacia el futuro.

También podrían enmarcarse otro tipo de determinantes como son la penetración masiva de medios de comunicación, la debilidad en políticas de Estado que reflejen, más y mejores oportunidades para la juventud en la realización de su proyecto de vida.

El 0,5% de las madres de los nacidos vivos para 2008 tenía entre 10 y 14 años, un 17% registraba edades entre los 15 y 19 años, evidenciando la mayor concentración entre los 20 y 24 años con un 33,1% de los nacimientos; es de resaltar como las mujeres siguen teniendo hijos durante todo el transcurso de su ciclo vital, pues se encuentra un 1,9% de los nacidos vivos con madres entre los 40 y 44 años de edad, es decir 20 embarazos. Si se comparan estos datos con la edad de los padres, es posible afirmar como los hombres asumen la paternidad de manera más tardía: el 73% de los padres están entre los 20 y los 34 años mientras que el 51% de las madres están entre los 10 y 24 años.

De un lado, puede afirmarse como las políticas para la prevención de gestaciones tempranas no ha tenido los efectos deseados, y como el enfoque que ha permeado la política nacional de salud sexual y reproductiva, la abstinencia sexual, quizás no es la mejor estrategia para abordar la temática.

Por otro lado, la percepción del riesgo por parte del adolescente (y mujeres con ya amplio número de niños o niñas) no es visible y no entran en consideración temáticas vinculadas con la calidad de

parentales: un ejercicio de clasificación conceptual y sociológica, en revista del ministerio de trabajo y asuntos social. Madrid, Numero 40.

vida como: deserción escolar, pérdida de futuras oportunidades económicas, y dificultades emocionales, físicas y financieras. Esta situación, directamente ligada a construcciones y representaciones culturales, entabla una directa relación con el “poder” que la sociedad ha otorgado a la adultez y a la maternidad como el mecanismo más próximo para alcanzarla; el que la edad del padre sea en la mayor parte de los casos mayor a la de la mujer, introduce elementos que permiten afirmar como la visibilización y valoración social de la mujer, como gestante y lactante, junto a contextos de bajas oportunidades para la formación y vinculación laboral, inciden de manera determinante en la construcción de proyectos de vida ligados a la conformación de un hogar “independiente” a temprana edad.

Cuando la mujer asume este status en la sociedad, comienza a construir su noción de salud alrededor del cuidado de los otros (hijos, esposo); esto implica, que ella descuida de manera directa su cuerpo, recreándolo con significados no para ella sino para los demás. Las prácticas de auto-cuidado y la reivindicación del cuerpo como territorio de autonomía, se desdibujan por la idea social de la mujer en su rol de madre o de rol de esposa, permeando la construcción de su imagen, así como su posición en el sistema social de salud.

El territorio de Britalia da cuenta de un fuerte movimiento de mujeres que ha reivindicado un sistema de salud libre de discriminaciones y que oriente sus servicios a partir de sus necesidades. Aunque las consultas de auto-cuidado han venido en aumento (bajos aun considerando el número de mujeres habitantes de la UPZ, la perspectiva de género en la atención no es visible; un ejemplo que permite evidenciar lo planteado es la toma de la citología como estrategia para la detección temprana de cáncer de cuello cérvico uterino (CCU), una práctica íntimamente ligada al auto cuidado. La detección temprana o precoz por citología reduce en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrable en la población (norma 412-2000).

Respecto detección temprana de citología, Britalia registra entre sus dos puntos de atención, 1.094 citologías (la segunda después de Geriátrico y Patios). La UPA Britalia presenta el mayor índice a nivel local de anomalías 13% y Class cerca al promedio 8%⁷⁵.

De otro lado es importante indicar como el proceso de detección y disminución de morbilidad y mortalidad por CCU, no termina con la toma de la citología sino por el contrario, con el seguimiento, apoyo y acompañamiento a la mujer.

Otro de los elementos que es pertinente visibilizar, es el de VIH/sida en la UPZ, siendo que Britalia es la segunda UPZ después de Timiza con mayor número de casos, el 17,9% a nivel local⁷⁶. Esta enfermedad sigue afectando mayoritariamente a los hombres 83,3%; sin embargo, cuando se

75 Programa de Cáncer de cuello, Ámbito IPS, Hospital del Sur

76 Hospital del Sur - Informe 2009, Programa de Salud Sexual y Reproductiva

analizan los rangos de edades y estado civil se expone una compleja situación alrededor de su presencia en el ciclo vital adulto mayor, y la exposición de las mujeres que intra-matrimonialmente no suelen utilizar preservativo.

Cuadro 15. La salud de las mujeres

El escenario de la salud de las mujeres, dinámico y ligado a las construcciones y roles de género que se perpetúan y producen y reproducen en la sociedad, significa entender como las mujeres, tanto por elementos biológicos como por asignaciones culturales, ocupan posiciones diversas en la estructura social. Esta posición, determina de manera específica sus grados de exposición y riesgo al ambiente que las rodea, así como edifica significados propios alrededor de la salud y su lugar en ella.

Temáticas como el embarazo adolescente, embarazo no deseado, derechos sexuales y reproductivos, cánceres de cuello cervico uterino y de mama, osteoporosis, menopausia, violencias, trastornos de salud mental, así como riesgos ocupacionales, son algunos de los ámbitos a analizar cuando se aborda la salud diferencial de las mujeres.

Fuente Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2009

Cuadro 16. El Movimiento De Mujeres

En el marco de los 17 días de activismo por la no violencia contra las mujeres, el movimiento de mujeres de la localidad, en un acto de incidencia política, reivindicó una salud sin discriminaciones de género que propenda por la salud diferenciada de mujeres y promueva y garantice sus derechos.

Fragmentos de la ponencia presentada: La salud de las mujeres especialmente, nunca ha sido vista desde el punto de la integralidad, es como si el cuerpo, la mente y también nuestros sentimientos, estuvieran en planos diferentes de la vida, cuestión ajena a nuestra realidad en tanto en nosotras las mujeres todo pasa por el cuerpo y nuestro cuerpo tiene sensibilidad y memoria; cuestión que no parece comprender quienes elaboran los planes y programas de salud...

Las mujeres... Queremos una UPA donde las dolencias en salud de las mujeres no sean asociadas a problemas hormonales, psicológicos, a la menopausia, a que tenemos mucho tiempo libre, a que nos inventamos que nos duelen cosas para llamar la atención.

Soñamos una UPA donde no nos sometan al tedioso paseo de la muerte que comienza desde el mismo momento en que nos entregan diagnósticos errados y los problemas de salud por los cuales hemos asistido, se van empeorando y tenemos que volver una y mil veces, hasta que ya no hay remedio para la enfermedad que nosotras detectamos a tiempo pero que el sistema de salud no quiso reparar

Proponemos una UPA donde las mujeres jóvenes sean capacitadas para multiplicar procesos de promoción y prevención de salud con sus compañeras de colegio, de barrio, con sus amigas; una UPA que no plantee barreras de acceso de acuerdo a la edad, que no haga discriminaciones generacionales

Soñamos con una UPA que sea un epicentro del activismo por los derechos de las mujeres, que promueva nuevos modelos de relacionamiento entre hombres y mujeres basados en la equidad y en el respeto, que abra sus puertas a las organizaciones y a los procesos de mujeres de la localidad.

Proponemos una UPA que priorice ante todo, la atención a mujeres víctimas de violencias, que les atienda con perspectiva de género y con enfoque de derechos y que por ello, se convierta en el referente institucional para remitir casos de violencias contra las mujeres

Pensamos una UPA que tenga un valor agregado también, que abra espacios para la implementación de procesos de medicina alternativa, que reconozca, aproveche y fortalezca los saberes ancestrales de las mujeres sobre el cuidado y la salud

POR TODO LO ANTERIOR QUEREMOS QUE LA UPA AMIGABLE DE MUJERES PARA KENNEDY SEA LA UPA BRITALIA, donde se ha hecho un proceso fuerte de empoderamiento de las mujeres y se ha promovido con fuerza el derecho a la salud, y queremos además, que el Hospital del Sur sepa, que en nosotras encuentra unas defensoras de su existencia como institución pública de la salud en nuestro territorio, que sepa que cuenta con muchas organizaciones de mujeres amigas en este empeño, que sepa que las mujeres de Kennedy estaremos dispuestas a participar, a contribuir en las gestiones necesarias, a acompañar y hacer seguimiento a todos los procesos que se implementen, que sepa que con nosotras puede contar, no hasta uno, ni hasta diez, sino contar con nosotras en este propósito tan noble⁷⁷.

Fuente Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2009

3.2.3.3 Núcleo problematizador: Servicios sociales que no reconocen la atención diferencial sobre la base de las necesidades de las personas en condición de discapacidad

La infraestructura urbanística del territorio, está caracterizada por la presencia de callejones, calles angostas, andenes reducidos, bajo número de parques, lo cual dificulta la movilización de las personas con limitación motora y/o visual, condición de discapacidad presente en el

77 MESA Organizaciones mujeres de Kennedy “Caminando hacia los encuentros ciudadanos”. Bogotá Noviembre 2009

territorio con frecuencia; esto, sumado a la inoportunidad en el acceso a los servicios de salud por la manera perversa como está concebido el sistema de seguridad social.

Otro aspecto identificado corresponde a la ausencia de colegios integradores para este tipo de población, en un territorio con amplio número de niños y niñas en condición de discapacidad. Se evidencia la falta de una respuesta integral coherente a las necesidades de las personas que presentan discapacidad en la UPZ. Esta situación se torna más crítica cuando alguna persona en esta condición requiere algún tipo de ayuda técnica para minimizar su discapacidad, no existe un programa coherente que facilite el acceso a este tipo de elementos, por otro lado cuando se trata de ingresar a alguno de los programas sociales de las entidades del distrito, en muy pocas oportunidades se prioriza o se tiene una atención diferencial con este tipo de población dada su condición.

En lo que se refiere a infraestructura y equipamiento, la norma es bastante clara, pero ni siquiera las respectivas entidades distritales encargadas de dar ejemplo, tienen contemplado el facilitar el acceso y la movilidad de estas personas dentro de sus instalaciones.

Los diferentes adelantos cognitivos frente al origen de la discapacidad, han significado mayores programas y proyectos que propenden por la garantía de la calidad de vida para la población en condición de discapacidad; el asumir que dicha condición es el resultado de la interacción de diversos factores entre los que se destacan lo social, lo epidemiológico y lo cultural⁷⁸, permite y ha permitido argumentar como la discapacidad es producto de la interacción de la persona y su entorno y como está determinada por disposiciones y oportunidades ambientales.

Según la caracterización del DANE 2008, Britalia presenta 2.101 personas en condición de discapacidad, frente a 25.467 a nivel local, es decir el 8% de la localidad; se identifican 815 hombres frente a 1.286 mujeres y la etapa del ciclo vital adulto, (25-59 años) es la de mayor prevalencia con 904 casos. En la caracterización de alteraciones permanentes se registran 5.301 casos de personas con alguna alteración, frente a 13.982 en Kennedy; de estas 20,9% responden a afecciones cardiorrespiratorias, seguido muy de cerca por personas con discapacidad móvil con un 20,1%; otras discapacidades que merecen ser mencionadas son discapacidad nerviosa con un 15,3%, visual con un 15,6%, y digestiva con un 10,7%.

La discapacidad como problemática se asocia a ausencia de herramientas para manejar dicha condición, estigmas sociales y políticas estructurales que desconocen las personas que requieren de especial manejo para su desarrollo personal y social. Analizando las barreras más comunes en la UPZ de Britalia, estas se relacionan en gran medida con la movilidad (escaleras, calles, transporte público, parques). Dichas barreras directamente relacionadas con nociones urbanísticas de ciudad.

⁷⁸ Decreto 470 de 2007. Por medio del cual se adopta la Política pública de discapacidad para el distrito capital.

Britalia, al caracterizarse a partir de la lógica de la autoconstrucción y el azar, es el sector donde por la estructura del espacio público la movilidad es una problemática significativa; presencia de andenes angostos, callejones, calles empinadas etc., se caracterizan como una barrera fundamental para la personas en condición de discapacidad y para sus cuidadores en lo que respecta a movilidad, accesibilidad y calidad de vida.

Frente a las razones por las cuales la población argumenta no recibir ni hacer parte de un proceso terapéutico es la falta de dinero (46,9%) razón que se convierte en la más concurrida, vale la pena destacar como el 3,8% manifiesta vivir muy lejos del centro de atención y el 2,8% argumentan no contar con un acompañante, sumando entre estas dos últimas causas 559 personas.

El no recibir tratamiento a tiempo puede atrofiar a personas con discapacidad y volver crónica su condición; cuando estas personas, así como sus cuidadores no reciben las herramientas suficientes y necesarias para la estimulación de la salud mental de ambos, esto se torna en un factor de riesgo para violencias, abandono, desnutrición entre otros.

Cuadro 17. Mujeres y Discapacidad

Para la UPZ, Las mujeres siguen siendo las más afectadas por la discapacidad; por edad, las mujeres mayores (60-69 años) son quienes concentran mayor índice de discapacidad (20,4%); importante mencionar como las mujeres entre 11 y 19 años ocupan el séptimo lugar en frecuencia por encima de personas adultas jóvenes (20-29)⁷⁹.

Fuente Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2009

3.2.3.3.4 Núcleo Problematizador: PRACTICAS VIOLENTAS

La violencia contra las mujeres, violencia intrafamiliar, y violencia social, como problemáticas ligadas a la salud mental, están directamente relacionada a diversos trastornos como estrés e irritabilidad. Se asocian a elementos socio-económicos como la informalidad e inestabilidad en el ingreso, a construcciones culturales y reproducciones sociales del poder, acentuadas en hombres y mujeres víctimas del desplazamiento forzado y en adultos y adultas mayores que consumen irresponsablemente bebidas alcohólicas (bebidas artesanales y licor adulterado), condiciones que presentan un complejo panorama de violencia en la UPZ 81, Britalia.

Otros factores que se desencadenan desde las propias familias, tales como, - Incoherencia entre lo que dicen y exigen los padres y lo que hacen. Falta de regularidad: lo que se castiga unas veces fuertemente, otras veces se desatiende. Tratos diferenciales: a unos hijos se les castiga lo que a otros se les permite hacer. Estimulación de la agresividad fuera del hogar pero supresión de ésta

79 Hospital del Sur - Caracterización Personas en condición de discapacidad. 2009

en el hogar con castigos. Ataques verbales como la ridiculización y regaños continuos. Relaciones flexibles y excesivamente permisivas con la madre, particularmente. Poco uso del razonamiento y el elogio. Poco interés y poca atención por sus hijos, evidentes en la despreocupación por su progreso educacional, su salud y su recreación. Riñas entre padres. Mutuo rechazo entre padres e hijos. Alcoholismo o drogadicción por lo menos en uno de los padres. Algún padre con antecedentes delictivos e inclusive una historia familiar con tradiciones delictivas.

Es evidente, que salud mental de la población del territorio esta muy influenciada por las distintas practicas violentas, así como la manifestación de diversas violencias en el sector, tienen diferentes factores actuantes e interactuantes que confluyen en la construcción de un fenómeno que evidencia la vulnerabilidad y los factores de riesgo a los que están expuestos, hombres, mujeres, niños y niñas en la cotidianeidad.

En este aspecto se expondrá la relación que tiene el consumo irresponsable de bebidas alcohólicas con problemáticas como las violencias, y posteriormente la presencia de episodios depresivos e intentos de suicidio en el sector; aunque los dos elementos no se corresponde de manera directa y/o causal, si son situaciones directamente vinculadas con la estabilidad y la salud mental de una comunidad.

En lo que respecta a la violencia contra las mujeres, investigaciones en Bogotá demuestran cómo, además de su marco cultural, ésta se relaciona, por los menos para el contexto que nos ocupa, con tres factores asociados: una historia de violencias (violencia cotidiana, violencia de crianza...), un excesivo consumo de alcohol y un menor estrato con sus directas implicaciones.

Tomar en cuenta estas relaciones, significa asumir más retos al momento de pensar respuestas integrales que propendan por desnaturalizar la violencia contra las mujeres. Al analizar las razones que las mujeres manifiestan para no denunciar acciones de maltrato, de acuerdo con información suministrada por las Comisarias de Familia (2006), es evidente como la cultura patriarcal de discriminación a lo femenino, la baja autoestima que ha significado este sistema social para la vida de las mujeres y la percepción social de la violencia, incide de manera específica y directa en la perpetuación de la violencia contra las mujeres.

Así, es posible afirmar como la perpetuación de la violencia, junto a las implicaciones que este hecho tiene en los sistemas de percepción, tiende a naturalizar la misma, normalizando comportamientos que reproducen o producen violencia contra las mujeres.

Si se revisan las cifras de violencia para el sector el panorama es el siguiente: el 61% de la violencia registrada por SIVIM80 , corresponde a violencia contra las mujeres, el 39% restante hombres.

80 Hospital del Sur. SIVIM 2009

Ahora bien, si se estudian los datos generales por edad el comportamiento es el siguiente: 15% de las violencias se concentran en los menores de 1 año, seguido de un 15% y 13% entre 25-29 y 39-34 respectivamente, merece ser mencionado la etapa de 1 a 19 años con el 10% de los registros.

A partir de esta información es posible afirmar como las mujeres siguen siendo las principales agredidas cuando se manifiestan practicas violentas; el énfasis en la edades demuestra como las mujeres en la edad adulta son más vulnerables a este tipo de prácticas y como la más amplia concentración de violencias entre menores de edad se debe, a que es en esta etapa de la vida, cuando los niños, las niñas y los jóvenes son víctimas de violencia, frecuencia que para ellos va disminuyendo conforme avanza la edad. Esta situación debido a las construcciones de género en la cultura y la reproducción social de la violencia.

De manera específica, en Britalia se identifica un sector de peligro para la agresión sexual (violaciones), cerca al colegio Jaime Garzón y presenta un número de 15 mujeres violentadas sexualmente, frente a 2 hombres, para un total de 17 casos en la UPZ.

La ideación o intento suicida, otra problemática ligada a la salud mental de mujeres y hombres, y sujeta a sistemas sociales opresores, cargas cotidianas desbordantes, expectativas sobre posibilidades, enmarca un relación con la violencia contra las mujeres, la violencia social y el consumo de licor, esto sin embargo no de manera causal. La UPZ registra 412 reportes de intento o ideación suicida, de estos 163 corresponden a hombres es decir el 39%, frente a 249, que son 61% en mujeres. Si se revisan las observaciones cerca del 80% de los casos no pueden ser tratados por diversos motivos. Algunas investigaciones afirman que el número de intentos e ideación es mayor en mujer, pero el número de suicidios consumados es mayor en hombres⁸¹.

Cuadro 18. Práctica Violentas

Tiendas para el expendio de bebidas alcohólicas se localizan por todo el territorio, específicamente en el sector de Class, Britalita y Villa Andrea, donde se ubican expendios de bebidas artesanales a menor costo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas y el VESPA, el alcohol es la droga más consumida seguida por la marihuana.

Sin contar los daños fisiológicos que el consumo de licor produce en el organismo (neurológicos, cáncer), es importante señalar los acontecimientos asociados a este como el hurto, asesinato y accidentalidad (siendo la persona consumidora tanto agredida como agresora).

El Plan de Desarrollo Local Kennedy, ha priorizado el tema de la violencia contra las mujeres como resultado de los encuentros ciudadanos, y del trabajo del movimiento de mujeres de la localidad, con fuerte presencia en el sector.

81 Revista cubana de medicina integral general. Numero 14.

Proyectos para erradicar la violencia contra las mujeres, en el Fondo de Desarrollo Local, significa la incorporación del tema en la agenda social, y la visibilización de una problemática oculta en los hogares de miles de mujeres, durante muchos años.

Fuente Hospital del Sur. Lectura de Necesidades 2009

3.2.3.3.5 Núcleo problematizador: escenarios y programas que no reconocen las necesidades y oportunidades para la infancia y la juventud.

El mínimo de escenarios para la garantía de oportunidades en formación y ocupación del tiempo libre para jóvenes y jovencitas, la existencia de programas incoherentes a las dinámicas socio-económicas del territorio, así como las restricciones para la juventud por situación militar indefinida y bajos grados de escolaridad, han propiciado la construcción de grupos futboleros conflictivos, y un amplio número de jóvenes consumiendo sustancias psicoactivas y perpetuación de violencias callejeras.

El tema de las oportunidades y estigmatización hacia los jóvenes, ha sido una constante en las agendas comunitarias, especialmente de organizaciones juveniles, que plantean propuestas para el desarrollo local. Como tal, la construcción de la juventud ha estado ligada a valores como la libertad, la rebeldía, la independencia y sujeta a formas de entender la vida y de relacionarse con la misma que responden a nuevos contextos y referentes culturales e identitarios, que pareciesen para el resto de la sociedad, salidos de la normalidad. Es por esta situación, que se considera prioritario introducir en el análisis de la UPZ la situación de jóvenes y jovencitas, y específicamente su posición frente a las oportunidades de formación, como herramientas para la construcción de alternativas y proyectos de vida.

En el territorio existen un gran número de dificultades que se presenta y se reconocen fácilmente pero sin duda podemos mencionar un factor fundamental es la estigmatización que se tiene sobre los y las jóvenes en la generalización como actores y generadores de conflicto, con esto no queremos decir que este ciclo vital no participe de hechos delictivos y delincuenciales en los territorios, sino que se ha extendido a toda la comunidad juvenil especialmente en los territorios de Britalia. Otro de los factores determinantes en problemáticas juveniles son el tema de la permanencia en la educación media y acceso a la educación superior, donde los jóvenes de estos sectores tienen índices muy bajos de acceso a universidades públicas o privadas, siendo esto una alternativa cada vez más lejana por las mismas condiciones económicas que presentan los y las jóvenes en los territorios.

Britalia, también tiene alto índice en los últimos años de jóvenes vinculados a las pandillas muchas de ellas ubicadas en las rondas del río Bogotá y en la parte accidental del territorio, este aumento

de jóvenes a disparado el consumo y venta de SPA en los sectores aledaños del colegio Manuel Cepeda Vargas y el colegio Class, estos grupos juveniles se les atribuyen los robos a jóvenes que salen de los establecimientos educativos y residentes que llegan a altas horas de la noche; al igual que se han generado sitios o espacios de miedo donde la comunidad no puede transitar a determinadas horas por el temor de ser víctimas de hechos delictivos .

En el sector de Britalia, no todos los jóvenes se dedican a la delincuencia, es importante tener presente que los y las jóvenes tienen hoy una nueva manera de soñar y de ser actores derivada de la nueva condición juvenil, de factores de su entorno que influyen en el desarrollo de las mismas. Ellos y ellas, tienen deseos de aportar y de tener iniciativas propias desde diferentes puntos de trabajo enriqueciéndose de la diversidad de manifestaciones y experiencias de organización juveniles, individuales o de iniciativas no organizadas ya que en este territorio los jóvenes tiene también una alta tendencia a la no organización o que estén esquematizados dentro de un llamado colectivo o grupo. Entre tanto, esos sueños y deseos no necesariamente se concretizan en proyectos de vida y cuando lo hacen se muestran escasos o de poco alcance. Los y las jóvenes se centran en el presente y a lo largo de él van construyéndose como jóvenes.

En un territorio como el descrito las condiciones de vida no son las más óptimas y la urgencia de suplir necesidades básicas es perentoria, este panorama no permite que muchos de los y las jóvenes visibilicen el futuro de manera clara y que sean cooptados de maneras fácil por sectores que los orientan hacia una subcultura de la ilegalidad, en donde hay una inversión de valores que se fortalecen de manera negativa por la falta de oportunidades para estudio y trabajo.

De 260.705 jóvenes en edades entre los 5-19 años en la localidad 8, en Britalia habitan 18.574, el 7% del nivel local, un amplio número de jóvenes para la extensión territorial del sector. De manera general es posible afirmar que en la UPZ se ubican tres colegios de carácter público: IED Britalia o Manuel Cepeda Vargas (5 sedes), IED Jaime Garzón (concesión) e IED Class (3 sedes).

Se puede analizar que la tasa de deserción local⁸² es de 2,5 (sector público), 4,14 colegios distritales y 1,04 colegios en concesión y/o convenio; esto hace posible afirmar como los índices de deserción en la UPZ son bastante altos, asociados a problemáticas ligadas a situaciones socio-económicas y a la valoración social que recibe el dinero y la educación. Uno de los elementos que incide de manera determinante es la cultura paramilitar mafiosa que ha permeado sectores populares de la capital, movilizandoo prácticas para el dinero fácil y estilos de vida extravagantes. Como se menciona anteriormente las violencias callejeras entre los 14 a los 35 años siguen siendo la primera causa de mortalidad en la localidad.

Otro de los elementos que ha caracterizado la dinámica de la juventud ha sido la conformación de grupos futboleros, que en ocasiones han protagonizado conflictos y riñas por disputas entre

⁸² SED, tasa de deserción escolar 2008, Localidad de Kennedy

hinchadas; el parque de Villa Andrea se ha caracterizado como epicentro de los mismos, significando una progresiva pérdida del espacio por parte de los allí residentes⁸³.

Es importante analizar también las condiciones laborales las cuales muchas de estas mantienen una situación de precariedad y sin contar con una carga prestacional que deben tener los empleadores con la mano de obra especialmente con la juvenil; muchos de los jóvenes son explotados laboralmente y estos abusos son especialmente por la situación de necesidad que los obligan a aceptar a estas condiciones que no son dignas dentro de un estatuto laboral. Por otra parte, esta el gran número de jóvenes que se dedican a la informalidad, viven del llamado rebusque que generalmente son ventas, bici taxis, coteros, construcción, reciclaje etc. Dentro de este trabajo la Secretaria de Integración Social y la Subdirección para la juventud se ha propuesto promover las iniciativas juveniles ligadas a procesos productivos enfocándola en su condición de proyecto de vida.

El SENA ha firmado convenio para formación a jóvenes en tres ámbitos de acuerdo a las características de la localidad: tecnólogo en juzgamiento, técnico en deportes y técnico en saneamiento ambiental. Sin embargo uno de los limitantes que presentan los jóvenes para acceder a este tipo de oportunidades es la situación militar indefinida y grados de escolaridad, 9° o bachiller. También se han realizado convenios con grandes superficies para la empleabilidad de los jóvenes barristas.

3.2.3.3.6 Núcleo Problematizador: problemáticas ambientales

La convivencia de seres humanos con equinos y porcinos en espacios habitacionales, la segregación inadecuada de residuos sólidos, como factor para la invasión del espacio público, así como una amplia presencia de roedores y zancudos por todo el territorio de Britalia, caracterizan la presencia de un sector con alta contaminación por residuos sólidos y elemento generador de enfermedades respiratorias y diarreicas.

El tema ambiental se complejiza en el sector vecino a la ronda del rio Fucha, en donde los barrios adyacentes sufren las consecuencias del manejo inadecuado de residuos sólidos, la convivencia con todo tipo de animales, la aparición de vectores y roedores como consecuencia de los altos niveles de contaminación, problemáticas que determinan un retroceso en el bienestar ,a salud y la calidad de vida de las familias de esta parte del territorio.

El ambiente se caracteriza como un determinante fundamental para la construcción del concepto de salud de las comunidades, y para la configuración de su hábitat, específicamente la

⁸³ Mesa Local de Barristas 2010, Localidad de Kennedy

problemática de Britalia se central en la disposición inadecuada de residuos, la invasión del espacio público y la presencia de vectores

De acuerdo a la comunidad y el proyecto de la Secretaria de Gobierno 412 - ZAI (Zonas de Atención Integral), la UPZ registra presencia de basuras por desorganización de la comunidad frente a los horarios de recolección, presencia permanente de escombros y calles sin pavimentar; situaciones que afectan la proliferación de vectores y el desorden urbanístico y se convierten en factores de riesgo para enfermedades de la piel, respiratorias y zoonóticas.

Frente al tema de control de vectores, el componente de medio ambiente del Hospital del SUR, reporto que el 7% de las fumigaciones realizadas en el 2009 se concentraron en Britalia, específicamente en los barrios de Villa Andrea, Villa Anita, Casablanca y Britalia, es decir cuatro barrios de la UPZ frente a los 52 barrios o sectores fumigados a nivel local.

De manera específica es de anotar como las políticas tendientes a regular los recursos naturales y los elementos relacionados con un ambiente de calidad no son efectivas, pues el espacio público sigue siendo propiedad de unos, en la ronda del Rio Fucha no se implementa un plan de manejo integral y el manejo de escombros sigue sin una efectiva regulación. Por otra parte, es evidente como la comunidad no ha sido parte de procesos de educación ambiental por interés propio, que les permita generar herramientas para el manejo de basuras, uso y disfrute de espacios públicos, uso racional de energía, y promoción de la arborización etc.

En el trabajo realizado por los núcleos de gestión de SASC del territorio (Class), al rededor de la recuperación de espacios deprimidos por el vertimiento y dispersión desorganizada de basuras. Este tipo de estrategias permiten resocializar espacios comunales y vincularlos como símbolos del efecto antrópico positivo que todos y todas deberían tener.

Cuadro 19. Núcleo de gestión SASC - UPA Class.

“El proceso de participación social en salud en el territorio de Class, permitió generar una iniciativa conjunta entre instituciones y comunidad para resignificar espacios críticos generadores de vectores, enfermedades y que además deterioraban el paisaje y el espacio público, al lado de una comunidad educativa.

Es así, como se realizó una jornada ambiental que permitió la limpieza de dos puntos críticos en la Carrera. 80 con calle 55 y la Carrera. 81ª con calle 56. Además de limpiar de basuras el lugar, se resignificó simbólicamente este espacio con la siembra de cientos de flores hechas con material reciclable, lo que ha permitido la sostenibilidad de este trabajo y ha generado un espíritu colectivo de cuidado del entorno, expresado en acciones particulares como: el mejoramiento del cerco del jardín simbólico, la gestión de recursos para la materialización de obras como andenes en dicho lugar, el mejoramiento de la fachada del colegio frente a ese sitio, entre otras.

Al interior de la institución educativa (Colegio Manuel Cepeda Vargas) se realizaron jornadas pedagógicas en zoonosis, educación y autonomía sexual y planificación familiar; con otras intervenciones de la ESE y otras instituciones (Ciudad Limpia, JAC Class, Policía Comunitaria, Comité Ambiental del Colegio Manuel Cepeda, entre otras) se realizaron actividades como vacunación humana, charlas sobre manejo de residuos, almacenamiento de aguas en el hogar y prevención de enfermedades zoonóticas.

Como valor agregado, jardines, organizaciones y comunidad en general, se han acercado luego de la jornada al equipo de SASC en la UPA 91 a solicitar apoyo para experiencias similares, así como a proponer acciones conjuntas para mejorar el medio ambiente en el territorio, promover iniciativas en salud sexual y reproductiva con jóvenes y adolescentes, entre otras situaciones que nos permiten afirmar que ha sido una experiencia exitosa que ha legitimado el trabajo que hacemos para promover la salud y prevenir la enfermedad”

Fuente: Núcleo de Gestión - Equipo SASC, UPA Class – 2009

Cuadro 20. Datos Ambientales de la Comunidad

De acuerdo al Proyecto 412 – Zonas de Atención Integral (ZAI), la comunidad expresa que la UPZ registra presencia de basuras, entre las carrera 81h entre calles 43 y 46 sur, carrera 85ª entre calle 43 y 46 sur y la calle 45 bis sur con carrera 80i, presencia de escombros, entre las carreras 85ª entre calles 43 y 46 sur y la carrera 81h con calle 49 sur, calles sin pavimentar; ligados a afecciones por polvo fino entre las calle 45ª sur entre carreras 80i y 80j, carrera 81 entre calle 45 bis sur y calle 45 bis sur entre las carreras 81g y 81h e invasión del espacio público por talleres y chatarrerías del sector, entre la calle 43 sur entre carrera 81h y Av. Ciudad de Cali.

Fuente: Proyecto 412 Zonas de Atención Integral - 2009

3.2.4 TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 4 - UPZ CORABASTOS

La UPZ Corabastos, correspondiente al territorio 4 de la GSI, se identifica con su gran paradoja, en relación a que por un lado, cuenta con una gran dinámica económica al rededor de la central de abastecimiento de Corabastos y por otro su población vive condiciones de miseria relacionadas con la falta de empleo y los altos índices de desnutrición en la población que allí habita.

En concordancia a estas problemáticas y reconociendo los avances comunitarios y de movilización, el trabajo de la GSI ha hecho parte del proceso en relación a las implicaciones del decreto 263 del 7 de Julio de 2010 por medio del cual se reglamenta la UPZ 80, partiendo de un análisis y conceptualización frente al papel de este territorio dentro del plan de ordenamiento territorial, logrando un avance comunitario significativo y articulaciones entre procesos que finalmente buscan contribuir a la construcción de un territorio digno.

Mapa 12. Territorios GSI No. 4 Corabastos - 2010



Fuente: Hospital del Sur – 2010

La UPZ 80 Corabastos, está conformada por 20 barrios que crecieron en torno al humedal de la chucua de la vaca y la Central de abastos más grande del País, Corabastos; limita al norte con la avenida de las Américas, al oriente con la avenida Agoberto Mejía (Cra. 86) al sur con la avenida Ciudad de Villavicencio (Cl. 43 sur) y al occidente con la avenida Ciudad de Cali. A finales de la década de los ochenta (1986), se comenzaron a desarrollar los primeros asentamientos humanos en el sector de la Chucua de la Vaca en los barrios hoy denominados Villa de la Torre y Villa de la Loma. Los urbanizadores piratas, aprovechando el abandono de este terreno por parte de las autoridades Distritales, comienzan los rellenos ilegales y la indiscriminada invasión del humedal.

Siendo la necesidad más sentida, la falta de servicios públicos domiciliarios los habitantes de los primeros barrios decidieron organizarse y nombrar líderes o representantes, naciendo las primeras juntas de acción comunal J.A.C y posteriormente el Comité Sectorial de la Chucua de la Vaca, fue de esta manera como se emprendió una ardua tarea para conseguir los servicios públicos y la legalización de los barrios. Posteriormente comenzaron a visitar todas las entidades Distritales EAAB, EEB, ETB, DAPD, DACD, IDU ETC, pero las puertas se cerraban cada vez que se mencionaba el sector porque para la ciudad no existía ya que solo era una mancha de agua que aparecía en los mapas y planos de la ciudad de Bogotá.

A mediados de 1995, la Alcaldía Mayor realizó un cabildo abierto en el barrio Castilla de Kennedy, para hablar sobre el tema de humedales de la localidad. Fue así, como la comunidad decidió realizar el primer encuentro con las entidades Distritales en un foro que se llevo a cabo el 25 de enero de 1996 en el sector donde asistieron más de 4000 personas de la comunidad y todo el gabinete de la Alcaldía Mayor. De ese encuentro se organizaron las mesas de trabajo que se desarrollaron en la secretaría de Gobierno mensualmente durante un año.

Reclamando los servicios públicos, la legalización de los barrios, escrituras etc., el gobierno Distrital dio a conocer que la UPZ no existía para la ciudad y por lo tanto no tenía derecho a reclamar nada, razón por la cual la comunidad organizó el segundo foro que se llevo a cabo en el mes de agosto de 1998 en el polideportivo Cayetano Cañizares, con la asistencia de más de 2500 personas de la comunidad y la presencia de los Concejales de la ciudad y la administración local. En éste evento se promovió el cambio del uso del suelo teniendo en cuenta que para esa fecha el sector (14 barrios) contaba con más de 35.000 habitantes; lográndolo el 10 de Noviembre de 1.999 mediante el acuerdo 035 en el que se establece que de la gran laguna Humedal la Vaca (25 Ht) solo quedaron (9 Ht) distribuidas en dos sectores; sector Norte (7,9 Ht) y sector sur (2 Ht). Con esto también se logra la legalización parcial de algunos barrios del sector. Pero también, queda claro que las familias que estaban ubicadas dentro de la zona de ronda debían salir del sector.

Varios censos realizados a dicha población, desde el año 1994 hasta el año 1999 da como resultado la cifra de 160 familias ubicadas en la zona de ronda y preservación ambiental predominando el número de niños. Para concluir con el programa de Reasentamiento (reubicación) de las familias en conflicto mejorando sus condiciones de calidad de vida. La presión

de los líderes comunales hace que la alcaldía mayor a través del programa de Desmarginalización legalice la totalidad de los barrios terminando en diciembre del año 2000.

La empresa de E.A.A.B. con el acompañamiento y respaldo de los comunales, comienza los diseños para la construcción de las redes de acueductos y Alcantarillados de todo el sector, trabajo que termino en el mes de Julio del 2001. Como Comité la comunidad de Corabastos participo de todos los encuentros Ciudadanos y en Septiembre del 2001 se entrego a la Alcaldía Local de Kennedy un Proyecto Macro solicitando la legalización del Acueducto y Alcantarillado para este Sector. En el Mes de Noviembre del 2001 El Alcalde Local de Kennedy aprueba por decreto en el momento de la distribución del Plan de inversión Local \$1.061 millones de pesos para la construcción de las redes de Acueducto. Estos recursos son manejados por la UEL del E.A.A.B.

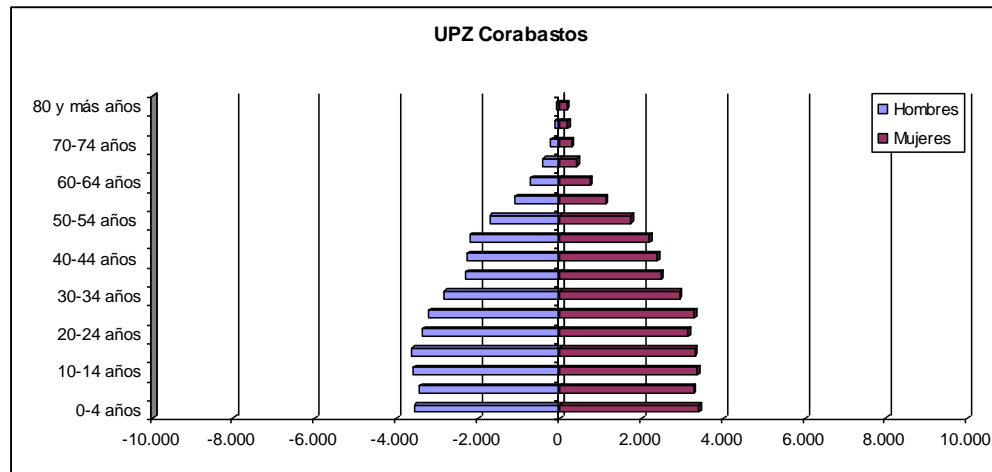
En virtud de este apoyo por parte de la Alcaldía Local de Kennedy, la E.A.A.B. el cual aporta \$15.000 Millones de pesos para la construcción del Alcantarillado de Aguas negras y Aguas Lluvias y los colectores en los dos caños por medio de tubería. La parte de consultoría y licitación, de estas obras se realizaron en los seis primeros meses del 2002, y en el mes de Septiembre de este mismo año se dan inicio a las Obras.

El 24 de agosto de 2002, el Comité Sectorial en Coordinación con la J.A.L. de Kennedy, organiza un cabildo abierto en polideportivo Cayetano Cañizares, con el fin de dar a conocer a toda la comunidad, el plan trazado por las entidades Distritales para el desarrollo del sector. Asistiendo a este como entidades citadas, la E.A.A.B., la Caja de Vivienda Popular, el DAMA, Planeación Distrital, Catastro, IDU, Trasmilenio, entre otras. Lo que para los dirigentes comunales fue un rotundo éxito, la asistencia y comportamiento de la comunidad, los informes por parte de cada entidad y poder demostrarle a la administración Distrital y local que trabajando unidos, constante y con sentido social se logran grandes cosas.

3.2.4.1 Piramide Poblacional UPZ Corabastos

Como elemento importante para el análisis del territorio, se presenta a continuación la pirámide poblacional que sustenta la realidad en términos poblacionales la dinámica del territorio:

Figura 46 Piramide poblacional upz corabastos



Fuente: Proyección censo DANE 2005-2009

Según su forma, la pirámide es estancada. El 50% de los habitantes de la UPZ Corabastos son de género femenino, siendo el grupo quinquenal de 0 a 4 años el de mayor participación en cuanto al género masculino el grupo quinquenal más representativo es el de 15 a 19 años. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (36.5%), seguido de la infancia (29.8%), los jóvenes (28.8%), y la menor participación es la de las personas mayores (4.9%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con un equilibrio en la distribución por género.

3.2.4.2 Una mirada desde las etapas del ciclo vital

La UPZ 80 Corabastos es un territorio diversamente habitado por familias, personas en condición de desplazamiento, madres trabajadoras cabeza de familia, vendedores ambulantes, recicladores, corteros, trabajadoras sexuales, rebuscadores, coteros, reducidos, “zorreros”, “lichigueros”, organizaciones sociales, pequeños comerciantes, habitantes de calle, entre muchas otras personas. Es por esto, que Corabastos es considerado como un territorio de contrastes; pese a estar ubicada estratégicamente, con la mas grande e importante central de abastecimiento de alimentos, en donde se mueven millones de pesos diarios y se acopia la comida para todo el país, se ve como también es uno de los territorios más frágiles y con más inequidades de la ciudad y de la localidad de Kennedy. Alimentos se ven por grandes cantidades pero el nivel de desnutrición de los habitantes a su alrededor es uno de los más altos de la localidad, los niños y niñas de esta UPZ, se consideran poco afortunados en cuanto a la oportunidad de tener una alimentación oportuna y balanceada; además se ven también niños trabajadores explotados, abuelos coteros, mujeres explotadas, jornaleros.

De allí, se puede concluir que no es la disponibilidad física de los alimentos, sino las condiciones económicas y culturales, las causas principales para que niños y niñas menores de 10 años, y las gestantes, especialmente las jóvenes, sufran estados de inseguridad alimentaria y nutricional. Es decir, la falta de oportunidades laborales dignas, de acceso y permanencia en el sistema educativo, las ideas preconcebidas con respecto a la alimentación y la falta de continuidad en el período de lactancia materna, son las principales causas de esta problemática.

En cuanto a los jóvenes se evidencia el riesgo de consumo asociado a las ventas ambulantes con pocas medidas higiénicas, donde se consumen alimentos en descomposición y/o recogidos en las calles; el consumo bajo esta condición, puede producir infecciones intestinales, enfermedades que de no tratarse adecuadamente pueden producir graves complicaciones e incluso la muerte.

Por otro lado cabe destacar que la UPZ Corabastos solo cuenta con 3 sedes de colegios que atienden principalmente la básica primaria con cobertura insuficiente y tan solo 1 establecimiento educativo con secundaria incompleta (hasta grado noveno), lo que genera que los niños y niñas tengan que desplazarse a otras UPZ a recibir su formación completa. Adicional a esto se ha generado una gran preocupación frente al tema de infraestructura del sector educativo especialmente en la sede Pablo VI ubicado al interior de la central de abastos “Corabastos” el cual no garantiza adecuada calidad en la prestación del servicio.

Otro problema que se considera afecta tanto a niñas y niños de la UPZ Corabastos, es el hacinamiento, para esto inciden factores como el desplazamiento y el desempleo, la vivienda barata y la cercanía a la central de abastecimiento Corabastos, como fuente de empleo, haciendo de esta UPZ el hábitat de un sin número de familias. Algunos propietarios adaptan sus viviendas a espacios multifamiliares, cuyo principal objetivo es la generación de ingresos, sin adecuación estructural para este uso, y otros, comparten el uso con animales, principalmente equinos, por ser este su medio de trabajo. Dicha situación, se traduce en hacinamiento en condiciones higiénicas desfavorables que aportan a la multicausalidad de la enfermedad afectando por su condición de vulnerabilidad a niños y niñas que hacen parte de estas familias.

Por otro lado, debido a los bajos ingresos económicos y niveles educativos de las familias, sumado a deficientes oportunidades de acceso a educación, salud, vivienda y recreación, propicia que niños y niñas de esta UPZ sean víctimas de una violencia sistemática; cumplir la función de proveedores primarios en las familias, en ocasiones ser correos humanos para el transporte de droga y la herencia cultural de violencia, reproducida por padres y madres como forma habitual de aprendizaje y crianza, son las variables que caracterizan e inciden en actos violentos contra niños y niñas del sector.

En esta UPZ las posibilidades económicas que brinda el negocio de las drogas, así como el amplio mercado para su comercialización, se caracterizan como elementos que posibilitan la producción, venta y consumo de sustancias psicoactivas en el territorio. Dicho mercado, facilitado por la presencia de la central de abastos “Corabastos” y de escenarios de indigencia, ha impactado de

manera negativa las dinámicas sociales y culturales del sector; altos índices de violencia, conflictos sociales por disputas territoriales, así como consumidores en todas las etapas del ciclo vital, viéndose más involucrada la juventud. Es así como las consecuencias sociales de este tipo de actividad no solo se limita al incremento de la violencia por diversos factores, sino el aumento de consumidores y la posible vinculación al mercado por parte de los jóvenes lo cual complejiza aún más el panorama.

De otro lado, este escenario posiciona en la agenda el tema del embarazo adolescente como problemática de salud pública, tanto por sus efectos para el desarrollo de una sociedad (superación de la pobreza, educación, oportunidades para la vida) como para la salud física y mental de la adolescente. Especialmente para esta UPZ, de 534 gestantes identificadas, el 1,5% se encontraba entre los 12 y 14 años (8), y 176, es decir el 33% se encontraba entre los 15 y 19 años. De estas, el 60% presenta anormalidad en su peso, ya sea este bajo, obesidad o sobre peso.

3.2.4.3 Como leemos el territorio

Reconociendo este territorio como uno de los más marginados de la localidad y en relación a sus múltiples problemáticas se presentan a continuación las condiciones que lo configuran como tal y que corresponden con la preocupación de su comunidad frente a sus altos impactos:

3.2.4.3.1 Núcleo Problematizador: Informalidad Vs Hacinamiento

La situación social y económica que caracteriza el país, sumado al conflicto armado interno, ha generado un incremento sustancial en el fenómeno del desplazamiento y ha legitimado la economía informal. Evidencia de esto, ha sido la central de abastecimiento - CORABASTOS - de la cual se ha construido un imaginario en el común de la población que la relaciona directamente con posibilidades de empleo de mano de obra no calificada - coterros y venta ambulante -, como con la posibilidad de acceso fácil a alimentos por ser esta plaza la que distribuye más de 11,10084 toneladas de alimentos diarios para todo el país. Aunque la realidad del sector no es precisamente ésta, sin desconocer el sin número de empleos formales e informales que la central genera, la población sigue arribando y las problemáticas sociales aumentando: violencias, venta, producción, consumo de sustancias psicoactivas, hacinamiento, prácticas sexuales inseguras e inseguridad alimentaria.

De 14.067 personas caracterizadas por Salud a su Casa hasta el 2008, es decir el 21% de la población total de la UPZ: el 32,4% manifestó encontrarse vinculado a un trabajo de manera formal, frente a un 26,8% que recibe sus ingresos de un trabajo informal, es decir 4.557 personas, y 29,4% que se encuentra sin empleo. Cuando se analiza el tipo de ocupación, el mal llamado trabajador no calificado encabeza la lista con 47%, seguido de mujer trabajadora en los oficio del hogar con 21%; del mismo modo, son evidentes los bajos grados de escolaridad, ligados a las pocas oportunidades de acceso a educación técnica, universitaria y posteriores, pues tan solo el 0,2% de los caracterizados tiene estudios técnicos, es decir 29 personas.

Tabla 19 Perfil ocupacional de población de Corabastos

M.T.	Agricultor	Amas de casa	Fuerzas Militares	Ninguno	Profesional titulado en cualquier área	Profesional titulado y especializado	Técnico y tecnólogo en cualquier área	Trabajador no calificado	TOTAL
SASC UPZ 80	8	2.203	37	3.091	6	4	29	4.899	10.278
%	0%	21%	0,3%	30%	0%	0%	0%	47%	100%

Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Base de datos de caracterización de SASC, 2009.

Ahora bien, frente a la zona concreta de la central de abastecimiento, la proliferación de vendedores ambulantes de toda índole, ha generado un aumento en la invasión del espacio público; durante el 2009 las autoridades locales de Kennedy desalojaron a más de 600 vendedores asentados ilegalmente en el centro de abastos. Sin embargo esta problemática, ha generado conflictos permanentes con las autoridades debido a que por un lado, los vendedores esgrimen como argumento que esa es su única fuente de empleo, mientras las autoridades locales plantean una reubicación que no satisface los intereses de la población.

La dinámica económica de Corabastos facilita la creación de empleos informales y con esto el imaginario social de ser un centro con altas posibilidades de trabajo. La zona de la 38 sur se ha caracterizado como un lugar de emplazamiento para vendedores ambulantes que ofrecen alimentos de menor calidad y a menores costos, mientras que sobre la entrada principal frente a la plaza de las flores, los vendedores minoristas aprovechan la afluencia de público para desarrollar su trabajo. Otros de los empleos informales presentes en el sector, son los vendedores de tinto, onces, corotos y quienes cuidan automóviles, entre otros.

Uno de los aspectos más sobresalientes del contexto de esta UPZ, es la amplia oferta de los alimentos (disponibilidad física); que resulta paradójica frente a la problemática de inseguridad alimentaria que se evidencia en el sector. Esta vulneración al acceso a los alimentos se presenta por los bajos niveles de ingresos económicos percibidos por los miembros de las familias que habitan este lugar; la inestabilidad económica por empleo informal y la imposibilidad para satisfacer necesidades básicas, hace que las familias compren sus alimentos día a día, lo que aumenta el precio de los mismos.

Por otro lado en la UPZ se observan condiciones de hacinamiento que no es otra cosa que la expresión de problemas de fondo como el desplazamiento y el desempleo, originando que en una vivienda se albergue un considerable número de familias. Los riesgos de esta problemática se asocian directamente con las características físicas y las carencias habitacionales de las viviendas, agudizándose con la alta concentración de animales los cuales se vinculan a la actividad económica de la población (zorreros, carreteros) y la cultura del lugar de origen.

Según cifras de Codhes durante el año 2008 se presentaron 380.863 personas desplazadas en Colombia, de las cuales 56.087 fueron recepcionadas por Bogotá, es decir, el 14.72%. Se estima que a Kennedy llegaron alrededor de 1.196 hogares, es decir, un número aproximado de 6.458 personas con un promedio de 5,4 personas por hogar, cifra significativa en relación al total de la población desplazada que llegó a Bogotá, representando el 11.49 %.

Cuadro 21. Desplazamiento

De acuerdo con Salud a su Casa, esta UPZ es un escenario de recepción para población desplazada, de 18.050 personas caracterizadas durante el año 2008, es decir el (26%) del total de la población de Corabastos (69.277), 234 personas se declararon en condición de desplazamiento, es decir, se encontraban dentro del registro de personas desplazadas y 125 en situación de desplazamiento, es decir, aún no se encontraban reconocidas oficialmente. Esto quiere decir, que 2 personas de cada 100 que habitan esta UPZ se encuentran en condición o situación de desplazamiento, cifra, que aunque significativa, no representa la totalidad de la problemática.

Dentro de las causas principales que producen esta problemática se encuentran el conflicto armado interno que sufre el país, el modelo de desarrollo sustentado en la concentración de la riqueza y en la inequitativa distribución de los medios de producción, especialmente, la tierra, y en la incapacidad del estado de ofrecer respuestas satisfactorias a esta población. Como principales consecuencias se resalta el desarraigo, no solamente físico, sino también simbólico, cultural y emocional, el cual genera rupturas traumáticas entre las formas de relación social bajo las cuales estas personas desarrollaban su vida y las nuevas formas de relación que les son impuestas por las dinámicas de la ciudad.

Fuente: Hospital del Sur. Salud a su casa 2009

Ahora bien este aumento de factores como el desplazamiento y el desempleo, la vivienda barata y la cercanía a la central de abastecimiento Corabastos como fuente de empleo, hace de la UPZ el hábitat de sin número de familias. Algunos propietarios adaptan sus viviendas a espacios multifamiliares, cuyo principal objetivo es la generación de ingresos, sin adecuación estructural para este uso, y otros, comparten el uso con animales, principalmente equinos, por ser este su medio de trabajo. Dicha situación, se traduce en hacinamiento con condiciones higiénicas desfavorables que aportan a la multicausalidad de la enfermedad.

Corabastos se caracteriza por contar con 15.846 viviendas, 17.113 hogares y 69.277 habitantes, es decir 4,07 individuos por hogar; Salud a su Casa, ha caracterizado 5.482 familias, de las cuales el 9,4% presenta situación de hacinamiento, es decir, más de tres personas en una habitación (por cada 100 habitantes, 9,4 viven en condiciones de hacinamiento). Las consecuencias más relevantes de esta situación se asocian al riesgo de adquirir enfermedades por inadecuadas condiciones higiénicas de las viviendas, la posibilidad de presentarse agresiones sexuales en niños, niñas y mujeres, así como la convivencia con vectores plagas. En este sentido, es posible afirmar que el hacinamiento en Corabastos está asociado a la recepción de población desplazada, al aumento de la informalidad y a la ausencia de una política social de vivienda de interés social, que proporcione a estas poblaciones una vivienda digna y adecuada. Algunos de los factores que se caracterizan como barreras de acceso para hacer parte de un programa de vivienda de interés social se relacionan a la ubicación de dichos proyectos en espacios ultra periféricos de la ciudad y al pago de los mismos en cuotas de más de 10 años.

3.2.4.3.2 Núcleo problematizador producción, venta, distribución y consumo de sustancias psicoactivas

Las posibilidades económicas que brinda el negocio de las drogas, así como el amplio mercado para su comercialización, se caracterizan como elementos que posibilitan la producción, venta y consumo de sustancias psicoactivas en el territorio. Dicho mercado, facilitado por la presencia de Corabastos y de escenarios de indigencia, ha impactado de manera negativa las dinámicas sociales y culturales del sector; altos índices de violencia, conflictos sociales por disputas territoriales, así como consumidores en todas las etapas del ciclo vital, son situaciones que caracterizan sectores de la UPZ, como el barrio el Amparo entre otros.

La producción y venta de SPA es una industria ilegal que consiste en la manufactura, distribución y venta de drogas ilegales (marihuana, bazuco, cocaína, drogas sintéticas, alcohol adulterado). Este mercado opera de manera clandestina, a través de carteles que se especializan en procesos separados para mejorar la eficiencia y evitar riesgos con las autoridades. Dependiendo de la rentabilidad de cada proceso y las condiciones socioculturales del entorno, los carteles varían el tamaño, consistencia, y calidad del producto ofertado. La cadena va desde los grandes carteles multinacionales, los intermediarios que se encargan del transporte, hasta los traficantes callejeros (jibaros) quienes la distribuyen a consumidores en diferentes posiciones sociales y culturales.

Dado que las disputas territoriales por escenarios para la venta, no pueden resolverse a través de medios legales, los integrantes de cada nivel del narcotráfico se inclinan a competir entre sí mediante métodos violentos: En Bogotá en el 2.008 se presentaron 1.466 muertes violentas de las cuales 2,4% tienen como causa la producción, venta y/o consumo de sustancias psicoactivas (medicina legal, 2008).

La posibilidad de las personas de obtener amplios recursos económicos, sin las tradicionales exigencias del sistema social (escolaridad, horarios, etc.), es el eje central para la producción, venta y distribución de sustancias psicoactivas, configurándolo como una opción viable para la generación de ingresos.

Sin embargo, las consecuencias sociales de este tipo de actividad son amplias: no solo se incrementa la violencia por disputas territoriales, la limpieza social y el control estatal, sino el aumento de consumidores y la posible vinculación al mercado por parte de niños y niñas complejiza el panorama. De igual manera, los menores de edad, cada día ingresan de manera directa al mercado, bajo la seguridad de no ser judicializados por su condición de menores de edad; aun así, la solución no es su judicialización sino por el contrario oportunidad reales de educación y trabajo, que les permita impactar positivamente sus condiciones de vida.

De otro lado, este fenómeno ha hecho que en Corabastos se concentren seis cambuches en los barrios: El Amparo, Llano Grande, María Paz y Villa la Loma, donde el número de indigentes que se encuentra en cada uno es en promedio entre 6 a 20 miembros⁸⁵, los cuales generan inseguridad en el sector, y como lo expresa la comunidad, diariamente los despojan de sus pertenencias a fin de conseguir recursos para la compra de bazuco y marihuana entre otros.

3.2.4.3.3 Núcleo problematizador: inseguridad alimentaria y nutricional

Los bajos niveles de ingresos económicos percibidos por la población que habita esta UPZ, genera limitantes para el acceso físico a alimentos, situación que se considera paradójica frente a la amplia oferta de los alimentos que posibilita la Central más importante de abastecimiento del país (Corabastos). Sumado a esto, la población carece de información frente a la forma de cómo aprovechar los alimentos que se obtienen, la preparación balanceada y adecuada de los mismos, generando así un riesgo potencial para la desnutrición en niños y niñas.

Diariamente ingresan a la central 11.100 toneladas de alimentos, las cuales cubren una demanda de 10 millones de consumidores, en la que la población de Corabastos representa un 0.7%, cifra mínima, que permite concluir como la población tiene un acceso físico y adecuado a los alimentos. No obstante, la realidad es otra, según datos del SISVAN, que reporta la situación nutricional de 1.209 niños y niñas menores de 10 años, es decir el 5.8% del total de la población de este ciclo

⁸⁵ <http://www.corporacioncaminos.org>. Datos Parche de Indigencia en Corabastos. IDIPRON, 2008.

vital, se presenta una tasa de desnutrición global de 8.8% y un riesgo de 27% (327), tasas que representan un porcentaje del 35.8 %. Esto significa, que de cada 100 niños o niñas de esta UPZ 35,8 se encuentran desnutridos o en alto riesgo de estarlo, cifra que en relación a la cantidad de alimentos disponibles se constituye en un dato preocupante.

Por otra parte, de 534 gestantes, 163 presentan bajo peso, 82 obesidad y 95 sobrepeso, cifras que representan un 63.7% de gestantes en condición de desnutrición, de acuerdo al ciclo vital, las gestantes que presentan el mayor porcentaje de bajo peso son las gestantes jóvenes (de 12 a 29 años) con un total 151 (28%), seguidas por las gestantes del ciclo adulto con 12 casos.

De esto, se puede concluir que no es la disponibilidad física de los alimentos, sino las condiciones económicas y culturales, las causas principales para que niños y niñas menores de 10 años, y las gestantes, especialmente las jóvenes, sufran estados de inseguridad alimentaria y nutricional. Es decir, la falta de oportunidades laborales dignas, de acceso y permanencia en el sistema educativo, las ideas preconcebidas con respecto a la alimentación y la falta de continuidad en el período de lactancia materna, son las principales causas de esta problemática.

Adicional a ello, se evidencia el riesgo de consumo asociado a las ventas ambulantes con pocas medidas higiénicas, donde se consumen alimentos en descomposición y/o recogidos en las calles; el consumo bajo esta condición, puede producir infecciones intestinales, enfermedades que de no tratarse adecuadamente pueden producir graves complicaciones e incluso la muerte. De acuerdo con los RIPS del Hospital del Sur, la UPZ presentó 208 casos de diarrea y gastroenteritis, sin contar aquellos casos que nunca acuden al centro de salud y tratan dicha enfermedad en el hogar.

Las consecuencias de la malnutrición se manifiestan no solamente en un cuadro clínico de desnutrición sino fundamentalmente en la disminución de oportunidades sociales asociadas al desempeño escolar, el aumento de oportunidades laborales y al aumento de enfermedades relacionadas con bajos niveles nutricionales, entre otras.

Cuadro 22. Desnutrición

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo, para lo cual es fundamental una adecuada nutrición (Adriana Ortiz – Andrellucchi 2008).

Los barrios en los cuales se presenta el mayor número de casos de desnutrición son: el Amparo con 71 y María Paz con 41, seguidos muy de lejos por Villa de la Loma y Villa de la Torre con 7 respectivamente y durante el período 2004-2006 se presentaron dos muertes por desnutrición en menores de un año, situación paradójica dentro de una UPZ que posee una oferta tan amplia de alimentos.

Fuente: Hospital del Sur. SISVAN 2009

3.2.4.3.4 Núcleo Problematizador: condiciones higiénico-sanitarias y ambientales deficientes

Las problemáticas ambientales más significativas del territorio de Corabastos están directamente relacionadas con la central de abastecimiento de alimentos; en términos sanitarios, se manejan de manera inadecuada los residuos sólidos, dificultad significativa, teniendo en cuenta las 500 toneladas que se producen al día: estimula la presencia de vectores plaga, vertimientos ilegales, propicia la tenencia inadecuada de animales y presenta mataderos clandestinos. Dichas problemáticas, se concentran en sectores aledaños a barrios como El Amparo, Villa la Torre, María Paz, pero suelen expandirse a otros sectores de la UPZ. Cabe mencionar que otro tipo de conflictos ambientales presentes en el territorio, están ligados a una educación ambiental deficiente.

La venta informal de alimentos se constituye como factor de riesgo en la salud, debido principalmente a que las condiciones de preparación y/o expendio, no garantizan la inocuidad del producto comercializado; las enfermedades transmitidas por alimentos (ETAS) se presentan por manipulación inadecuada de alimentos y manejo de aguas contaminadas, entre los efectos más próximos para la salud están un sin número de infecciones e intoxicaciones alimentarias, así como enfermedades gastrointestinales.

Cuadro 23. Cuadro No. 21 Informe de vigilancia inspección y control en alimentos.

En la UPZ 80 Corabastos la línea de seguridad alimentaria interviene 27 establecimientos de comidas, los cuales se consideran puntos críticos de vigilancia y control sanitario. Del total de establecimientos visitados, el 96,3% están condicionados al cumplimiento de las recomendaciones dejadas en el acta de visita, con el fin de no poner en riesgo la salud pública.

Fuente: Hospital del Sur. Informe Ambiente 2009

En los alrededores de Corabastos cientos de vendedores informales comercializan alimentos, que al ser caracterizados como factor de riesgo para ETAS, han sido objeto de diferentes operativos: en el mes de mayo de 2009, en la localidad de Kennedy el proyecto para recuperación del espacio público, reubico 200 vendedores del sector de Corabastos con el objetivo de prevenir eventos mórbidos.

De otro lado, la administración de Corabastos se ha mostrado negligente frente a las exigencias judiciales, que buscan la regulación ambiental del sector. El pasado agosto de 2009, la central fue multada por el tribunal administrativo de Cundinamarca (cinco salarios mínimos) por seguir permitiendo vertimientos al humedal Chucua de la vaca, contiguo a su sede; " según el Tribunal, Corabastos ha permitido nuevos vertimientos que están afectando las obras de recuperación que

otras entidades distritales vienen efectuando en el citado ecosistema" . La sanción responde a una acción popular que interpuso en 2004 un habitante de uno de los barrios próximo al humedal.

Este contexto permite evidenciar como el sector de Corabastos cuenta con un amplio proceso de organización social, que ha permitido la recuperación de ecosistemas⁸⁶ como la Chucua de la Vaca y ha generado conciencia ambiental en los habitantes de sus barrios.

Cuadro 24. La chucua de la vaca, un proceso organizativo y social por el ambiente de la localidad

“Oh naturaleza te pido permiso para ingresar a este santuario...”, con estas frases Dora Villalobos, líder comunitaria de Kennedy, acostumbra a ingresar al Humedal de La Vaca perteneciente a la UPZ Corabastos, junto con las demás mujeres que conforman el Grupo Banco de Semillas y quienes le dieron una nueva vida a esta reserva ambiental y ecológica. El Humedal La Vaca que ha sido punto de confluencia de instituciones, comunidad organizada y población en general, se ha convertido en un espacio de conservación, contemplación y aprendizaje; la misión de organizaciones ambientales locales Banco de Semillas y Génesis Rades se ha afianzado en el tiempo y ha contribuido a ver el Humedal con una concepción diferente a la usual, que catalogaba a este ecosistema vital como un sitio de disposición de residuos de todo tipo y foco de insalubridad y peligro.

La recuperación y mantenimiento del Humedal a cargo de las mujeres que conforman el Banco de Semillas, los guardianes del agua y el liderazgo y tenacidad de Dora Villalobos, los ha hecho ganadores del Premio Cívico por una Bogotá Mejor. La necesidad de dar continuidad a este proceso, motiva a la institucionalidad y la comunidad a intervenir mediante acciones pedagógicas y operativas, a fin de reconocer el ecosistema como parte vital de la localidad de Kennedy.

Fuente: Hospital del Sur. Lecturas de Necesidades 2009

3.2.5 TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 5 UPZ CASTILLA – UPZ BAVARIA

Para el desarrollo de la Gestión Social Integral, se unieron las UPZ Castilla a y Bavaria, para conformar el territorio 5. Este territorio, presenta un proceso de urbanización y de poblamiento complejo, atravesado por dificultades y contradicciones principalmente del orden social, de irregularidades y ausencia de acción ciudadana colectiva, elementos, que sumados a la baja gestión institucional, completan una dinámica particular frente al territorio.,

⁸⁶ WWW. EL TIEMPO.COM. Enero 12, 2009

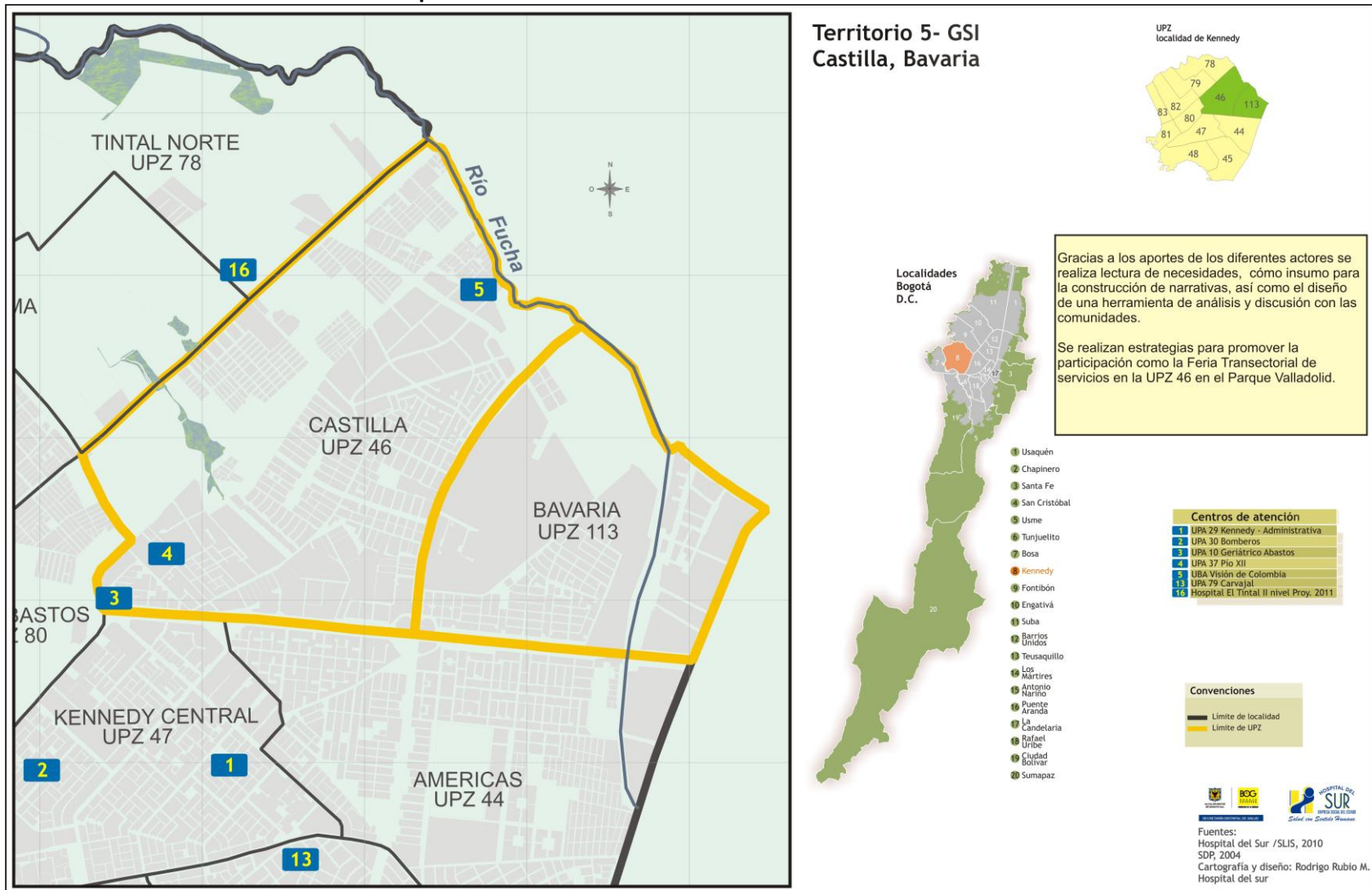
Dentro de las dinámicas y problemáticas encontradas en el territorio se pueden evidenciar situaciones conflictivas relacionadas con adolescentes e inseguridad son categorías de análisis para nuestra entidad, las cuales son prioritarias para la comunidad.

Dentro del territorio se observan contrastes generados por el nivel socioeconómico y procesos de desarrollo urbano formal e informal, donde fácilmente se identifican niveles de estratificación 2, 3 y 4, con diferencia de pocas cuadras; viviendas de autoconstrucción, vecinos de conjuntos residenciales de propiedad horizontal o multifamiliar. Las primeras ubicadas cerca de la Avenida calle 13 con Av. ciudad de Cali, donde las condiciones de habitabilidad e infraestructura urbana aun son deficientes, razón por lo cual se han generado movilizaciones frente al arreglo de redes de acueductos, alcantarillados y vías, principalmente; por otro lado se encuentran los habitantes de los conjuntos residenciales que se manifiestan respecto al déficit de vías y el mal estado de estas, pero conjuntamente se pronuncian frente a problemáticas de inseguridad y convivencia.

En el proceso de implementación de la mesa territorial de calidad de vida MTCV del territorio 5 se encuentra que las problemáticas, intereses, debilidades, fortalezas, dinámicas y avances de cada una de las UPZ (Castilla-Bavaria) no obedecen a un trabajo conjunto, por tal razón se implemento una mesa en cada UPZ permitiendo agilizar de manera particular la lectura del territorio y permite realizar una comprensión más clara de ella.

Durante este proceso se ha logrado una participación más específica y proactiva que tiene como resultado procesos valiosos de reconocimiento de las problemáticas priorizadas a las cuales se debe intervenir en el territorio.

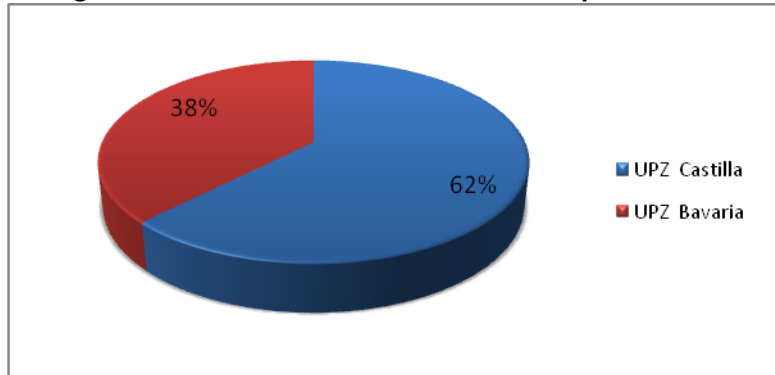
Mapa 13. Territorios GSI No. 5 - Castilla - Bavaria 2010



Fuente: Hospital del Sur 2010

El territorio comprende un área total de 626,5 Ht, está conformado por una de las UPZ de mayor extensión como la UPZ Castilla con 391.22 Ht y la UPZ Bavaria con 235.28 Ht. representando el 16.2% del total de la localidad.

Figura 47 Distribución del territorio 5 por cada UPZ

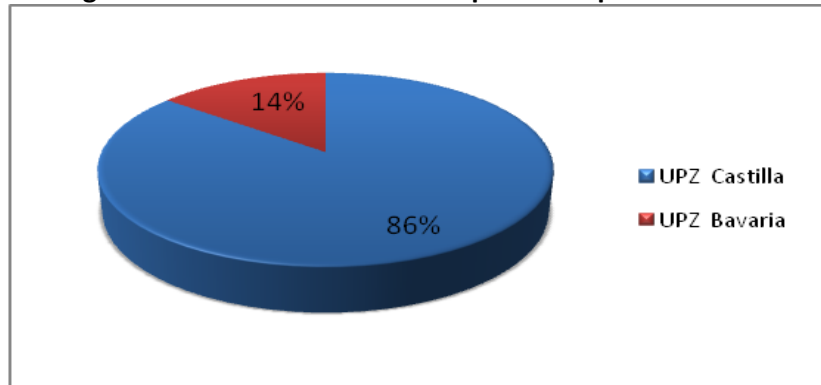


Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Bogotá, 2010.

La anterior distribución señala que para el territorio 5 la UPZ Castilla representa el 62,4% del área total del territorio, mientras que la UPZ Bavaria comprende un 37,6%, lo que indica que la distribución respecto al área del territorio es desequilibrada.

El territorio 5 cuenta con una población cercana a los 146.404 habitantes significando el 14.6 % del total de la población de Kennedy, en estratos 2, 3 y 4, distribuida de la siguiente manera:

Figura 48 Distribución de la población por territorio 5



Fuente: Hospital del Sur E.S.E. Bogotá, 2010.

La UPZ Castilla soporta una población de 125.411 Habitantes, que representan el 85,6% del total del territorio, mientras que la UPZ Bavaria comprende una población de 20.993 Habitantes, representando un 14,4%.

El territorio 5 corresponde a un espacio social que limita al norte con parte de la estructura ecológica principal de Bogotá como el Río Fucha, al sur limita con la Avenida las Américas y la UPZ Corabastos, al oriente limita con la Avenida Carrera 68 y la localidad de Puente Aranda, finalmente al occidente limita con la Avenida Ciudad de Cali.

Está construido por dinámicas sociales, políticas, económicas, culturales y ambientales que definen unas condiciones de vida particulares en la localidad, al mezclarse los diferentes niveles de estratificación, las condiciones de vida son aceptables a simple vista, por tal razón esto ha limitado el profundo conocimiento de la realidad en esta zona.

De allí resultan también inequidades intolerables. Existen diferentes niveles de los territorios sociales que se superponen, dependiendo de la magnitud de la interacción social y las posibilidades y actores para la intervención.

La UPZ Castilla está caracterizada por contar con dos áreas definidas, un área residencial consolidada entre las avenidas Boyacá y la Agoberto Mejía (proyectada) y un área en proceso de consolidación entre la av. Agoberto Mejía y la av. Ciudad de Cali. Esta última cuenta con usos residenciales, comerciales e industriales, además de tener los humedales de Techo y El Burro. Es en esta zona donde se propone concentrar los esfuerzos de reordenamiento para garantizar el carácter residencial y la recuperación ambiental.

En cuanto a los procesos de organización social en la zona, una de las características de las comunidades localizadas en asentamientos informales, es la existencia de organizaciones sociales que, por necesidad, han surgido como forma más efectiva para la reivindicación de sus derechos como ciudadanos claramente relacionados con el medio ambiente, infraestructura vial y de servicios entre otros.

Las invasiones del espacio público especialmente las causadas por los vehículos de tráfico pesado convirtieron este sector en talleres y parqueaderos permanentes, violando los usos del suelo de este sector residencial, esta situación se viene advirtiendo hace mucho tiempo y se agudiza cada día a pesar de las acciones permanentes adelantadas por los ciudadanos.

La UPZ Castilla está delimitada por un conjunto de vías existentes de primer orden, tales como las avenidas de Las Américas, Boyacá y Ciudad de Cali. Adicionalmente están proyectadas las avenidas Castilla y Agoberto Mejía. Este conjunto de nuevas vías están proyectadas con el objetivo de mejorar la movilidad de un sector amplio de la ciudad y de gran dinamismo en su crecimiento urbano. Sin embargo, ninguno de estos proyectos tiene fijada fecha de ejecución, a excepción de la avenida Alsacia, que dentro del POT se le asignó prioridad de largo plazo y además desconocen las problemáticas ambientales asociadas al incremento de los flujos vehiculares.

La UPZ Bavaria está determinada desde las lógicas de planeación distrital en su mayoría como suelo industrial, al tener dentro de su esquema, una de las industrias más representativas del

mercado local, la empresa Bavaria S.A. ocupa un amplio sector dentro de la UPZ, no solo por su capacidad instalada sino, por la población flotante que maneja, producto de su actividad, sumado a una amplia flota de vehículos que deben específicamente, desplazarse por el sector.

El sector residencial de Bavaria, últimamente se ha visto deteriorado por la proliferación de establecimientos de ocio y recreación, de los cuales se desprenden problemáticas asociadas a la reducción del espacio público y los conflictos en los usos del suelo, por lo cual, la movilización social de este territorio se enfatiza en buscar respuestas efectivas frente a la avanzada de los establecimientos y a la falta de control policivo y de las demás autoridades competentes.

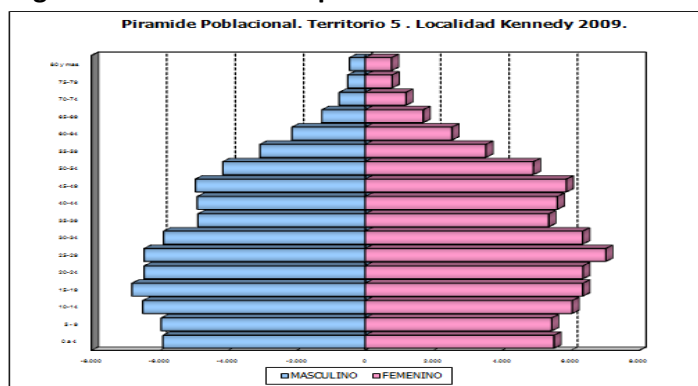
El perfil social de la UPZ, está fijado por estratos socioeconómicos que ostentan niveles aceptables, frente al cubrimiento de sus necesidades básicas, esta población presenta bajas estadísticas referidas a la participación respecto a las dinámicas de las entidades a nivel distrital, pues sus problemáticas están relacionadas directamente con la calidad ambiental y los conflictos en los usos del suelo, situaciones que resultan, no ser muy importantes en la defensa de sus derechos como Ciudadanos.

El avance por parte del Hospital del Sur E.S.E. en el territorio se visualiza como la posibilidad de dar respuestas efectivas y eficaces frente a las necesidades de la población, así como la oportunidad para concretar un trabajo transectorial que favorezca la calidad de vida de los habitantes de la localidad de Kennedy.

3.2.5.1 Pirámide poblacional Territorio GSI No. 5

Como elemento importante para el análisis del territorio, se presenta a continuación la pirámide poblacional que sustenta la realidad en términos poblacionales la dinámica del territorio:

Figura 49 Pirámide poblacional Territorio GSI No.5



Fuente: Proyección censo DANE 2005-2009

En el territorio 5 conformado por las UPZ Castilla y Bavaria, se observa una disminución en la población menor de 5 años, pero un crecimiento de población de 18 a 25 años y empieza a disminuir a partir de los 40 años, sin embargo se observa un crecimiento progresivo en las poblaciones mayores de 60 años. La pirámide es progresiva y el mayor número de población femenina se encuentra en las edades de 25 a 50 años y la masculina entre 0 a 20 años de edad.

3.2.5.2 Una mirada desde las etapas del ciclo vital

Este territorio alberga a cerca de 146 400 habitantes en los grandes proyectos de vivienda, que se han incrementado en los últimos años. Viviendas ocupados por familias conformadas principalmente por adultos jóvenes, con hijos/as adolescentes y jóvenes. El 15.2% de la población (22.815) corresponde a niños y niñas menores de 10 años, el 26.3% (38.514) son adolescentes y jóvenes, el 49.5% (72.987) son adultos y adultas y el 8.2%,(12.088) son personas mayores, principalmente de sexo femenino.

Cabe mencionar que de este territorio y de la localidad, La UPZ 46 Castilla es una de las más grandes y pobladas de la localidad, en ésta residen cerca de 125.411 habitantes, de ellos 20.394 son niños y niñas menores de 10 años, 33.560 jóvenes hasta los 24 años, 61.904 adultos y adultas y 9.553 personas mayores de 60 años. Mientras que la UPZ 113 Bavaria es la menos poblada de la localidad, esto debido a la extensa área dedicada a la industria, como Bavaria, y el comercio. En los últimos años la industria constructora ha desarrollado grandes proyectos de vivienda, donde habitan cerca 20.993 personas de los cuales 2.421 son niños y niñas, 4.954 jóvenes, 11.083 adultos y adultas, 2,535 personas mayores.

En estas UPZs al igual que en el resto de las UPZ, cerca del 50% de los habitantes son adultos, entre 24 y 39 años; es decir, que predomina población en edad productiva, independientes emocional, económica, habitacional, quienes han logrado un desarrollo intelectual adecuado, y que en una alta proporción se han vinculado a sistemas de producción, han conformado un hogar y/o ha establecido relaciones afectivas de pareja más o menos estables, sin embargo ante la inestabilidad de las políticas laborales y económicas, estas características de la madurez, se están viendo alteradas afectando su rol productivo y protector de las otras generaciones.

El proceso urbanístico que predomina en los conjuntos residenciales de estas UPZs genera relaciones sociales entorno a cada unidad, dejando de lado las relaciones con otras unidades. Una de las dificultades de este desarrollo urbano es que no cuenta con el suficiente equipamiento social para atender las necesidades de la población, especialmente de los niños y niñas, debido al déficit de jardines y colegios, lo que implica para los adultos y adultas un mayor esfuerzo económico para la educación de sus hijos e hijas; ocasionando incremento en los costos de la canasta familiar, limitando el acceso a la alimentación y la recreación, este derecho se vulnera aún

más cuando los niños y las niñas no pueden acceder a las zonas comunales y el espacio público por ser consideradas inseguras.

Esta situación de mayor exigencia económica y/o de incremento en consumo suntuoso de los adultos y adultas incide en el tiempo y espacio cotidiano que padres dedican a su familia, al cuidado y acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes. El nivel profesional padres jóvenes y adultos generan relaciones de competitividad, ocupan mayor tiempo en su ejercicio profesional productivo lo que está incidiendo en la consolidación de los hogares, aspectos que han sido detectados en proyectos del FDLK para la atención de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, en las comisarías de familia⁸⁷.

De otra parte, estas situaciones, sumado al desarrollo urbano con espacio restringido en las viviendas, en el entorno y el interés de adultos jóvenes en el tema económico generan bajas relaciones sociales de convivencia con sus vecinos en la mayoría de sus conjuntos. Esto sumado al incremento de sitios de expendio de bebidas alcohólicas son situaciones que están incidiendo para que adolescentes y jóvenes accedan a edades cada vez más tempranas en el consumo de sustancias psicoactivas.

Los niños y niñas, que residen en los conjuntos de apartamentos, especialmente, luego de su actividad académica se quedan en su vivienda dedicados a los juegos electrónicos, disminuyendo su actividad física, situación que se agrava con hábitos nutricionales poco adecuados, que a la vez incide en el grado de atención y motivación en su actividad escolar y desarrollo y crecimiento. La actividad recreativa queda supeditada al tiempo en el recreo y educación física en los jardines y colegios, y/o a los fines de semana cuando sus padres tienen la posibilidad de ir con ellos a centros recreativos como clubes de cajas de compensación o parques metropolitanos.

Por último, cabe mencionar que el equipamiento urbano permite a las personas mayores contar con escenarios de encuentro, especialmente parques, y programas dirigidos para el mantenimiento de su salud, así mismo el nivel económico les permite disfrutar de diversas formas de recreación acordes a sus condiciones, como pensionados.

Desde el ámbito escolar, en este territorio se tienen acciones en varios colegios de estas UPZ: En el Colegio Gustavo Rojas Pinilla, sede A jornada mañana, niños y niñas de los ciclos 1,2,3, 4 y 5; Colegio San José sede C y en la sede B de la Institución Educativa Distrital Isabel II, jornada tarde con niños de los ciclos 1 y 2, donde las problemáticas priorizadas por la comunidad educativa están relacionadas con la desintegración familiar, problemas de aprendizaje, violencia intrafamiliar, negligencia por parte de los padres, agresividad en los niños, falta de espacios para

87 Proyecto 071. 2009_Prevenición y atención a víctimas de violencia intrafamiliar y explotación laboral. Fondo de Desarrollo Local Kennedy. 2010

promoción de la actividad física, maltrato físico y psicológico, hábitos de higiene inadecuados, pautas de crianza inadecuadas, problemas de relaciones interpersonales entre sus pares, contaminación atmosférica y visual; con el equipo gestor del colegio se han abordado acciones para la utilización adecuada del tiempo libre, manejo de estrés en padres de familia.

Sin embargo se observa que es insuficiente el recurso para prevenir e intervenir en la violencia intrafamiliar, violencia escolar y el fácil acceso de sustancias psicoactivas, principalmente, donde cobra importancia la promoción de la línea 106, así mismo como el fortalecimiento en la práctica de pautas de crianza y acompañamiento en los problemas de aprendizaje con padres de niños/as con necesidades educativas especiales; de otra parte se considera que es fundamental abordar intersectorialmente la falta de espacios naturales o verdes para la recreación y deporte

Unas de las problemática especial en el colegio Gustavo Rojas, están relación a las prácticas de auto cuidado como la falta de realización de actividad física; en cuanto a la transformación de prácticas sociales y culturales, se evidencia el inadecuado manejo de tiempo libre, el consumo de sustancias psicoactivas, mal manejo de la sexualidad; así como, la falta de manejo de emociones y autocontrol en los escolares; adicionalmente se tiene problemas de inseguridad entorno al colegio y con saneamiento básico. De igual forma se evidencia la necesidad de contar con mayor apoyo en programas para los niños en condición de discapacidad (ciclo 2) y familias en condición de desplazamiento.

En barrios caracterizados por salud a su casa como Visión de Colombia, Valladolid, Villa Liliana, entre otros, una de las situaciones que mas se observa es la violencia intrafamiliar, generada principalmente por antecedentes generacionales de pautas de crianza violentas, relaciones de poder mal manejadas por parte de los padres, la falta de dialogo y a la ausencia de los primeros en el proceso de formación afectiva y de valores de los hijos, debido al cumplimiento de su rol de cuidadores – protectores, lo que continuará incidiendo en la reproducción social para la siguiente etapa de vida.

Por esta situación de violencia intrafamiliar, relacionadas no solo con la violencia y maltrato sino con el abandono o poco tiempo de los padres y jóvenes hacia los niños y niñas se esta afectando la salud de este grupo poblacional, y por ello, la UPZ Castilla ocupa el sexto puesto en la localidad, según informe de SIVIM.

Las situaciones sociales que afectan la convivencia comunitaria, que se perciben impactantes, son las especialmente relacionadas con temas de movilidad, tránsito, arreglo de vías y ocupación, deterioro y mal uso del espacio público por establecimiento de expendios de sustancias psicoactivos, (bares especialmente) fenómeno que ha generado incremento en la percepción de inseguridad, en las UPZ, afectando de forma importante la seguridad y salud de niños, niñas y adolescentes, al ver limitado su derecho a la recreación y práctica deportiva, y por ende el desarrollo de habilidades y capacidades, incidiendo en su desarrollo humano.

Los barrios antes mencionados, ubicados cerca a la calle 13 con avenida Ciudad de Cali, conforman un territorio con un contexto social en el que las posibilidades y oportunidades para la educación, el empleo y la recreación son limitadas, y donde la violencia física y psicológica son características del diario vivir, incidiendo en el aumento de jóvenes embarazadas, que a la vez ven limitada futuras oportunidades económicas y académicas y la construcción de proyectos de vida de los y las jóvenes. Otro elemento complejo en una parte de este territorio, es la estigmatización y amenaza de grupos paramilitares del sector contra los jóvenes, fenómeno que ha cobrado la vida de varios en los últimos años, y que se reitera en el proceso de construcción de la agenda juvenil dinamizada desde la subdirección de juventud.

Todos estos factores están aumentando la aparición de la economía informal, la explotación laboral, y el cambio el uso del suelo, trayendo problemas de contaminación, convivencia y salud. Fenómenos que son carácter prioritario para la agenda social.

De otra parte, la contaminación producida por ser una UPZ comercial e industrial, se ve afecta la salud de niños, niñas, y personas mayores, quienes evidencian problemas respiratorios, auditivos y alérgicos, pues ellos y ellas se encuentran de forma permanente en sus hogares, o en sus jardines, colegios o parques del sector, en permanente contacto con partículas contaminantes. En este territorio, los problemas auditivos ocasionados por el tráfico vehicular afectan de forma directa a los niños y niñas, quienes permanecen más tiempo en sus viviendas.

Ante la ausencia de puntos de atención en salud, por estar ubicado en un sector que muestra un nivel económico adecuado, pero con una problemática relacionada a la falta de tiempo de los padres para sus hijos, negligencia, maltrato intrafamiliar y agresión entre compañeros, el Hospital priorizó en esta UPZ el programa Salud al Colegio, en IED Marsella, en el cual adicionalmente funciona uno de los CAPSE, “esto gracias a la voluntad política del rector y la gestión intersectorial que ha permitido a la IED estar a la vanguardia de la educación oficial y ser experiencia piloto en muchos temas entre ellos los relacionados con salud, calidad de educación y gestión institucional” Diagnóstico. Ámbito escolar. Hospital del Sur-ESE sept. 2010.

En el diagnóstico de cultura adelantado en el 2009 se identificó baja inversión en este territorio, al igual que la escasa presencia de organizaciones culturales y juveniles. Sin embargo se percibe como una de las fortalezas la organización barrial en juntas de acción comunal, que ha permitido gestionar algunas soluciones a las problemáticas más sentidas.

3.2.5.3 Como leemos el territorio

La lectura de las problemáticas del territorio se realizó como herramienta principal para conocer las necesidades de la población y a partir de esta evaluar la respuesta institucional y comunitaria frente a las problemáticas evidenciadas, con el fin de definir las intervenciones necesarias para establecer mecanismos de respuesta transectorial. Este ejercicio contó como insumo la lectura de

necesidades de los diferentes ámbitos por Proyecto de Desarrollo de Autonomía y Transversalidades para luego ser avalada por la comunidad.

En búsqueda de analizar y evidenciar las problemáticas y conflictos del territorio se profundizaron narrativas de los núcleos problemáticos para conocer la realidad de la población y la lectura de las necesidades con el fin de definir las intervenciones necesarias para establecer mecanismos de respuesta transectorial permitiendo orientar la respuesta en el territorio.

3.2.5.3.1 Núcleo Problematizador: violencia intrafamiliar

Las presiones del sistema social, el limitado tiempo libre, la triple jornada laboral para las mujeres, así como los ingresos insuficientes para el sostenimiento del núcleo familiar, han edificado ambientes familiares pasados por el conflicto. Estas situaciones, dan origen a discusiones, donde el mantenimiento o cuestionamiento del poder entre las generaciones (madre-hijos) y la pareja (esposo-esposa), se traduce en agresiones y respuestas violentas a situaciones cotidianas.

En este territorio es importante mencionar que en el 2009 se reportaron de manera general 847 casos notificados de violencia intrafamiliar, de los cuales los más relevantes se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 375 por violencia emocional, 174 por descuido y 140 por violencia física, correspondiente al 38% de los casos notificados en toda la localidad. Específicamente las etapas de ciclo más afectadas son los Adultos mayores que corresponden al 11.6% y los adultos con un 10.9% , lo que se relaciona y argumenta la situación presentada en relación a la problemática de empleabilidad.

De manera específica los conflictos intergeneracionales, usualmente se presentan por desacuerdos ideológicos y de percepción entre grupos diferenciados por la edad; por lo tanto podría mencionarse conflictos entre los jóvenes y los adultos, los niños y los jóvenes, los adultos y los adultos mayores, entre otros. Este tipo de discrepancias, puede llevar a la intimidación, a comportamientos amenazantes o violencia. Las generaciones más jóvenes pueden encontrar dificultades para identificarse con los mayores, pues sus significados de la vida, del cuerpo y las construcciones de identidad, tienden a posicionar nuevas formas de verse y actuar ,que tradicionalmente no han sido impuestas; de otro lado, las generaciones mayores pueden encontrar dificultades en tolerar el comportamiento de algunos jóvenes, los mayores no reconocen que los jóvenes, generación tras generación, enfrentan desafíos diferentes relacionados con la sociedad moderna y su posición en ella.

Por otra parte, los conflictos con base en el género se caracterizan como el principal determinante de la violencia contra las mujeres; la idea social de lo femenino, subvaloriza e invisibiliza a la mujer como Sujeta de derechos; ésta situación, aunque ha sido paulatinamente desenmascarada, y los

progresivos cambios de orden mundial han modificado la posición de la mujer en la sociedad (tanto por exigencias del sistema social, como por reivindicaciones y trabajo político del movimiento de mujeres), significa mayores retos por la desnaturalización de la violencia contra las mujeres y la deconstrucción de escenarios que la promuevan y perpetúen.

En el sector de castilla, las mujeres laboran más de 8 horas diarias, aparte del trabajo respectivo en el hogar y de, en algunos casos, su militancia política por los derechos de sus comunidades; esta sobre carga de labores se torna problemática pues tiende a trascender modelos de organización establecidos por la sociedad, por ejemplo, la distribución de las labores domesticas es un factor de conflictos entre madre-padre-hijos/as.

El panorama de violencias registrado por el sistema de vigilancia en violencias y maltrato (SIVIM) permite afirmar como las mujeres continúan siendo las principales víctimas de abuso, maltrato y humillaciones, y señalar al agresor como miembro de la familia, quien en la mayoría de los casos se identifica como su compañero sentimental. En la UPZ Castilla se reportaron 79 casos de violencia, de los cuales el 63,3%, corresponde a violencia contra la mujer, de estos el 48,1% reporto haber sido agredida, tal como se menciona anteriormente, por su pareja. Es importante indicar, ciertas consecuencias de la violencia intrafamiliar como dificultades durante la adolescencia, delincuencia juvenil, abuso de SPA, conductas abusivas, dificultad en el desarrollo psicológico, dificultades cognitivas y comportamientos de riesgo. Durante el año 2008, se reporto un caso de ideación suicida de la etapa de juventud, en la UPZ.

3.2.5.3.2 Núcleo Problematizador: alto índice de accidentes de tránsito

Castilla se caracteriza por rodearse de un sector estratégico para el desarrollo de la industria y el comercio de la ciudad, está cercada por las principales vías de entrada y salida de Bogotá y cuenta con un amplio tráfico de camiones, furgones y tractomulas. Esta situación, sumada al mal estado en las vías, la falta de señalización e imprudencia de los peatones, caracterizan la UPZ por un amplio registro de accidentes de tránsito.

La UPZ castilla se caracteriza por la organización de sus límites alrededor de avenidas de amplia densidad y tráfico pesado: La Av. Boyacá y la Av. Agoberto Mejía, la avenida Agoberto Mejía y la avenida Ciudad de Cali, y av. Las Américas y Avenida Boyacá. Dada su cercanía e influencia de la centralidad Corabastos, el tráfico de camiones y acarreos es una constante. Además del emplazamiento de numerosas bodegas e industrias pesadas, cuyo mecanismo de transporte, tanto de insumos como de productos, intensifica el tráfico de la zona, el paso de buses articulados y alimentadores del sistema de transporte masivo de la ciudad Transmilenio, configura la dinámica de movilidad del sector.

En lo que va corrido del año 2009 (según el Fondo de Prevención), 119 personas han perdido la vida y otras 388 han resultado heridas en la avenida Boyacá; siendo la intersección con la Avenida Primero de Mayo el punto con el más alto índice de accidentes: de los 35.838 accidentes ocurridos el año pasado, 2.438 se registraron en este corredor vial. La Boyacá funciona como un corredor que recibe tráfico mixto, conformado por vehículos de carga, transporte de pasajeros urbanos e intermunicipales, además de vehículos particulares. A lo largo de su recorrido tiene 25 semáforos y 13 puentes peatonales, que son insuficientes, pues poseen 16 de los 20 puntos más críticos de accidentalidad en la capital. Dicha accidentalidad en la localidad, es la tercera causa generadora de discapacidad con 1.954 personas afectadas.

De otro lado, de acuerdo con los datos oficiales publicados por Transmilenio, aunque se caracteriza el sector de la troncal Caracas, entre calles 6 y 76 como el trayecto con mas accidentalidad, cerca del 53% de los ocurridos; también visibilizan dentro del reporte el sector de la troncal Américas entre banderas y Biblioteca el Tintal como uno de los puntos críticos de accidentalidad con seis accidentes registrados.

Lo anterior devela como estas características se convierten en factores de riesgo no solo para los habitantes de la UPZ, sino para todos aquellos que por razones de trabajo, de estudio o sociales deben transitar por la localidad, poniendo en riesgo integridad física y hasta su vida.

3.2.5.3.3 Núcleo Problematizador: contaminación atmosférica y auditiva

La concentración de industrias, el tráfico pesado y denso por las principales arterias del sector, así como el mal estado de las vías, ha generado diversas problemáticas de índole ambiental. Estas, directamente relacionadas con el aumento en los niveles de ruido y contaminación del aire, se caracterizan como factores determinantes para la calidad de vida de la población allí residente y/o trabajadora.

De acuerdo a un estudio realizado por Secretaría Distrital de Ambiente (2008), Kennedy es la localidad con mayor presencia de material particulado o PM10, es decir partículas contaminantes que según tamaño y composición influyen de manera negativa en la salud. Las cifras del informe hablan por sí solas: 97 microgramos de PM10 por m³, cuando el máximo permitido por las autoridades ambientales del país es de 60 y el estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de 50 microgramos por metro cúbico.

Hay tres factores que explican el por qué del estado crítico del aire en esta UPZ, en primer lugar, la existencia de fábricas e industrias -fuentes fijas de emisión- que usan combustibles de mala calidad, en segundo lugar, las obras civiles que adelanta el IDU, pues al levantar la capa asfáltica de las vías que van a ser reparadas se produce material contaminante y finalmente y quizá lo más inquietante, el amplio número de vehículos de carga que funcionan con diesel y que se abastecen

de combustible en municipios como Soacha, donde su calidad no es buena, entrando a la ciudad con sus gases contaminantes.

Cuadro 25. Características Del Material Particulado

Vehículos diesel tienden a generar mayores emisiones de PM10, especialmente si éste es de mala calidad (contenido de azufre).

El sistema de transporte público colectivo (TPC) genera uno de los mayores aportes al inventario de emisiones de material particulado en la ciudad (5% de la flota es responsable del 50% de las emisiones totales del PM10).

De acuerdo al tamaño del PM10 se diferencian sus efectos asociados a la salud, determinando su comportamiento en el sistema respiratorio.

El PM10 tiene la capacidad de penetrar en las vías respiratorias. Las partículas menores a 10 micras (PM 2.5) contribuyen a la ocurrencia de síntomas respiratorios y enfermedades como, cambios en la función pulmonar, aumento en las infecciones respiratorias y en las consultas de urgencia, hospitalizaciones y mortalidad⁸⁸.

FUENTE: Hospital del Sur – Informe Calidad del Aire 2009

La problemática de salud ambiental que se hace evidente en esta UPZ y que se relaciona con la alteración de la calidad del aire, originada por los altos niveles de ruido y la emisión de contaminantes atmosféricos que provienen de fuentes móviles y fijas, (al alto flujo vehicular de carga pesada y procesos industriales de la Planta Bavaria y otras industrias), se convierten en factores determinantes de la situación ambiental del sector; debido a que este tema es de interés como factor multicausal y determinante de la afectación en salud.

En 1999 en Bogotá se realizó una investigación que buscaba encontrar una relación entre las concentraciones de partículas suspendidas de tamaño respirable (PM10), medidas en mg/m³, y la mortalidad por IRA por grupos etarios para las 19 localidades de Bogotá, durante el periodo comprendido entre septiembre de 1997 y diciembre de 1998. Los resultados mostraron que existía una relación directa entre las partículas suspendidas de tamaño respirable y la mortalidad por IRA en las localidades de Bogotá, y que a medida que aumenta la concentración de partículas suspendidas, aumenta el valor esperado del número de muertes por IRA. En general, las localidades que muestran un mayor valor esperado del número de muertes por IRA son Engativa, Suba, Kennedy, Usaquén, Ciudad Bolívar y Bosa.

88 www.saludcapital.gov.co/.../LINEA%20CALIDAD%20DEL%20AIRE.pdf

Del mismo modo y de acuerdo a un estudio realizado por Secretaría Distrital de Ambiente (2008), Kennedy es la localidad con mayor presencia de material particulado o PM10, que son partículas contaminantes que según tamaño y composición influyen de manera negativa en la salud. Las cifras del informe hablan por sí solas: 97 microgramos de PM10 por m³, cuando el máximo permitido por las autoridades ambientales del país es de 60 y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el máximo aceptable de material particulado en el ambiente, y que no es nocivo para la salud, es de 50 microgramos por metro cúbico.

Esta directriz de la (OMS) instaurada desde el año 2005 pretende disminuir el efecto deletéreo que tiene para la salud la concentración de partículas en suspensión de Dióxido de Nitrógeno (NO₂), Dióxido de azufre (SO₂), Ozono (O₃), sin embargo el país sigue ignorando la necesidad de ponerse a todo con la preocupación global de tomar medidas para mejorar la calidad del aire. Los efectos nocivos de estas partículas presentes en el aire van desde el aumento en el riesgo de la adquisición de infecciones respiratorias de las vías inferiores, enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón hasta incluso la muerte. Las infecciones respiratorias causan 3,6 millones de muertes en menores de 5 años en todo el mundo y la OMS estima que si la contaminación por partículas en suspensión (PM10) se disminuye a 20 microgramos por metro cúbico, pueden evitarse el 15% de muertes relacionadas con la calidad del aire.

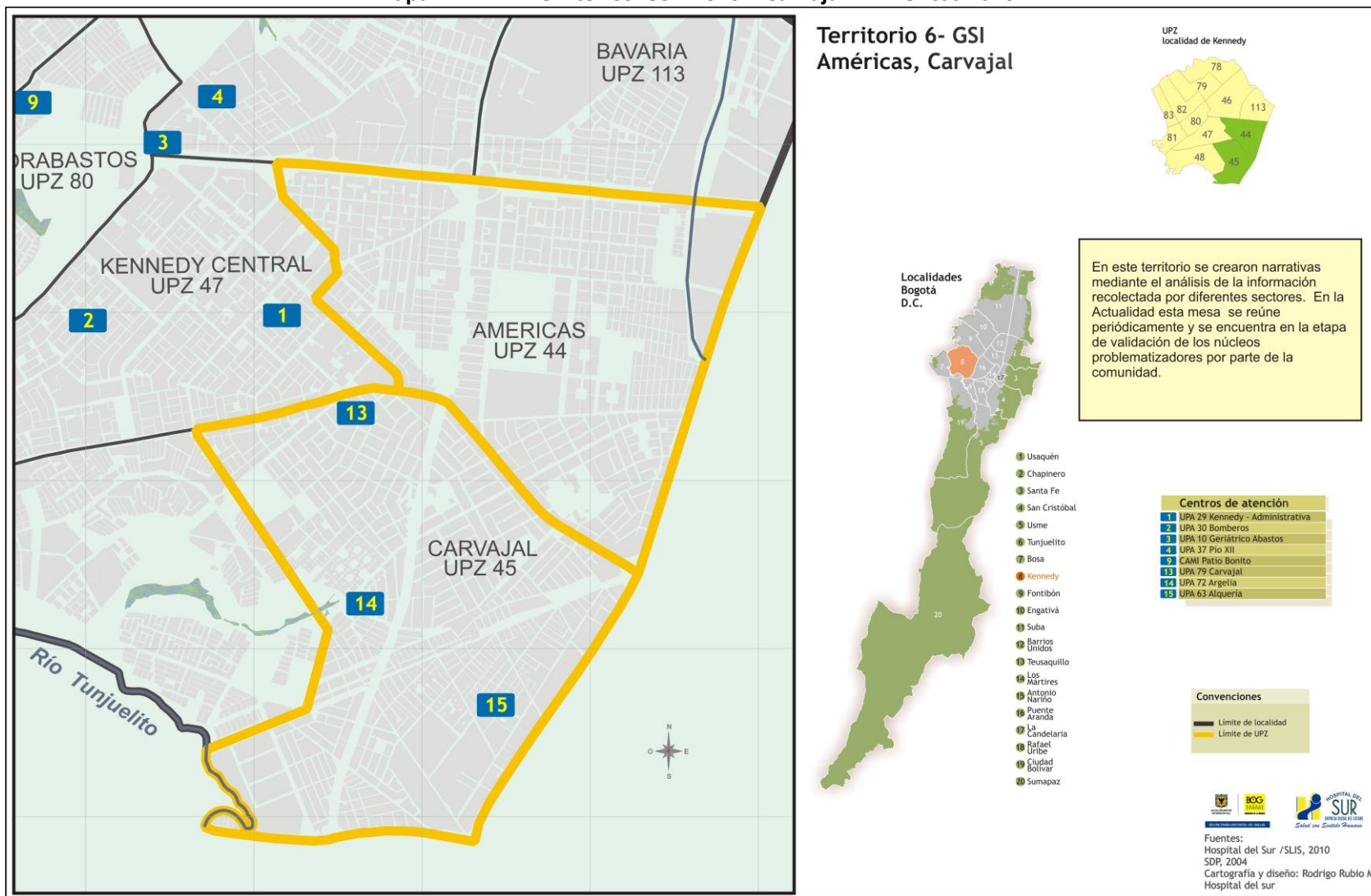
3.2.6 TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 6 UPZ CARVAJAL – UPZ AMERICAS

Para el desarrollo de la gestión social integral las Upz Carvajal y Américas se unen para conformar el territorio social dada la similitud de sus características sociales y sus dinámicas de convivencia y participación que busca la construcción de espacios para la interacción social donde se lleva a cabo en la comunidad procesos que fomentan la construcción de respuestas que atienden a las necesidades y problemáticas identificadas en los espacios de participación.

Este proceso requiere de tiempo y aprendizaje continuo y articulado llevando a la comunidad a un espacio de relación social que busque un vínculo conector con la institución promoviendo los intereses identificados en las mesas. Es allí donde los ciudadanos exigen procesos rápidos que lleven a respuestas efectivas, donde la construcción no dependa de la comunidad y sea solo de la institución convirtiéndose en una dificultad para el avance de la gestión, pues este proceso debe ser acompañado y diseñado por todos.

Se espera que por medio de la gestión social integral se logre vincular a las comunidades y hacerlas protagonistas de la construcción de la respuesta a sus problemáticas creándose confianza que en años anteriores se ha perdido hacia la institucionalidad.

Mapa 14. Territorios GSI No. 6 - Carvajal - Américas 2010



Fuente: Hospital del Sur 2010

El territorio 6 comprende un área de 816,62 Ht este territorio se encuentra reglamentado y caracterizado por su predominancia residencial con sectores consolidados, y con algunas zonas con centralidad urbana, en la UPZ Carvajal se localizan dos centralidades, Américas y Delicias está conformada por 18 sectores normativos, doce residenciales, cuatro industriales y dos de comercio y servicio . La UPZ Américas cuenta con una de las mejores condiciones socioeconómicas y conformación urbanística de la localidad, Se caracteriza también, por un amplio número de establecimientos para la diversión y el comercio, lo que implica una alta afluencia de población flotante y una oportunidad para el desarrollo de prácticas en la economía informal⁸⁹.

Se caracteriza también, por un amplio número de establecimientos para la diversión y comercio, lo que implica una alta afluencia de población flotante y una oportunidad para el desarrollo de prácticas en la economía informal. Cuenta con 180.921 habitantes, una densidad poblacional 221,54 Hab/Ha, cuenta con 56 barrios y un con un nivel de estratificación 2, 3 y 4. Limita al norte con la AV. Américas, al oriente con la Av. Congreso Eucarístico (Carrera 68), al sur con la Autopista Sur al occidente con Calle 33 sur, Carrera 75.

Este territorio está en un constante cambio respecto a la construcción social, que tiene unos significados, usos y relaciones caracterizando el territorio y obligando a sus pobladores a hacer parte de los cambios a los que está sometida. Uno de los cambios más visibles en el territorio que mas mueve a sus comunidades es el cambio en el uso del suelo, de residencial consolidado a uno con predominio industrial, comercial y/o con viviendas de uso compartido , donde sus residentes están en la situación de ver el cambio brusco de sus entornos de áreas residencial que algún día los llevo a vivir en este lugar, a un territorio con cierto predominio industrial que ha generado conflictos entre usos de suelo, pues los residentes han visto como las dinámicas sociales de sus barrios se han modificado.

La Centralidad de este territorio, está delimitada por la presencia del Centro Comercial Plaza de las Américas, el Parque Mundo Aventura, y el futuro Estadio de Techo, así como por un sin número de restaurantes, bares y cafés, como elementos motivan la caracterización de dicha zona, como estratégica a nivel local y distrita⁹⁰. En este escenario, la ocurrencia de delitos como hurtos, lesiones personales, robo de vehículos y venta y consumo de spa, son las problemáticas sociales asociadas a la compleja dinámica de la zona, y a su baja regulación estatal.

Dicho complejo comercial cuenta con una serie de factores problemáticos; frente a la movilidad se observa la ausencia de espacio público consolidado, fragmentación en los recorridos peatonales, problemas asociados a la movilidad por el tráfico caótico entre Av. Boyacá y Primero de Mayo y la desregulación de transporte público y zonas amarillas.

89 SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION- Bogotá 2010

90 Ibid

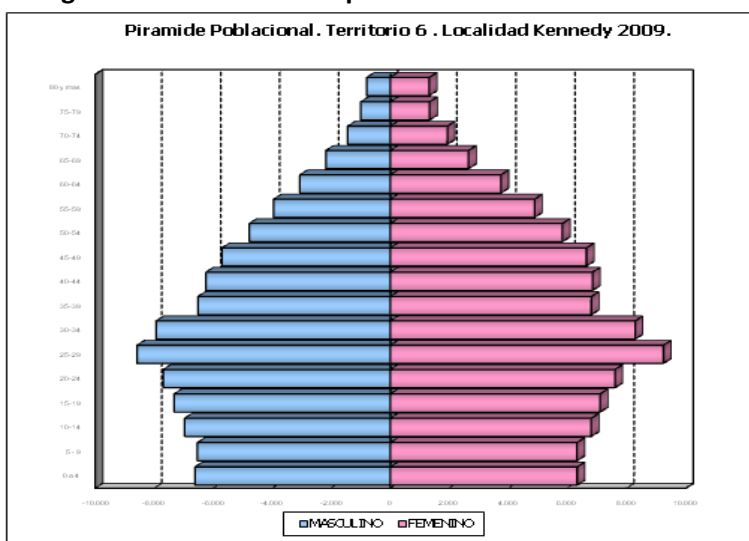
Existen factores que han deteriorado las condiciones de salud de los residentes, como los niveles de contaminación ambiental que aumentan por el uso de sustancias químicas, la presencia de riesgo tecnológico asociado a fugas, incendios, derrames y vertimientos con altas concentraciones químicas, generan condiciones que han deteriorado la seguridad y las condiciones de salud.

Dentro de las características que tiene la población que habita esta UPZ se encuentra la población flotante por el desplazamiento forzoso lo cual hace de pequeñas casas inquilinatos donde se evidencia la marginalidad y el hacinamiento, afectando la privacidad y generando conflictos al interior de las familias⁹¹.

3.2.6.1 Pirámide poblacional Territorio GSI No. 6

Como elemento importante para el análisis del territorio, se presenta a continuación la pirámide poblacional que sustenta la realidad en términos poblacionales la dinámica del territorio:

Figura 50 Pirámide poblacional Territorio GSI No. 6



Fuente: Proyecciones DANE 2005. Censo población 2009

El territorio seis conformado por las UPZ Américas y Carvajal, en la pirámide poblacional se observa una concentración de población en los grupos de edad 25 a 44 años, siendo el sexo femenino el de mayor predominio. En poblaciones de 0 a 19 años el mayor porcentaje está dado por el sexo masculino (51%) y en mujeres en las edades de 55 y más años.

91 HOSPITAL DEL SUR. Documento Narrativas 2009

3.2.6.2 Una mirada desde las etapas de ciclo vital

En este territorio residen cerca de 180.921 personas, en viviendas ubicadas tanto en conjuntos residenciales como barrios de autoconstrucción. En este territorio se guarda mas o menos la misma proporción en la distribución porcentual de la población, donde el 14.2% (25.787) corresponde a niños y niñas menores de 10 años, el 24% (43.487) son adolescentes y jóvenes, el 51% (92.212) son adultos y adultas y el 10.8%,(19.435) son personas mayores, principalmente de sexo femenino.

Estas upz, ocupan la cuarta y quinta posición con relación al número de población. La UPZ Carvajal alberga 96.337 habitantes mientras que la upz Américas 84.584, donde predominan los y las adultas, quienes deben atender las necesidades tanto de hijos como padres. Sin embargo, se observa también que las personas mayores se están encargando del cuidado de hijos y nietos.

La mayoría de los barrios de este territorio se caracterizan por ser conformados mediante procesos de autoconstrucción donde los vecinos compartían jornadas de trabajo para aportar su ayuda en el levantamiento de sus viviendas, tradición que se ha perdido ante la aparición de conjuntos residenciales como Tundama, Carimagua, Talavera, Villa Claudia, Plaza de las Américas, Villa Adriana y Oikos, entre otros; Tradición de una generación, que se caracterizaba por ser inmigrantes y que forjó lazos de amistad entre los primeros pobladores, que invertían parte de sus salario, vacaciones y sus cesantías en la construcción de sus casas, que por ese entonces contaban con áreas que les permitía albergar familias extensas; pero que con el paso de los años algunas se han convertido en inquilinatos, o han transformado su vocación residencial en comercial o industrial, generando conflictos entre los vecinos por el cambio de uso.

El proceso de desarrollo urbano de estas UPZ's no permitió contar con suficientes parques y/o zonas verdes, para el disfrute del tiempo libre y, ahora el poco espacio público se encuentra deteriorado, situación que aprovechan grupos delincuenciales para atemorizar o atacar a la población. Lo anterior sumado al incremento de sitios de expendio de bebidas alcohólicas, cerca a colegios, y al poco tiempo que dedican los padres a sus hijos o conflictos familiares son situaciones que están incidiendo para que adolescentes y jóvenes accedan a edades cada vez mas tempranas en el consumo de sustancias psicoactivas; y a que se presenten casos de suicidios en esta UPZ. (SIVIM. 2009)

De otra parte, se ha observado como los niños y niñas, que residen en los conjuntos de apartamentos, disminuyen su actividad física y vínculos con otros al estar un tiempo considerable con el uso de vídeo juegos limitando su desarrollo y crecimiento. Estos aspectos han sido valorados por el diversos sectores, los cuales muestra su preocupación por la disminución de las horas dedicadas a la práctica deportiva y cultural, aspectos que se deben considerar en la agenda local, con el fin de garantiza las condiciones sociales y espaciales para que niños niñas y adolescentes cuenten con una ciudad que le garantice sus derechos y su desarrollo integral

Los bajos ingresos económicos, la creciente inestabilidad laboral de la población adulta, de la UPZ Carvajal, junto al limitado acceso a programas, servicios sociales promovidos por el estado, y las deficientes áreas de los centros educativos, se caracterizan como los elementos determinantes en el deterioro de la calidad de vida de las familias y en especial de la población en edad escolar, observándose aumentando la deserción del sistema educativo, situación que afectará en gran medida el desarrollo infantil, el ejercicio de la autonomía, la construcción de proyecto de vida de jóvenes.

El trabajo informal limita el rol productivo y protector que desempeñan las adultas y adultos, convirtiéndolos en un grupo de alta vulnerabilidad, ante el deterioro en la garantía de un acceso a la seguridad económica y social que les permitiría contar con una mejor alimentación, recreación y vivienda adecuada, para si y para su familia; derechos que se ven más afectados cuando el Estado no se visibiliza como un actor fundamental que garantiza la calidad de vida. La UPZ Carvajal tiene la mayor participación personas empleadas en este sector comercial en la localidad, seguida de Corabastos, Patio Bonito, Kennedy Central y Castilla. (CCB. 2010)

Uno de los fenómenos sociales que caracteriza la UPZ es la presencia de sectores (especialmente Av. 1a de Mayo) donde se han construido moteles, residencias ligadas al ejercicio de la prostitución, puntos de encuentro de población LGBTI, y zonas de comercio de bebidas alcohólicas, cerca a colegios -a pesar de que existe una clara normatividad sobre el tema- generando condiciones de delincuencia, consumo de spa, violencia e inseguridad que no solo afecta a la población estudiantil sino a los vecinos próximos a estos sitios. Se observa con preocupación el creciente número de jovencitas “vinculadas en barra y tanga”, por una parte y por otra, el deterioro de las zonas y la depreciación de los predios en estos sectores.

La población adulta al ser los responsables del núcleo familiar y ante la falta de empleo optan por acondicionar sus viviendas para el uso comercial, especialmente expendios de bebidas alcohólicas que acompañado de música a altos volúmenes, prácticas higiénicas indeseables, ocupación del espacios públicos como andenes, antejardines, ha incrementado los conflictos de convivencia entre los vecinos. De otra parte, estas condiciones facilita que los adultos y personas mayores en sus tiempos libres accedan fácilmente a la ingesta de licor acompañado a juegos de azar y típicos como el tejo que hace que los pocos ingresos sean invertidos en este tipo de actividades descuidando su responsabilidad al interior de sus hogares desencadenando conflictos de orden económico y familiar. Los adultos y personas mayores ven con mayor preocupación que los jóvenes se estén en los parques a su actividad de consumo en tiendas de barrio.

Cabe mencionar que el poco equipamiento urbano, como los salones comunales, son en alguna medida los únicos espacios que son aprovechado por las personas mayores como escenarios de encuentro para su socialización y el mantenimiento de su salud, esto ante las escasas formas de recreación. En el diagnóstico de cultura adelantado en el 2009 se identificó baja inversión y debilitamiento de un número importante de organizaciones culturales y ambientales, en esta UPZ.

En este territorio se tienen acciones en varios colegios, entre ellos: La IED Carlos Arturo Torres, La Floresta Sur, y Alfonso López Pumarejo, sedes a y b jornada tarde, los cuales están rodeado de área residencial, con pequeños empresas familiares en especial dedicados a la venta de minutos, fotocopias e Internet por la cercanía a el colegio; también hay pequeños restaurantes y cafeterías, sobre la avenida existen actividades derivadas del servicio automotriz como talleres de reparación lava autos, venta de repuestos, actividades de carga y descarga de mercancías y compraventas de material mecánico lo que incide en el deterioro ambiental de estas zonas.

Ante este panorama se prioriza en el grupo gestor el tema de seguridad alimentaria debido a que estudiantes llegan al colegio si haber recibido alimentos en la casa y que no cuentan con el servicio de comedor comunitario lo que se evidencia en desanimo y apatía por las actividades escolares, además por el excesivo consumo de azucares en los escolares.

Debido a la ubicación de las sedes del colegio (cercanía a la avenida Boyacá e industrias) padece la contaminación auditiva y atmosférica; que sumado a la ausencia de zonas verde, la vegetación y paisaje natural desmejorado, afecta la salud ambiental de los y los estudiantes

Dentro de la transformación de prácticas sociales y culturales, se puede observar que existen problemáticas de convivencia evidenciada por la agresividad entre los estudiantes, intolerancia e irrespeto a la diferencia; presencia ocasional de expendedores de SPA ; el consumo de licor se ve mucho dado que es tomado como actividad normal y social entre los jóvenes, en donde se encuentran diferentes tipos de licor que por su precio económico son los más consumidos, en cuanto a consumo de otras sustancias, no es muy notorio en el colegio. Docentes ni padres registran los casos aunque estos sean conocidos; en la mayoría de casos es controlada con la presencia de la policía en cercanías de la institución en mayor frecuencia se presentan delitos contra la propiedad (robos) protagonizados por estudiantes. Existe el incremento de embarazos en adolescentes y falta de autoestima, por los que se realizaron acciones dirigidas comunicación asertiva proyecto de vida prevención de consumo abusivo de SPA.

Además de las problemáticas mencionadas no cuentan con un espacios adecuados para la recreación y el descanso de los escolares, tomando como alternativa parques aledaños a la IED donde se encuentran expendios y consumo de sustancias psicoactivas, durante el día, generando un alto nivel de riesgo en los escolares y la privación al derecho de la recreación; también es de resaltar que los estudiantes permanecen en su mayoría gran parte del tiempo solos ya que por las dinámicas familiares los padres no permanecen en casa lo que hace que temas de promoción de la actividad física y salud ambiente y el apoyo de salud al colegio para las actividades con los padres de familia en el tema de pautas de crianza, afectividad y comunicación asertiva, sean priorizados.

En cuanto a discapacidad y necesidades educativas especiales se encuentran muchas barreras dado que no son atendidos según la especialidad que le corresponda al menor, en ocasiones los padres que trabajan no encuentran instituciones que cuiden a estos menores, o los cupos son limitados o los requisitos no los cumplen, en cuanto a las terapias están son negadas por la EPS o

el servicio de salud al que se encuentre afiliados, ahora bien, no todos los padres tienen la misma corresponsabilidad como cuidadores de personas en condición de discapacidad.

Por la problemática que se presenta alrededor del desplazamiento forzado de las familias, esto no es comunicado a los directivos dado que se han recibido amenazas por parte de los diferentes grupos delincuenciales, pero que a pesar de estas novedades se organizaron foros donde se reconozca la ruta a seguir, aunque esta se ha venido trabajando en la vigencia anterior. Cabe mencionar, que se presentan barreras de acceso a diferentes servicios para la población desplazada ya que según el reporte de una madre de familia, que asistente a un grupo gestor, “existen grandes filas que hacen difícil el acceso de la población desplazada a los diferentes servicios de apoyo que ofrece el Estado”.

Por la realidad de las familias del sector se encuentran casos de niñas, niños y adolescentes trabajadores, donde cuidadores o padres de familia, ven esto como la única alternativa para vivir.

Otro colegio donde se encuentra salud al colegio es en la IED Carlos Arturo Torres, sede a y b jornada mañana, un gran número de fábricas de diferentes productos (Sevillana, Postobon, Prismacolor, el frigorífico, Colmotores, entre otros) que afectan la salud de la comunidad por la contaminación de gases, desechos sólidos y químicos los cuales son arrojados por parte de estas; además cuenta con presencia de avenidas importantes (Av. Boyacá, Autopista Sur) con gran flujo vehicular tanto pesado como liviano, se cuenta con Transmilenio, estación de la Sevillana, dado que son entradas principales a la ciudad lo que de igual manera ocasiona contaminación de gases por parte de estas, contaminación auditiva, en cuanto al cruce se cuentan con puentes peatonales y semáforos lo que hacen que el tránsito sea un poco seguro.

Otro tipo de establecimientos que rodean a los colegios son: Residencias en un gran número con su funcionamiento las 24 horas del día, tabernas, prostíbulos, talleres de mecánica, comercio informal, panaderías, droguerías, floristería, abarroterías, entre otros. Siendo estos fuente de vulneración para la comunidad educativa dado que, en horas de entrada y de salida del plantel tanto en jornada mañana como jornada tarde, y noche en donde se acentúa más la problemática; se ubican vendedores ambulantes, jóvenes integrantes de pandillas, quienes a su vez son expendedores de droga, ofrecen trabajo a los menores e incitan a prestarse para expender estas sustancias, de igual manera se encontró pandillas dentro y fuera de la IED conformadas por estudiantes y por jóvenes del sector que intimidan a la comunidad en general, y además usan a los estudiantes para realizar actos como prostitución, pornografía infantil o para unirse a estas como escape para aquellos adolescentes que no tiene una educación dirigida por parte de sus padres y que les ofrece poder y dinero de forma fácil, o en ocasiones amenazados.

Para la recreación el sector cuenta con un parque aledaño a la institución es usado por la comunidad en horas de la mañana, en la tarde y en la noche es un punto de encuentro por los jóvenes que participan en pandillas y para dar direccionamiento a hechos delincuenciales contra la comunidad, hechos que la misma comunidad reconoce y denunciado pero que por las

represaría de los mismos estudiantes no se atreven a enfrentar esta problemática que crece día a día, y aunque se conoció que la policía comunitaria apoya en horas de entrada y salida estas son esporádicas lo que hace que insegura la zona.

Dentro de la problemática identificada por la comunidad educativa se incluye: la mala alimentación y falta de cultura de las familias para el consumo de alimentos nutricionales lo que incide en niños con baja talla y peso y dolor estomacal; también el descuido personal y aumento del riesgo ambiental por fábricas aledañas al colegio, sin control de gases y de químicos, que hace que los niños y niñas y adolescentes presenten salpullidos y pieles agrietadas. A pesar del interés de los estudiantes por el tema ambiental no se maneja el reciclaje de las basuras en la IED ni en el sector. Se inician acciones en el tema de agricultura urbana.

Frente al consumo de SPA, se presenta pero en algunos casos los padres son quienes obligan a los menores a probar licor, cerveza como costumbre cultural y por la ausencia de los mismos y por probar o por obligación de pares inician el consumo de SPA.

Se presenta abandono o falta de tiempo para atender a los hijos/as por las ocupaciones laborales de los padres, quienes mantienen al cuidado de hermanos mayores o terceras personas.

En el tema de la sexualidad, los y las jóvenes manifiestan que aunque reciben los conceptos esto no es suficiente para cubrir los mitos, las diferencias sexuales alrededor de la temática lo que hace que no se tengan herramientas para que los jóvenes tengan una sexualidad responsable y un amor propio. Desde el ámbito escolar se hace referencia a que se observó el inicio a temprana edad de relaciones sexuales sin ninguna protección, y solo por exploración de esta experiencia, exponiéndose a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, por tanto, se implementó el desarrollo del proyecto de educación sexual en donde se les da a conocer a los estudiantes los derechos y deberes de una sexualidad responsable.

Las familias en situación de desplazamiento, han aumentado en la IED, las cuales no conocen la ruta de restitución de derechos y hay dificultades de adaptación por parte de los estudiantes al contexto

De otra parte se encuentran familias con relaciones disfuncionales, en donde no se cuentan con pautas de crianza, lo que hace que los menores no tengan figuras de autoridad, no hay afectividad por lo contrario se presenta agresividad, maltrato, violencia intrafamiliar, temas que se han desarrollado en los talleres con padres en donde han sido bien acogidos dado que las culturas al interior de las familias afectan de una u otra manera el desarrollo de las dinámicas, en muchos casos el castigar con mano dura es una solución para los padres en que los hijos sean los mejores, una reflexión por parte de una mamá de un niño de primaria perteneciente a esta IED: "(mi hijo tenía el problema de confundir las letras m por n, la r por la s, un día le pegue tan duro que le saque sangre, porque pensé que así aprendería, ahora sé que mi hijo necesitaba terapias de lenguaje y que ahora ha mejorado, me arrepiento porque nadie me enseñó a ser mamá y darme

una orientación adecuada para educar a mi hijo, ahora le pido perdón), experiencias como la anterior nos afirma y nos verifica que el programa Salud al Colegio es verdaderamente muy importante dado que se trabaja en aulas no solo con los estudiantes sino es una sensibilización que llega a los padres y al equipo de docentes, dado que, esto es articulado uno de pende del otro.

Por tanto los resultados que se han logrado son muy positivos porque se les dan herramientas para mejorar la calidad de vida, claro que teniendo en cuenta que las realidades a nivel de los determinantes económicos, laborales no dejan de ser factores importantes y en muchos de los casos son los ejes a la descomposición familiar que vemos día a día pero que pese a todo muchos de los estudiantes, padres y docentes no se dan por vencidos y hacen cambios en su vida⁹².

En la UPZ 45 Carvajal, la IED OEA, sede A y sede B, no se escapa del panorama ambiental que rodea a los colegios anteriores. La población educativa de este colegio cuenta con un mejor nivel socioeconómico que se denota en el cumplimiento de las exigencias básicas del colegio a la comunidad, como de los barrios de donde viene referenciados los escolares como lo son Plaza de las Américas, Marsella, Castilla. Mundo Aventura y el Carvajal, entre otros. El Colegio recibe apoyo de múltiples instituciones como IDR (apoyo al semillero de deportistas con limitaciones), programa de la Cámara de Comercio de Bogotá Hermes de fortalecimiento a conciliadores escolares, proyecto UEL de apoyo técnico a los estudiantes con discapacidad, apoyo de los practicantes de artes de la Universidad Distrital .

Es claro ver como existe un número considerable de niñas adolescentes gestantes, como de escolares involucrados en colectivos juveniles que aprovechan el sector “discotequero “muy bien asociado con el consumo regular de sustancias Psicoactivas (predominando las bebidas alcohólicas), Esta situación deja ver el poco acompañamiento de las familias a los niños y adolescentes en la jornada extraescolar. La mayoría de las familias trabajan bajo la figura de empleados, en trabajo del sector comercial, doméstico y operario, entre otros. Las condiciones socioeconómicas de la población obedecen a características propias de una clase media del distrito.

El último colegio, incluido en salud al colegio es la IED JACKELINE. Es una institución con sede única y sólo para básica con doble jornada. Esta Institución educativa, cuenta con los espacios adecuados para la enseñanza, sin embargo no son suficientes para el número de niños que manejan por jornada que se aproxima a los 330 estudiantes. Por lo cual se ven abocados a solicitar uno de los salones de la junta de acción comunal del barrio Jackeline que esta anexa al colegio⁹³ .

92 Mapa de acuerdos. IED Carlos Arturo Torres 2010

93 Ibid

Las familias son de estrato 2 y 3 y habitan en los barrios aledaños a Jackeline, Kennedy Socorro, Timiza, entre otros. A nivel socio cultural no se puede desconocer diferentes problemáticas sociales asociadas a inadecuadas pautas de crianza (autoritarismo y violencia intrafamiliar, permisividad), desconocimiento frente al manejo de la sexualidad en los niños, escasos recursos económicos entre otros.

Por parte, la población docente refleja trabajo en equipo en el marco del Proyecto Educativo Institucional “ Comunidad de búsqueda “, que ganó galardones en la Comunidad Académica, quien lo premió como mejor experiencia en Innovación Pedagógica 2007. La buena voluntad política y gobernabilidad del rector hace que el ambiente de los docentes sea favorable, además se cuenta con el apoyo de la comunidad quien es su red de apoyo fuerte en materia de la gestión social integral y la plataforma interinstitucional e intersectorial. El colegio cuenta con un proyecto ambiental claro que aporta al aprovechamiento de recursos.

Las familias de la población estudiantil, se caracterizan por problema défcits en los recursos económicos y el bajo nivel educativo de los padres, una comunicación interna deficiente con sus hijos, inadecuados roles familiares en la que incide específicamente una débil formación afectiva, métodos correctivos inadecuados y desintegración familiar. Las familias laboran en su mayoría en trabajos como empleados dentro del sector informal y formal asociados, con el transporte, el servicio doméstico, a nivel operario e industria⁹⁴.

En la UPZ Américas, como en otras UPZ, existe en un mismo territorio otros que difieren en su conformación y dinámica social. En el sector de reciente urbanización, cercana al parque mundo aventura, predomina el estrato medio, familias de adultos jóvenes quienes debe cuidar a varias generaciones: sus padres, sus hijos, su pareja y así mismo, situación que puede generar gran presión, y deterioro en la salud especialmente para las mujeres, quienes deben no solamente dar respuesta en su empleo/ trabajo informal sino también en su labor en el hogar.

En esta UPZ, se encuentra el colegio IED La Floresta, con dos sedes, en el barrio del mismo nombre. Con base en la caracterización del ámbito escolar se conoce que la mayoría de las zonas en donde habitan los estudiantes son vulnerables, ya que se encuentra una problemática ambiental relacionada con la contaminación atmosférica y un alto porcentaje de esparción de material particulado debido a la presencia de fábricas e industrias aledañas en la localidad de Puente Aranda, además se observa un inadecuado manejo de basuras, descuido en la parte de hábitos de higiene y auto cuidado de la casa, lo que ha generado bajo control en casos de influenza y gripes que se acentúan por la contaminación del aire gracias a la cercanía de la Av. 68.

Las familias se caracterizan por el bajo ingreso económico y laboralmente se ubican en trabajos como empleados con oficios demandantes de tiempo, existen también familias dedicadas a las

94 Ibid

labores del reciclaje del sector, el cual se considera semi- industrial. Es común ver población infantil que permanecen solos en sus hogares o con asistencia de una red de apoyo diferente a la familia. Existe falta de interés de los padres en cuanto a la educación de sus hijos y baja asistencia de los mismos a programas vinculados con el colegio.

Respecto a las familias se puede ver como la asistencia a un servicio de salud es con frecuencia escasa y muchos padres mencionan tener dificultades en su proceso de afiliación a salud, bien sea por su rotación de trabajo, como por su reporte de no pago en el sistema.

Adultos y adultas jóvenes, en otros sectores de la UPZ, como el sector de mundo aventura, es una población que aun pueden estar en la búsqueda de su independencia y al tener responsabilidades adicionales como la maternidad y paternidad pueden ver aumentada las dificultades de satisfacer sus necesidades y las de sus hijos-hijas, entre otros. Aspecto que si no se cuenta con las condiciones estabilizadoras en la parte económica y con redes sociales, difícilmente pueden cumplir cabalmente con su rol. Aprender a conocer a sus hijos-hijas, para avanzar en su rol paterno y materno activo es un reto que difícilmente están desarrollando ante las presiones sociales y retos profesionales que cada uno se impone y que esta incidiendo en las prontas separaciones de sus parejas, ocasionando a la vez grandes vacíos afectivos en sus hijos-hijas, que puede estar incidiendo en la aparición de trastornos mentales y nutricionales, o uso y abuso de sustancias psicoactivas, entre otros. Cabe mencionar que la Upz Américas, en el 2009, ocupó el cuarto puesto en la localidad en relación a la mayor proporción de prevalencia en el tema de violencia intrafamiliar

Otro reto de estas familia es el de posibilitar el desarrollo de la autonomía de sus hijos-hijas para buscar su propia independencia, para lo cual pueden estar asignando demasiadas responsabilidades no acordes con la edad de los y las adolescentes y jóvenes, incidiendo negativamente en las potencialidades, salud de sus hijo –hijas, y en a tomar sus propias decisiones, es decir, que estarían frenando o acelerando el proceso maduración o llevándolos a asumir roles no propios a su edad.

En el sector de La Floresta predomina población adultos maduros y adulta mayor como propietarios de sus viviendas autoconstruidas, que en alguna medida les da una mayor estabilidad y autonomía. Sin embargo, con relación a su entorno se observa deterioro y escaso espacio para su recreación y ocupación del tiempo libre. Allí al igual, que en las UPZ Castilla y Bavaria, es baja la inversión en cultura. Se evidencian organización comunitaria en torno al tema ambiental y cultural, bajo sus propias iniciativas. En esta UPZ residen varias de las familias de la comunidad gitana – rom, quienes han estado participando de procesos culturales y productivos de forma articulada con otras etnias.

3.2.6.3 Como leemos el territorio

Buscando tener una lectura de las realidades que se evidencian en el territorio se realiza la profundización de los núcleos problemáticos con la ayuda de la comunidad del sector por medio de mesas de trabajo, recorridos, cartografía social entre otros desde una mirada singular particular y general de las situaciones del territorio.

3.2.6.3.1 Núcleo Problematizador: problemáticas asociadas al ejercicio de la prostitución

La presencia de establecimientos de encuentro sexual, cabinas de videos- swinger - whiskerías - salas de masaje erótico - saunas y turcos, que se vienen consolidando en el territorio se han caracterizado como un factor de riesgo para la población. La venta de licor adulterado, la distribución y consumo de sustancias psicoactivas y la consecuente delincuencia, robos y atracos, son algunos de los elementos que afectan la salud, tanto de quienes frecuentan estos lugares ubicados en su mayor concentración por la avenida primera de mayo.

En el sector de Carvajal, se encuentran identificados 54 establecimientos de comercio sexual, correspondientes al 88% del total de la localidad; un total de 754 mujeres flotantes y 726 permanentes, en cuanto al número de hombres y población LGTB no se tiene dato exacto pues esta población es flotante y dinámica de acuerdo a la temporada los cuales interactúan en diferentes establecimientos como amanecereros, whiskerías, entre otros.

De acuerdo a la línea de inspección, vigilancia y control de Saneamiento Básico, del Hospital del Sur, se identifica que las condiciones higiénicas sanitarias de establecimientos con servicios de alto impacto, presentes en la UPZ, cuentan con 17 conceptos pendientes y algunos desfavorables (no cuantificados en el informe). Situación que deja ver de manera particular como las dificultades de tipo sanitario y de orden público, han incidido para que algunos de estos establecimientos se registren ante la cámara de comercio de Bogotá, como clubes privados, elemento que limita el ingreso de profesionales de las instituciones del Distrito para su control y/o seguimiento. El ejercicio de la prostitución sin un control Estatal y sin reconocimiento de derechos a estas mujeres y hombres, es un escenario de constante vulneración social y económica, tanto por parte de administradores, como por clientes, sin mencionar agentes del estado, como policía.

Cuadro 26. Doble función de establecimientos

Algunos de estos establecimientos cumplen doble función para mujeres, por un lado son escenario de su oficio y por otro su lugar de descanso y vivienda. Esta situación aumenta los factores de riesgo, dado que dueños y administradores no exigen el certificado del Código de Policía, lo que permite aumento en la vulnerabilidad de la población.

La marca de los preservativos entregados por parte de los administradores a las mujeres, no cumplen con los mejores índices de calidad, lo que aumenta el riesgo frente a transmisión de infecciones de transmisión sexual y/o VIH – SIDA.

Fuente: Hospital del Sur. Lecturas de Necesidades 2009

De otro lado existen diversos determinantes para el desarrollo de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA). Aunque es difícil su identificación y caracterización local por las implicaciones legales que con lleva, si se puede mencionar que el contexto social y cultural, que evidencia el poder masculino autoritario, los patrones de crianza basados en castigo físico, la inequidad, la disparidad geográfica, la degradación rural, la desorganización urbana, la destrucción familiar, los mitos alrededor de la sexualidad de los niños, niñas y adolescentes, inciden en que la prostitución infantil, el tráfico de niños con fines sexuales, la pornografía infantil, el matrimonio servil con fines sexuales y el turismo sexual, sean practicas inveteradas y de raigambre cultural.

El contexto económico, otro determinante de manera singular que permite identificar a un sin número de adolescentes inmersos en la explotación sexual comercial como mecanismo de independencia económica o de escape a la miseria y/o pobreza. Ellos y ellas, encuentran en la prostitución otra forma de sustento, de alcanzar un estatus social y de mejorar su calidad de vida.

3.2.6.3.2 Núcleo Problematizador: invasión ronda Rio Fucha y Canal Comuneros

El fenómeno del desplazamiento forzado ha generado un proceso violento de transformación demográfica y recomposición territorial con graves consecuencias en plano económico, político, social, cultural y ambiental; dicha situación, ha repercutido de manera estructural en la configuración de las dinámicas de ciudad, pues ésta, se ha dispuesto como el principal escenario de llegada de la población. La zona de protección y manejo ambiental del rio Fucha, ha recibido el impacto negativo de este proceso de asentamiento humano, que se traduce en efectos negativos para el ambiente y para la salud de la población. De un lado, se evidencia pérdida del valor paisajístico, cultural y de productividad ecológica y del otro, los patrones culturales de procedencia de la población, dadas las actuales condiciones de sobrevivencia, acentúan

escenarios de insalubridad y problemáticas de salud mental y física, tanto para quienes residen en el sector como para quienes viven en sus cercanías.

El documento Preliminar del Diagnóstico, Zonificación y Prospectiva De La Cuenca Del Río Fucha indica que en materia de residuos sólidos y basuras, su concentración se dispone a lo largo del río, evidenciado tres puntos críticos de depósito y descargas de residuos:

- Barrio Vitelma (zona alta), caracterizado por la presencia de residuos sólidos, principalmente cerca a los puentes vehiculares.
- Desembocadura del canal de Los Comuneros (zona media), caracterizado por el uso que la población en general da al río. El significado social que se ha credo de estos cuerpos hídricos los relaciona de manera directa con sectores para depositar y arrojar basuras y/o escombros a cielo abierto, convirtiéndolos en botaderos que propagan plagas y olores.
- Barrio El Vergel (zona baja), caracterizado de manera determinante por asentamientos humanos en la rivera del río. Prácticas que generan presión extra sobre el ecosistema, por producción y descargas de residuos sólidos, quema de llantas entre otros.

De acuerdo con el documento, una de las zonas más afectadas por la problemática ambiental y sanitaria es el sector de La Igualdad, a la altura de la desembocadura del Canal Comuneros al Río Fucha, sector donde se presenta la invasión de asentamientos humanos que hacen que la zona de ronda se caracteriza por contar con factores físicos y sociales, propios del entorno, que determinan el estado general de salud de la población que habita el sector en seguridad y saneamiento de la vivienda. El entorno se configura como punto laboral de quienes comparte la vivienda con el reciclaje, la tenencia inadecuada de animales y los estilos de vida adoptados por los individuos de la zona.

El principal efecto que se asocia con las condiciones de entorno de la ronda invadida, es la proliferación de vectores y roedores plaga que pueden transmitir distintos tipos de enfermedades de tipo zoonótico, afecciones de tipo respiratorio, digestivo o cutáneo, involucrando a todas las etapas del ciclo vital, pero siendo más vulnerables en niños y niñas, especialmente en la primera infancia, condiciones que se relacionan con el desplazamiento forzado que se ha venido presentando como resultado de la violencia interna del país.

El ámbito familiar realiza una caracterización de las familias que habitan en la ronda del río Fucha donde se identifican 87 familias con características particulares tales como muertes infantiles y perinatales en el último año, y en el 100% de ellas practicas higiénico sanitarias deplorables.

Cuadro 27. Residuos Sólidos

“El inadecuado manejo de residuos sólidos así como la tenencia inadecuada de animales, se visibilizan como dos de los factores de deterioro ambiental de la UPZ; con una presencia del 100%, sus efectos se visibilizan claramente en la zona de invasión de ronda”.

Fuente: Hospital del Sur. Lecturas de Necesidades 2009

3.2.6.3.3 Núcleo Problemático: conflictos relacionados con el uso del suelo

El progresivo cambio en uso de suelo de Carvajal, de residencial consolidado a uno con predominio industrial y/o con viviendas de uso compartido, ha concentrado un importante número de industrias en zonas residenciales. Esta situación, ha generado conflictos entre usos de suelo, pues los residentes han visto como las dinámicas sociales de sus barrios se han modificado y como los niveles de contaminación ambiental han aumentado, factores que han deteriorado sus condiciones de salud.

En un principio, es pertinente señalar dos elementos que permiten evidenciar y confirmar el progresivo cambio en el uso de suelo del territorio que afecta de manera general, como determinante fundamental de la calidad de vida de quienes allí residen: las industrias caracterizadas por línea industria-ambiente del Hospital del Sur y la razón entre el número de viviendas y el número de hogares⁹⁵.

El área de medio ambiente identificó 284 industrias en Carvajal en el año 2009 de 682 caracterizadas para localidad, es decir un 41% del total; de éstas, tan solo un 10%, es decir 31 industrias, se caracterizan por uso compartido con la vivienda, situación que permite afirmar el grado de especialización del sector en grandes industrias, próximas a consolidación. Por otro, la UPZ se caracteriza por 30.607 hogares en 26.534 viviendas, es decir una razón de 1,15 hogares por vivienda.

En este contexto, las problemáticas relacionadas con la contaminación ambiental derivada de los procesos industriales, así como el riesgo tecnológico asociado al almacenamiento y manipulación de materiales peligrosos y sustancias químicas, que pueden generar eventos como incendios, derrames, fugas y explosiones, dieron lugar a una (1) explosión, 23 conatos de incendio y 34 incendios de estructuras de acuerdo a la línea de emergencias del Hospital del Sur (2008). Estos elementos aun más problemáticos en escenarios creados para habitar, dada la configuración del espacio y los remanentes de vida social residencial que allí permanecen.

⁹⁵ HOSPITAL DEL SUR- Informe área de medio ambiente. Bogotá 2010

La concentración de industrias en zonas residenciales se configura como un perfil de deterioro de la salud y por lo tanto, como un factor que define las formas en que la población se enferma. De acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en los centros de atención del Hospital que hacen parte de la UPZ (UPA 63 Alquería, UPA 72 Argelia y UPA 79 Carvajal), la distribución de diagnósticos relacionados con ambiente, demuestran que la calidad de aire, con un promedio de 71.3%, es el principal determinante ambiental de la salud en el sector.

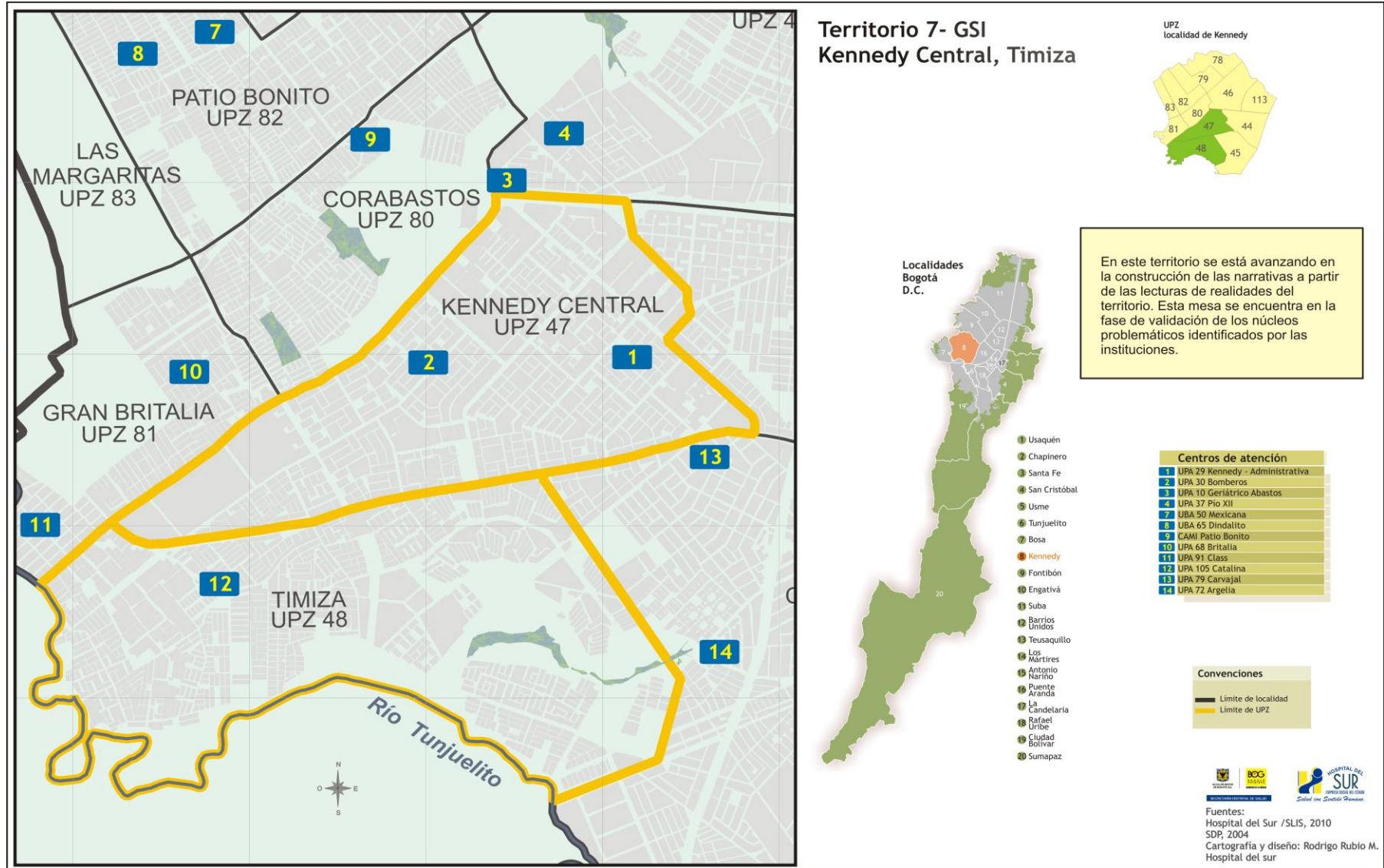
En términos generales, los determinantes de la calidad de vida y salud de la población, son el producto de empresas que a raíz de su actividad económica, ocasionan problemas de carácter respiratorio principalmente; esta situación, se presenta como la consecuencia directa de olores fuertes producto de fábricas de plástico y elaboración de productos químicos, y de la pintura y lacado de muebles en madera en el espacio público, dada la adaptación de espacios residenciales a industriales. En dicho contexto, las edificaciones no cuentan con instalaciones óptimas para el desarrollo de su actividad, generando conflictos con el espacio urbano y presiones excesivas a la estructura urbanística del sector.

Es importante mencionar como esta adecuación de espacios residenciales a espacios industriales, se desarrolla por la permisividad en el incremento de actividades incompatibles con el suelo residencial y de la apropiación indebida del espacio público; situación mediada a su vez por la inexistencia de una zona exclusiva de concentración industrial, que regule los usos permitidos y cuente con una localización suburbana.

3.2.7 TERRITORIO GESTION SOCIAL INTEGRAL No. 6 UPZ CARVAJAL – UPZ AMERICAS

El territorio 7 concertado para el desarrollo de la Gestión Social Integral desde el equipo conductor de la localidad de Kennedy está conformado por la UPZ 47 Kennedy Central y 48 Timiza, por las similitudes en la construcción y constitución que se encuentran entre las dos UPZ. La dinámica urbanística de este territorio estuvo determinado por un proceso denominado “Alianza para el progreso”, que en 1961 hizo presencia en la localidad cuando el entonces presidente de Estados Unidos John F. Kennedy lanzó en Bogotá el “proyecto de vivienda popular de Techo” (Arango, 1982). Las obras se inician bajo la dirección del entonces Instituto de Crédito Territorial, siendo los primeros multifamiliares que se planeaban para las clases medias de la ciudad atados a préstamos hipotecarios de largo plazo. El acelerado crecimiento demográfico y el déficit habitacionales requerían de soluciones de vivienda y el uso más intensivo del suelo (soluciones multifamiliares).

Mapa 15. Territorios GSI No. 7 -UPZ Timiza y UPZ Kennedy Central 2010



Fuente: Hospital del Sur 2010

El territorio comprende un área de 768,55 Ht Cuenta con 243.580 habitantes, una densidad poblacional 316,93 Hab/Ha, cuenta con 116 barrios y un con un nivel de estratificación 2 y 3. El territorio limita al norte con la Avenida de Las Américas; al oriente con al oriente con la diagonal 42 B sur, y la Avenida Ferrocarril del Sur;; al sur con el rio Tunjuelito , y al occidente con la Avenida Dagoberto Mejía.

Este territorio está conformado por la UPZ Timiza y Kennedy central donde Timiza surge con la generación de varios proyectos de vivienda de interés social por la crisis del Instituto de Crédito Territorial que mediante convenios con firmas constructoras privadas edificaron viviendas dirigidas a la clase emergente de la ciudad planteados como soluciones habitacionales para empleados estatales, donde el 60,4% de los habitantes son de estrato III y el 38.6% son de estrato II.

En Kennedy central se consolida con un modelo de urbanismo al estilo de una ciudadela, desarrollándose una zona comercial fortalecida por el recorrido de las rutas de transporte público, donde queda actualmente la zona bancaria, almacenes de cadena, comercio y el sector terciario. Con la muerte de J. F. Kennedy el sector lo empiezan a nombrar Kennedy Central y en los años setenta la UPZ toma el nombre de Ciudad Kennedy.

El desarrollo urbanístico ordenado de este territorio se refleja también en una mayor concentración de equipamientos contando con 12 por cada 10.000 habitantes en Timiza y en Kennedy central con 17 equipamientos por cada 10.000 habitantes que se acerca la estándar del Distrito que cuenta con 19 equipamientos por cada 10.000 habitantes

Su dinámica de uso dotacional principalmente residencial la convierte también en uno de los territorios con alta densidad poblacional, que en su mayoría habitan el sector pero laboran en otras zonas de la ciudad. Este territorio cuenta con la mayoría de los equipamientos de la localidad,. La mayor cantidad de equipamientos los aporta el sector de bienestar social seguido del sector educación y cultura⁹⁶. El cruce de varias vías principales ha permitido un desarrollo comercial formal e informal bastante importante, influido además por su relación de cercanía con la central de Abastos que aporta de una u otra forma a la instauración de procesos de comercio informal.

Cuenta con 243.580 habitantes, una densidad poblacional 316,93 Hab/Ha, cuenta con 116 barrios y un con un nivel de estratificación 2 y 3. El territorio limita al norte con la Avenida de Las Américas; al oriente con al oriente con la diagonal 42 B sur, y la Avenida Ferrocarril del Sur; al sur con el rio Tunjuelito , y al occidente con la Avenida Dagoberto Mejía.

3.2.7.1 Pirámide poblacional Territorio GSI No. 7

Como elemento importante para el análisis del territorio, se presenta a continuación la pirámide poblacional que sustenta la realidad en términos poblacionales la dinámica del territorio:

Figura 51 Pirámide poblacional Territorio GSI No. 7



Fuente: Proyecciones DANE 2005. Censo población 2009

El territorio 6 conformado por las UPZ Timiza y Kennedy Central, en la pirámide poblacional se observa una concentración de población en los grupos de edad 25 a 39 años y en adelante predomina en el sexo femenino. Se observa una pirámide estacionaria con una notable igualdad entre las generaciones jóvenes y adultas, y una reducción importante en las ancianas. El crecimiento natural es bajo.

3.2.7.2 Una mirada desde las etapas de ciclo vital

En este territorio residen cerca de 243.580 habitantes en diversos tipos de vivienda, tanto en grandes conjuntos residenciales como en viviendas de autoconstrucción. Viviendas habitadas por familias conformadas principalmente por adultos maduros, y personas mayores. El 14% de la

96 SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Planes Maestros de Equipamientos, Bogotá D. C., 2006 – 2008. Inventarios previos de los equipamientos de culto, administración y educación superior, Bogotá D. C., 2009. DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2006 - 2015 Cálculos: SIEE - DICE

población (36.051) corresponde a niños y niñas menores de 10 años, el 25% son adolescentes y jóvenes, el 49.7% son adultos y adultas y el 10.3% son personas mayores, principalmente de sexo femenino.

Cabe mencionar que la UPZ 48 Timiza, ocupa la segunda posición con relación al número de población; en ésta residen cerca 147.298 habitantes de los cuales, 23.065 son niños y niñas, menores de 10 años; 37.585 jóvenes de 10 a 24 años, 72.731 adultos y adultas, 13.917 personas mayores; quienes residen en conjuntos residenciales próximos al parque Timiza, y en sectores urbanos desarrollados por autoconstrucción, como el sector Boita, Roma, Socorro, Villa Rica Catalina, Onassis, entre otros, con predominio de estratos medios y bajos.

En este territorio se evidencia mas que en otras UPZ diversidad de las culturas juveniles vinculados a temas culturales, ambientales, espirituales, deportivas y futboleras, entre otras. Pero a pesar de esta diversidad en este territorio es mínima la confrontación. Existen espacios que propician el encuentro de saberes lúdicos entre los y las jóvenes e instituciones, uno de ellos es los núcleos de gestión, o tertulias, cine al parque, foros la mata no mata, encuentros en el humedal de la Tingua azul; escenarios que, sin excluir a personas de otras generaciones, les ha posibilitado avanzar en la reflexión sobre el territorio, las políticas ambientales y culturales.

Pero si bien, se observa una gran dinámica en torno a estos temas, por otro lado se evidencia una baja adherencia a los temas de acceso a los programas y servicios del sector salud, situación que se evidencia en el aumento de jóvenes y adolescentes con hijos/as, quienes asumen la maternidad y paternidad de forma temprana, las jóvenes solo acuden a los servicios de salud cuando están en periodos de gestación y/o lactancia, por lo cual se requiere analizar junto con ellos concepto de salud, desde el enfoque de derechos y motivar su organización en torno al tema.

En esta UPZ, se encuentra el colegio IED Class, con dos sedes B y C, en la cual se realizan intervenciones desde salud al colegio, en la jornada mañana. A la salida de estas sedes se hay vendedores ambulantes de frutas, verduras lo que aporta a la contaminación visual e inadecuada disposición de residuos sólidos que incide en proliferación de roedores y vectores y presencia de caninos callejeros.

Se ha identificado descuidado en hábitos de higiene en algunos de los escolares dando lugar a infestación de pediculosis. Se presenta también inadecuado uso del tiempo libre en estudiantes, problemas de convivencia como matoneo, agresividad física y verbal entre los estudiantes, y en las familias que pertenecen a la comunidad educativa. Se resalta la presencia de jóvenes que a la salida del colegio consumen licor y sustancias psicoactivas, lo que los docentes y padres refieren como un riesgo para los estudiantes que aunque están pequeños y son vulnerables a las situaciones de consumo de SPA. De igual forma se observa apatía de los padres para iniciar y continuar procesos con niños y niñas con necesidades educativas especiales.

Los y las jóvenes por la soledad o abandono de sus padres han tenido que asumir solos su propio desarrollo, y búsqueda de su propia identidad y autonomía. Éste proceso, en condiciones precarias con ausencia de principios y valores, ellos pueden asumir comportamientos desafiantes y antisociales, como lo definen sus padres y/o adultos.

Algunos jóvenes participan en pandillas y acciones delictivas, En ellos la problemática más común es el consumo de sustancias psicoactivas, además su comportamiento sexual inadecuado. Como producto de ello se presentan casos de padres adolescentes; adolescentes gestantes de alto riesgo, por la condición biológica, y, además, se suma la desescolarización de los jóvenes, porque prefieren o les toca trabajar por sus deficientes condiciones económicas y laborales. El asumir roles de cuidadores de sus hermanos menores, en algunas ocasiones les afecta su autoestima, afectando negativamente su salud mental, emocional y física.

En el sector de las urbanizaciones se presenta el mismo fenómeno de soledad de los niños y niñas que en otras UPZ, donde sus padres los dejan al cuidado de otros adultos, que pueden no estar cubriendo sus necesidades afectivas y sociales. Éste proceso, en condiciones precarias con ausencia de principios y valores, ellos pueden asumir comportamientos desafiantes y antisociales, como lo definen sus padres y/o adultos

Otro de los problemas de la niñez se centra en el difícil acceso a la educación de los niños en condición de discapacidad, una de las causas es el déficit de colegios integradores y de educación especial dentro del territorio y también en muchos por negligencia de los padres, debido a que tienen una percepción errada del manejo de la discapacidad.

Es importante indicar que cuando se aborda el tema de la discapacidad, es de carácter primordial identificar las condiciones de sus cuidadores o cuidadoras; siendo en mayor medida las mujeres quienes asumen esta condición, su situación socio-económica y personal tienden a complejizarse. Como tal, significa tres o cuatro jornadas de trabajo, significa limitaciones frente a su capacidad productiva fuera del hogar, implica límites frente a su proyecto de vida, de acuerdo a la dependencia funcional de la persona en condición de discapacidad, o simplemente, involucra la decisión de asumir su proyecto de vida como cuidador de dicha persona. El tema laboral y las respuestas a esta problemática también deben incluir esta población dada su íntima conexión con el sector poblacional y las condiciones sociales que esta genera.

Los adultos mayores, han encontrado múltiples respuestas a sus necesidades, a través de organizaciones como clubes de abuelos y en los comités de las JAC, donde pueden brindar su trabajo voluntario en favor de las necesidades de la comunidad.

En este sector, se ubican varios grupos culturales de la comunidad afro, de los cuales cuentan con representación en el Consejo local de juventud.

En cuanto a la UPZ 47 Kennedy Central, se puede decir, en ésta residen cerca 96.282 habitantes de los cuales, 12.986 son niños y niñas, menores de 10 años; 23.383 jóvenes de 10 a 24 años, 48.522 adultos y adultas, y 11.391 son personas mayores; quienes residen en conjuntos residenciales o súper manzanas con predominio de estratos medios; cerca a los cuales predomina la dinámica comercial y que sumado a la baja regulación de las autoridades, para el control del ruido, no solo esta generando conflictos entre vecinos sino afectación en la salud de los niños y las niñas y personas mayores por la contaminación auditiva producida por equipos de sonido a altos volúmenes para promocionar sus productos en la vía pública.

El estilo de vida moderno de las grandes urbes densamente pobladas en los que la inseguridad y la disminución de zonas verdes limitan el ejercicio y las prácticas recreativas que inciden en la salud física y mental, ya que la actividad recreativa queda supeditada al tiempo en el recreo y educación física en los jardines y colegios, y/o a los fines de semana cuando sus padres tienen la posibilidad de ir con ellos a centros recreativos como clubes de cajas de compensación o parques metropolitanos.

En esta UPZ, se encuentra las IED El Japón cuenta con Una Sede Única con tres jornadas, salud al colegio aborda la Jornada de la tarde donde concentra niños y jóvenes en los ciclos 1 al 5, en éste, prima conflicto causado por las barras futboleras, el ausentismo de los papas y acudientes y la no afiliación de estudiantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En la IED San Rafael cuenta con dos sedes, en la sede A jornada mañana, los ciclos 1,2,3, 4 y 5, son abordados por salud al colegio donde se han identificado problemáticas relacionadas con el trabajo informal, falta de corresponsabilidad en servicios de salud, barreras de salud para la población en condición de discapacidad, contaminación visual y auditiva e inseguridad en el territorio. En el colegio John F. Kennedy Salud al Colegio cubre la jornada mañana donde se encuentran estudiantes del ciclo 1 al 5, se identificaron problemáticas relacionadas con ventas ambulantes que afectan los hábitos alimentarios de los estudiantes, inadecuados hábitos de higiene, baja actividad física, riñas entre estudiantes, porte de arma blanca y falta de comunicación asertiva entre padres e hijos, mal manejo de la sexualidad.

Al igual que en las UPZ Castilla y Américas, los jóvenes de Kennedy central se ven cada vez mas abandonados por sus padres, no cuentan con redes sociales familiares fuertes, lo que conlleva a que busquen la aceptación en grupos que en ocasiones afectan la convivencia en los barrios de esta UPZ.

La población de la etapa de ciclo vital Adultez al igual que los infantes y jóvenes se ven afectados por los problemas ambientales generados en la localidad, es así como en la UPZ 47 Kennedy Central, la contaminación ambiental y auditiva afecta a los residentes de esta UPZ y a sus visitantes de manera directa, pues se asocia a enfermedades de tipo auditivo, de sobre estimulación visual y problemas de salud mental como el estrés.

Esta UPZ alberga un alto número de vendedoras/es informales (jóvenes, adultos y personas mayores), de diferentes partes de Kennedy y localidades aledañas.

De manera específica, el trabajo informal ha generado contradicciones permanentes con las autoridades locales e incluso confrontaciones con la fuerza pública debido a la invasión de espacio público que la actividad económica genera. Allí, es evidente el conflicto que enfrenta el uso y disfrute del espacio público versus la posibilidad de ingreso económico, que habitantes de la localidad encuentran en la informalidad y uso del espacio público como lugar de sus prácticas para la generación de ingresos. El IPES, instituto para la economía solidaria ha desarrollado varios programas que tienden a solventar esta contradicción: mercados móviles, ferias itinerantes y zonas de transición. Sin embargo, la permisividad en el uso del espacio público por vendedores ambulantes reubicados o nuevos hace que los programas del gobierno no sean efectivos

Al igual que en la UPZ Timiza, en esta UPZ se presenta diversidad de las culturas juveniles vinculados a temas culturales, y futboleras, entre otras. Pero contrario a la primera UPZ, en esta el proceso de transformación de conflictos a sido tema de la agenda del Alcalde local quien ha tenido liderar, junto con el Personero, procesos de dialogo y concertación entre barristas, avanzando positivamente en el tema, y donde el Hospital ha estado acompañando el proceso desde cada territorio.

3.2.7.3 Como leemos el territorio

Con base en las problemáticas evidenciadas en el territorio se realizó la contextualización y creación de narrativas de núcleos problemáticos que caracteriza la situación de la población en el sector, para esto se conto con la participación de diferentes líderes del territorio y la intervención institucional con datos estadísticos que soportan la información.

3.2.7.3.1 Núcleo Problematizador: impacto ambiental por inadecuada disposición de residuos sólidos y malla vial en mal estado.

La UPZ Timiza evidencia deterioro de la malla vial en sus barrios y una disposición inadecuada de residuos sólidos, en diversos puntos o sectores críticos tales como el borde del Río Tunjuelo y algunas vías internos. Esto, además de ser un factor de accidentalidad y de problemáticas relacionadas con la movilidad vehicular y peatonal, facilita el taponamiento de los colectores y depósitos de aguas, encharcamiento de vías, y está directamente relacionada con la presencia de plagas, como moscos, zancudos y roedores, con el riesgo de enfermedades zoonoticas y por material particulado. Adicional a ello, la presencia de un amplio número de perros callejeros, y

los constantes recorridos de recuperadores de basura, quienes la dispersan de manera desorganizada, caracterizan algunas de las problemáticas ambientales del territorio.

La UPZ evidencia un deterioro de la malla vial interna de sus barrios, que además de ser un factor de accidentalidad y de problemáticas relacionadas con la movilidad vehicular y peatonal, incide directamente en la generación de material particulado fino; este, representado en hollín, humo y polvo, se encuentra en mayor abundancia y repercute de forma general en la salud. Según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) 2009 del Hospital, la segunda causa de consulta en menores de 1 año fue la rinofaringitis aguda con un 80% de los casos, enfermedad que se presenta en el común de la población, pero que en contextos de amplia presencia de polvo se torna problemática; la novena causa de consulta fue la bronquiolitis aguda y causa 12 la constipación general.

De otro lado, el manejo inadecuado de residuos sólidos, como factor de riesgo y proliferación de vectores plaga está directamente vinculado a procesos comunitarios de educación y compromiso ciudadano. Si bien es cierto que los líderes comunitarios reciben múltiples capacitaciones y están en diferentes procesos de formación, el canal de transferencia de este conocimiento a sus comunidades se ha quedado corto; la falta de experticia en el tema de la exigibilidad de los derechos ha hecho que no se logre una inversión por parte de la Alcaldía Local o del ente encargado en el distrito capital, para pavimentar las deterioradas vías barriales de la UPZ.

Es importante visibilizar el progresivo cambio en los usos de suelo que la UPZ ha experimentado, con un amplio número de locales para el comercio, restaurantes y tiendas, entre otros, pues dicha dinámica urbanística significa que las toneladas de basura del sector aumentan. Dado que el diseño espacial de los barrios (residencial) no puede soportar la carga excesiva de basuras y que los establecimientos barriales de comercio no cuentan con estrategias de manejo de residuos sólidos, la problemática de basuras se aumenta.

Cuadro 28. Residuos Sólidos

Algunos barrios fumigados por el Hospital del Sur durante el periodo 2008 fueron los barrios Pastranita, La Igualdad, Villa los Sauces, Catalina, Roma, Timiza y Las Luces, un total de 6 sectores frente a 52 para la localidad de Kennedy, los motivos de actuación mas comunes obedecen a notificaciones comunitarias asociados a brotes.

Fuente: Hospital del Sur – Informe Área Ambiente 2009

3.2.7.3.2 Núcleo Problematizador: problemáticas asociadas a la población joven en el territorio

Este territorio presenta múltiples manifestaciones protagonizadas principalmente por adolescentes y jóvenes, quienes por diferentes motivos se encuentran solos la mayoría del tiempo,

y no adoptan alternativas adecuadas para el manejo del tiempo libre. Esas manifestaciones están relacionadas con la venta y consumo de SPA, la violencia en el espacio público, la deserción escolar y el pandillismo entre otras y se manifiesta de forma latente en la adopción de modelos de vida que posibilitan desórdenes alimenticios, adicciones, mal manejo de la sexualidad y choques generacionales.

Existen diferentes problemáticas ligadas a la juventud por su proceso y posición en el sistema social. Los jóvenes, construyen continuamente modelos de vida y perspectivas a futuro de sociedad, que así como pueden llegar a ser innovadoras y potenciales para el desarrollo integral de sus comunidades, también pueden caracterizarse por una herencia cultural de la violencia y por proyectos de vida ligados a la construcción temprana de una familia, que al caracterizarse como un ejercicio prematuro, conlleva implicaciones sociales y económicas, que acarrearán responsabilidades y mínimas posibilidades para el desarrollo, en contextos de pocas oportunidades educativas y laborales.

El consumo de sustancias psicoactivas, sigue siendo una práctica que socialmente se asocia a la juventud. Este consumo, se relaciona con el entorno donde el individuo se desarrolla: la mayoría de consumidores tiene dificultades de comunicación con sus familias, la presión de sus grupos de referencia o amigos, modelos de crianza permisiva, sobreprotectores o autoritarios son algunos de los factores relacionados. A nivel social, se evidencian factores de marginalidad de muchos jóvenes, inadecuado manejo del tiempo libre, insuficiencia de programas sociales, ausencia de oportunidades laborales, entre otros que afecta de manera general a los jóvenes del territorio.

Las ofertas para el uso del tiempo libre que ofrecen las instituciones del estado se encuentran limitadas por el número de cupos que ofrecen, las condiciones que se le imponen a estos a partir de la “focalización” de la oferta y los sectores en donde son ofrecidas. De igual forma la oferta privada se ve limitada por el factor económico, que no permite que sea de fácil acceso a toda la población y que además esta cruzada por los imaginarios que vende la televisión y la publicidad sobre el uso del tiempo. Esta situación permite evidenciar como jóvenes construyen identidades a partir de su organización en grupos futboleros, situación problemática debido a los comportamientos violentos que genera.

Otro factor importante en este tema es la relación que hacen los adultos del uso de drogas y los comportamientos violentos o delincuenciales en los jóvenes; sin embargo, diferentes estudios muestran que no existe una relación clara entre estos dos fenómenos pues aproximadamente el 5 al 10% de los adolescentes, relacionan el consumo con los actos violentos, porcentaje que es igual para aquellos que en la edad adulta se convierten en delincuentes⁹⁷.

97 VEGA, Armando. Violencia, drogas, jóvenes: los tópicos de siempre. En Revista Liber Addictus. www.infoadicciones.com 2006. Noviembre 2008.

En este sentido se podría concluir que para determinar este tipo de relaciones habría que investigar directamente con los jóvenes de este territorio y que además estén relacionados con las problemáticas mencionadas, pues ellos son actores de esta historia, generalmente sin voz.

Frente a las problemáticas ligadas, se encuentra el embarazo adolescente, con un panorama de 892 gestantes identificadas, el 0,7% se encuentra entre 13-14 años y el 21,4% entre 15 y 19 años. De ellas el 56% presenta problemas ligados al peso (bajo peso o sobre peso), patología que se evidencia aún más en las edades menores, convirtiéndose en un factor de riesgo para las gestantes.

De otro lado, la ideación suicida, como trastorno de salud mental, es un fenómeno complejo y multifactorial, que tiende a afectar tanto al individuo como a su entorno social. El suicidio, puede ser caracterizado como un proceso a partir del cual el sujeto construye la idea por determinado factor social, busca algún tipo de solución al desencadenante, el contexto de crisis personal (ya sea psicológica o social) se incrementa, intensificando los factores estresantes, y se produce la cristalización del mismo, caracterizando al suicidio como la mejor solución a las problemáticas que afectan al individuo.

De 412 casos reportados a vigilancia en el año 2009 por ideación o intento suicida, se evidencian 168 hombres, 244 mujeres, 41% y 59% respectivamente. El 60% de los casos se concentran en la juventud (14-24 años), comportamiento que ha venido aumentando en los últimos años; este aumento se ha concentrado en jóvenes de contextos de vulnerabilidad social y económica, con tratamiento psiquiátrico previo, abuso de sustancia, trastorno de personalidad o intento de suicidio.

Por último la deserción escolar es otro de los elementos ligados a la problemática evidenciada. En el territorio concentra gran parte de los colegio a nivel local, y es allí donde llegan niños y niñas de diferentes partes de la misma, los niveles de deserción son los más altos de Kennedy. Este dato de especial interés, pues la educación como herramienta para el desarrollo social, debe ser entendida desde sus procesos de calidad, procesos pedagógicos y contextos socio-económicos, elementos explicativos al momento de analizar el porqué los jóvenes abandonan las aulas de clase.

Cuadro 29. Situación de gestaciones adolescentes y suicidio.

Salud al colegio trabaja con 54 gestantes de la UPZ, identificadas en 6 colegios.

El seguimiento a adolescentes gestantes se dificulta, pues ellas se retiran de sus estudios por presentar embarazos de alto riesgo. Se propone ampliar el proceso adolescentes desescolarizadas para apoyar reinclusión⁹⁸

De 2.704 nacidos vivos, el 0,5% de sus madres están entre los 10-14 años y el 16% entre 15-19 años

Kennedy central es la tercera UPZ en mayor número de embarazos entre los 10 y los 14 años

Del total de violencias reportadas, el 35% de las mismas se registran entre los 0 y los 18 años, evidenciando una leve inclinación a las niñas.

Se reportaron 28 casos de consumo de sustancias psicoactivas, 28% en mujeres y 72% en hombres

Según la OMS, el 25% de quienes intentaron el suicidio lo intentara nuevamente el año siguiente y el 10% lo lograra en un plazo de 10 años⁹⁹.

3.2.7.3.3 Núcleo Problematizador: barreras arquitectónicas para población en condición de discapacidad

La UPZ Timiza, en su mayoría de tipo residencial, no registra condiciones adecuadas para la movilización de personas en condición de discapacidad, tanto en el espacio público como el residencial. Dado el amplio tránsito de personas en condición de discapacidad, por los servicios prestados en el CDC -donde se ofertan programas para la misma- las barreras arquitectónicas se hacen más evidentes; de otro lado, la existencia de un único colegio integrador, vulnera aun más de manera directa, los derechos de las personas en condición de discapacidad.

Timiza presenta 3.894 personas en condición de discapacidad para el año 2009, el 15 % a nivel local; de estos, 2,405 son mujeres y 1.489 son hombres, es decir 62% y 38% respectivamente, concentrándose en los rango de edad entre 60 años y más, con 2.408 personas, es decir el 45% de la población identificada. La discapacidad por movimiento es la segunda causa de alteraciones

98 Informe final Kennedy. Seguimiento a adolescentes gestantes, lactantes y pospartos del ámbito escolar del hospital del sur 2009

99 HOSPITAL DEL SUR – Informe Ambito Laboral - 2010

permanentes en el territorio, elemento que complejiza la movilidad de las personas dada la disposición urbanística del sector. Una de las principales razones para que existan barreras arquitectónicas en la UPZ, es la manera como se empezó a construir y ocupar; durante este tiempo primaba el desconocimiento sobre los derechos de las personas en condición de discapacidad y por tanto, estos no se tenían en cuenta al momento de planear y construir la ciudad.

Sin embargo, a partir de 1993 con la ley 105 que legisla el acceso al transporte público para las personas en condición de discapacidad, se abre un camino para que el Estado modifique y elimine las barreras arquitectónicas, para que las personas en condición de discapacidad puedan movilizarse. Este tipo de acciones no se han cumplido totalmente ya que muchos de los funcionarios estatales y los ciudadanos aun no están sensibilizados frente a esta problemática y desconocen la legislación que existe para estos casos.

Aun así, desde que existan estas barreras arquitectónicas, la rehabilitación de las personas se dificulta; pues su desplazamiento se condiciona, se limita aun más la capacidad de autonomía e independencia que ellos y ellas pudieran tener, forzándolos a recurrir a terceros, afectando su autoconfianza y su salud mental¹⁰⁰.

100 Hospital del Sur – Documento Narrativas 2009

4. ANALISIS DE LA RESPUESTA

Desde el punto de vista sectorial, el Hospital del Sur ha venido dando respuesta a las necesidades identificadas en los territorios de la localidad tanto en lo individual como en lo colectivo de la siguiente manera:

Desde lo individual, se desarrolla a través de las diferentes intervenciones establecidas para los diferentes tipos de población y patrones de enfermedad definidos en el POS (Plan Obligatorio de Salud) con atención resolutiva y acciones de Promoción y Prevención.

Desde lo colectivo, a través de las intervenciones definidas en cada uno de los componentes del PIC – Plan de Intervenciones Colectivas – ámbitos, gestión local, proyectos UEL y vigilancia en salud pública.

De forma particular ha logrado orientar acciones de acuerdo a las necesidades identificadas en los territorios, a través de espacios como los comités de UPZ, donde la articulación y el análisis conjunto de la información reorientan el diseño de respuestas integrales de acuerdo a las particularidades de cada territorio y con la participación de diferentes actores tanto institucionales como comunitarios.

Sin embargo, estas respuestas que se construyen desde la oferta no son suficientes para resolver las problemáticas encontradas en los territorios, por lo que se hace necesario replantear y transformar la forma como el Estado se ha organizado para hacer frente a las diferentes situaciones que enfrentan día a día los habitantes de la localidad de Kennedy. Esta nueva forma de asumir la gestión de los problemas significa entender la necesidad, diferenciándola de la oferta, transformándola con acciones positivas – de promoción, protección y restitución de derechos – que den respuesta efectiva a dichas necesidades y comiencen a cerrar las brechas y déficits de atención aún presentes en cada territorio.

A continuación se mencionan algunas de las acciones con mayor visibilización a nivel territorial y que por su incidencia a nivel local requieren de un alto reconocimiento a nivel local. De otro lado se presentan los temas generadores como elementos que en rutan y direccionan el agenciamiento de respuestas a nivel local.

4.1 TEMAS GENERADORES

- Formular y ejecutar estrategias y programas transectoriales que permitan a la población tener un trabajo digno y productivo, reduciendo el trabajo infantil y potenciando el desarrollo de la infancia, facilitando el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos.
- Promover acciones encaminadas a armonizar los determinantes entre salud y ambiente, que reduzcan los riesgos ambientales que afectan la salud de la población,

disminuyan la carga de daños (enfermedad y muerte) e intervengan sobre las condiciones del entorno inmediato (ambiente o territorio), así como sobre los riesgos generados por el entorno mediato (la vivienda).

- Generar acciones promocionales que reduzcan los índices de mortalidad por causa externa, prevengan la reproducción y naturalización de patrones sociales de violencia, así como la producción, distribución venta y consumo de sustancias psicoactivas posibilitando el mejoramiento de la seguridad y la convivencia social y familiar.
- Desarrollar programas y servicios integrales como escenarios protectores, que propendan por desnaturalizar la violencia y garanticen espacios de diálogo y comunicación familiar, el desarrollo autónomo de los individuos y procesos colectivos, que favorezcan el buen trato, la conciliación y el respeto, como respuesta a las problemáticas psicosociales, los trastornos mentales y del aprendizaje.
- Desarrollar acciones que propendan por la restitución de los derechos de la población desplazada, favoreciendo la adaptación y estabilidad mental y social, así como la recuperación de su condición de personas productivas y la reconstrucción de su tejido social.
- Generar acuerdos transectoriales que permitan la expansión de las posibilidades materiales y culturales de las y los jóvenes para desarrollar proyectos y opciones de vida diversos y posibles, así como la formulación de programas y servicios más cercanos a los intereses de la comunidad, que promuevan una mayor apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, la disminución de la mortalidad materna y perinatal, enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planeados.
- Propiciar la generación de dispositivos movilizadores y acuerdos transectoriales que favorezcan la provisión de servicios de sociales con criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización y coberturas efectivas acordes a las necesidades de la población.

4.2 RESPUESTA DESDE EL SECTOR SALUD

4.2.1 Niveles de atención

La respuesta desde el sector Salud se da desde diferentes niveles de atención (primero, segundo, tercer y cuarto nivel) por un conjunto de instituciones públicas, privadas y mixtas de la seguridad social en salud, que tienen como objetivo principal administrar, suministrar y prestar servicios integrales de salud a la comunidad.

Dentro de este conjunto de entidades encontramos las conocidas como IPS, que son las Instituciones prestadoras de salud quienes se encargan de prestar los servicios de salud en el nivel de complejidad correspondiente a los afiliados y beneficiarios de las EPS, o pagador Distrital en el

caso de Bogotá. Las IPS están ordenadas de acuerdo a la capacidad que tienen de brindar servicios de baja o alta complejidad.

IPS del nivel I de atención

101 El nivel I lo caracteriza la atención básica prestada por puestos y centros de salud; los hospitales locales, que cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización, bajo la atención de médicos generales; además, están los Centros de Atención Médica Inmediata -CAMI-. El nivel I de atención tiene los siguientes grados:

Primer grado: compuesto por las Unidades Básicas de Atención (UBA), prestará servicios básicos de salud, atendidos por un equipo de salud que cuenta con médico, odontólogo, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotores de salud.

Segundo grado: compuesto por los centros de salud o unidades primarias de atención que, en conjunto con las unidades básicas de atención del área de influencia, constituyen el centro de salud.

Tercer grado: compuesto por los Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI); está capacitado para atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica odontológica y atención de urgencias durante las 24 horas del día.

Cuarto grado: compuesto por un hospital de Nivel I, cuenta con servicios de consulta externa médica y odontológica, atención de urgencias y hospitalización, para patologías de baja complejidad y saneamiento ambiental¹⁰².

IPS del nivel II de atención

En el nivel II se encuentran médicos generales y algunas especialidades médicas básicas (Ginecología, Medicina interna, Pediatría, Cirugía y Ortopedia). Además, están capacitadas para ejecutar labores de atención de urgencias y desarrollan programas de cirugía ambulatoria y atención al medio ambiente. Para los habitantes de la localidad estos servicios se prestan en el Hospital de Fontibón y algunos servicios en los centros de atención del Hospital, gracias a los acuerdos de estas dos Instituciones.

IPS del nivel III de atención

101 En el marco de los Planes Maestros las IPS no son catalogadas como equipamientos.

102 Concejo del Distrito Especial de Bogotá, Acuerdo 20 de 1990, Bogotá, D.C

Caracterizados por la presencia de médicos generales, especialistas y subespecialistas (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos y otros, de acuerdo con la disponibilidad de recursos). Las actividades de atención al medio ambiente en este nivel son ejecutadas por la dirección respectiva de la secretaría de salud.

La localidad de Kennedy desde el sector público cuenta con servicios de salud de primer y tercer nivel de atención y para el 2010 entrara en funcionamiento el Hospital de Patio Bonito – Tintal de II nivel de atención, que complementa los equipamientos en salud del sector. En esta localidad también se localizan 854 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos y centros de salud, entre otros.

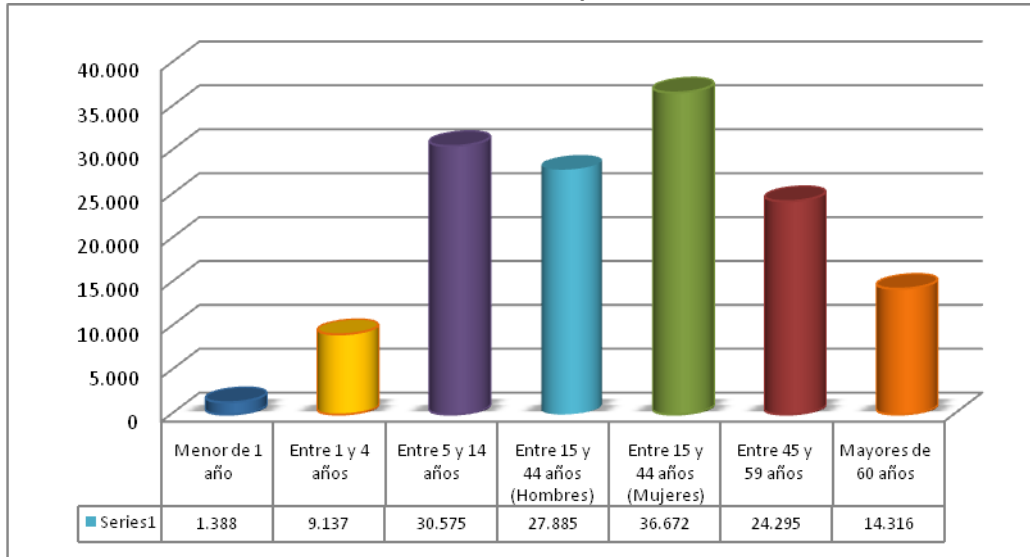
Las UPZ Kennedy Central y Américas concentran la mayor cantidad de instituciones privadas prestadoras de salud –IPS-, con 347 y 194, respectivamente. En la localidad de Kennedy se localizan 33 equipamientos de salud, que corresponden a dos Centros de Atención Ambulatoria –CAA-, dos Centros de Atención Médica Inmediata –CAMI-, un Hospital, tres Instituciones de salud de nivel I, una institución de salud de nivel II, dos Instituciones de salud de nivel III, Siete Unidades Básicas de Atención –UBA- y catorce Unidades Primarias de Atención –UPA.

4.2.2 Respuesta desde el aseguramiento en el sector Salud

La población que pertenece al Régimen subsidiado de la localidad de Kennedy es atendida en su mayoría en las IPS del Hospital del Sur E.S.E. Teniendo en cuenta la información reportada por la Secretaría Distrital de Salud la población perteneciente al régimen subsidiado que habita en la localidad de Kennedy asciende a 168.429 personas y en la actualidad el Hospital tiene contratada con las EPS subsidiadas la atención en sus IPS de 144.868.

A continuación en la gráfica se presenta la distribución de la población subsidiada a junio del 2010 donde se observa que la mayor cantidad de personas se encuentra en el intervalo de 14 a 44 años con el 45% del total predominando las mujeres, le siguen en orden descendente con mayor concentración de personas el grupo etareo comprendido entre los 5 y 14 años con una participación del 21% y le sigue la población entre los 45 a 59 años con un 17%.

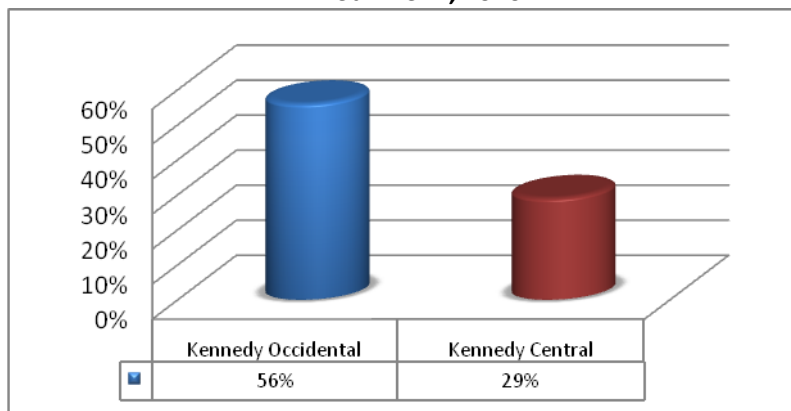
Figura 52 Distribución por Grupos de Edad Población Contratada Régimen subsidiado a Junio 2010, Contratación Hospital del Sur E.S.E., 2010



Fuente: Hospital del Sur. Informe área de contratación - 2010.

Las mayores participaciones se observan en los grupos de 14 a 44 años con el 45% del total contratado siendo las mujeres las de mayor participación con el 25%; le sigue la población de 45 a 59 años con el 17%.

Figura 53 Distribución de la población por territorio a Junio 2010, Contratación Hospital del Sur E.S.E., 2010



Fuente: Hospital del Sur. Informe área de contratación - 2010.

El Hospital del Sur posee un sistema de Georreferenciación que permite verificar el comportamiento de la población subsidiada que acude a consulta en las UBAS, UPAS y CAMI del Hospital en la localidad de Kennedy. Sin embargo aun no se cuenta con toda la población

georeferenciada y es así que sobre un total 144.868 personas contratadas a junio de 2010 se encuentran georeferenciadas tan solo 46 .975, es decir el 32%. El Hospital del Sur E.S.E ha establecido una organización funcional para su ejercicio administrativo distribuyendo las UPZ de la localidad de Kennedy en dos Territorios las UPZs 78,79,80,81,82 y 83 conforman el territorio Kennedy Occidental, y las UPZ 44,45,46,47,48,113 constituyen el territorio Kennedy Central.

La distribución por territorio muestra que el 56% de la población subsidiada se encuentran georeferenciada en el territorio de Kennedy Occidental siendo los centros UBA 50 Mexicana y UPA 92 Patios con el 9,1 % los que acogen a la mayor cantidad de usuarios. En el territorio de Kennedy central se encuentran georeferenciadas el 29% de total de la población concentrándose la mayor población Subsidiada en la UPA 30 Bomberos con el 8,8% y UPA 29 Kennedy con el 6,3%.

Este análisis explica el comportamiento congestionado de los centros de atención especialmente de las UPZ 82 Patio Bonito y UPZ 80 Corabastos que se caracterizan por albergan personas de escasos recursos de estratos I y II, que no tienen trabajo estable y por tanto no se encuentran vinculados a una EPS Contributiva, y pertenecen en su mayoría al régimen Subsidiado.

4.2.3 Desde el enfoque familiar - SASC en el Territorio

En la búsqueda por promover alternativas que fortalezca la promoción de la salud y prevención de la enfermedad por medio de reconocimiento de derechos, información, educación, formación y por parte de gestores de salud y equipo profesional, se ha avanzado en la apropiación de políticas poblacionales relacionadas con la mujer, la infancia, juventud, persona mayor, los trabajadores, la población en condición de desplazamiento, de discapacidad, los grupos étnicos, el ambiente, el trabajo, la salud oral, la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la vivienda, y el entorno en la localidad de Kennedy se han adelantado transformaciones en búsqueda de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, sobre la base de la caracterización se ha adelantado en tres tipos de respuesta intervención, educación y canalización.

Una de los principales objetivos es el de contribuir al mejoramiento de la salud materna, el cual se logra con la canalización de las gestantes realizadas por los promotores de SASC a los puntos más cercanos de atención, toda gestante bien sea adolescente, con o sin controles de bajo o alto riesgo se canalizan al servicio médico, además de brindarse educación sobre signos y síntomas de alarma y cuidados especiales en la gestación logrando así contribuir con la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Buscando favorecer la integración de recursos en la respuesta a necesidades identificadas y articular las acciones de protección a la población gestante y de recién nacidos. en el hospital del sur Se evidencia un aumento considerable de esta población por la implementación de estrategias

para ampliar la cobertura e incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, durante el año 2009 se verificaron 2028 canalizaciones a control prenatal, La principal estrategia ha sido la búsqueda intensiva antes de la semana 12 con el cruce de base de datos de las gestantes atendidas por los puntos de atención contra la base de datos de familias buscando caracterizar y seguir al 100% de las gestantes de los microterritorios.

En la atención que se brinda a las gestantes se detectan aquellas que cumplen con los parámetros de alto riesgo donde a partir del proceso de referencia institucional, principalmente por el programa Salud a Su Casa, como también desde comunitario con el apoyo de grupos tales como Madres FAMI. A todas las gestantes visitadas (100%) se les brindó educación y se fortalecieron conocimientos en salud respecto a acceso a la salud, deberes y derechos, signos de alarma, hábitos alimentarios, aseo e higiene, importancia de la toma de los micro nutrientes, importancia de los programas en salud brindados: CPN, Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad, Planificación familiar, Cuidados del recién nacido y post parto, Lactancia Materna, entre otros.

En cuanto a la prioridad de mujeres en edad fértil se realizan actividades de información, educación y sensibilización sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención del cáncer de cuello uterino y de mama, de igual forma se realiza educación sobre métodos de planificación familiar, y se remite a los puntos de atención para acceder a los diferentes métodos, durante el año 2009 se verifico 12404 canalizaciones a la consulta de planificación familiar, y 19561 verificaciones a canalizaciones a consulta de toma de citología, a estas mujeres se les brindo educación sobre auto examen de mama y prácticas de auto cuidado.

Dentro de las intervenciones que se realizan con los menores de 5 años los equipos de salud a su casa realizan especial relevancia en la canalización y verificación del adecuado esquema de vacunación donde se canalizo 7596 niños con el esquema de vacunación incompleto a los puntos de atención, en control de crecimiento y desarrollo con aplicación de estrategia de AIEPI enfatizando en la educación de las 16 practicas saludables, En relación con los factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda el promotor de salud educan y refuerzan temas relacionados con estilos de vida saludable en los seguimientos realizados. A continuación se reflejan los avances de respuesta en cada uno de los territorios:

4.2.3.1 SASC en los territorios GSI 1 y 2

Es importante reconocer que para el caso del Territorio 1, por no contar con centros de atención, los 2 equipos de SASC que tienen intervenciones en la UPZ Calandaima, se encuentran adscritos a los de la UPZ Patio Bonito, como la UBA mexicana y la UPZ Patios, por lo que la información encontrada en estos equipos se encuentra incluida en este territorio.

Se considera que en este territorio es el más poblado, con un total aproximado de 286.607 individuos, desde Salud a su Casa se tienen 57.723 Individuos caracterizados en los

microterritorios es decir se tiene una cobertura del 33% de la población del territorio de GSI, los cuales hacen parte de los 11 equipos que en el se encuentran. Acorde a la etapa del ciclo vital y al sexo en el territorio se encuentran 30.263 mujeres el 52% y hombres corresponden 27.460 el 48% con mayor dominio en el ciclo vital de adultez de 27 a 44 años. Iniciando desde el año 2004 con el equipo 1 mexicana, para el 2005 se implementaron 6 equipos más llamados mexicana 4, Dindalito 2 y 5, patios 3, 6 y 13, en el 2007 se adicionan otros 3 equipos llamados Altamar, Barranquillita y Ciudad de Cali y el último equipo implementado fue Villa Alexandra en el 2008¹⁰³.

Tabla 20 Tipo de canalizaciones realizadas por los promotores de SASC del Territorio GSI 2 UPZ 82 Patio Bonito. 2004 – 2009

CODIGO	ACTIVIDAD	2004	2005	2006
57	Canalización al Programa control	213	516	45
58	Canalizar a control de Crecimiento y Desarrollo	918	3319	222
59	Canalización a citología	2950	9917	665
60	Canalización a salud oral	328	1318	122
61	Canalización Control Diabetes M.	47	209	42
62	Canalizar a Vacunación.	37	303	19
63	Canalizar a programa de salud oral	9841	21921	937
67	Canalización Control de fecundidad	274	1778	139
68	Canalizar a consulta médica general	702	6432	771
70	Canalizar a Urgencias	623	5914	713
72	Canalizar a la Secretaría de Integración Social - Comedor	640	6038	714
73	Canalizar a la Secretaría de Integración Social - personas con	18	93	17
74	Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos	620	5908	711
77	Canalizar a la Registraduría	12	638	62
78	Canalizar a Secretaría de Hábitat	2209	7656	390
TOTAL		19432	71960	5569

Fuente: Base APS en línea, Localidad de Kennedy. Hospital del Sur año 2004 al 2009.

El programa Salud a su Casa consolida información de cada uno de los micro territorios que conforman los territorios de GSI, para la UPZ 82 Patio Bonito los equipos de SASC a partir de su actuar en la participación comunitaria con los Núcleos de Gestión, realizo la lectura de necesidades que reúne información de la planeación y desarrollo de las acciones en el territorio, con las se define un núcleo problemático que constituye la integración de los diagnósticos realizados por diferentes agentes institucionales con la participación de los ámbitos de vida cotidianas del Hospital del sur y la comunidad cubierta por las intervenciones. En este accionar el

¹⁰³ Hospital del Sur. Base APS en línea, Localidad de Kennedy. año 2004 al 2009.

núcleo problemático se constituye en una concertación que articula la participación actores comunitarios e institucionales en una agenda social cada el territorio de GSI de Patio Bonito.

4.2.3.2 SASC en el territorio GSI 3

El territorio 3 de la GSI tiene un total aproximado de 70.904 individuos , de los cuales por parte del programa de Salud a su Casa se tienen 19.676 Individuos caracterizados en los microterritorios es decir se tiene una cobertura del 28% de la población del territorio de GSI. Acorde a la etapa del ciclo vital y al sexo en el territorio se encuentran 10.379 mujeres el 53% y hombres corresponden 9.297 el 47% con mayor dominio en el ciclo vital de adultez de 27 a 44 años.

Estos equipos iniciaron desde el año 2006 con 3 equipos llamados Britalia 8 y 9, Class 10 y en el 2007 se asigna otro equipo Class 20 y así se completan los 4 equipos de Salud a su Casa que fueron asignados por las necesidades de los barrios y especial de la población que vive allí, ya que son de estrato 1 y 2. Respecto a las canalizaciones y seguimientos realizados se resaltan los siguientes:

Tabla 21 Canalizaciones realizadas por los promotores de SASC del Territorio GSI 3 UPZ 81 Gran Britalia. Año 2006 a 2009

CODIGO	ACTIVIDAD	2006	2007	2008
57	Canalización a Programa control prenatal	506	230	71
58	Canalizar a control de Crecimiento y Desarrollo	1426	1374	345
59	Canalización a citología	4010	3095	434
60	Canalización a salud oral	1569	981	83
61	Canalización a Control Diabetes M.	341	200	15
62	Canalizar a Vacunación.	109	49	20
63	Canalizar a programa de salud oral	9923	8270	1358
67	Canalización a Control de fecundidad	577	507	138
68	Canalizar a consulta médica general	1426	3064	157
70	Canalizar a Urgencias	2762	2517	590
72	Canalizar a la Secretaría de Integración Social – Comedor Comunitario	2799	2536	589
73	Canalizar a la Secretaría de Integración Social – personas con discapacidad	90	60	9
74	Canalizar a la Secretaría de Integración Social – otros proyectos	2756	2516	588
77	Canalizar a la Registraduría	191	270	66
78	Canalizar a Secretaría de Hábitat	2667	1575	559
TOTAL		31152	27244	5022

Fuente: Base APS en línea, Localidad de Kennedy. Hospital del Sur año 2004 al 2009

En los micro territorios Class y Britalia, de la UPZ Gran Britalia, Localidad de Kennedy, existe una problemática (que se ha mantenido a lo largo de los años) relacionada con el medio ambiente y las condiciones sanitarias de las viviendas y los espacios públicos. Esta problemática se manifiesta con

proliferación de roedores, malos olores, presencia de lodo en los patios, presencia de basuras y material de reciclaje en las viviendas y tenencia inadecuada de animales (Gatos, perros, cerdos, caballos, conejos, aves, entre otros). Todo esto ha generado dificultades en la salud y en el disfrute de los derechos de esta población.

Con el fin de realizar una intervención social en el marco de los derechos se han definido estrategias articulando los actores, espacios, sectores, instituciones, organizaciones y territorios. Para definir lo anterior se estableció el siguiente tema con sus respectivas estrategias y acciones: “Creación de un espacio intersectorial en el micro territorio de Class UPZ 81 Gran Britalia, para gestionar alternativas que impulsen la generación de empleo, el fomento del emprendimiento económico y la implementación programas de educación formal para la educación y no formal para la población joven y adulta que les faciliten la inserción en el mercado laboral y el disfrute de un ambiente sano, libre de materiales contaminantes. En la tabla 49 muestra las acciones de la comunidad con sus responsabilidades”.

4.2.3.3 SASC en el territorios GSI 4

La población del territorio GSI 4 tiene un total aproximado de 69.277 individuos , por parte del programa de Salud a su Casa se tienen 23.376 Individuos caracterizados en los microterritorios es decir se tiene una cobertura del 34% de la población del territorio de GSI. Acorde a la etapa del ciclo vital y al sexo en el territorio se encuentran 12.295 mujeres el 53% y hombres corresponden 11.081 el 47% con mayor dominio en el ciclo vital de adultez de 27 a 44 años. A este territorio corresponden 5 equipos de SASC. Iniciando desde el año 2006 con 3 equipo llamados Bomberos 12,17 y Geriátrico 11, se implementa dos equipos más para el 2007 que son Bomberos 16 y Geriátrico 19, estos equipos fueron asignados por las necesidades de los barrios y especial de la población que vive allí, ya que son de estrato 1 y 2.

Tabla 22 Actividades realizadas por los promotores de SASC de los Territorio GSI 4 - UPZ Corabastos 2006 – 2009.

CODIGO	ACTIVIDAD	2006	2007	2008
57	Canalización Programa control prenatal	103	504	132
58	Canalizar a control de Crecimiento y Desarrollo	595	3422	710
59	Canalización a citología	811	4624	521
60	Canalización a salud oral	240	1003	84
61	Canalización a Control Diabetes M.	34	245	15
62	Canalizar a Vacunación.	33	127	28
63	Canalizar a programa de salud oral	2157	14632	1448
67	Canal. Control de fecundidad	125	1300	213
68	Canalizar a consulta médica general	604	4842	107
70	Canalizar a Urgencias	499	3996	520
72	Canalizar al SLIS - Comedor Comunitario	503	4006	518
73	Canalizar al SLIS - personas con discapacidad	4	53	9
74	Canalizar al SLIS - otros proyectos	499	0	516
77	Canalizar a la Registraduría	50	446	71
78	Canalizar a Secretaría de Hábitat	335	2387	469
TOTAL		6592	41587	5361

Fuente: Base APS en línea, Localidad de Kennedy. Hospital del Sur año 2004 al 2009.

En el año 2009, por medio de la conformación de los comités de UPZ se realizó el posicionamiento y análisis de los principales núcleos problematizadores que se evidenciaban. Basado en este ejercicio actualmente se conforman unidades de análisis con participación del PIC en general, y en las cuales se estudia la identificación de realidades, construcción y organización de respuestas con la elaboración de los diferentes planes de acción y definición de equipos de apoyo territorial. Bajo esta perspectiva, en el territorio de la Amparo es necesario posicionar la vivencia actual, referente al aumento de embarazos que no se asumen dentro del proyecto de vida, con decisiones autónomas y proyección futura.

Esto repercute en un alto costo social, que invoca a la participación de todos los actores necesarios, para construir una respuesta suficiente que impacte esta realidad y que por tanto requiere un posicionamiento a nivel de este espacio local.

4.2.3.4 SASC en el territorio GSI 5

La población del territorio GSI 5 tiene un total aproximado de 20.993 individuos, por parte del programa de Salud a su Casa se tienen 4.047 Individuos caracterizados en los microterritorios es decir se tiene una cobertura del 19% de la población del territorio de GSI. Acorde a la etapa del ciclo vital y al sexo en el territorio se encuentran 2.047 mujeres el 51% y hombres corresponden 2.000 el 49% con mayor dominio en el ciclo vital de adultez de 27 a 44 años. El territorio GSI 5

pertenece a la Localidad 8 de Kennedy, correspondiéndole 1 equipo de SASC en la UPZ Castilla, llamado Visión de Colombia Iniciando desde el año 2007, equipo que fue asignado por las necesidades del barrio y de la población.

Tabla 23 Canalizaciones realizadas por el promotor del Territorio GSI 5 UPZ 46 Castilla 2007-2009.

CODIGO	ACTIVIDAD	2007	2008	2009
57	Canalización a Programa control	29	3	0
58	Canalizar a control de Crecimiento y Desarrollo	241	52	5
59	Canalización a citología	594	56	29
60	Canalización a salud oral	172	2	8
61	Canalización a control Diabetes M.	38	0	0
62	Canalizar a Vacunación.	1	3	0
63	Canalizar a programa de salud oral	2733	273	79
67	Canalización a Control de fecundidad	66	11	2
68	Canalizar a consulta médica general	569	22	4
70	Canalizar a Urgencias	284	16	15
72	Canalizar al SLIS - Comedor	283	16	15
73	Canalizar al SLIS- personas con	5	0	0
74	Canalizar al SLIS - otros proyectos	284	16	15
77	Canalizar a la Registraduría	24	1	1
78	Canalizar a Secretaría de Hábitat	353	21	26
TOTAL		5676	492	199

Fuente: Base APS en línea, Localidad de Kennedy. Hospital del Sur año 2004 al 2009.

Tabla 24

4.2.3.5 SASC en el territorio GSI 6

La población del territorio GSI 6 tiene un total aproximado de 96.337 individuos , por parte del programa de Salud a su Casa se tienen 4.047 Individuos caracterizados en los microterritorios es decir se tiene una cobertura del 4,2% de la población del territorio de GSI. Acorde a la etapa del ciclo vital y al sexo en el territorio se encuentran 2.194 mujeres el 54% y hombres corresponden 2.000 el 46% con mayor dominio en el ciclo vital de adultez de 27 a 44 años. Distribución de los micros territorios de SASC en el territorio GSI 6. A este territorio le corresponde 1 equipo de SASC llamado Alquería iniciando desde el año 2007. Dentro de las canalizaciones se encuentran las siguientes:

Tabla 25 Canalizaciones realizadas por el promotor a los individuos de SASC del Territorio GSI 6 UPZ 45 Carvajal 2007-2009.

CODIGO	ACTIVIDAD	2007	2008	2009
57	Canalización a Programa control	76	42	16
58	Canalizar a control de Crecimiento y Desarrollo	525	120	100
59	Canalización a citología	689	94	66
60	Canalización a salud oral	201	18	8
61	Canalización a control Diabetes M.	35	1	4
62	Canalizar a Vacunación.	30	7	52
63	Canalizar a programa de salud oral	1857	319	200
67	Canalización a Control de	198	47	62
68	Canalizar a consulta médica	1051	21	41
69		98	7	8
70	Canalizar a Urgencias	1045	163	99
72	Canalizar a la Secretaría de	1037	163	92
73	Canalizar a la Secretaría de Integración Social - personas con	16	3	2
74	Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos	1037	163	91
77	Canalizar a la Registraduría	88	13	17
78	Canalizar a Secretaría de Hábitat	459	116	36
TOTAL		8442	1297	894

Fuente: Base APS en línea, Localidad de Kennedy. Hospital del Sur año 2004 al 2009.

4.2.3.6 SASC en el territorio GSI 7

La población del territorio GSI 7 tiene un total aproximado de individuos, por parte del programa de Salud a su Casa se tienen 4.047 Individuos caracterizados en los microterritorios es decir se tiene una cobertura del 4,2% de la población del territorio de GSI. Acorde a la etapa del ciclo vital y al sexo en el territorio se encuentran 2.194 mujeres el 54% y hombres corresponden 2.000 el 46% con mayor dominio en el ciclo vital de adultez de 27 a 44 años. Al este territorio le corresponden 2 de los equipos de SASC, Iniciando desde el año 2007. Referente a las canalizaciones se muestra la siguiente información:

**Tabla 26 Canalizaciones realizadas por el promotor a los individuos de SASC Territorio GSI
7 UPZ 47 Kennedy central 48 Timiza**

CODIGO	ACTIVIDAD	2007	2008	2009
57	Canalización a Programa control	48	11	13
58	Canalizar a control de Crecimiento y Desarrollo	799	69	91
59	Canalización a citología	1255	38	99
60	Canalización a salud oral	289	5	21
61	Canalización a Control Diabetes M.	84	3	3
62	Canalizar a Vacunación.	18	7	44
63	Canalizar a programa de salud oral	1755	65	134
67	Canalización a Control de fecundidad	197	7	40
68	Canalizar a consulta médica general	1553	16	47
70	Canalizar a Urgencias	1130	47	41
72	Canalizar a la Secretaría de Integración	1130	47	42
73	Canalizar a la Secretaría de Integración	56	5	2
74	Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos	1131	47	41
77	Canalizar a la Registraduría	112	7	8
78	Canalizar a Secretaría de Hábitat	432	24	13
TOTAL		9989	398	639

Fuente: Base APS en línea, Localidad de Kennedy. Hospital del Sur año 2004 al 2009

A cerca de las acciones de información, educación, canalización y verificación realizadas a los menores, el programa Salud a su Casa hace seguimiento con el fin de brindar educación a las familias sobre temas importantes en el ciclo vital como: vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención de accidentes en el hogar, entre otros se canalizo 8094 niños y niñas a los puntos de atención a consulta de crecimiento y desarrollo y en búsqueda de respuesta efectivas a la necesidades encontradas en la población infantil se canalizo 1629 niños a comedores comunitarios, 1570 casos al servicio de urgencias, 4516 a salud oral, 100 casos al ICBF entre otras intervenciones necesidades en materia de Seguridad Alimentaria y Nutricional, organizar de manera integrada la respuesta sectorial, abogar para la respuesta transectorial y movilización de los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y la adopción de prácticas alimentarias saludables en las familias pertenecientes a los micro territorios.

Mediante la visita a la población crónica se logro verificar la asistencia de 3082 pacientes con diagnostico de hipertensión, y 522 pacientes con diagnostico de diabetes a los servicios de atención según su nivel de complejidad, a estos pacientes se les brinda educación sobre factores protectores y disminución de factores de riesgo y estilos de vida saludable.

En la estructura de los Núcleos de Gestión en el programa de Salud a Su Casa opera con la dinamización de la Participación social en los territorios, a través del mantenimiento y

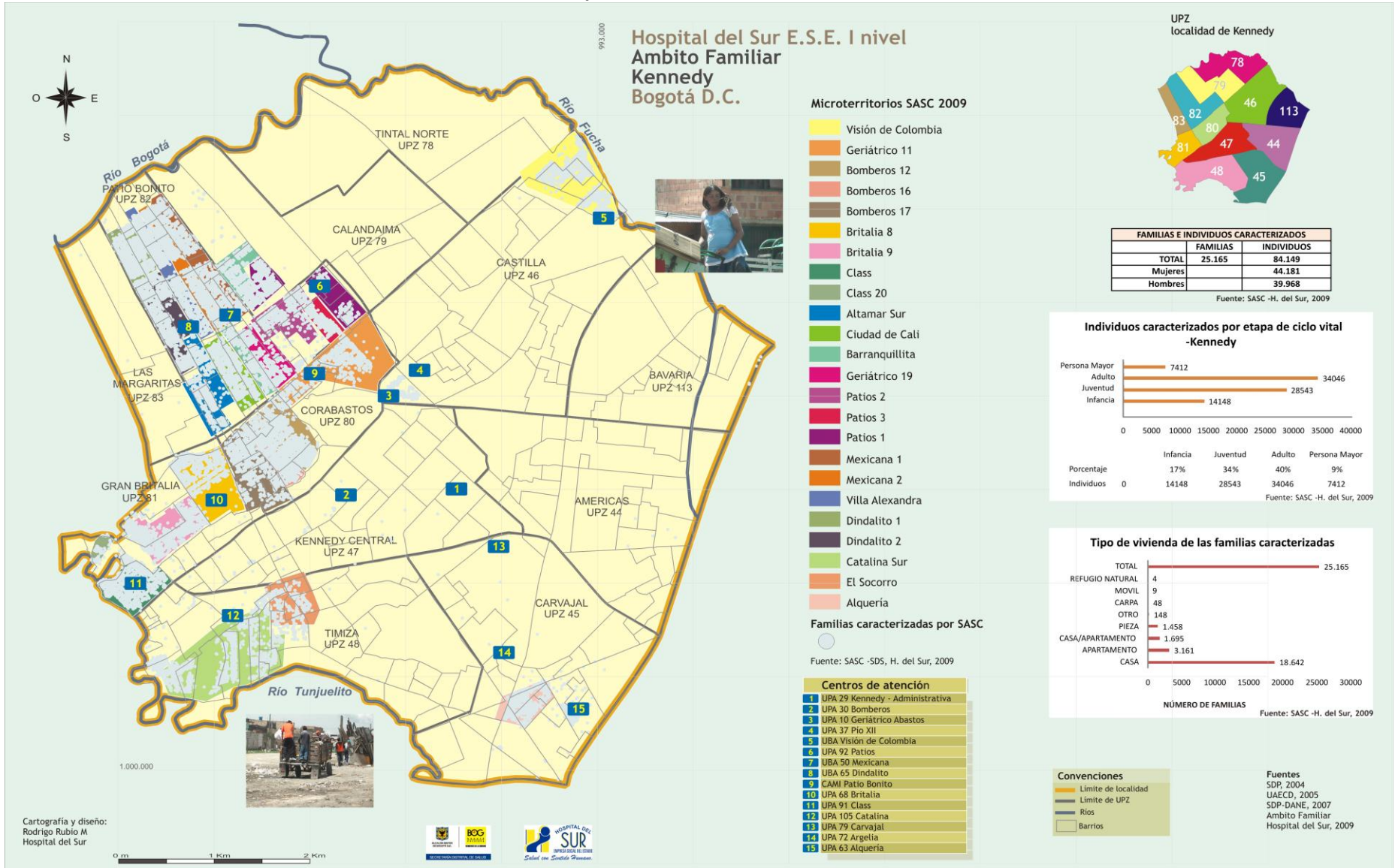
conformación de los mismos. En estos espacios de participación concurren en forma sistemática la totalidad del equipo de salud familiar y comunitaria y los líderes comunitarios detectados en los territorios buscando fortalecer la participación ciudadana, el reconocimiento de las problemáticas de los territorios y la búsqueda de respuestas integrales a estas.

Dentro de la atención armónica y articulada con las diferentes líneas de intervención y con el objetivo de Mejorar la calidad de vida de las familias del programa salud a su casa, se viene desarrollando mediante las el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos.

Mediante la continuidad de las diferentes líneas de intervención con el objetivo de Mejorar la calidad de vida de las familias del programa salud a su casa, con el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos el hospital del sur a realizado 426 intervenciones de la línea psicosocial realizándose un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar a fortalecer la salud mental buscando recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse el abordaje a conducta suicida fue a 16 casos, en el caso de plurimodal fortaleciendo las redes al interior de la familia y potencializando las fortalezas de la misma fue de 404 familias intervenidas.

En la línea de intervención a personas en condición de discapacidad se brindo asesoría a 269 familiares buscando realizar un restablecimiento de derechos y canalizando a los servicios de acción social. En la línea de vivienda saludable se realizo 1388 visitas donde se enfatizo en la orientación, habilitación y mantenimiento de los factores protectores de la vivienda y su entorno, de igual forma se realiza el ejercicio de disminuir factores de riesgo detectados al interior de la vivienda

Mapa 16. Ámbito Familiar



Fuente: Hospital del Sur – 2010

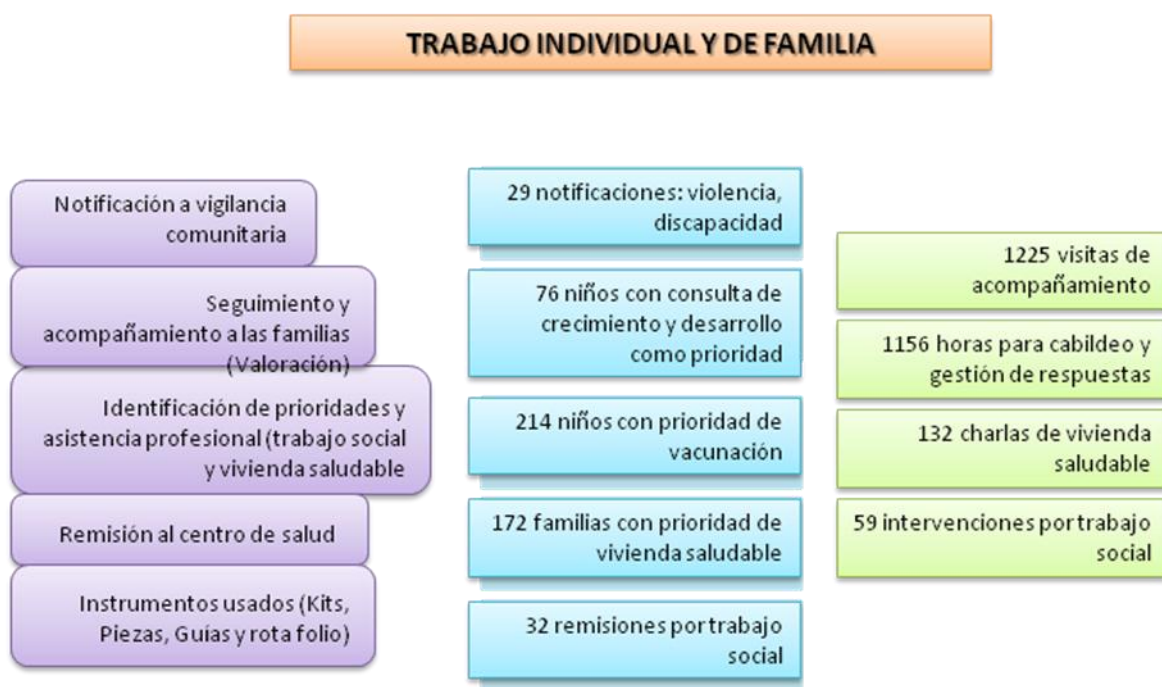
4.2.4 Desde el Fondo de desarrollo local en el sector salud:

Por medio del proyecto UEL 015 “Fortalecimiento de la gestión de la salud, desde los ámbitos de vida cotidiana, específicamente en el componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en niños y niñas de la localidad de Kennedy, el cual busca desarrollar diferentes estrategias sociales y comunitarias que permitan la promoción de la salud, prevención y atención temprana de las enfermedades en la población materna e infantil, de los y las habitantes de la Localidad, se ha logrado dar respuestas individuales y colectivas que se describen a continuación:

A la fecha se encuentran 90 Agentes Comunitarios en Salud activos, con 6 grupos, 900 familias con menores de 5 años y gestantes y 951 menores de 5 años, los cuales fueron capacitados en signos de peligro de muerte y de gravedad, desnutrición y anemia, factores de riesgo del entorno, prevención del abuso sexual y crianza positiva. Así como el curso primer respondiente.

Dentro de las dimensiones del trabajo individual y familia y el trabajo colectivo se destacan las siguientes acciones:

Figura 54 Acciones Proyecto 015 de 2009 – Fondo de Desarrollo Local Kennedy



Fuente: Hospital del Sur. Informe parcial Proyecto UEL N° 015- 2010

Como parte del trabajo colectivo se destacan los encuentros pedagógicos y de reflexión que se han realizado con el fin de sistematizar todas las experiencias de los Agentes Comunitarios, así como el posicionamiento en las Unidades de análisis de los casos notificados para la conformación de equipos de apoyo territorial como estrategias y mecanismos de respuestas colectivas. Por otro lado en términos de acciones colectivas se resalta la exposición fotográfica para la sensibilización en el manejo de basuras, las ferias de alimentación saludable a bajo costo, AIEPI al parque entre otros. Por otro lado, se realizó la formación y acompañamiento a 174 agricultores urbanos, organizados en 12 grupos, proceso que deja como resultado, 12 espacios colectivos de cultivo y 138 cultivos individuales, para lo cual se realizaron 398 visitas de seguimiento.

4.2.5 Respuesta social y comunitaria

En el marco de la atención primaria en salud y la estrategia promocional de la calidad de vida y salud, se ha venido profundizando en la articulación de acciones desde diferentes actores a nivel local, quienes en búsqueda de respuestas integrales a las necesidades sociales y de salud de la población, buscan impactar de forma directa e indirecta los determinantes sociales y ambientales; lo anterior coordinado desde diferentes espacios y sectores y en especial desde los propios intereses de la comunidad, a través de acciones que propendan por el mejoramiento de su entorno y de sus condiciones particulares.

Para ello se ha hecho necesario fortalecer el actuar individual y colectivo de organizaciones y redes sociales, que juegan un papel de vital importancia en el desarrollo del territorio no solo en la identificación de necesidades, sino en la construcción de respuestas y estrategias de movilización y de gestión, alrededor de los procesos de interacción de quienes conviven cotidianamente en el territorio y comparte intereses e identidades.

Con el fin de promover la participación comunitaria y mejorar la representatividad de éstos en espacios de discusión y de toma de decisión a nivel barrial, local y distrital, el ámbito comunitario ha venido impulsando nuevas formas de organización y fortaleciendo las ya existentes, en temas como la seguridad alimentaria, salud mental, discapacidad, gestación, étnica y actividad física entre otras.

De otro lado y sobre la base de la actualización del diagnóstico local, durante el año 2009 se avanza en el reconocimiento de núcleos problemáticos por territorio (para el caso del Hospital del Sur - UPZ), los cuales se configuran como elementos ordenadores de respuesta y dispositivos movilizados de la acción comunitaria e institucional y que se esperan sean transformados o mitigados a través de las acciones individuales y colectivas que promueven el sector salud en acuerdos con otros como educación, ambiente, integración social y movilidad entre otros, e indudablemente con diversos actores comunitarios y políticos de índole, local distrital y nacional.

Frente a lo expuesto y bajo el análisis que se enuncia en el mapa de Ámbito Comunitario: “Territorialización de la oferta y demanda social”, se busca presentar un panorama general de cómo ha venido avanzando la relación de la organización comunitaria frente a las problemáticas que se identifican en el territorio y como la respuesta que desde la institucionalidad se ordena, para aportar a la afectación de las problemáticas existentes. Para ello se hace necesario definir dos contextos específicos, que si bien es cierto son válidos, se esperaría que tuvieran un punto de encuentro, bajo la lógica de la realidad social de cada territorio, sus carencias y potencialidades.

Cómo se organiza la comunidad frente a las necesidades de su territorio

A nivel local son diversas y variadas las formas de organización social, se entretajan entre intereses sectoriales (educación, salud, cultura, ambiente, etc.), de género (mujeres, Lgbt), de etnias (indígenas, afro) y de etapa de ciclo vital (juventud, personas mayores); claro está que durante los últimos se han evidenciado la conformación de alianzas barriales y de UPZ, que parte de transgredir de lo individual a lo colectivo, a través de la exigibilidad de derechos y respuestas integrales.

Dentro de éstas se encuentra un número considerable de organizaciones comunitarias, no gubernamentales y de carácter oficial (consejos y demás órganos consultivos del gobierno local) que se mueven en espacios de acción que engloban lo político, lo cultural y lo ambiental, entre muchas otras. Es importante destacar como estas organizaciones pueden tener características especiales, como por ejemplo (FASOL) que aunque es considerada una organización femenina, su campo de acción no se limita solo a la reivindicación de los derechos de las mujeres, va más allá y busca el mejoramiento de las condiciones de vida de todos los habitantes de la localidad en general, en especial de los habitantes de las UPZ Corabastos y Britalia que son los sectores donde concentra su labor.

Kennedy muestra una tendencia a concentrar la mayor parte de organizaciones en UPZ con condiciones de vida más desfavorables como Corabastos y Patio Bonito, que por su número de habitantes, sus condiciones de urbanización y la dinámica social que las envuelve, hace que hagan presencia más actores en estos territorios.

Aun así es preocupante como en las UPZ Calandaima y Castilla existe una baja organización y participación social, más si se considera que existen problemáticas tan profundas como la violencia, el alto número de embarazos en adolescentes, la contaminación ambiental y el hacinamiento entre otras.

De esto se puede concluir que aunque son diversas y variadas las formas como la comunidad se organiza para dar respuesta a sus necesidades, se vislumbran temas que por sus características y abordaje la limitan, como es el caso del tema de seguridad, donde las constantes amenazas y las mal llamada “jornadas de limpieza social”, atemorizan a la comunidad y las silencian; sin embargo

estas temas son abordados de forma general en espacios y de formas de organización con incidencia local (Mesa de Mujeres, Cabildo Abierto, PEZ Patio Bonito, etc.).

Es de anotar que estas últimas formas de organización, son el resultado del trabajo comunitario de los últimos años, en las que lo colectivo prima sobre lo individual y convoca a reconocer espacios como la Mesas de Trabajo por las necesidades de Calandaima, Mesa Patio Bonito “Nada sobre nosotros sin nosotros”, Mesa de Trabajo Corabastos, Cabildo Abierto Patio Bonito, Mesa de mujeres y otras más; quienes han definido agendas sociales y planes estratégicos, que no solo les permita a organizarse a ellos, sino que se conviertan en la carta de navegación de las diferentes instituciones que operan a nivel local. Lo anterior evidencia, como la comunidad ha construido espacios autónomos de gestión, reflexión y exigibilidad frente a lo que establecen como sus derechos.

Cómo opera la respuesta institucional frente a las problemáticas del territorio

Aunque han sido numerosos los esfuerzos institucionales por avanzar en la lectura de la realidad de cada territorio y ha sido largo el camino recorrido con la implementación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud; los impactos en el momento de ordenar la respuesta siguen siendo mínimos, pues no es fácil operar acciones que se distancian de los adelantos propios de la comunidad y el territorio. Así éstas partan de un arraigo desde el sector salud, requieren de la intervención de todos y todas las instituciones que operan en lo local, no basta solo con realizar procesos de formación y fortalecimiento de la organización social; la comunidad espera contar con intervenciones palpables y concretas frente a temas como seguridad, movilidad, erradicación del trabajo infantil y hacinamiento, entre otros; que superen el discurso de la institucionalidad y cobren vida en la inversión de esfuerzos, voluntades y presupuesto.

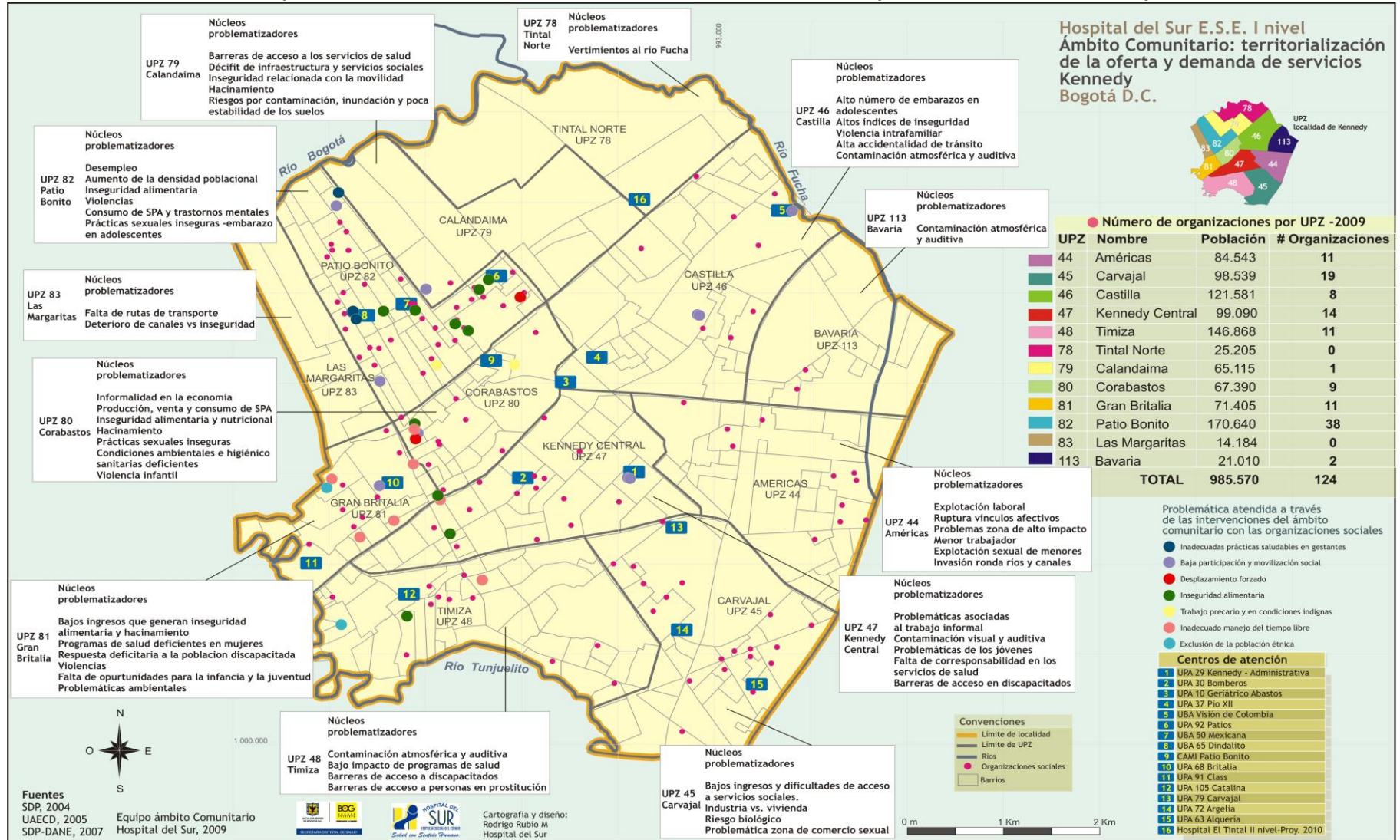
A lo anterior se suma que las acciones puestas desde los intereses propios del sector salud, son mínimas para dar cubrimiento a lo esperado por la población y más aun en una Localidad donde la población alcanza en promedio para el año 2009 cerca de 997. 693 habitantes y presenta sectores de alta vulnerabilidad como las UPZ de Patio Bonito, Corabastos y Britalia entre otras.

Es de anotar que UPZ como Calandaima, Margaritas, Tintal, Américas, Bavaria y Carvajal, no concentran actividades del ámbito, a pesar que se presentan problemas sentidos como violencia, prostitución, alto número de adolescentes en embarazo, menor trabajador y problemas ambientales entre otros; mientras que UPZ como Patio Bonito, Corabastos y Gran Britalia, que aunque concentran un número representativo de acciones, estas no se encuentran orientadas justamente a dar respuesta a las necesidades e intereses sentidos por la comunidad, ya que problemas relacionados con el consumo de SPA, la contaminación ambiental y la inseguridad alimentaria, siguen siendo abordados de forma general y en el peor de los casos solo desde procesos formativos.

De esto se derivan dos elementos para reflexionar; el primero hace referencia a que es necesario profundizar en la intencionalidad de las acciones que en la actualidad se están implementando, pues estas no son símiles a los intereses de cada territorio, aunque salud cuenta con múltiples las líneas de acción, estas abordan de forma general las problemáticas del territorio, dejando de lado temas estructurales; las metodologías y formas de trabajo no son lo esperado por la comunidad, de entrada desconoce las potencialidades y avances del territorio, pues no se puede hablar de fortalecer una organización que cuenta con una trayectoria y experiencia superior a los 20 años y que ha estado gestando y ejecutando propuestas en favor de la comunidad.

En segundo lugar, se debe avanzar en la definición de acciones que surjan de las necesidades de cada territorio, más que desde los intereses propios del sector, pues no es coherente seguir desarrollando procesos de formación frente a temas específicos, mientras la comunidad espera impulsar propuestas de investigación, notificación, canalización y productividad, que visibilicen liderazgo comunitario y se encuentren libres del condicionamiento metodológico institucional, de las perdurables lecturas de necesidades o de los temas de formación pre-establecidos por el lineamiento. No obstante es importante no distanciar el accionar de las apuestas políticas que desde el sector se vienen proyectando a nivel distrital.

Mapa 17. Ámbito Comunitario: Territorialización de la oferta y demanda social de Kennedy



Fuente: Hospital del Sur – 2010

4.3 SECTOR EDUCACIÓN

En la localidad de Kennedy los espacios que están destinados a formación intelectual, la capacitación y la preparación de los individuos para su integración en la sociedad son las instituciones educativas de preescolar, primaria, secundaria básica y media, centros de educación para adultos, centros de educación especial, centros de investigación, centros de capacitación ocupacional, centros de formación artística, centros de capacitación técnica, instituciones de educación superior¹⁰⁴.

De acuerdo con la información suministrada por el plan maestro de equipamientos de educación, en Kennedy se localizan 72 colegios oficiales; en lo que refiere a UPZ, Kennedy Central concentra el mayor número de establecimientos educativos oficiales, con 18, le siguen las UPZ Patio Bonito con 13 y Carvajal con 11; La UPZ Gran Britalia presenta 7, la UPZ Américas registra 3, las UPZ Corabastos y Bavaria cuentan con 2 establecimientos educativos oficiales cada una y las UPZ Tintal Norte y Calandaima no cuentan con establecimientos educativos oficiales. En la localidad se ubican, además, 296 colegios no oficiales, una universidad, una institución de régimen especial, una Técnica y un centro de investigación. En el plano siguiente, se observa la distribución de los equipamientos por sector según UPZ de la localidad de Kennedy¹⁰⁵.

El sector oficial el año 2009 contaba con una oferta (número de cupos ofrecidos en los colegios distritales, colegios en concesión y en los colegios privados en convenio) de 143.927 cupos, para una demanda¹⁰⁶ de 150.429 cupos lo que constituye una clara brecha entre lo ofertado y la demanda del Sector.

Tabla 27 Tabla N° 1. Evolución de la oferta, la demanda y déficit educativo oficial por nivel de escolaridad 2007-2009

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

105 SDS, Conociendo Kennedy, 2009.

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

NIVEL	2007			2008			2009		
	Oferta	Demanda	Déficit = oferta - demanda	Oferta	Demanda	Déficit = oferta - demanda	Oferta	Demanda	Déficit = oferta - demanda
Preescolar	9980	10730	-750	10301	11404	-1103	10268	10889	-621
Primaria	56853	59393	-2540	58444	61173	-2729	58715	62051	-3336
Secundaria	46943	48342	-1399	49104	50990	-1886	49940	52455	-2515
Media	18124	18846	-722	19250	19758	-508	19756	20396	-640
Aceleración	541	789	-248	488	557	-69	520	703	-183
Educación especial	442	403	39	462	459	3	615	531	84
Educación adultos	4261	3729	532	4133	3573	560	4113	3404	709
TOTAL GENERAL	137144	142232	-5088	142182	147914	-5732	143927	150429	-6502

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 ese colegio. Fuente: Sistema de Matricula de la SED. Cálculos: Oficina Asesora de Planeación- SED.

El cuadro anterior muestra el comportamiento de la demanda Vs. La oferta del sector educativo oficial desde el año 2007 al año 2009, en donde se observa el comportamiento y el aumento del déficit que en el 2007 era de 5.088 cupos y en el 2009 alcanza los 6.502 cupos. Es importante anotar que el mayor déficit se encuentra para el nivel de primaria donde los cupos deficitarios aumentaron de 2.540 en el 2007 a 3.36 en el 2009¹⁰⁷.

Los colegios oficiales de la localidad de Kennedy para el año 2009 cuentan con el 12.94% del total de la planta docente oficial de Bogotá, que corresponde a 3673 docentes, de los cuales 55 son docentes de educación especial. En lo referente al tipo de vinculación laboral, se observa que el 88.62% (3255 docentes) están nombrados en propiedad y el 11.38% (418 docentes) se encuentran en provisionalidad¹⁰⁸. A su vez, cuenta con 237 directivos docentes, que corresponden al 12.17% del total de directivos de la ciudad y con 115 orientadores, que corresponden al 12.89% del total.

4.4 BIENESTAR SOCIAL

En la localidad de Kennedy las actividades dirigidas al desarrollo y a la promoción del bienestar social, a través de actividades de información, orientación y prestaciones de servicios a grupos sociales específicos definidos como: familia, infancia, orfandad, tercera edad, discapacitados y grupos marginales, se encuentran concentradas en los hogares para la tercera edad, hogares de

107 SDE Caracterización del Educativo Kennedy - 2009

108 Ibid

paso para habitantes de la calle, casas vecinales, jardines infantiles, centros de atención integral al menor en alto riesgo y centros de desarrollo comunitario¹⁰⁹.

Kennedy cuenta con 464 equipamientos de bienestar social, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica que representan el 97,4%, en este grupo se encuentran los jardines sociales e infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores, con edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2. Como se observa en el cuadro, la UPZ Patio Bonito concentra el mayor número de este tipo de equipamientos, con 162, le sigue la UPZ Timiza con 55 y la UPZ Gran Britalia con 47. En contraste, en las UPZs Tintal Norte, y Calandaima, no se localiza ningún equipamiento de este tipo.

La Subdirección local de integración presta en sus instalaciones y desde el Componente Humano servicios de formación y capacitación enfocadas a las diferentes etapas del ciclo vital, y además desarrollan procesos con orientación específica tal es el caso de IPSAN (Institucionalización de la política pública de Seguridad alimentaria y nutricional) muy relacionado con el Tema de Seguridad alimentaria y nutricional.

A continuación se describen los diferentes servicios prestados desde el componente Humano para las etapas de ciclo vital, y el tema de Seguridad alimentaria y nutricional:

109 SDP, POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo III, Capítulo 9, página 197 y 198, Bogotá, D.C.

Tabla 28 Descripción de servicios prestados por La Subdirección local de Integración Social Kennedy Para la Etapa de ciclo vital infancia y adolescencia, 2010

SERVICIO	CAPACITACION	POBLACION
INFANCIA Y ADOLESCENCIA FELIZ Y PROTEGIDA INTEGRALMENTE	Capacitación en prevención del abuso y maltrato infantil	Padres - acudientes de niños-ñas, Maestras
	Capacitación en rutas a seguir en la presentación de casos de violencia intrafamiliar y abuso infantil	Maestras y Coordinadoras de J.I.
	Capacitación en atención a población desplazada víctima del conflicto armado	Maestras y Coordinadoras de J.I.
	Capacitación en estándares aplicables en los J.I.	Maestras , Coordinadoras de J.I. y padres de Familia
	Capacitación en rutas institucionales	Maestras y Coordinadoras de J.I.
	Capacitación AEPI	Maestras y Coordinadoras de J.I.
	Capacitación en primeros auxilios	Maestras y Coordinadoras de J.I.
	Talleres de Formación en Familia	Padres - acudientes de niños-ñas
	Prevención de Embarazos y uso de métodos anticonceptivos	Madres Gestantes y lactantes
	Tren de la alimentación	Madres Gestantes y lactantes
	Ciudad de la agría	
	Historia desde la gestación	Madres Gestantes y lactantes
	Significación desde su infancia cuidados y protección infantil	Madres Gestantes y lactantes
	Características desde del amar desde el afecto y redes	Madres Gestantes y lactantes
	Lactancia materna y nutrición	Madres Gestantes y lactantes
	Ambiente seguro (discapacidad)	Madres Gestantes y lactantes

Fuente: SUBDIRECCION LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL KENNEDY, Matriz de servicios 2010 suministrada por Subdirección local de Integración Social Kennedy.

Tabla 29 Descripción de servicios prestados por La Subdirección local de Integración Social Kennedy, en Seguridad Alimentaria Y nutricional, 2010

SERVICIO	CAPACITACION	POBLACION
INSTITUCIONALIZACION DE LA POLITICA PUBLICA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL - IPSAN	Introduccion a los derechos	Infantes, Adolescentes, juventud, adultez y adulto mayor
	Porque trabajar un enfoque de derechos	Infantes, Adoscentes, juventud, adultez y adulto mayor
	Diferencia entre derecho y necesidad	Infantes, Adoscentes, juventud, adultez y adulto mayor
	Obligaciones del estado frente a los derechos	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Clasificacion de los derechos	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Características de los derechos	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Historia de los derechos	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	El papel del estado en la vigilancia de los derechos	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Derechos colectivos	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Formacion en nutricion y habitos de vida saludable	
	Tren de la alimentacion	infancia de 0 a 5 años
	Habitos higienicos adecuados y comportamiento y salud	Infantes, Adoscentes, juventud, adultez y adulto mayor
	Actividad fisica	Infantes, Adoscentes, juventud, adultez y adulto mayor
	Alimentacion del escolar	infancia de 6 a 13 años, adolescentes, juventud, adultez, adulto mayor
	Alimentacion del adolscente	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Alimentacion del adulto	juventud, adultez, adulto mayor
	Alimentacion del adulto mayor	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Alimentacion de la gestante y lactante	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Alimentacion complementaria	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Alimentacion balanceada a bajo costo	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor
	Consumo de frutas y verduras y conservacion en en hogar	infancia de 6 a 13 años, adolescentes, juventud, adultez, adulto mayor
	Enfermedades de riesgo en la poblacion	infancia de 6 a 13 años, adolescentes, juventud, adultez, adulto mayor
	Enfermedades frecuentes en la infancia	Adolescentes, Juventud, adultez y adulto mayor

Fuente: SUBDIRECCION LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL KENNEDY, Matriz de servicios 2010 suministrada por Subdirección local de Integración Social Kennedy.

Tabla 30 Descripción de servicios prestados por La Subdirección local de Integración Social Kennedy Para la Etapa de ciclo vital Adulto Mayor 2010

SERVICIO	CAPACITACION	POBLACION
Atención Integral por la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital - Años Dorados	Vivir como se quiere en la vejez	Beneficiarios del proyecto años dorados
	vivir bien en la vejez	Beneficiarios del proyecto años dorados
	vivir sin humillaciones en la vejez	Beneficiarios del proyecto años dorados
	Envejecer juntos y juntas	Beneficiarios del proyecto años dorados

Fuente: SUBDIRECCION LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL KENNEDY, Matriz de servicios 2010 suministrada por Subdirección local de Integración Social Kennedy.

4.5 ANALISIS SOCIOMETRICO EN LA UPZ CARJAVAL

A manera de introducción, es pertinente afirmar que el análisis sociométrico nos que permite determinar el grado en que los individuos son aceptados o rechazados en un grupo, descubrir las relaciones entre los individuos y revelar la estructura del grupo mismo.

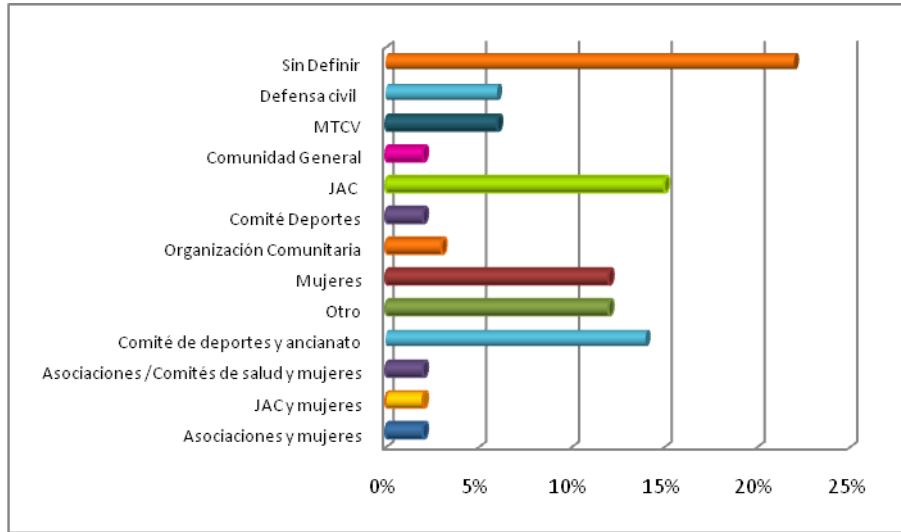
La sociometría nos permite ofrecer unos resultados descriptivos de las relaciones sociales. Pero, por el contrario, sus resultados no nos van a dar las razones y lo porqués de esas estructuras y relaciones sociales; por su carácter cuantitativo se escapan aspectos cualitativos de sumo interés. También, los resultados pueden estar sesgados, es decir, influenciados por una determinada circunstancia del grupo o de las personas que respondan las preguntas.

Siguiendo la directriz del nivel central, a continuación se presenta el informe de análisis realizado a partir de la aplicación del test en los líderes comunitarios de la UPZ 45 Carvajal, territorio 6 de la GSI de la localidad octava de Kennedy. Se debe precisar que la línea de base para el presente ejercicio, es a su vez el análisis cuantitativo que se hizo (ver anexos: tablas de porcentajes)

El objetivo del ejercicio se basa en analizar algunas características externas y circunstanciales del grupo de líderes entrevistados. Por lo mismo se debe tener en cuenta que los vínculos que unen a los individuos están determinados por el rol oficial que cada uno ocupa en el grupo o por las tareas hacia a donde está orientado el quehacer del mismo grupo de pertenencia, y por ello estos vínculos son siempre débiles y superficiales.

La aplicación se realizó a 100 (100%) líderes comunitarios, quienes fueron abordados en los distintos espacios de interacción comunitaria (MTCV, núcleos de gestión en salud, jornadas barriales, etc.). Es pertinente aclarar que el test no se aplico a actores institucionales, pues por ser la prueba piloto se enfatizo en los citados líderes. El 15% de los entrevistados fueron líderes de las JAC, otros grupos abordados fueron las organizaciones de tercera edad y comités de deportes (14%), de mujeres (12%).

Figura 55 Distribución porcentual según tipo de grupo abordado. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

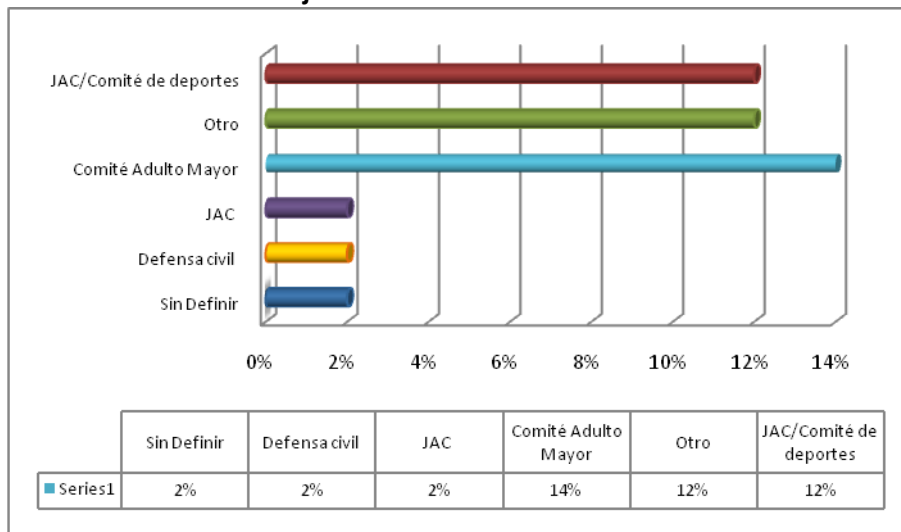


Fuente: Hospital del Sur – 2010

Fuente: Hospital del Sur – 2010

Se puede concluir que un alto porcentaje (51%) de los líderes entrevistados, pertenecen a juntas de acción comunal y en menor grado a organizaciones de adulto mayor (6%) y Defensa Civil (6%). En este punto es pertinente afirmar que las JAC, son la entidad más tradicional en el contexto de lo local.

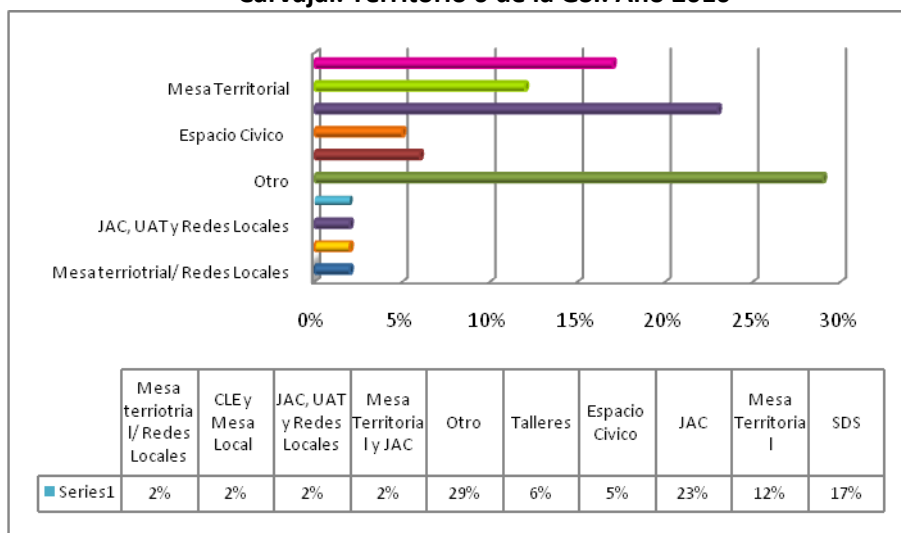
Figura 56 Distribución porcentual de acuerdo a la organización a la que pertenece. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

Como es obvio, todos ellos priorizan el asistir a las reuniones de los grupos a los cuales pertenecen especialmente a las reuniones convocadas por las Juntas de Acción Comunal (23%), otro espacio con el cual se empiezan a identificar de alguna manera, es con su asistencia a la mesa territorial (12%), y esporádicamente asisten a otros espacios del orden local (comités, mesas, redes). Así las JAC son los espacios privilegiados para el encuentro y participación de los entrevistados. Es importante resaltar el reconocimiento que ha logrado un espacio como la MTCV en el contexto del territorio.

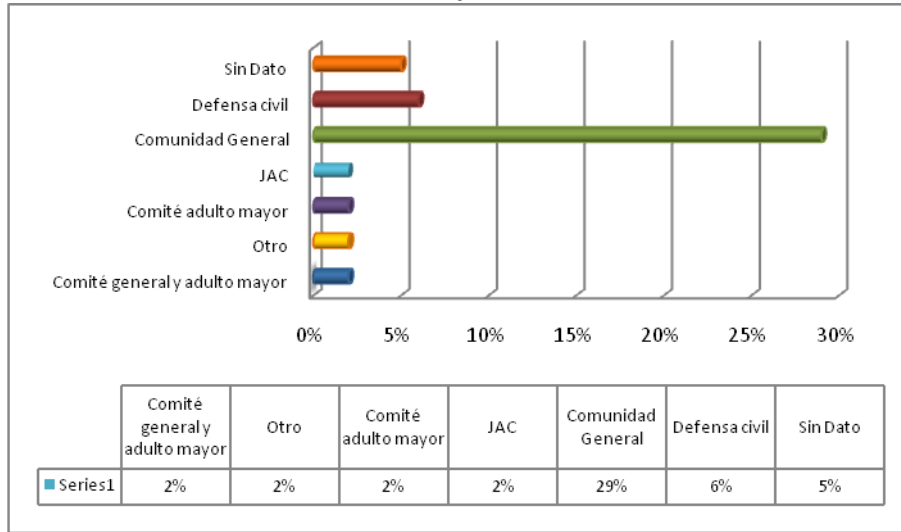
Figura 57 Distribución porcentual de las reuniones a las que asiste la comunidad. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010



Fuente: Hospital del Sur – 2010

En cuanto a la representación, se estima que un porcentaje mayor (24%), siente representar a la comunidad en general y en un segundo orden a Juntas de Acción Comunal (13%) o a algún comité de adulto mayor (12%) y en la mayoría de los casos a grupos específicos que para el caso del análisis se categorizaron como otros (30%). En este punto se debe destacar el posicionamiento que las organizaciones de adulto mayor han logrado en el nivel local.

Figura 58 Distribución porcentual del tipo de representación en las reuniones a las que asiste la comunidad. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

Figura 59

En el aspecto referente a la información recibida se considera que la mayoría (45%), la difunde en espacios informales, pero un porcentaje también alto (21%) la socializa en espacios de carácter formal. Se podría inferir que la información que reciben los líderes es fluida y socializada de manera oportuna a la comunidad en general.

Figura 60 Distribución porcentual de la difusión de información que hace la comunidad después de asistir a las reuniones. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

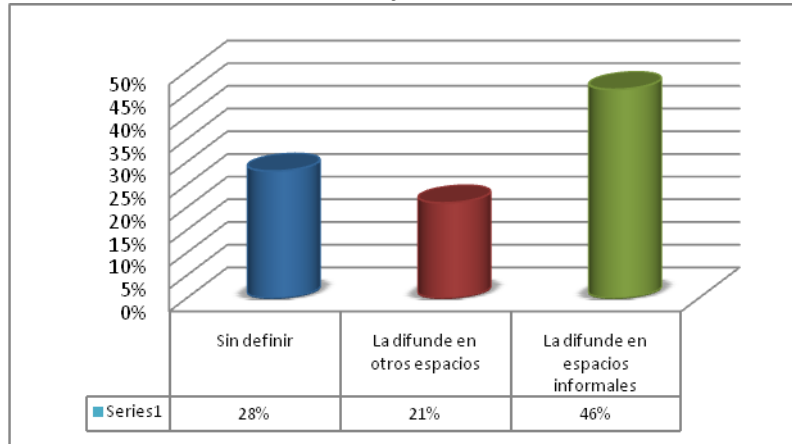


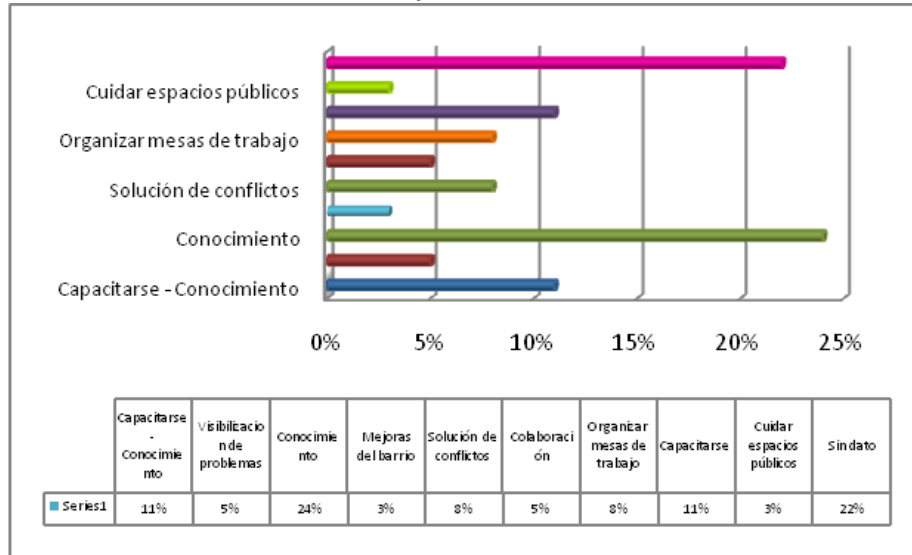
Figura 61

Fuente: Hospital del Sur – 2010

Figura 62

La mayoría en general, considera los espacios donde participa como entornos para la adquisición de nuevo conocimiento (15%), solución de conflictos (15%) y visibilización de problemáticas (15%). De alguna manera, los aspectos enumerados permiten evidenciar que los mismos generan a su vez un fortalecimiento en el nivel de empoderamiento comunitario y en su formación como sujetos políticos con autonomía y poder de decisión.

Figura 63 Distribución porcentual de obstáculos presentados en la participación comunitaria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



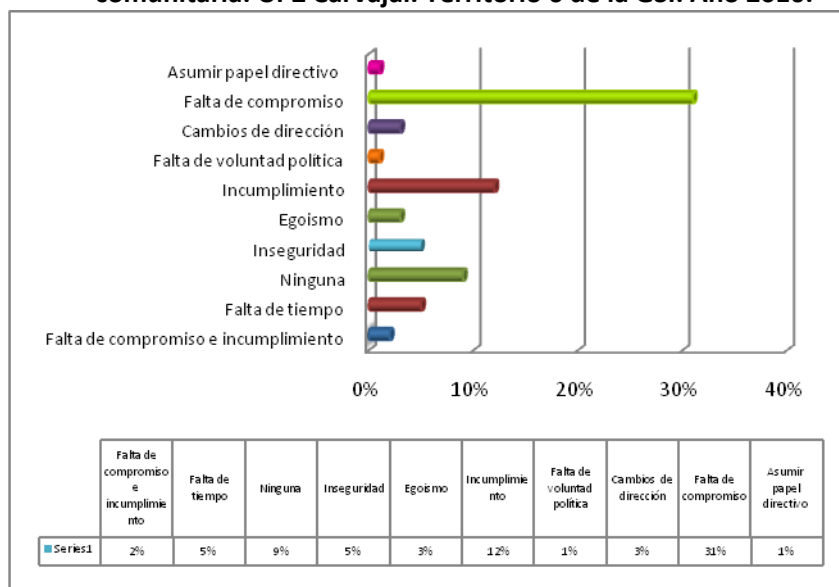
Fuente: Hospital del Sur – 2010

Figura 64

Figura 65

La mayoría considera que los mayores obstáculos para la participación en los distintos espacios, están dados por la falta de compromiso (31%) y el incumplimiento (12%), y en un menor porcentaje (5%) en la falta de tiempo de algunas personas. Parece que la falta de compromiso es una constante en lo referente a la gestión comunitaria, haciendo aún más evidente el vacío de corresponsabilidad que se da en los procesos comunitarios.

Figura 66 Distribución porcentual de obstáculos presentados en la participación comunitaria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

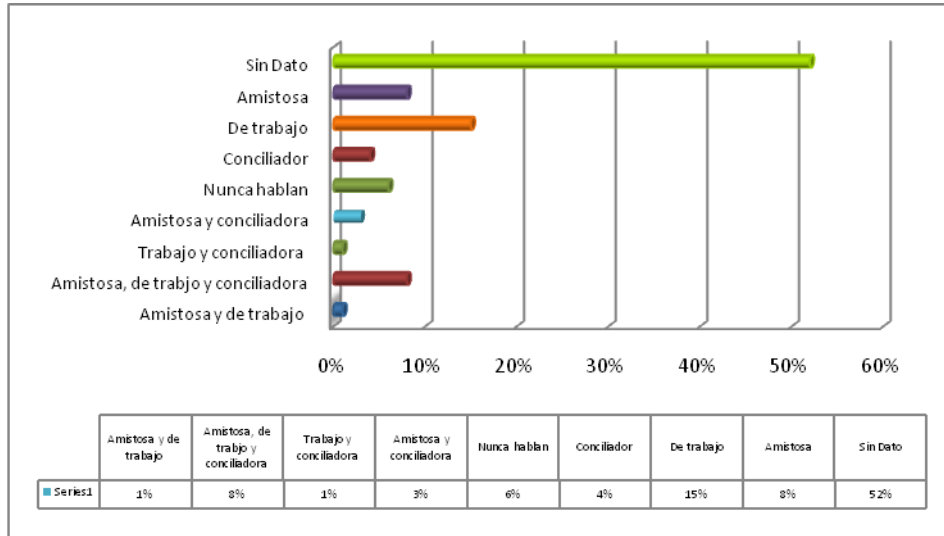


Fuente: Hospital del Sur – 2010

En lo referente a la relación o no con la Alcaldía local, se presentaron dos grupos dominantes que referían no tener dicha relación con este ente del orden local (55%), contra un 42% que manifestó lo contrario. En este aspecto, podría mirarse con cierta preocupación el hecho de que muchos de los líderes no tengan ningún tipo de relación con la Alcaldía Local, entidad que por su naturaleza, está llamada a interactuar de manera fluida y constante con los distintos líderes del territorio.

En cuanto a cómo son esas relaciones con la Alcaldía una gran mayoría (15%) manifestó que eran solo de trabajo, en otros casos además de ser relaciones de trabajo, también manifestaron que era amistosa y conciliadora (8%).

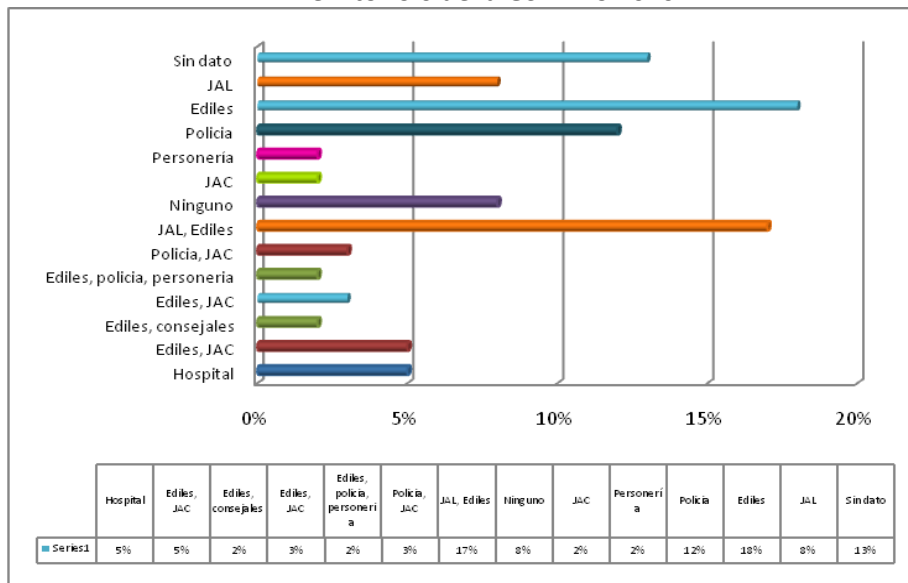
Figura 67 Distribución porcentual del tipo de relación con el alcalde. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

En cuanto a la relación con otros entes del orden local, la mayoría (18%) manifestó tener relación en primera instancia con algún edil o con la JAL (17%), seguido de la relación con la policía (12%). Se evidencia en esta parte la influencia que van ganando los ediles en el contexto del territorio, gozando de un reconocimiento más pleno por parte de los líderes del territorio.

Figura 68 Distribución porcentual del tipo de relación con otros entes locales. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

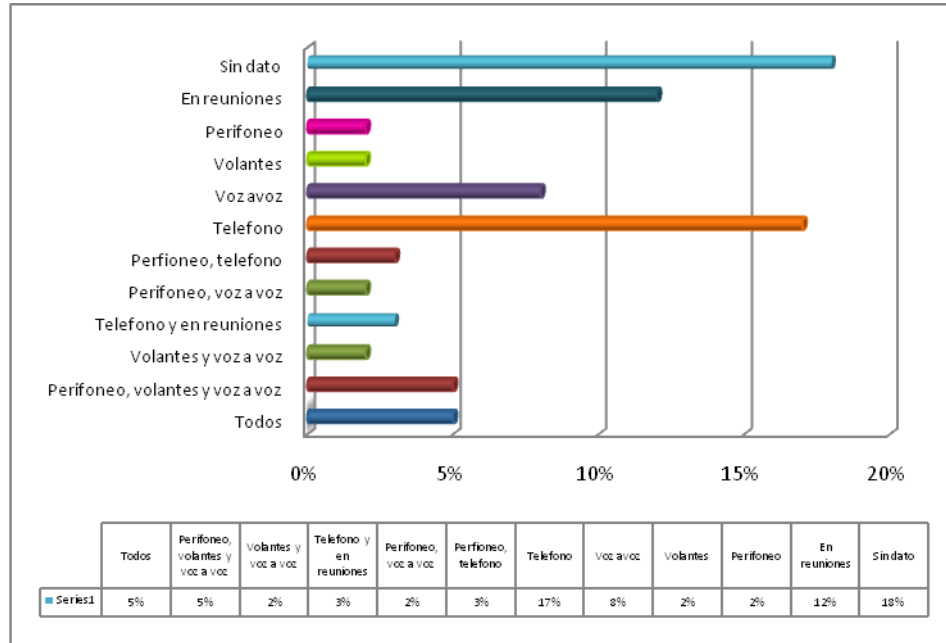


Fuente: Hospital del Sur – 2010

Para la difusión de la información la mayoría mostro como estrategia comunicativa más utilizada el voz a voz (30%), teléfono (7%), seguido por la utilización de volantes informativos (5%) y el

perifoneo (5%). En este sentido, se podría pensar de que a través del voz a voz como estrategia más utilizada, la información original, en un momento dado se podría distorsionar o mal interpretar.

Figura 69 Distribución porcentual de la forma de convocatoria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

En lo que tiene que ver con el poder de convocatoria, la mayoría considera que puede convocar entre 0 y 1 (29%), seguido por un porcentaje que cree poder convocar 20 personas(7%) y 100 (7%) y 200 personas (5%), y en un porcentaje mínimo opinan que podrían llegar a convocar más de 200 personas. Se evidencia que en este territorio hay líderes con un gran poder de convocatoria y que por lo tanto tienen mucha ascendencia sobre la comunidad de su territorio.

Figura 70 Número de personas que se reúnen en la convocatoria UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

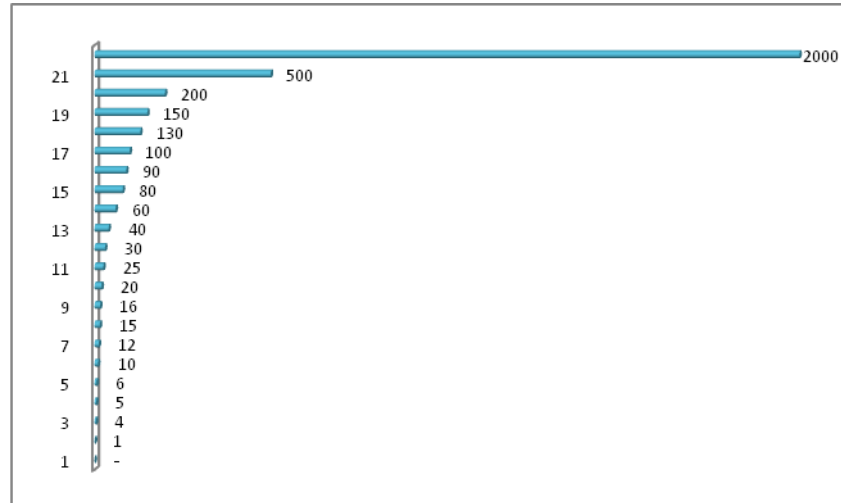
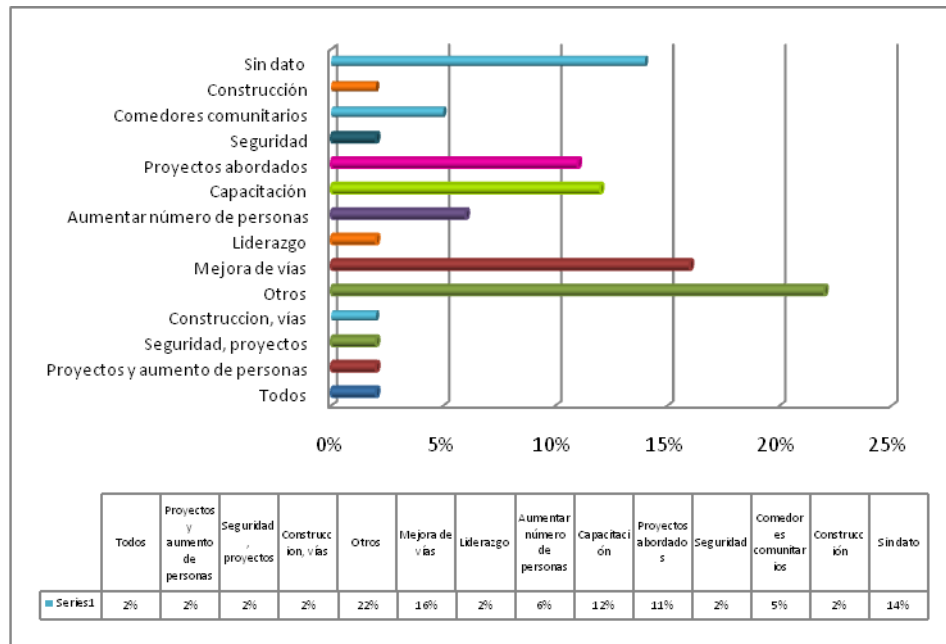


Figura 71

Fuente: Hospital del Sur – 2010

Otro aspecto, que considera los logros en la gestión comunitaria, la opinión se divide entre quienes consideran como logro la mejora de las vías (16%), la capacitación (12%) la aprobación de algún proyecto (11%) y en un porcentaje apreciable se considera que su gestión está orientada hacia otro tipo de logros (22%). En general podríamos afirmar que los entrevistados obtienen logros importantes para sus comunidades.

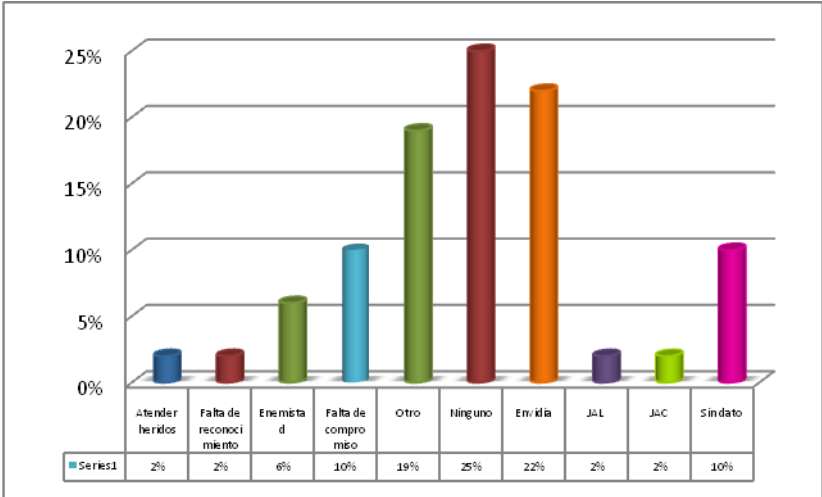
Figura 72 Distribución porcentual de logros en la gestión comunitaria. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010



Fuente: Hospital del Sur – 2010

Cuando se preguntó, ¿qué aspecto le disgustaba más de la gestión y la participación comunitaria?, la mayoría manifestó no sentirse incómodo con ningún aspecto (25%), pero un porcentaje considerable que manifestó alguna inconformidad, opino que el mayor disgusto es causado por la envidia entre líderes (22%) seguido de la falta de compromiso (10%), algo que es muy recurrente en la gestión comunitaria. En este punto se reafirma, que aspectos como los intereses personales y la falta de compromiso como situaciones negativas de la gestión comunitaria.

Figura 73 Distribución porcentual de aspectos que no gustan del trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

En cuanto al aspecto que más les gusta como gestores comunitarios, está el poder estar en contacto con las personas de una forma más permanente (26%), seguido por el poder ayudar a solucionar algunas necesidades comunitarias (23%), y en menor porcentaje, el fortalecimiento del sentido de pertenencia hacia lo comunitario (12%), el progreso de la comunidad (11%) y el dar solución a algunos problemas (9%). Es evidente que las personas entrevistadas sienten su rol de líderes y de alguna manera, tienen un ideal de lo colectivo, lo cual podría anotarse como un aspecto positivo.

Figura 74 Distribución porcentual de cosas que le gusta del trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

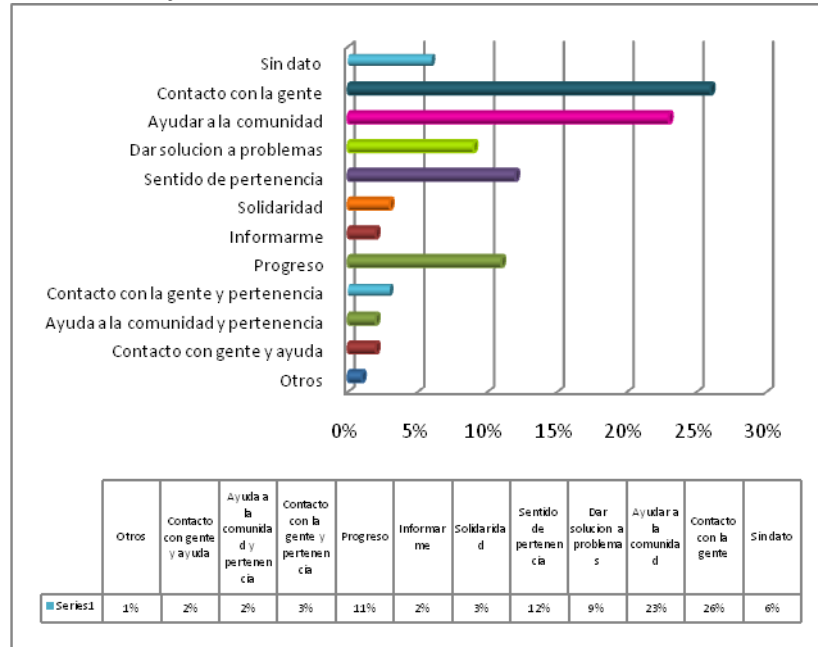


Figura 75

Fuente: Hospital del Sur - 2010

Figura 76

Para lo referente a la pregunta sobre con quien no le gustaría encontrarse en los espacios comunitarios, la mayoría manifiesta que esta pregunta no aplica (35%), otro porcentaje considera importante no encontrarse con políticos incumplidos (15%), y en un porcentaje mínimo algún edil (5%). Se considera que definitivamente la falta de compromiso es una limitante amplia en la gestión comunitaria, para lo cual habría que generar estrategias que minimicen este tópico, otro aspecto se refiere a las diferencias de carácter ideológico, lo cual es más difícil de conciliar.

Figura 77 Distribución porcentual de personas con las que no quiere encontrarse. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

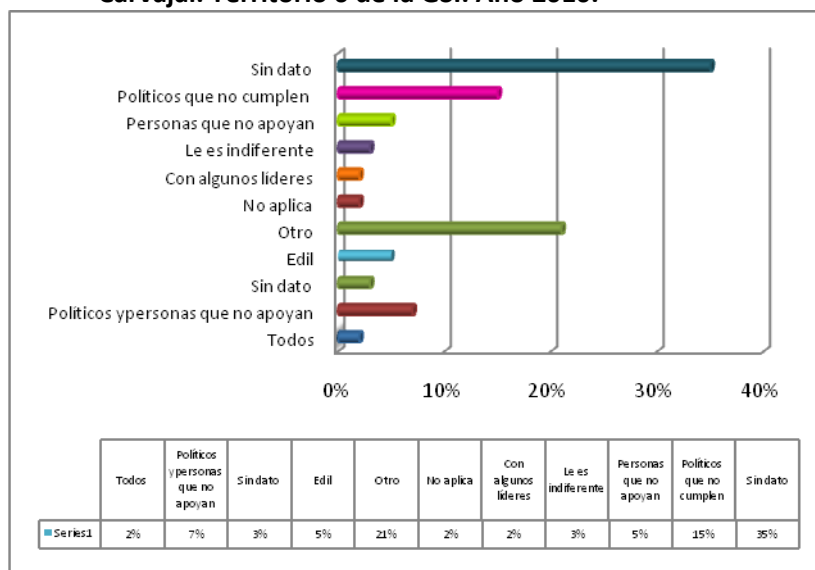
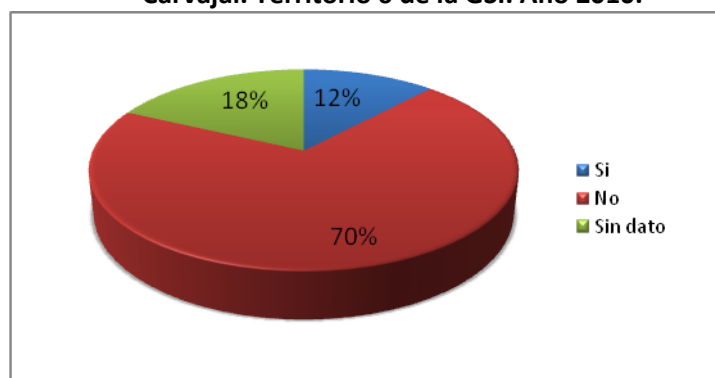


Figura 78

Fuente: Hospital del Sur – 2010

Interrogados sobre la asistencia a reuniones, la mayoría afirmó no faltar a ninguna reunión (70%), mientras un porcentaje mínimo (12%), manifestó que si había incumplido en alguna ocasión. Este aspecto destacaría que los entrevistados, no tendrían inconvenientes en su interacción con otras personas en los distintos espacios porque en este punto, muy pocos aceptaron la inasistencia a reuniones.

Figura 79 Distribución porcentual de personas que han dejado de asistir a reuniones. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

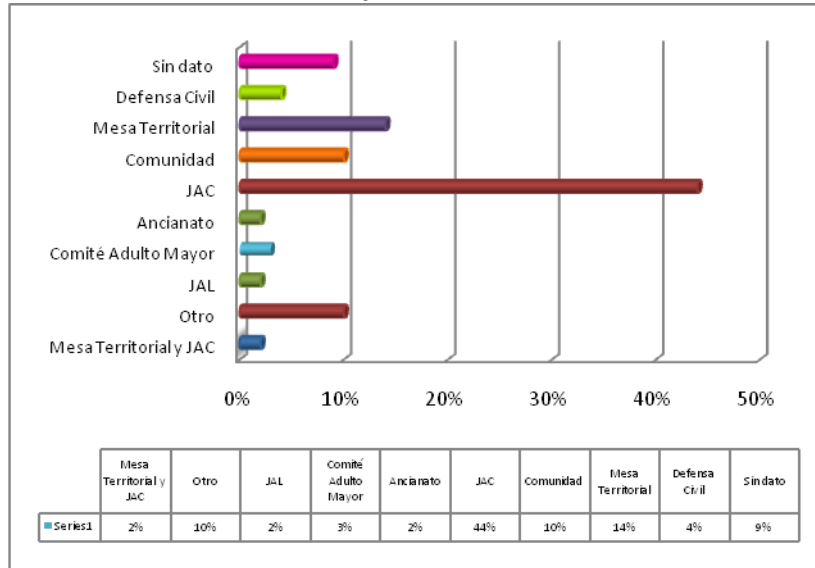


Fuente: Hospital del Sur – 2010

En cuanto a que convocatorias institucionales acude de manera pronta, la mayoría manifestó que atendía convocatorias de las JAC en primera instancia (44%) y de las MTCV en segunda instancia

(14%) y a convocatorias de la comunidad (10%) y a otras convocatorias (10%). Los espacios descritos son en general los de más aceptación y reconocimiento por parte de los entrevistados.

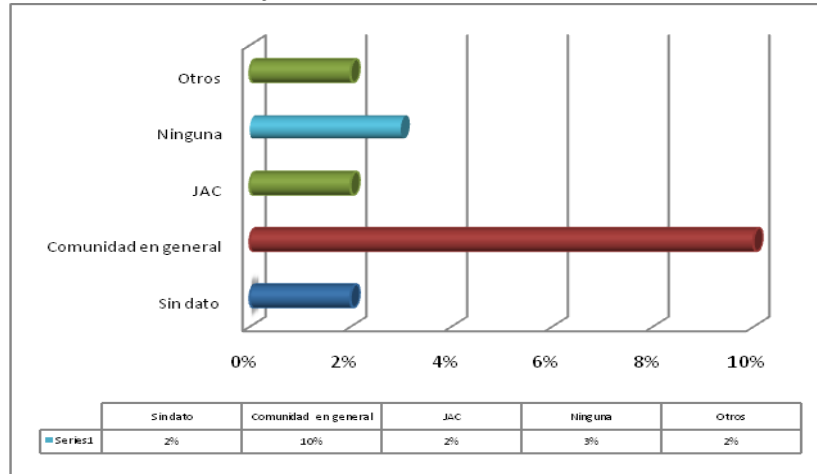
Figura 80 Distribución porcentual de personas que responde como miembro de la comunidad. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

Ante la imposibilidad de dialogo con alguna institución, los comunitarios manifestaron en su mayoría que con ninguna (54%), seguido de la imposibilidad de dialogo con otras entidades (14%), especialmente las JAC, y en un mínimo porcentaje con comunidad en general (5%). Se puede ver que los entrevistados son personas accesibles y no denotan dificultades en su interacción con otras instancias.

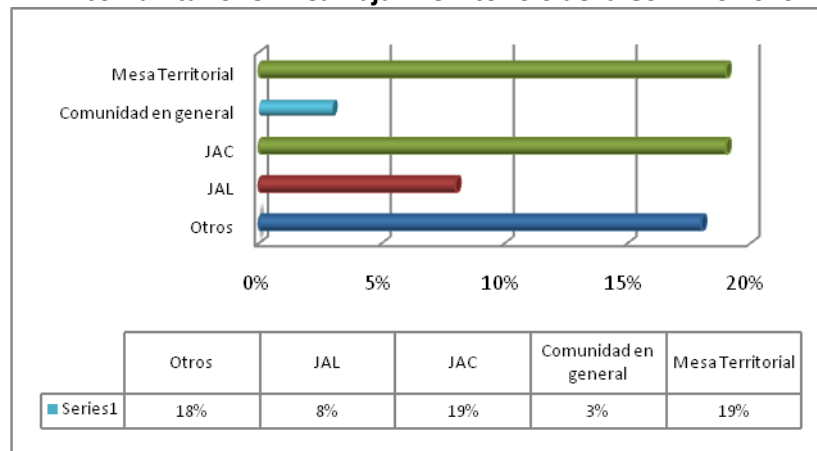
Figura 81 Distribución porcentual de personas con las que es imposible dialogar. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.



Fuente: Hospital del Sur – 2010

En el aspecto de colaboración o facilitación del trabajo comunitario por parte de alguna entidad, institución, autoridad o persona, la manifestación mayoritaria se inclinó por las JAC (19%), seguido de las MTCV (19%) , y en un menor porcentaje por las JAL (8%), Esto permite corroborar la fluidez en el dialogo entre los distintos actores.

Figura 82 Distribución porcentual relacionada con la colaboración en el trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

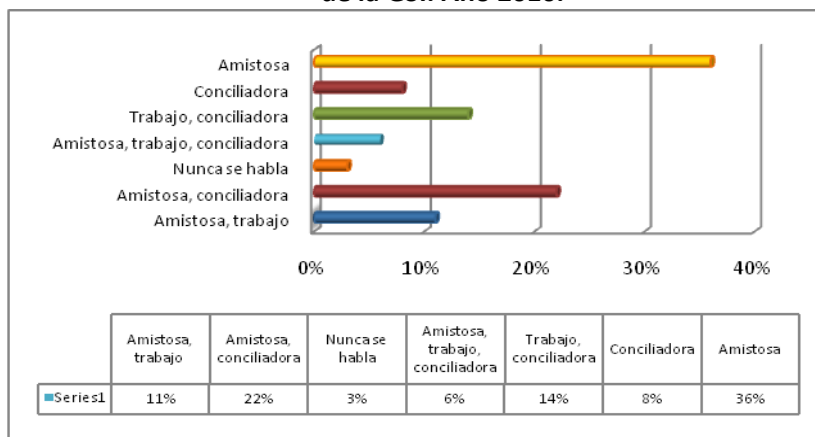


Fuente: Hospital del Sur – 2010

En cuanto al tipo de amistad o vínculo con los vecinos, la mayoría se manifestó como que el tipo de relación era de amistad (36%), amistosa y conciliadora (22%), de trabajo y conciliadora (14%), amistosa y de trabajo (11%), este contexto, permiten inferir que en general entre vecinos la

convivencia es sana, pues fue mínimo el porcentaje (3%) que manifestó no tener ningún tipo de amistad.

Figura 83 Distribución porcentual de la relación con los vecinos. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010.

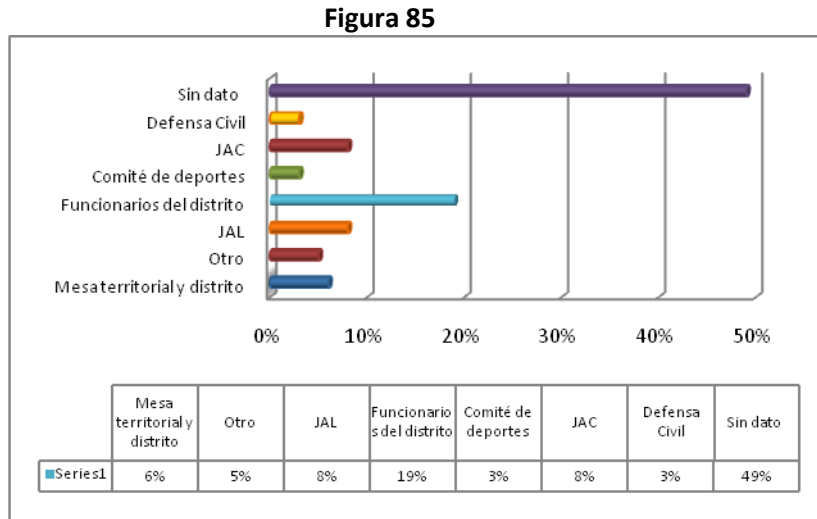


Fuente: Hospital del Sur – 2010

Cuando se indaga sobre el vecino con el cual le gustaría trabajar, la manifestación se orientó al trabajo con algún miembro de la JAC, seguido por personas cercanas que mencionaban de manera específica. En este aspecto se evidencia la identificación que existe frente al querer trabajar con personas afines a los grupos de pertenecía, especialmente en lo referente al trabajo con miembros de las JAC. En este punto es pertinente aclarar que la mayoría de entrevistados se refirieron a personas con nombre propio,

Sobre el equipo de trabajo a conformar con alguna institución, los entrevistados se manifestaron a favor del trabajo con la JAC o con alguna entidad del distrito, sin especificar con cual. De todas maneras lo destacable en este aspecto es la disposición de los entrevistados a realizar algún tipo de trabajo con la institucionalidad en general, sin reparar en específico en cual, siempre y cuando la misma se identifique de alguna manera con el sentir o las necesidades comunitarias.

Figura 84 Distribución porcentual relacionada con la manifestación de gusto para conformar equipo de trabajo comunitario. UPZ Carvajal. Territorio 6 de la GSI. Año 2010



Fuente: Hospital del Sur – 2010

Figura 86

Figura 87

4.5.1 CONCLUSIONES

Para empezar y con el fin de contextualizar, es pertinente tener en cuenta un concepto más o menos amplio de lo que es la participación comunitaria: pproceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo (Linares C. 1996).

En este contexto y vistos los resultados de la prueba piloto, se hace evidente pensar que los líderes entrevistados tienen diferentes niveles de participación de acuerdo a sus intereses particulares, de grupo o de rol, de todas maneras se denota una apatía hacia ciertas formas o espacios de participación porque es lógico pensar que la participación normatizada o instrumentalizada, representa de por sí una talanquera a la participación misma. Con esto lo que se pretende afirmar es que mientras no se tengan en cuenta las iniciativas de la comunidad o formas de participación que se crean a partir de sus propias iniciativas, difícilmente las comunidades se van a sentir incluidas y con autonomía para ejercer su derecho a participar.

También es importante resaltar, el desdibujamiento de la imagen positiva de la institucionalidad en su conjunto, lo que hace que la interacción entre las partes en algunos casos sea muy fuerte y en otros casos sea demasiado débil, en este caso hay otro factor determinante y es la falta de mecanismos de comunicación fortalecidos que permitan que la información fluya de manera óptima.

En cuanto a los espacios de participación no hay claridad por parte de los entrevistados en torno a los que existen, aparte de los espacios comunitarios ya tradicionales como las juntas de acción comunal que es el ente con el que más interactúan. Por su parte los espacios institucionales no salen bien librados pues entre las personas encuestadas no son bien reconocidos.

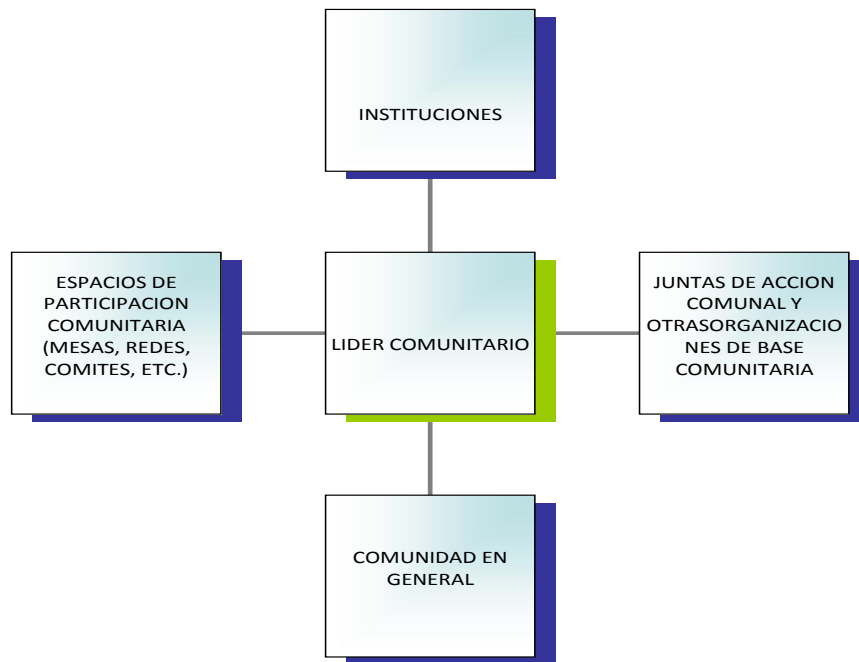
Como conclusión también podemos afirmar, que de acuerdo a los resultados arrojados, Las personas entrevistadas tienen un nivel amplio de aceptación de sí mismas, hacia las otras personas (comunidad en general), hacia las instituciones en algunos casos y hacia las organizaciones a la cuales representan casi siempre, además de tener un gran sentido de pertenencia con estas últimas.

Con las personas y la comunidad en general son relevantes aspectos como: el liderazgo comunitario, la participación en espacios comunitarios, la disposición hacia lo comunitario, el interés por satisfacer y brindar respuesta de necesidades a nivel comunitario.

Con las instituciones, existe una correlación de intereses hacia lo comunitario, un nivel de acercamiento disímil entre unas instituciones y otras y en algunos casos no existe ningún tipo de relación con alguna de las instituciones.

En lo que tiene que ver con las propias organizaciones que representan, el panorama es de una interrelación fluida con actores de la misma organización y con un alto sentido de pertenencia y amplia adherencia hacia las mismas. En este aspecto se debe tener en cuenta que estas personas pertenecen a una estructura grupal en la que existen elementos tales como los estatus, los roles, el liderazgo, las normas y la estructura de comunicación y de poder, siendo el núcleo los sistemas de roles y estatus, de modo que la estructura grupal va a venir determinada sobre todo por los roles y las posiciones de sus miembros.

Para lo referente a las relaciones individuales se percibe fluidez con la comunidad en general, partiendo de que tienen algún nivel de influencia sobre sus comunidades; diferencias conceptuales e ideológicas con algunos líderes e indiferencia o apatía en la relación con algunas instituciones. Esto incide de manera directa o indirecta en la capacidad de gestión comunitaria de cada uno de los entrevistados.



4.5.2 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados, podría hacerse un llamado urgente a fortalecer la participación comunitaria, ya que ello a su vez, redundara en los niveles de aceptación y adherencia a los diferentes grupos y espacios por parte de líderes de la comunidad. Esto se podría lograr a través de un empoderamiento real y efectivo de la comunidad en general y de sus líderes que a su vez fortalezca lo que plantea el discurso institucional de una democracia participativa, pero la idea no es que solo sea participativa de acuerdo a la norma, sino que sea deliberante y con poder de decisión como sería el ideal.

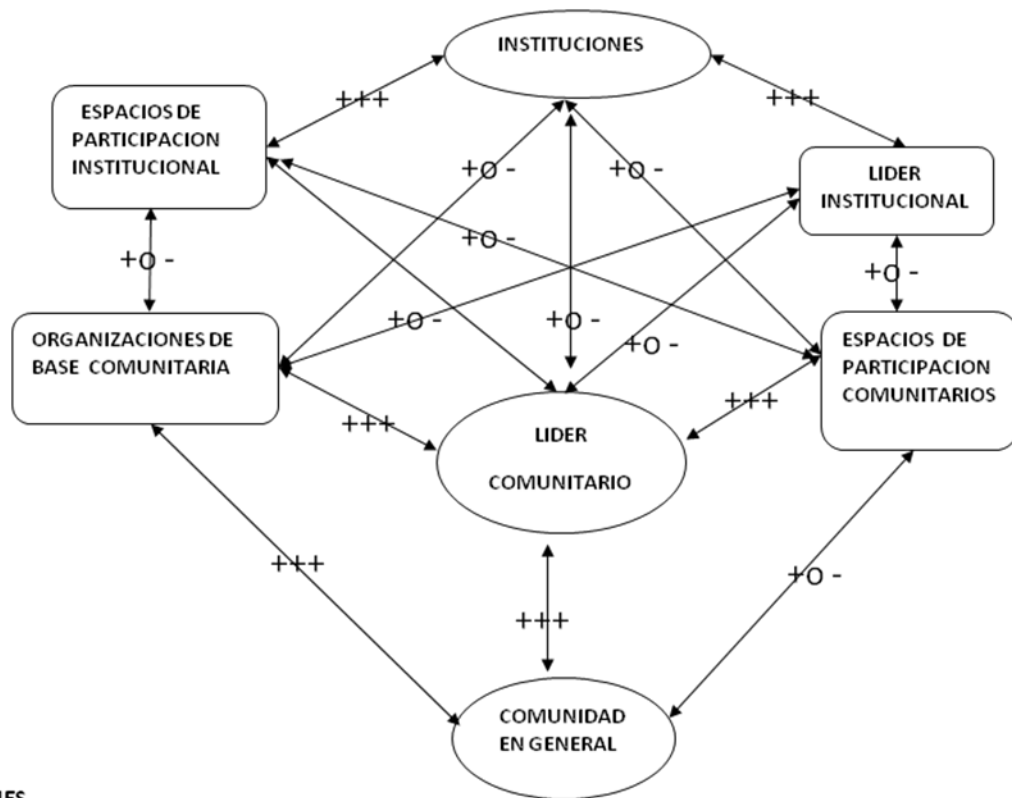
Por lo tanto se hace necesario fortalecer estrategias como la de la gestión social integral, en donde la comunidad pueda expresar de forma abierta sus expectativas frente a sus carencias. Las necesidades sociales requieren que se implementen líneas de acción que permitan dar vía libre a las iniciativas que surgen de la comunidad. De todas maneras también en lo que respecta a la GSI como herramienta de participación comunitaria, se hace necesario fortalecerla porque es evidente que no existe voluntad política de algunas instituciones y menos de la Alcaldía Local en el caso de Kennedy, lo cual desestimula la participación comunitaria, pues es evidente que no se hace visible el compromiso de la institucionalidad en su conjunto.

Con respecto a esto último, habría que revisar el rol del Estado y de sus instituciones para redefinirlo, pues es fundamental el papel que juegan para acrecentar los niveles de participación

comunitaria, que a su vez permitirían fortalecer las oportunidades de la gente de expresar sus expectativas y tener la capacidad de transformar su realidad hacia resultados más deseables. Observado el panorama es evidente que entre la comunidad hay un potencial muy grande que no ha sido bien canalizado por parte de la institucionalidad en su conjunto.

Para finalizar se considera que este es un ejercicio preliminar, que permitirá profundizar de alguna manera en las relaciones grupales y en los roles de los diferentes actores sociales del territorio.

4.5.3 Mapa de Relaciones



CONVENCIONES

+++ Relación muy positiva

+o- Relación positiva en algunos casos, de indiferencia en otros y negativa en otros tantos.

4.6 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El Hospital del Sur como Empresa Social del Estado de primer nivel de atención compuesta por un equipo interdisciplinario comprometido con el mejoramiento de la calidad de vida de las

comunidades de Kennedy y Puente Aranda mediante la implementación conjunta de acciones orientadas a dar respuesta a las necesidades en salud bajo un enfoque de Atención Primaria en Salud y un modelo de Gestión Social Integral. Propone continuar con la implementación del modelo de atención del Hospital a través del Plan de Intervenciones Colectivas para la vigencia 2011 como un proceso sistemático de respuestas sociales articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población, procurando hacer el mejor uso de los recursos disponibles y sintetizando el acumulado de capacidad técnica institucional en un conjunto de directrices que orienten la interacción social e interna desplegada por el hospital. De otro lado presenta algunos apartes de las agendas sociales comunitarias, las cuales se espera orienten el accionar del sector salud en el territorio y de otras instituciones que operan bajo el interés de hacer visible de forma operativa la gestión social integral

4.6.1 Desde el Plan de Intervenciones Colectivas

La propuesta incluye el conjunto de acciones desarrolladas por los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud y sus determinantes, así como de las poblaciones que habitan las localidades de referencia del hospital. La propuesta se estructura de acuerdo con las necesidades sociales de la población e incorpora componentes que permitan el fortalecimiento en la prestación de los servicios, así como estrategias y acciones para incidir en los determinantes de las mismas y promover los procesos de participación y movilización social; por lo tanto, el Hospital plantea como objetivos de la propuesta:

- Garantizar una atención integral en salud a su población de referencia
- Incidir positivamente en los determinantes de la calidad de vida y salud de las poblaciones de Kennedy y Puente Aranda, mediante la gestión transectorial y participativa de respuestas sociales.
- Mejorar la prestación de los servicios de salud del Hospital del Sur, acorde a las necesidades de las poblaciones de Kennedy y Puente Aranda.
- Promover procesos de movilización de ciudadanía activa y participativa, de las localidades de Kennedy y Puente Aranda, a través de estrategias de información, capacitación, formación y organización para el ejercicio pleno de sus derechos, con miras a incidir positivamente en la calidad de vida de sus habitantes.
- En el marco del Plan de Desarrollo, la propuesta para la construcción del PIC 2011, como continuidad del propuesto para el 2010 del Hospital del Sur, continúa su orientación por principios y características derivadas de la combinación de tres enfoques estratégicos: la Atención Primaria Integral en Salud, la Gestión Social Integral y la estrategia promocional de calidad de vida. Es por ello que parte de una concepción positiva de la salud y reconoce el derecho a la salud y la naturaleza social de la salud.

4.6.1.1 Relación de los Enfoques Estratégicos

Son varios los enfoques estratégicos que se proponen para orientar la gestión de la política social, recogidos de los planteamientos de la política sectorial y el Plan de Desarrollo Distrital, que son acogidos en la política institucional (expresados en el Plan de Desarrollo Institucional y la Plataforma Estratégica), aunque cada uno de ellos tiene una procedencia disciplinar distinta y han tenido un desarrollo teórico – metodológico en diferentes sectores sociales y en diferentes momentos históricos, se complementan en la medida en que se sustentan en un conjunto común de concepciones y principios.

4.6.1.2 Principios de la Propuesta

En consideración a los elementos comunes de los enfoques estratégicos y por la apuesta ético-política del plan de desarrollo institucional se plantean los siguientes principios:

Procura la universalidad con equidad: Se refiere a la combinación de dos principios interdependientes del enfoque de derechos, en el cual se reconoce que toda persona tiene derecho al mejor nivel de salud posible, sin discriminaciones, ni exclusiones; lo que implica concretar acciones para la totalidad de la población de un territorio. Pero dicha universalidad también reconocerá las diferencias injustas y evitables para construir respuestas suficientes y pertinentes a las particularidades sociales, étnicas, de género, económicas, culturales, demográficas, etc.

Promueve la participación social con autonomía: Parte de entender a los ciudadanos como sujetos activos, con total capacidad para tomar decisiones relacionados con el mejoramiento de sus condiciones de vida y bienestar, la forma de implementar respuestas y proveer los servicios para enfrentar las necesidades sociales y sus determinantes.

Implementa respuestas integrales: Se refiere a la intención de estructurar respuestas que partan del reconocimiento del ser humano, como un todo y no la sumatoria de partes, órganos o sistemas; y por tanto, de implementar procesos que abarquen de manera complementaria y sistémica las múltiples dimensiones del ser humano e integren de modo coherente todas las respuestas necesarias que incluyen las educativas, preventivas, de protección, de restitución, rehabilitación y de seguimiento, como expresión del compromiso de generar respuestas suficientes a las necesidades de cada sujeto y de los colectivos.

Organiza sus procesos en el marco de una territorialización definida: Para afirmar que es a partir de la definición de territorios sociales desde donde se organizan las respuestas a las necesidades sociales de las poblaciones, se debe reconocer las particularidades de tales necesidades y sus determinantes, identificar los déficits acumulados de respuestas, los procesos organizativos, ofertas y potencialidades del territorio, para a partir de ello construir respuestas regulares y

suficientes que incidan de manera positiva en la calidad de vida de la población. La reorganización de respuestas sobre una concepción territorial invita a construir formas de apropiación y transformación de la realidad, que parten del reconocimiento de los procesos sociales donde tienen lugar las propuestas de acción colectiva, como una invitación para rescatar los procesos históricos y aportar en la construcción de sujetos sociales.

Garantiza la pertinencia social de las respuestas: Entendida como una característica de las respuestas institucionales, sectoriales y sociales que se comprometen con la adecuación de las mismas a la dimensión de las necesidades sociales y particularidades de las poblaciones.

Gestiona respuestas desde la transectorialidad: Se refiere a la coordinación de esfuerzos para la transformación de la realidad, que parten de una comprensión compartida de los problemas y sus determinantes, realizada entre diversos sectores, procurando superar la fragmentación institucional y sectorial.

Promueve la autonomía en todas sus acciones: Entendida como la capacidad de valerse por sí mismo (autonomía funcional), hasta la posibilidad de lograr la suficiencia económica o de ejercer una opción política emancipadora.

4.6.1.3 Ordenadores Conceptuales de la Propuesta

Los ordenadores conceptuales de la propuesta hacen referencia a las categorías que sirven de referencia para realizar los procesos de abordaje de la realidad, procurando una aproximación sistémica y comprensiva. En la propuesta se combinan cuatro categorías ordenadoras:

El territorio es el espacio social producido por las relaciones sociales y las relaciones entre sociedad y naturaleza. Comprende dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales y ambientales que interactúan y son interdependientes.

Cuando se habla de **población** se hace referencia a un conjunto de personas que habitan o residen en un territorio geográfico específico, esta condición poblacional está determinada por características como el número de personas que la integran, su composición según variables biológicas, sociales y culturales, y por el asentamiento geográfico en el que se encuentren. Es necesario tener un conocimiento de lo poblacional en términos de volumen, estructura y dinámica, para comprender la variabilidad en los indicadores de salud y sus condiciones de vida, de igual manera para dar respuesta a las necesidades sociales. Para lograr lo anterior es necesario conocer las condiciones particulares relacionadas con las etapas de la vida en la que se encuentre la persona, ya que se puede determinar el impacto y definir la posibilidad de mejorar esas condiciones de calidad de vida.

Los núcleos problematizadores entendidos como una forma de representar la sociedad, representar el grupo poblacional, su exposición, su daño y su efecto social. Pretenden entender la causalidad, entender la distribución del problema y su inequidad. Significan construir una narrativa de la realidad representando la complejidad de los problemas, identificando sus causas y determinantes, haciendo el ejercicio de pensar la realidad. El representar la complejidad permite ubicarse en la realidad para intervenir en sus determinantes/ exposiciones/ daños/ consecuencias sociales del daño y de esta manera ser consecuente con el compromiso ético de articulación de acciones alrededor del esfuerzo colectivo y transectorial, que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida del individuo y de la equidad entre las colectividades, para así disminuir las brechas de injusticia social.

Estos núcleos problematizadores y sus temas generadores permiten problematizar el perfil de deterioro y salud a lo largo del ciclo de vida y en contextos particulares definidos por los territorios sociales. Así mismo, alrededor de estos elementos se construyen respuestas sociales integradoras que abarcan múltiples dimensiones (desde lo educativo hasta la rehabilitación), que son denominadas programas integrales, tales como: Salud mental, Salud sexual y reproductiva, Condiciones Crónicas, Enfermedades Transmisibles, Urgencias y lesiones de causa externa, Salud Oral, Discapacidad, Salud y Trabajo, Ambiente y Salud y Seguridad alimentaria.

Finalmente, los elementos que **transversalizan el enfoque de equidad** hacen referencia a dos enfoques propios de los desarrollos contemporáneos en las ciencias sociales que le apuestan al desarrollo de sociedades equitativas e incluyentes. Estos pretenden incorporarse al diseño, implementación y monitoreo de estrategias de trabajo en las diferentes temáticas definidas en los núcleos problematizadores y en las diferentes etapas de ciclo vital. Dichos elementos son:

- La perspectiva de género
- El reconocimiento de la diversidad étnica
- El reconocimiento de la situación de desplazamiento forzado como realidad apremiante de nuestro contexto social.
- La necesidad de reconocer e implementar enfoques diferenciales

De acuerdo con lo anterior y en concordancia con los avances en la implementación del modelo de atención del Hospital del Sur durante la vigencia 2010, y del PIC como uno de sus componentes fundamentales, se propone el desarrollo de las siguientes líneas estratégicas:

4.6.1.4 Líneas Estratégicas

4.6.1.4.1 Línea 1: Fortalecimiento del Análisis de Situación en Salud y la Vigilancia Epidemiológica y Ambiental

Para el desarrollo de esta línea se propone la actualización del “Diagnóstico de la situación de salud” de cada territorio, el cual tendrá como eje ordenador las UPZ y deberá identificar claramente las problemáticas presentadas en éstas, involucrando análisis desde las transversalidades, los Proyectos de Desarrollo de Autonomía y las etapas del ciclo vital, así como los factores determinantes de dichas problemáticas que permitan construir respuestas desde las necesidades sociales y no desde las ofertas institucionales. La actualización es una responsabilidad institucional y deberá ser liderado por el Comité Territorial que opera en cada territorio, en coordinación con el equipo de Gestión Local.

Se deberá contar con un **“Sistema Integrado de información”**, el cual se encargará de articular y ordenar la generación, organización, procesamiento y el análisis de la información para orientar la toma de decisiones operativas y estratégicas de la institución, enfocado hacia la satisfacción de las necesidades de los individuos en los territorios y al mejoramiento de su calidad de vida. En este sentido, dicho sistema deberá soportar las decisiones que se tomen en materia de gestión social de la salud así como de fortalecimiento de la prestación de servicios, sobre la base de indicadores confiables y oportunos, los cuales deberán permanecer actualizados dependiendo de la periodicidad de su medición.

Fortalecimiento de los **“Espacios de análisis”** de la situación en salud, tales como:

Dentro de las estrategias propuestas para el fortalecimiento del modelo de atención del Hospital, se encuentran los espacios de análisis de situación de salud de los territorios. El análisis de situación de salud entendido no solamente como la construcción del diagnóstico local, sino se conceptualiza en un contexto en el que el diagnóstico es resultante del proceso derivado de la identificación por la comunidad de los problemas que la afectan prioritariamente.

El objetivo principal de los espacios de análisis deberá ser entonces caracterizar la situación de salud de la comunidad que habita un territorio para definir, enfrentar y modificar positivamente los principales problemas que la afectan como tal.

Dentro de los espacios existentes actualmente para el análisis en el territorio se cuentan:

- Comités territoriales
- COVE
- COVECOM
- Comités de UPZ - Unidades de análisis de situación en salud

En estos espacios se debe posibilitar la existencia de tres momentos de operación, el primero de Análisis (Unidades de análisis), el segundo de Decisión (Comité Territorial, COVE, COVECOM) y por último el de Retroalimentación (Comité Territorial). De esta forma se garantiza la integralidad de los espacios que se disponen desde el modelo de atención asegurando que la información recopilada y depurada previamente proporcione la posibilidad de toma de decisiones operativas

en el territorio con miras a la construcción de respuestas integrales, tanto desde lo sectorial como desde lo transectorial. Esto responde básicamente a la convicción de que no solo las interacciones familiares, sino también las comunitarias, pueden tener un efecto profundo sobre la condición de salud o enfermedad en una población.

Es importante en este punto recordar que unidad funcional del modelo de atención del Hospital es el Equipo Básico de Salud EBS, que desde su enfoque tradicional tiende a intervenir los problemas de salud aplicando el método clínico; de igual manera se ha reiterado que durante su proceso de diagnóstico e intervención ante un problema de salud comunitario, debe recurrir al método epidemiológico. Avanzando más allá se plantea incorporar un análisis de las problemáticas en la práctica el equipo básico de salud (EBS) en el nivel primario utilizando ambos métodos indistintamente. Mediante ellos busca y encuentra respuestas a los problemas que cotidianamente se le presentan en la comunidad. En otras palabras la información que nutre en un comienzo las unidades de análisis surge directamente del territorio a partir del contacto que a diario tienen los profesionales de los Equipos básicos de salud en su labor, pero además a este equipo básico deberá sumarse el Equipo de Apoyo Territorial EAT para también incorporarse a la repuesta necesaria, pero también en el sentido de aportar la información de los casos, y situaciones problemáticas que detectan también en su contacto con los actores sociales del territorio desde su accionar de los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Esta fortaleza, en manos profesionales, constituye una herramienta básica si se pretende identificar problemas y proponer cambios positivos en la situación de salud de la población. A partir de la experiencia, la identificación de los riesgos para la salud en un área será relativamente fácil para el comité de UPZ la construcción conjunta de respuestas para los problemas identificados en el territorio.

En este sentido el comité de UPZ será el espacio máximo de análisis, que deberá tener un trabajo previo de recolección y depuración de la información que se va a presentar en la unidad de análisis, La responsabilidad de la organización y preparación de dicho espacio recae sobre el Referente de UPZ, el referente territorial de vigilancia epidemiológica, referente de ECV, como equipo conductor para la realización de la unidad de análisis.

La priorización de los problemas debe ser realizada colectivamente y el grueso de las acciones que se propongan en el plan de acción deben ser dirigidas hacia aquellos de mayor magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad. Esos problemas priorizados tendrían que ser a los que mayor espacio se les dedique durante la discusión. La experiencia demuestra que no es factible abordar simultáneamente todos los problemas de salud para su análisis. Será irreal entonces pensar que en poco tiempo, como el que comúnmente se dispone para esta actividad, se podrán analizar pormenorizadamente todos los problemas presentes en un área, sin que esto afecte considerablemente la calidad del análisis.

En la planificación de las acciones deben establecerse plazos lógicos para su cumplimiento y definir los responsables de ejecutarlas, así como la persona que controlará todo el proceso hasta la

solución definitiva del problema en cuestión. El plan de intervención debe ser factible y no debe quedar de ninguna manera al nivel de enunciar aspiraciones.

Una vez cumplido el plazo de ejecución del plan de intervención, se regresa al punto inicial del análisis que es la nueva identificación de otro caso o situación problemática. Si se mira de este modo, se puede afirmar que el proceso de análisis es un proceso, pero con un desarrollo en espiral ascendente. A este proceso de análisis se incorporaran líderes comunitarios, una vez entrenados, comenzarán a utilizar los espacios de contacto con los EBS para hacer visibles los problemas que identifican. De otro lado evaluar la situación de salud de conjunto con las personas implicadas permite incrementar el conocimiento común acerca de la comunidad y es punto de partida para acciones futuras.

En el marco del Comité Territorial, las unidades de análisis serán el insumo necesario para la toma de decisiones una vez se establezca la necesidad de intervenir, y generar cambios en la forma de operar en el territorio con el fin de modificar esas condiciones de riesgo y situaciones problemáticas que tienen un patrón repetitivo.

De acuerdo con lo anterior, los espacios son:

Comité Territorial: Máximo espacio de coordinación e integración de los procesos, que recoge el trabajo de los diferentes niveles de gestión institucionales y comunitarios del territorio respectivo y proyecta las necesidades hacia los niveles e instancias directivas de la institución y del territorio. Con el comité territorial se pretende potenciar el trabajo en niveles de gestión complementarios, para retroalimentar los procesos en doble vía, de lo micro a lo macro y viceversa: de los grupos funcionales de los procesos institucionales; de los espacios de orientación y seguimiento de los centros de atención (ULG centros); de los espacios de trabajo de los equipos del PIC; de los procesos de los núcleos de gestión comunitarios; del Comité Directivo, etc. En síntesis, el comité territorial es un dispositivo de apropiación pedagógica y construcción política, de un nuevo sentido del quehacer, de la construcción de un paradigma de la salud como derecho y producto social que se gestiona de manera participativa y transectorial.

COVE y COVECOM: Estos espacios deben posibilitar un ejercicio de monitoreo y análisis de la situación demográfica y de salud de los territorios acompañado de un proceso de formación de agentes epidemiológicos comunitarios de vigilancia epidemiológica. Los espacios de análisis como el COVE y el COVECOM deben obedecer a una dinámica territorial direccionada y dinamizada por los epidemiólogos y los agentes epidemiológicos comunitarios.

Comité de UPZ - Unidades de análisis: Tal como se discutía anteriormente el comité de UPZ necesita de un proceso previo de priorización, y reunión preparatoria y deberá cumplir con 3 momentos:

- **General** (visual): construyendo paneles gráficos que permita contextualizar de forma general la situación de salud del territorio.
- **Particular** (presentación de los casos): mediante estudio de caso, para ello se deben definir unos criterios para incluir o excluir los casos a analizar.
- **Resolución de casos:** mediante la conformación de Equipos de Apoyo Territorial y la construcción de planes de intervención que aporten en la resolución del daño.

Para la conformación del espacio se han propuesto tres abordajes: el primero de ellos temático, como por ejemplo desnutrición, mortalidad materna y perinatal, etc. un abordaje desde el análisis de caso particular aportado por los diferentes actores institucionales y sociales presentes en el territorio y por último un abordaje territorial entendiendo como unidad territorial la UPZ abordando todas las situaciones problemáticas que sobresalgan en el territorio, todo esto enfocado siempre a la construcción de una respuesta integral potente desde lo sectorial y transectorial.

La reunión preparatoria para el desarrollo de la unidad de análisis del comité de UPZ tiene un equipo compuesto por el referente de vigilancia epidemiológica de cada territorio, referente de UPZ y profesional de apoyo de SASC, referente de proyectos UEL donde se requiera, referente de Programas de acuerdo a la necesidad.

En este espacio se reconocen los problemas y casos que se han priorizado previamente en los territorios desde diferentes fuentes:

- A través de vigilancia epidemiológica mediante la notificación de casos: SIVIGILA, SISVAM, SISVAN, SISVESO, estadísticas vitales y vigilancia comunitaria. La cobertura es limitada ya que se intervienen de acuerdo a los lineamientos de la SDS y la notificación de acuerdo a los lineamientos y protocolos de vigilancia en salud pública.
- A través de la intervención, aunque también es limitada, ya que muchos casos no se podrán intervenir por no tener la capacidad de resolución.
- Mediante la notificación de los agentes comunitarios
- Notificación a través de los Equipos Básicos de Salud
- Notificación a través del área asistencial (prestación de servicios).
- Notificación a través de los CAPSES, en el ámbito escolar.
- Notificación a través de ámbitos, PDA, TV.

Cada una de estas fuentes de información cuenta con formatos para la notificación de los casos, los eventos de vigilancia en salud pública mediante la ficha de notificación y/o el aplicativo de captura de información diseñado para el ingreso de datos (SIVIM, SISVAM, etc.) y los casos que no están dentro del sistema de vigilancia en salud pública se notificarán en una ficha diseñada para el caso (ver ficha anexa). Para cada reunión el referente de vigilancia epidemiológica presentara los casos notificados en el último mes, no solo los de notificación inmediata, sino los de notificación

semanal, recopilando la información de los casos encontrados en la base de datos previa depuración por cada territorio. Paso seguido el Epidemiólogo de cada territorio solicitará a sus compañeros del área de vigilancia epidemiológica que le proporcionen las fichas de notificación con el fin de ampliar la información cualitativa y de contexto de los casos identificados.

Las reuniones preparatorias para la unidad de análisis serán mensuales, entendiendo que los equipos de apoyo territorial en ningún momento sustituirán el trabajo en lo concerniente al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA).

De acuerdo a la dinámica territorial habrá problemáticas que se pueden resolver en instancias primarias como el centro de salud, facilitando la asignación de citas, remisiones entre otras, debido a que el problema es de tipo individual y de fácil resolución, este caso no tendrá que analizarse en el comité de UPZ y así mismo no llegará al espacio de preparación del mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la unidad de análisis preparatoria debe permitir tamizar (priorizar) los casos en orden de prioridad y pueden presentarse dos situaciones:

- Caso que se puede resolver de forma inmediata porque es de baja complejidad, un ámbito o transversalidad o IPS se lo puede resolver. El seguimiento será responsabilidad del referente de UPZ.
- Caso que es de mayor complejidad y para ello requiere un Equipo de Apoyo Territorial, que permita la atención e forma integral.

Los criterios para la priorización de los casos responden también a algunos criterios definidos desde la E.S.E.:

- Si el riesgo es intervenible o no,
- De acuerdo a la Magnitud del problema y su prioridad de intervención: Mortalidades, transmisibles, ambientales, violencias, enfermedades crónicas, discapacidad entre otros, siempre dependiendo del caso.
- Riesgos compartidos: según similitud encontrada de factores asociados a un evento común.

Una vez priorizados los casos de acuerdo a los criterios definidos, se preparará una presentación para que se realice en la fecha del mes designada para la realización del espacio de unidad de análisis en cada uno de los territorios definidos en las localidades de Kennedy y Puente Aranda (que para eliminar espacios en algunos casos se han fusionado dos y tres UPZ en un solo espacio de reunión). La presentación de los casos deberá ser lo más sintética posible y contener la información necesaria para realizar análisis, contextualizar a los participantes del espacio, establecer contacto con las personas afectadas descritas en los casos y la estructuración de planes de intervención. Además de lo anterior es importante definir si el caso a intervenir ha tenido algún tipo de intervención, si ha sido notificado o no para que los planes de intervención no repitan

acciones que ya se han realizado y avancen en la consecución de una rápida respuesta a las situaciones problemáticas identificadas, teniendo en cuenta que los planes de intervención se desarrollaran en el corto, mediano y largo plazo, para completar la respuesta.

El responsable de monitorear la conformación del equipo de apoyo territorial así como el progreso en la construcción y ejecución de los planes de intervención es el referente de UPZ, además de participar como eje articulador para integrar la respuesta transectorial a dichos planes estableciendo en el territorio acuerdos con sus pares de otras instituciones y apoyándose en el referente Territorial según sea necesario para llevar los casos a instancias superiores de Gestión.

El proceso comienza de nuevo con la priorización de nuevos casos, la conformación de equipos de apoyo territorial y la construcción de los planes de intervención, reiterando como se menciona anteriormente en este documento que es un ejercicio infinito.

Finalmente, es importante señalar que la metodología a utilizar para el desarrollo de las Unidades de Análisis será la Sala Situacional, a través de la realización de las siguientes fases:

SALA C: Consolidación

- Identificación de fuentes
- Solicitud y recopilación de información / casos por notificación
- Tabulación, graficación y mapeo.
- Presentación y priorización de casos

SALA T: Trabajo

- Unidades de análisis cualitativo
- Identificación de determinantes
- Conformación de EQUIPO DE APOYO TERRITORIAL. Los equipos de apoyo territorial – EAT, tienen una conformación interdisciplinar y están compuestos por los profesionales y técnicos que ejecutan acciones colectivas (tanto aquellos del plan de intervenciones colectivas – PIC, como de proyectos financiados por los fondos de desarrollo local); por lo tanto son perfiles de estos equipos los psicólogos, terapeutas, ingenieros ambientales y sanitarios, técnicos de ambiente, edufísicos, trabajadores sociales, psicopedagogos, antropólogos, sociólogos, entre otros. La principal función de los equipos de apoyo territorial es dar soporte y amplificar la capacidad de respuesta de los equipos básicos de salud, ejecutando acciones individuales, familiares y grupales desde una perspectiva colectiva. Dichas acciones se realizan a partir de las prioridades identificadas por los EBS y los núcleos problemáticos construidos en los análisis de situación de salud territoriales y los diagnósticos locales de salud. Por lo tanto, los EAT tienen su radio de acción en un conjunto definido de equipos básicos de salud y sus respectivos núcleos familiares - microterritorios. Los espacios para la realización de las

acciones de los equipos de apoyo territorial lo constituyen los espacios familiares, escolares, comunitarios y los propios centros de atención y CAPSE de su respectivo territorio.

- Formulación de propuestas de solución – Planes de Intervención
- Intervención del caso por el EAT
- Seguimiento al Plan de intervención

SALA D: DECISIONES

- Toma de decisiones
- Contribución importante para mejorar la situación social y de salud de la población

4.6.1.4.2 Línea 2: Fortalecimiento del Enfoque de Salud Familiar y Comunitario

La propuesta para el desarrollo del PIC 2011 se fundamenta en un enfoque de salud familiar y comunitaria, esto es que las actividades y procesos se programarán a partir de las familias, pero sin olvidar las acciones individuales y específicas que corresponden a la mujer, la niñez, los adolescentes, los adultos y las personas mayores de manera integral. Así mismo, las acciones que se establezcan para el desarrollo de la propuesta buscarán el fortalecimiento del vínculo entre el paciente, las familias y la comunidad con los equipos de salud y con los profesionales del Hospital que se encuentren desarrollando acciones individuales y colectivas en los territorios.

En este mismo sentido, se orientará por los principios de la Atención Primaria en Salud como son primer contacto (vínculo)¹¹⁰ longitudinalidad¹¹¹ (trazabilidad), integralidad¹¹² (orientación a las necesidades), coordinación de la atención (continuidad) y participación y corresponsabilidad

110 Primer contacto implica mejor accesibilidad y utilización de servicios de salud y sociales por parte de los pacientes y ciudadanos en general, según necesidad. Definición tomada de “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSS de Colombia. El caso de Salud a su Hogar en Bogotá”. Román Vega Romero y Janeth Carrillo Franco. Revista Gerencia y políticas de salud – Descentralización y equidad – V. 5 No. 11. Diciembre de 2006

111 Integralidad que implica la organización de la respuesta según las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, mediante una mejor y más equitativa organización y asignación de los recursos e intervenciones. (Fuente igual que la anterior)

112 Integralidad que implica la organización de la respuesta según las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, mediante una mejor y más equitativa organización y asignación de los recursos e intervenciones. (Fuente igual que la anterior)

social (exigibilidad) (Barbara Starfield en “Primary care. Balancing health needs, services and technology”, 1998), y busca principalmente:

4.6.1.4.2.1 Ampliación del programa SASC en los territorios

Después de revisar el actual modelo de atención del programa SASC uno puede evidenciar una serie de debilidades que hace necesario replantear algunas funciones y reforzar otras que han demostrado algún grado de utilidad y desarrollo.

La propuesta es conformar EBS integrados por Médico(o), Enfermera(o), Odontólogo (a), promotores de Salud (agentes comunitarios).

Un Médico dedicado tiempo completo al Equipo Básico de Salud, pero que realice visitas a domicilio a las familias adscritas al territorio (1.200 familias) facturables como consulta médica y con apoyo del EBS y todas las disciplinas de las intervenciones del P.I.C como son: Psicólogos de Intervención Psicosocial, Terapistas para familias en que alguno de sus integrantes tenga alguna discapacidad, estrategia de entorno saludable para las viviendas con problemas de saneamiento básico, un profesional en Salud Ocupacional para aquellas familias en las que la vivienda tienen doble uso (comercial y habitacional), Salud oral para familias con menores de 5 años y gestantes, S.A.N para familias en las que hay niños con problemas de nutrición, Estrategia AIEPI para Gestantes y menores de 5 años, SSR para gestantes de alto Riesgo y conducta suicida, atención a familias desplazadas por la violencia y por ultimo ambiente para familias con tenencia inadecuada de animales y control de vectores en interiores. El médico debe hacer un diagnóstico integral de las necesidades en la familia y tendrá a su disposición todas estas intervenciones del PIC (EAT), además de las acciones del P.O.S. S y Contributivo. Esto nos permitirá ofertar el servicio de consulta médica domiciliaria a las EPS-S y EPS-C no capitadas con el hospital con un Plus adicional y es poder brindar los servicios de las intervenciones mencionadas arriba sin costo adicional. El médico deberá hacer énfasis en cada una de las prioridades del programa como son (gestantes, recién nacidos, menores de 5 años, personas con enfermedades crónicas no transmisibles no controladas, personas con TBC – Lepra, discapacidad y salud mental. Las Acciones deben enfocarse hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la detección temprana, el manejo de la enfermedad y la rehabilitación, por parte del EBS. En aquellas situaciones que hacen parte de los llamados eventos de interés en salud pública, serán objeto de especial seguimiento. En este mismo sentido, cumplirá las siguientes funciones:

- Coordinar, los mecanismos para la asignación de citas y prestación de servicios para los miembros de las familias de su micro territorio en el marco del Modelo de gestión territorial.
- Hacer monitoreo al aporte de su equipo EBS que apunte a las metas del plan distrital.
- Establecer las situaciones que en las familias de su micro territorio requieran de la intervención de otros profesionales.

- brindar la provisión oportuna de servicios de salud (intervenciones contenidas en el POS- S en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- Realizar el proceso de referencia de aquellos casos que ameriten la atención de mayor complejidad así como el seguimiento a la contra referencia de los pacientes de los grupos priorizados.
- Presentar bimensualmente al equipo el resultado del monitoreo al aporte a cada una de las Metas del Plan Distrital por parte de su equipo EBS.
- Realizar la atención domiciliaria a las familias priorizadas acorde como lo establezca el proceso misional prestación de servicios de la ESE
- Liderar los espacios de análisis de situación en salud.

Enfermera de tiempo completo para el equipo SASC, pero que realice visitas domiciliarias a usuarios SASC, facturables como actividades de P y P (seguimiento a gestantes, asesorías en lactancia materna, asesorías en VIH-SIDA pre y pos-test, asesorías en regulación de la fecundidad, entrega de resultado de citologías, tamizaje de agudeza visual según matriz de contratación. El profesional de enfermería se convertirá en un apoyo importante de la visita médica domiciliaria, pues le permitirá complementar la acciones resolutivas, haciendo énfasis en lo promocional, lo preventivo y detección temprana, realizando educación desde la gestación, pasando por cada uno de los ciclos vitales, haciendo énfasis en adopción de hábitos saludables. Cumplirá las siguientes funciones:

- Participar con el equipo, en el análisis de la información generada de la caracterización.
- Seguimiento al trabajo de terreno de los promotores
- Programar en coordinación con la auxiliar de enfermería y el gestor o promotor las actividades a realizar según planes de acción y prioridades.
- brindar la atención oportuna de servicios de salud
- Informar al equipo de gestión Territorial sobre los eventos de notificación obligatoria.
- Coordinar con la auxiliar de enfermería y el promotor de salud las visitas domiciliarias que sea necesario realizar.
- Diligenciar los instrumentos establecidos para el cumplimiento de sus funciones.
- Elaborar los informes y cuadros de verificación de cumplimiento de las intervenciones.
- Presentar junto con el médico periódicamente al equipo de gestión territorial los resultados de la evaluación de la situación y los resultados de las intervenciones realizadas a la población de su territorio.

Promotor Auxiliar en salud tiempo completo, que apoyara las acciones en salud de tipo promocional y preventivo direccionados por el médico y la enfermera, seguirán realizando acciones de detección temprana de situaciones de interés en salud pública, realizarán acciones educativas y sobre todo mantendrán informado a los profesionales de la salud de las novedades

detectadas en el microterritorio, recaerá sobre él la responsabilidad de convocar a los líderes comunitarios en el proceso movilización y participación comunitaria, generado desde el equipo de gestión. En resumen en promotor de SASC realizará Educación, información en derechos y deberes, canalizará a programas de P y P y hará verificación de asistencia a programas. Cumplirá las siguientes funciones:

- Reconocer e identificar los barrios, puntos de referencia (tienda, plaza de mercado, escuelas, iglesia, entre otros) y actores que conforman el micro territorio a trabajar
- Programar y llevar a cabo el proceso de aplicación de los instrumentos que se manejan en el programa "caracterización"
- apoyara las acciones en salud de tipo promocional y preventivo direccionados por el médico y la enfermera
- Realizar acciones de detección temprana de situaciones de interés en salud pública, acciones educativas.
- Mantener informado a los profesionales de la salud de las novedades detectadas en el microterritorio.
- Convocar a los líderes comunitarios en el proceso movilización y participación comunitaria, generado desde el equipo de gestión

Un Odontólogo. Tiempo completo que apoyara desde lo asistencial las necesidades detectadas en el territorio por el EBS y EAT, además tendrá la responsabilidad de organizar en el territorio en conjunto con el EBS todas las acciones de promoción y prevención que garanticen la disminución de morbilidad en salud oral. Cumplirá las siguientes funciones:

- Apoyar desde lo asistencial las necesidades detectadas en el territorio por el EBS y EAT
- Organizar en el territorio en conjunto con el EBS todas las acciones de promoción y prevención que garanticen la disminución de morbilidad en salud oral.
- En conjunto el equipo de salud familiar y comunitaria tendrá la responsabilidad De realizar las acciones en salud necesarias para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieran los individuos.

En conjunto el equipo de salud familiar y comunitaria tendrá la responsabilidad de realizar las acciones en salud necesarias para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieran los individuos, las familias y las colectividades, con enfoque de APS y la EPCVYS como herramienta que permita su operativización y la GSI como manera de organizar la respuesta con los estándares de calidad dictados desde los SIG.

Las actividades de intervención en las familias se encuentran agrupadas con en dos categorías:

Las que promueven autonomía en la familia y sus integrantes:

En este grupo se encuentra las actividades que realiza el gestor o promotor en la cotidianidad para el mantenimiento y seguimiento de las familias que ya han sido caracterizadas y algunas actividades que realizan el médico o la enfermera del equipo en el punto de atención y que aunque se financian con recursos provenientes de otras fuentes diferentes al PIC (Recursos del FFD o de la contratación de la ESE con las EPS del Subsidiado) hacen parte de las intervenciones de respuesta a las necesidades de las familias.

Información, Educación y Sensibilización: en los temas generales que pueden incidir en las condiciones de vida y de salud de las familias, así como brindar orientación a los individuos y sus familias sobre la promoción de la salud, prevención de enfermedades o temas específicos dependiendo de las necesidades de cada familia, como la promoción de patrones de consumo y comportamiento, nutrición, la actividad física, espacios libres de humo, seguridad en la vivienda. (Ver “GUÍA PARA GESTORES DE SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ORIENTACION FAMILIAR Y COMUNITARIA”).

Canalización a programas de promoción y prevención y Fomento y Seguimiento a la Adherencia a Programas: Identificar, canalizar y hacer seguimiento a población vulnerable o prioritaria y eventos de interés en salud pública (gestantes, menores de 5 años, adultos mayores, población en condición de discapacidad, población con diagnóstico de diabetes e hipertensión, mujeres en edad fértil, TBC, Lepra, evento de notificación obligatoria).

Acciones Individuales de Promoción y Prevención en las ESE (realizadas por el Médico o la Enfermera del ESFC.: Desarrollar acciones asistenciales para los casos de programas de promoción y prevención (vacunación, asesorías domiciliarias en discapacidad, asesorías en salud mental, etc.) o los casos fortuitos o que por determinadas condiciones así lo ameriten.

Las que restituyen la autonomía de la familia y sus integrantes:

En este grupo se encuentra las actividades que realiza principalmente el equipo Ampliado de Salud a su Casa , la Enfermera del equipo , el gestor o promotor le aportan principalmente a las dos primeras actividades en el mantenimiento y seguimiento a las familias caracterizadas

- Consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante.
- Acciones para la garantía del derecho en necesidades urgentes relacionadas con hipotiroidismo congénito, sífilis y VIH gestacional, casos de mujeres gestantes a quienes se les da casa por cárcel y casos de mortalidad materna y perinatal.

Una etapa de la intervención la constituye el seguimiento programado a las familias de cada micro territorio, para lo cual se tendrá en cuenta la respectiva categoría de vulnerabilidad:

- **Familias para intervención inmediata:** se le programará la visita de seguimiento al menos una vez cada dos meses, son las familia en las cuales se hará mayor énfasis con el fin lograr cambios de de vulnerabilidad, por tanto, serán de intervención de primer

orden y en ellas concentraremos las intervenciones tanto propias del equipo como de los demás equipos y de otros sectores con el objetivo de disminuir su vulnerabilidad.

- **Familias para intervención urgente:** se le programará la visita de seguimiento al menos una vez cada cuatro meses; de igual manera el objetivo final es que se logre mejorar su categorización de vulnerabilidad.
- **Familias para intervención diferida,** se le programará la visita de seguimiento al menos una vez cada seis meses, con el fin de observar el cambio en sus condiciones de vida y su variabilidad de vulnerabilidad .

En este subproceso de intervenciones con las familias de micro territorios los EBSFC estarán apoyados por el proceso de “GESTION PARA LA ARTICULACION DE LA RESPUESTA CON OTROS ACTORES Y SECTORES” desarrollado por el trabajo del equipo de gestión y por los profesionales de apoyo, de tal manera que estos aportarán elementos para las respuestas relacionados con las siguientes actividades: Articular aquellas repuestas que se pueden obtener a través de otros componentes del PIC y la ESE, Informar a otros actores del sistema (EPS_S / EPS) sobre los eventos que requieran respuesta con copia a la SDS, generar espacios periódicos de trabajo con el componente de Gestión Local para posicionar las necesidades que requieren intervención de otros sectores, con énfasis en el eje social (SDIS, CADEL, HABITAT, ICBF).

Funciones Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria en su conjunto

- Georreferenciar los límites de su micro territorio, y conocer la ubicación y distribución todas las familias, por manzanas o barrios a fin familiarizarse y dar cuenta de la planeación de sus actividades cotidianas sin que se superpongan con las de las familias de micro territorios colindantes.
- Hacer el análisis de la información generada de la caracterización, el seguimiento de su micro territorio, diferenciando a las familias según su situación de prioridad, así como establecer mediante comparación la situación y la evolución del estado de salud de la población a cargo.
- Analizar en conjunto el plan de intervención general de su Micro Territorio, cotejando los datos con los de la información y requerimientos precisos y establecer si se necesitan ajustes a lo planteado.
- Establecer el orden de prioridades y los mecanismos de operación para la atención de la población de su territorio, generando los listados y los tiempos por grupo de “familias priorizadas” , a los cuales se les debe establecer mayor o menor una periodicidad o intensidad en el desarrollo los “planes de atención”.
- Identificar los problemas principales de las familias y los individuos, diferenciando a las familias priorizadas por criterios de vulnerabilidad y situaciones específicas de salud espacialmente aquellas cuya respuesta dependa en mayor medida del trabajo del EBSFC o del EAT y aquellas que requieran complementar con intervenciones de parte de otros funcionarios de la ESE.

- Orientar y adelantar las gestiones necesarias para la realización de actividades complementarias para la respuesta integral que se efectúen desde la ESE o desde otros actores del sector.
- Evaluar el resultado del seguimiento a las familias y valorar los cambios obtenidos en la población del territorio.
- Conocer debidamente las Líneas y Redes de atención, que operan en la ESE diferenciando sus niveles de complejidad y sus competencias, conocer y operar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y en concordancia con esto apoyar la vigilancia del funcionamiento de las mismas respecto a las obligaciones adquiridas con la población a cargo. De igual manera conocer las redes sociales que operan en la localidad y que pueden contribuir en la respuesta.
- Reunirse periódicamente para efectuar los análisis que permitan retroalimentar la información recolectada a la comunidad de su territorio, así como para proponer los cambios necesarios a los planes de intervenciones familiares o de entorno trazados previamente, o también para emprender algunas acciones de contingencia respecto de las cuales se deben consignar las causas y las recomendaciones respectivas.

De la misma forma, con el fin de fortalecer el proceso de análisis de situación en salud y en particular las Unidades de Análisis, el ámbito familiar se articulará de acuerdo con los siguientes momentos:

- **Un primer momento.** Los equipos de SASC identifican familias o individuos con necesidades críticas que requieran manejo integral e interdisciplinario, que el equipo ampliado no pueda dar respuesta completa. Estos casos deberán entregarse a los profesionales de apoyo, quienes a su vez los consolidaran y alistarán para presentar al referente de UPZ.
- **Un segundo momento.** Los casos recogidos por el profesional de apoyo de los equipos de SASC se llevarán al comité de preparatorio de la UAS. los casos anteriores y serán sometido a análisis y selección para el paso siguiente.
- En este espacio participará por el ámbito familiar el profesional de apoyo y el médico y enfermera del equipo SASC que se considere necesario, debido a la complejidad de la situación encontrada.
- **Un tercer momento.** Los casos seleccionados en la reunión preparatoria serán presentados en la UAS a todo el EAT de la UPZ para definir las características de las respuestas en salud que el caso amerite. En este espacio participaran los profesionales de las intervenciones que trabajan en la UPZ correspondiente, que para el ámbito familiar serán las siguientes: SASC, Entornos Saludables, Discapacidad, Intervención Psicosocial y Desplazados.
- **Un cuarto Momento.** Seguimiento a los casos que son objeto de intervención por el EAT, medir el impacto de las acciones integrales.

- **Un quinto momento.** Los comités territoriales serán espacios donde participara el coordinador del ámbito o el soporte a la gestión de acuerdo a disponibilidad, en donde se recogerán las necesidades de tipo colectivo que determinan las condiciones de salud del territorio y que serán objeto de análisis y posicionamiento en las mesas territoriales de calidad de vida y Salud.

El ámbito alimentara este ejercicio desde los núcleos de Gestión a través de una lectura compartida de necesidades y la elaboración de un plan de acción territorial, que se consolidará por territorios de GSI y de Calidad de vida y salud.

Creación de equipos básicos de salud, dando mayor capilaridad en el territorio y propiciando un contacto directo de los profesionales con la población más allá de lo intramural. El equipo básico de salud – EBS, lo constituyen los profesionales (médicos, enfermeras y odontólogos), el personal auxiliar (de enfermería, de odontología, higienistas y promotores) que se encuentran en los centros de atención y CAPSE; así mismo a cada equipo básico de salud pertenecen agentes comunitarios de salud – ACS, que son líderes(as) sociales que habitan el microterritorio. El equipo básico de salud tiene como radio de acción de uno (1) a cuatro (4) microterritorios.

Tabla 31 Las funciones del EBS se concentran en nueve (9) grandes tareas:

OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD				
FUNCIONES DE LOS EQUIPOS	OPERACIÓN EN MICROTERRITORIOS DE EBS			
Caracterización e identificación de prioridades	Territorialización y sensibilización	Levantamiento de mapa del territorio	Aplicación de encuesta barriendo el territorio	Digitación de la información
Canalización a servicios de salud y servicios sociales	Durante la caracterización las prioridades se canalizan para su respuesta hacia servicios de salud y sociales			
Análisis de la situación de salud	Se dará cuenta de la situación en salud del microterritorio para organizar las respuestas a las necesidades encontradas, tanto por parte de los EBS, como de los equipos de apoyo territorial y gestores locales			
Educación sanitaria	Promotores SASC	Profesionales del EBS	Intervenciones equipos de apoyo territorial, incluye acciones de educación ambiental	
	Auxiliares EBS			
	ACS			
Fomento y seguimiento a la adherencia a programas	Auxiliares, promotores y ACS de los equipos básicos de salud.			
Atención individual y familiar	EBS	Intervenciones Equipos de apoyo territorial - EAT		
Acciones de saneamiento básico	Estrategia entornos saludables			
Fortalecimiento de procesos de organización y participación social	Promotores y ACS	Participación social SDS	Gestores ámbito comunitario y escolar, atención al usuario	Gestores de UPZ
Seguimiento a las prioridades	EBS, ámbito IPS			

FUENTE: Hospital del SUR - 2010

El proceso de caracterización se orientará identificar prioridades o situaciones de especial interés para garantizar las respuestas de orden individual, familiar y colectivas, tales como:

Gestantes

- Menores de 5 años y con bajo peso al nacer
- Personas en condición de discapacidad
- Personas con condiciones crónicas (hipertensión y diabetes)
- Desplazados
- Desnutrición
- Problemas de la salud mental (violencia intrafamiliar, conducta suicida)
- Identificar los esquemas de vacunación para los menores, de citología para las mujeres y posibles situaciones de trabajo infantil.
- Orientar las respuestas de saneamiento básico, enfermedades transmisibles (lepra y TBC), enfermedades compartidas con animales y salud oral.

El proceso de atención de los EBS se realizará en los espacios de los centros de atención, en los CAPSE de colegios distritales y en los espacios domiciliarios; para ello se destinarán tiempos mensuales para la atención y seguimiento de prioridades en dichos espacios, así como para el análisis de situación de salud.

Los centros de atención primaria en salud del espacio escolar – CAPSE, son espacios de gestión del modelo de atención que no solo de atención individual, es decir, son espacios para la integración de acciones individuales, familiares y colectivas que se enmarcan en procesos de gestión territorial. Los CAPSE serán liderados desde el programa Salud al Colegio. El esquema de operacionalización se orientará por fases como se indica a continuación:

Tabla 32 Operacionalización de los CAPSE

OPERACIONALIZACION DE LOS CAPSE		
FASES	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS
Gestión inicial y construcción de acuerdos para la implementación	<ul style="list-style-type: none"> a. Acercamiento inicial, concertación de expectativas y responsabilidades entre directivos del colegio y la ESE– convenio b. Adecuación de espacios físicos, dotación y procesos para el cumplimiento de los estándares de habilitación c. Sensibilización a la comunidad educativa (docentes, estudiantes y familias) d. Cruce de bases de datos 	<ul style="list-style-type: none"> a. Preparación y suscripción de convenio entre el Colegio y la ESE b. Habilitación del colegio para la prestación de servicios c. Conformación del grupo gestor y socialización en la comunidad educativa d. Identificación del estado de aseguramiento de la población escolar
<p>Identificación de prioridades, caracterización y análisis de situación de salud inicial:</p> <p>Se toma como punto de partida la lectura de necesidades realizada de forma participativa en Salud al Colegio, para identificar situaciones individuales y familiares que precisan atención. Este proceso está soportado en los docentes de la institución</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Elaboración de instrumentos y guía para la identificación de prioridades y caracterización por docentes. (maltrato infantil, violencia IF y sexual, conducta suicida, necesidades educativas especiales transitorias y permanentes, desnutrición, gestación de adolescentes, consumo abusivo de SPA, trabajo infantil, salud oral) b. Capacitación de docentes c. Selección de prioridades y caracterización por docentes mediante barrido por cursos 	<ul style="list-style-type: none"> a. Instrumentos, guías y material para la capacitación en la identificación de prioridades b. Lista de escolares priorizados por curso c. Confirmación de diagnósticos de los escolares priorizados d. Análisis de situación de salud en el grupo gestor
Implementación de respuestas individuales, familiar y colectiva	<ul style="list-style-type: none"> a. Atención a casos confirmados –intervención a escolares con vinculación de familias y docentes b. Manejo de contingencias y primer respondiente c. Atención programada de PyP a escolares y familias capitadas por barrido desde el grado 0º hacia adelante d. Acciones colectivas con grupos que giran en torno a eventos prioritarios e. Acciones colectivas indiferenciadas enmarcadas en el proceso territorial de la UPZ 	<ul style="list-style-type: none"> a. Respuestas individuales y colectivas con perspectiva familiar y comunitaria b. Comunidades educativas capacitadas en primer respondiente y convenio 137 c. Procesos de organización y movilización social que articulan las dinámicas escolares a los procesos comunitarios y sociales del territorio.
Análisis de situación de salud y vigilancia en salud pública	<ul style="list-style-type: none"> a. Desarrollo de espacios de análisis con grupos gestores y otros espacios institucionales y territoriales, donde se presentan los diagnósticos y la efectividad de las estrategias implementadas b. Implementación de acciones de seguimiento a los casos priorizados 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Análisis de situación de salud b. Sistema de vigilancia epidemiológica del escolar

Fuente: Hospital del Sur - 2010

Creación de Equipos de Apoyo Territorial, que integren los actores sociales e institucionales en el territorio y que soporten las acciones promovidas por los equipos básicos de salud (ver primera línea estratégica).

Contribuir a elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los y las habitantes de las Localidades de Kennedy y Puente Aranda, mediante acciones de construcción de su propia salud, así como de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud de la población, fortaleciendo procesos de participación y movilización social que permitan que los individuos y familias se apropien y participen de la construcción de respuestas a sus problemas de salud y se involucren en la producción de su propia salud.

Fortalecimiento de la modalidad de atención comunitaria definida a través de la creación y formación de agentes comunitarios y círculos de calidad de vida, lo que ha permitido la construcción de respuestas sociales, y promueven en las poblaciones cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorecen su propia salud.

4.6.1.4.3 Línea 3: Coordinación Entre Acciones De Salud Pública Y La Prestación De Servicios De Salud

El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante el cual el sujeto reconoce sus padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal, subjetiva y en algunas veces objetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

En el proceso de articular las acciones individuales que se realizan en los centros de atención con las intervenciones colectivas que se gestionan en los territorios por parte de los profesionales de los diferentes ámbitos en búsqueda de disminuir las brechas de los problemas que se identifican en los individuos o en los colectivos que muchas veces se quedan sin respuesta, se propone bajo el marco del modelo apoyados en la evidencia realizar análisis individual que nos permite determinar una serie de factores de riesgo que son comunes por grupo poblacional Upz o territorio identificándose una serie de problemáticas de salud pública que permite la interacción de lo individual a lo colectivo, fortaleciendo el cuidado en individuos, grupos y comunidades. Estas acciones son intervenidas por la institución con la conformación de equipos de apoyo territorial o por la articulación transectorial.

La medicina comunitaria que aporta a la acción individual y colectiva busca además de reconocer la historicidad de la condición humana trabajar desde el concepto de las problemáticas individuales familiares y comunitarias como un sistema completo.

En búsqueda de relacionar la atención individual La construcción del concepto salud enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad y grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina. Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

Frente a la propuesta de análisis de lo individual a lo colectivo se pretende tener una respuesta integral que al abordar las problemáticas individuales permita abordar los determinantes

colectivos que las generan, partiendo desde más allá del problema interviniendo en lo que lo genera. Este componente integra todos aquellos procesos y acciones realizadas sobre individuos, familias y grupos dirigidas a la prestación de servicios de salud, incluyendo la atención preventiva, resolutive y de rehabilitación.

La prestación de servicios de salud se caracterizará por su vocación hacia la integralidad, la calidad y humanización, para lo cual se fortalecerán estrategias como:

4.6.1.4.3.1 Programas integrales en salud

Los programas se han puesto al liderazgo del ámbito IPS; este ámbito para los años 2008 a 2010 se ha enmarcado desde varios ejes que lo fundamentan como uno de los articulares y puestas mas importantes para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos ya que como eje principal de acuerdo al Plan de Desarrollo Distrital se encuentra en “Desarrollar acciones integrales que permitan reconocer, restituir y garantizar los derechos fundamentales de las personas, poblaciones, comunidades y sectores así como armonizar el aumento de cobertura en la prestación de los servicios de salud con estándares de Calidad”.

De acuerdo al plan de desarrollo Bogotá Positiva: Para vivir mejor busca dentro de sus programas “Bogotá Sana” busca garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas; es por esto que bajo este marco el ámbito IPS durante el año 2010 ha buscado integrar las acciones colectivas e individuales que permitan afecta determinantes sociales en salud llevando a ordenar las respuestas integrales que transpasen barreras de atención como lo refiere la estrategia Promocional de Calidad de Vida.

Se plantea contar con seis programas que integren las acciones de los micro territorios así como contar con dos programas de atención con enfoque diferencial que permita evidenciar condiciones y/o situaciones de desigualdad que sustentan las necesidades de intervenciones que disminuyan las condiciones de discriminación y modifiquen las circunstancias de vulneración. En este sentido el enfoque diferencial, basándose en un principio de equidad, busca lograr la igualdad real y efectiva que reconozca la diversidad y la posible desventaja.

Propósito

Garantizar el derecho a la salud a través de la integración de acciones tendientes a satisfacer las necesidades individuales y colectivas de la población ubicada en los territorios.

Objetivos:

- Diseño de respuesta integrales que brinden los programas de salud con el enfoque determinación social de la Salud

- Ordenar las respuestas sociales apunta a garantizar, promover, proteger y/o restituir el desarrollo autónomo de los ciudadanos y ciudadanas mediante los procesos integrales los cuales permitirá transformar los escenarios sociales orientados por una perspectiva de derechos, esta es la intención que anima a la luz de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida.
- Realizar monitoreo, evaluación y ajuste a la implementación de respuesta desde los programas de salud enmarcados dentro del Ámbito IPS.
- Aportar al análisis de la situación de salud de los territorios.
- Realizar acompañamiento integral a los programas de salud ubicados en las IPS Públicas y privadas.
- Aporte a la implementación de la formación de profesionales que se encuentren en las IPS Públicas y Privadas
- Aportar al diseño, ajuste de procesos dentro de las IPS que permitan mejorar la prestación de servicios de salud.
- Favorecer al cumplimiento de metas Distritales y nacionales en los que comprende cada uno de los programas.
- Evaluar sistemáticamente y objetivamente la pertinencia, el rendimiento de los programas

Figura 88 Programas enmarcados dentro del ámbito IPS-Estructura 2011



Fuente: Hospital Sur - 2009

4.6.1.4.3.2 Programas con atención diferencial

Componentes:

Construcción del conocimiento:

En esta categoría incluye la apropiación del pensamiento estratégico y el análisis de la determinación en social en salud y la calidad de vida, el cual implica transformar en la forma de comprender, entender y vivir la realidad llevando a actuar conjuntamente en procesos de organización social

Procesos de Análisis de la determinación social y análisis de situación en salud: Para esta intervención el ámbito IPS busca modificar los lineamientos en realizar un diagnostico por programas sino un aporte al análisis de la situación en salud en lo local que permita transformar la realidad de los territorios ,así como participar en el análisis de la situación en salud abordados desde VSP y Gestión Local.

Procesos de Apropiación del pensamiento estratégico: Tendiendo en cuenta que con este proceso se busca generar cambios en la manera de comprender, entender, y responder ante la realidad de la población en los territorios se busca modificar los lineamientos en

Liderar procesos de investigación

- Liderar y/o Formular proyectos de investigación en el primer nivel de atención que permitan fortalecer la respuesta institucional a las necesidades de la Población de los territorios.
- Promover la conformación , cualificación y desarrollo de equipos de investigación por cada uno de los programas priorizados a través de los grupos funcionales de los programas
- Identificar problemas y necesidades de investigación cualitativa y/o cuantitativa en cada uno de los programas
- Diseñar con los grupos funcionales protocolos de investigación.

Formación a profesionales

- Desarrollo de estrategias de capacitación en cada uno de los programas.
- Participar en inducción a profesionales de salud
- Desarrollar capacitaciones a los profesionales de las IPS así como formación de los profesionales de Salud Publica en cada uno de los programas y su abordaje en los territorios
- Entrenamiento de los profesionales de las IPS y Salud Publica para el buen desempeño de los programas dentro de las IPS y en el abordaje de problemáticas en el territorio.

Posicionamiento Político

Acciones de articulación sectorial y intrasectorial de las acciones de los programas, es importante la participación de los participantes del grupo funcional de cada uno de los programas. Para realizar el proceso de movilización social e institucional para la calidad de vida y salud, para los referentes de programas se busca el posicionamiento de los programas a nivel local y distrital.

Direccionamiento Estratégico para la Salud y la Calidad de Vida

La promoción de la Salud y la estrategia de promoción de la Calidad de Vida, son dos de los principales retos de la atención primaria de Salud, en los cuales el Ámbito IPS ocupan un lugar importante debido a las intervenciones encaminadas permanentemente a mejorar las condiciones de vida y salud colocando en marcha los programas de salud destinados a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias, la sociedad, los ambientes y entornos, mediante la puesta en marcha de intervenciones tendientes a mejorar la calidad en los servicios de salud, disponibilidad de recursos así como potenciar las cualidades y capacidades humanas y el desarrollo institucional

Por lo anterior el ámbito IPS enmarcado desde los programas desarrollara las siguientes actividades:

- Elaboración conjunta de plan de operativo con referentes territoriales el cual debe dar respuesta a las problemáticas identificadas tanto de la operación de los programas como la situación de los territorios
- Visitas de Seguimiento a las IPS públicas y privadas.
- Articulación con los ámbitos de Vida cotidiana con el fin de realizar gestión y seguimiento a las canalizaciones de la población.
- Ajuste, validación y construcción de rutas de atención acordes a los programas prioritarios
- Diseño de respuestas integrales a nivel territorial y local.
- Monitoreo de las intervenciones desarrollada por los participantes de los grupos funcionales.
- Seguimiento y evaluación a los procesos adelantados a nivel institucional, transectorial para cada uno de los programas.
- Liderar el grupo funcional de los programas donde su función es dar las herramientas operativas para el fortalecimiento de la prevención, promoción y atención de los eventos de interés en salud del territorio social.
- Promover y diseñar los planes de mejoramiento institucional
- Asesorar y evaluar el desarrollo de los procesos institucionales que propendan por la identificación temprana de eventos intolerables en cada uno de los programas.

Operación de los programas

Esta intervención permite orientar la organización de los servicios de salud para el desarrollo de los programas a nivel institucional definiendo aspectos administrativos y técnicos que favorezcan el desarrollo de los mismos.

Para tal fin los referentes de programas tendrán un equipo de apoyo el cual hará parte de las líneas de cada uno de los programas y serán parte de los equipos de apoyo territorial.

- Realizar Asesoría y Asistencia Técnica a las IPS y EBS mediante la identificación de dificultades técnicas y operativas en puntos críticos, retroalimentación a la IPS así como actores del micro territorios.
- Participación en unidades de Análisis de Salud así como las acciones que se requieren enmarcadas dentro del micro territorio.
- Fortalecer la demanda inducida en los micro territorios
- Seguimiento a casos prioritarios
- Asistencia a reuniones del área técnica de sus competencias.

Figura 89 Talento Humano Requerido para Operación del Ambito IPS



Fuente: Hospital del Sur - 2010

Para la gestión del Ámbito IPS se requiere profesional del área de la salud especializado en salud Pública, administración en salud o gerencia en salud con experiencia mínima de dos años en el área de coordinar actividades o ámbitos de vida cotidiana.

Fortalecimiento del Trabajo en red (Sistema de referencia y contrarreferencia) entre los centros y unidades de atención diferencial y entre el Hospital del Sur y los hospitales de la subred occidental, que incluyen segundos, terceros y cuartos niveles de complejidad.

Las zonas de aprendizaje experimental

- Aula ambiental del observatorio de calidad del aire
- Granjas experimentales promocionales de la seguridad y la soberanía alimentaria
- Fortalecimiento de entornos saludables

Disminución paulatina de **barreras de acceso**, orientado fundamentalmente hacia la provisión de servicios de salud con criterios de:

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Aceptabilidad
- Contacto con los servicios (utilización por parte de la comunidad)
- Coberturas efectivas
- Énfasis en acciones de promoción y prevención

4.6.1.4.4 Línea 4: Desarrollo de la Gestión Social Integral

Este componente integra todos aquellos procesos y estrategias de acción social y colectiva dirigidas a:

- Incidir determinantes de calidad de vida y salud (acceso bienes y servicios, cultura, prácticas sociales, etc.)
- Construcción de alianzas con otros actores y transectorialidad
- Construcción de agendas sociales (posicionamiento político de una perspectiva de derechos como orientador de la gestión de políticas y de la gestión social integral como estrategia para la gestión de las mismas)
- Fortalecimiento de redes sociales (movilización social)
- Cualificar la participación de los actores y grupos sociales fortaleciendo los procesos y esfuerzos organizativos de la comunidad para garantizar su desarrollo
- Generar espacios de concertación de la política social y de salud con procesos y formas organizativas de la población en los territorios, buscando su adecuación y articulación para la implementación de la misma.

Así mismo desde este componente se canalizarán las demandas específicas e individuales de los ciudadanos, hacia los servicios sociales generales y especializados de atención individual preventiva, resolutive y de rehabilitación.

Los planes de respuesta territorial se gestionarán de forma participativa en diferentes niveles:

- En espacios de base (núcleos de gestión, grupos gestores comunitarios, grupos gestores de comunidades educativas, organizaciones sociales, etc.)
- En espacios locales (GLG, CLP, CLOPS, UAT, CLIPS, comités, mesas)
- En espacios institucionales de articulación, tales como los grupos funcionales, los comités técnicos y territoriales.

Para continuar con el fortalecimiento de esta línea y garantizar la articulación de las acciones transectoriales desde la GSI, con el PIC vigencia 2010 se creó la figura del referente de UPZ el cual tiene las siguientes funciones, organizadas por categorías:

4.6.1.4.4.1 Categoría 1: Fortalecimiento a organizaciones y espacios de participación y movilización social

- Posicionamiento de los temas estratégicos, de salud y calidad de vida, incluidos en las agendas de los diferentes espacios de discusión, distritales y locales. Coordinar el agenciamiento de respuestas del sector salud en los escenarios de discusión local.
- Desarrollo de estrategias de apoyo a los procesos organizativos donde confluyan lo institucional y las organizaciones sociales y comunitarias a través de la conformación de redes promotoras de calidad de vida y salud.

ESPACIOS:

Grupos gestores Cualificación, capacitación y formación de un grupo gestor en cada uno de los territorios definidos para la G.S.I.

Núcleos de gestión - soporte a la gestión del ámbito familiar: Cada referente de UPZ deberá realizar acompañamiento a los equipos básicos de salud familiar y comunitaria que tengan intervención en su territorio, en los aspectos que se describen a continuación:

- Articulación con los equipos SASC para verificar el avance y del proceso de los núcleos de gestión.
- Acompañar los núcleos de gestión en salud del respectivo territorio, para identificar las necesidades o carencias de la comunidad, mediante el seguimiento a la ejecución de los planes territoriales con el fin de diseñar respuestas integrales.

- Priorizar y hacer seguimiento a eventos en salud identificados por los equipos de Salud a su Casa en cada territorio, con el fin de generar respuestas integrales que se requieran, en el marco del comité de UPZ mediante la conformación de los Equipos de Apoyo Territorial.

Mesa territorial de calidad de vida: De acuerdo con lo definido por la GSI.

Fortalecimiento organizaciones comunitarias:

- Desarrollo de habilidades y competencias de los grupos y organizaciones (nacientes o conformadas, redes, líderes etc.) que promuevan y faciliten la movilización y el fortalecimiento del tejido social, en torno al derecho a la salud.
- Fomentar en las organizaciones comunitarias el desarrollo de habilidades, realizando un acompañamiento en dos niveles: 1. A los integrantes de la organización 2. A los profesionales del PIC que tienen intervenciones en ellas.
- Generar un proceso sistemático de discusión colectiva sobre el desarrollo comunitario, mediante el diseño e implementación de un plan de capacitación en desarrollo local y liderazgo comunitario, que permita, articular a los actores sociales pertenecientes a las diversas organizaciones de la comunidad existentes en los procesos desarrollados en el hospital, con el fin de obtener un alto nivel de organización y participación, fortaleciendo las capacidades locales de autogestión en el mejoramiento de su calidad de vida e incrementando la incorporación de la ciudadanía en las decisiones de carácter público donde están implicados.

4.6.1.4.4.2 Categoría 2: Análisis de la situación en salud

Liderar el proceso de análisis de la situación de salud en cada uno de los territorios, por medio de la organización, seguimiento y evaluación de la UAS, en el marco de los comités de UPZ, con el fin de complementar y actualizar el diagnóstico de salud con participación social.

ESPACIOS:

Comité preparatorio UAS (ver línea estratégica 1) y construcción del diagnóstico con participación social por cada UPZ y Territorio de la GSI.

4.6.1.4.4.3 Categoría 3: Construcción y Gestión de Respuesta Integral

Se refiere a la intención de estructurar respuestas e implementar procesos que abarquen de manera complementaria y sistémica las múltiples dimensiones del ser humano e integren de modo coherente todas las intervenciones necesarias que incluyen las educativas, preventivas, de protección, de restitución, rehabilitación y de seguimiento, mediante ejercicios de direccionamiento y construcción de respuestas integrales propiciando el desarrollo de la

transectorialidad, para lo que se requiere Incidir en los siguientes espacios y procesos locales e institucionales.

ESPACIOS

INTERSECTORIAL:

- **UAT:** Unidad de Apoyo Técnico al CLOPS.
- **EQUIPO TRANSECTORIAL LOCAL:** (Comité rector) : Espacio definido como el equipo técnico, conformado por gestores, referentes y delegados de cada sector. Estos servidores públicos conocen la localidad, los procesos y dinámicas institucionales y comunitarias y son quienes guían el ejercicio en la práctica en un rol de asesoría al equipo conductor.
- **MESA TRANSECTORIAL:** Participación de este espacio definido como: Escenario para la interlocución entre las instituciones y los actores sociales, donde se recogen sus miradas territoriales y las perspectivas que sobre las realidades y necesidades que aquejan los diversos grupos poblacionales.

INTRAINSTITUCIONAL:

- Comité territorial
- Comité de Gestión territorial
- Fortalecimiento de la agricultura urbana
- Acompañamiento a los agentes comunitarios en salud
- Articulación con los círculos de calidad de vida

4.6.1.4.5 Línea 5: Promoción de la investigación y gestión del conocimiento

Este componente busca el desarrollo de procesos de investigación basados en diferentes metodologías cuantitativas y cualitativas, orientados a crear al interior de la institución la cultura de investigación y construcción del conocimiento desarrollando capacidades institucionales para construir, integrar y utilizar el conocimiento en la toma de decisiones, generar evidencia sobre los resultados de la vinculación de las familias y la comunidad en la construcción de respuestas a sus problemas de salud, así como a promover el desarrollo de investigaciones que respondan a las necesidades de la población.

4.6.1.4.6 Propuesta desde las mesas territoriales de calidad de vida y salud

4.6.1.4.6.1 Mesa Territorial “Tibuca”

Como resultado del trabajo realizado durante el 2010, desde la mesa de trabajo TIBUCA, se lograron identificar 5 ejes estructurantes que orientaron el plan de acción, así como el diseño de respuestas integrales frente a cada uno, entre los que se encuentran: Ambiente, Movilidad, Seguridad, Salud y Educación.

Todos los anteriores relacionados generalmente con la falta de equipamiento e intervención institucional, sin embargo para cada eje se definieron líneas estratégicas, relacionadas unas con otras, quedando de la siguiente manera: para el caso de Ambiente, lo relacionado con el mejoramiento del canal de la 38, campañas de sensibilización y jornadas ambientales. Frente al tema de Movilidad las gestiones para el aumento de rutas, la recuperación del espacio público y el mejoramiento de la malla vial. En seguridad la gestión para la construcción del CAI así como el aumento del cuerpo policial y por lo tanto de los operativos en el sector. Y finalmente en el tema de salud y educación la provisión de estos servicios ya que para el caso de educación los colegios son insuficientes para la cantidad de niños y niñas en edad escolar y en salud la construcción de la UPA Mexicana y el aumento de intervenciones de prevención y promoción.

4.6.1.4.6.2 Mesa Territorial “Nada Sobre Nosotros sin nosotros”- Patio Bonito

Es el producto de un esfuerzo solidario, de cooperación, una elaboración colectiva, que en su contenido expresa el pensar, sentir, hacer, deseos y objetivos de un grupo importante de líderes, hombres y mujeres de organizaciones sociales, comunales y comunitarias de Patio Bonito (UPZ 82) y Calandaima (UPZ 79), que con el apoyo y participación de servidores públicos y de entidades privadas, realizó un proceso que comprende tres grandes momentos. La primera etapa desarrollada es la lectura y análisis crítico de la realidad, la segunda la formulación y gestión del Plan Estratégico Zonal 2010 – 2020 para la UPZ 82 y la tercera concertación, gestión y seguimiento de una Agenda del Desarrollo Zonal con todos los actores estratégicos que hacen presencia y actúan en el territorio. El Plan Estratégico Zonal tiene Cinco (5) líneas estratégicas que se definieron a partir del ejercicio realizado:

Educación: Desde esta línea se requiere fomentar y consolidar espacios alternativos pedagógicos para la generación de habilidades para la vida que responda a las necesidades sociales de la población. Esta línea parte de la necesidad de rescatar la Educación como elemento principal del desarrollo de la sociedad, que potencia el talento humano, el capital social y optimiza el uso del capital físico, natural y económico.

Salud: Plantea estrategias desde varios frentes con el fin de incidir políticamente en la concertación y participación para la reformulación de las normas y leyes, que tengan en cuenta el mejoramiento de condiciones para la generación de ingresos, ambiente sano, bienestar físico y mental, calidad de servicios de salud. Desde esta línea estratégica se plantea la importancia de la generación de conciencia en la población sobre los procesos políticos, propiciando acciones para la participación con decisión en el entendido de incidir en las políticas públicas y la gestión desde lo nacional, distrital y local.

Seguridad: Las estrategias planteadas para esta línea involucran procesos que brindan competencias y herramientas a los niños, niñas y jóvenes para que comprendan y transformen las condiciones de su existencia desde procesos de educación que respondan a las necesidades sociales de las comunidades. Pero además se requiere promover competencias y herramientas para el desarrollo de actividades productivas y culturales a través de la creación de redes de comunicación e información que también incluyan la promoción de procesos productivos y de emprendimiento sin dejar de lado el desarrollo humano desde lo cultural y recreativo.

Participación: Enfatiza en la organización social, su liderazgo y las redes de relaciones entre los gestores, y de esos con los habitantes de la zona. Esta línea busca el crecimiento de los actores comunitarios y sus organizaciones, con capacidad de hacer gestión política fortaleciendo la participación y su posicionamiento como sujetos de derechos.

Seguridad Económica: Desarrollar estrategias para mejorar las condiciones de competitividad de la zona frente a la ciudad y al país. Aprovechar el potencial empresarial que tiene la UPZ 82, en actividades productivas diversas y en talento humano, para desarrollar proyectos que eleven la capacidad competitiva, genere empleo y reúna los empresarios en tres circuitos posibles: confecciones, reciclaje y alimentos. Impulsar las empresas de economía solidaria para superar dificultades básicas e impulsar lo colectivo.

4.6.1.4.6.3 Mesa Territorial – “Corabastos”

Para la construcción de la Agenda de Desarrollo Territorial y los Planes Estratégicos de Desarrollo Barrial se recorrió una ruta que dio cuenta de varios momentos que posibilitaron la identificación y análisis de las causas de las principales problemáticas que afectan a los habitantes de la UPZ Corabastos, pero también evidenció las potencialidades de la comunidad y las alternativas de solución a las problemáticas desde su perspectiva.

La agenda social de Corabastos se definió desde cinco (5) dimensiones de análisis del territorio, que indagaban sobre la complejidad del mismo, estas dimensiones son:

Dimensión Física Y Ambiental: Apropiar y recuperar el espejo sur del Humedal Chucua de la Vaca sabiendo que el Humedal de la Chucua de la Vaca, es una potencialidad a nivel ecológico y natural,

fuentes de vida y estabilizador del medio ambiente en el territorio. Las acciones están dirigidas a recuperar y defender este patrimonio ciudadano:

Dimensión Humana Y Social: Busca defender y promover los derechos a la salud, a la educación, a la cultura y a la educación superior y recreación en la UPZ 80. La lucha por garantía de los derechos a la salud y a la educación para las comunidades de la UPZ 80, serán la prioridad, mejoramiento en la calidad y la accesibilidad a la educación y a los servicios de salud son los transversales de nuestras propuestas en los temas humanos y sociales.

Dimensión Desarrollo Económico, Territorio de solidaridad, empleo y oportunidades: Procura gestionar condiciones para mejorar la capacidad adquisitiva de los habitantes del sector, promoviendo los mercados campesinos, las formas productivas alternativas, exaltando la solidaridad como elemento esencial en la generación de oportunidades a nivel económico y promoviendo y apoyando la generación y el mantenimiento de fuentes de trabajo dignas para los habitantes del sector, y la población juvenil.

Dimensión Participación Y Organizaciones - Movilización y participación en la toma de decisiones: Su cometido, es incidir en la toma de decisiones públicas y en la construcción de un mejor futuro para los habitantes de la UPZ 80, la movilización como mecanismo de acción, desde el fortalecimiento y promoción de procesos organizativos, sociales y culturales existentes en el territorio, así como las organizaciones sociales ya existentes y las Juntas de Acción comunal.

4.6.1.4.6.4 Mesa Territorial – Territorio GSI 5

Pese a esta identificación y validación, la comunidad de la UPZ Castilla y de la UPZ Bavaria no comparte intereses en común a la hora de buscar respuestas integrales a las necesidades identificadas, esto se argumenta con la baja participación y asistencia a las MTCV programadas durante el último trimestre del año, por lo anterior se buscaron estrategias para motivar la participación en estos espacios, como lo fue la feria de servicios realizada en el mes de octubre en el barrio Valladolid, la cual pretendía un acercamiento de las instituciones del nivel distrital que tienen intervenciones en este territorio, para dar a conocer el portafolio de servicios de cada una de estas y de esta manera incrementar el reconocimiento y credibilidad de la institucionalidad frente a la comunidad.

Vale la pena resaltar, que a pesar de los esfuerzos realizados y la iniciativa de fortalecer este espacio, la participación comunitaria ha sido deficiente y el ejercicio no se ha logrado concretar con claridad, sin embargo, se ha proyectado la apertura de 2 MTCV para el territorio número 5, sustentado en lo anterior, de tal forma que cada UPZ tiene en la actualidad una MTCV, en donde se inician procesos de discusión y análisis en búsqueda de respuestas integrales para las necesidades e intereses particulares de cada UPZ.

Por lo anterior la construcción de la agenda social para este territorio de la gestión social integral no se ha desarrollado con claridad, para el 2011 se proyecta la construcción de la misma, mediante la ejecución de la estrategia en la mesa territorial de la UPZ Castilla y en la mesa territorial de la UPZ Bavaria.

4.6.1.4.6.5 Mesa Territorial – Territorio GSI 6

En el proceso de consolidación de la mesa territorial 6 conformada por las UPZ Américas y Carvajal se trabajo en el reconocimiento del territorio y el contexto de las problemáticas identificadas en este Dentro de las prioridades que durante los encuentros de la mesa se les dio prelación por la importancia que para la comunidad requieren de intervención son:

SEGURIDAD

Dentro del territorio se evidencia un amplio número de establecimientos para la diversión y el comercio, lo que implica una alta afluencia de población flotante y una oportunidad para el desarrollo de prácticas que aportan a la economía, este contexto hace vulnerable al territorio en términos de seguridad pues los amigos de lo ajeno aprovecha el fenómeno comercial para el desarrollo de actos delictivos que afectan fuertemente a la comunidad que reside en este sector.

Propuesta:

- Alarmas comunitarias
- Cuadrantes de seguridad comunitario
- Conformación de grupo de seguridad por junta de acción comunal que identifique las características de los barrios y sea llevado a la mesa de seguridad local.

USO DEL SUELO

El territorio 6 esta caracterizado por elementos de ordenamiento arquitectónico que permiten evidenciar y confirmar el progresivo cambio en el uso de suelo del territorio que afecta de manera general, como determinante fundamental de la calidad de vida de quienes habitan en este sector tales como la industria, fabricas, establecimientos nocturnos, el centro comercial plaza de las Américas, establecimiento de encuentro sexual entre otros.

Propuesta:

- Identificación de puntos críticos dentro del territorio
- Búsqueda de respuestas con la oficina de planeación de la alcaldía
- Revisión del POT
- Concertación de medidas de convivencia con los dueños de establecimiento de la zona de la primera de mayo.

RUPTURA DE VÍNCULOS AFECTIVOS

Las familias que habitan en el territorio presenta una población joven donde es común que los padres tengan que dejar a sus hijos solos por sus jornadas laborales, generando en ellos modelos inadecuados y con ausencia de roles paternos y maternos positivos lo cual hace que dentro de las familias se cree un ambiente de ruptura de vínculos afectivos que conlleva muchas veces a violencia intrafamiliar.

Propuesta

- Fortalecimiento de intervención del área psicosocial del Hospital del Sur
- Creación de proyecto interinstitucional que promueva el dialogo familiar
- Fortalecer las mesas de padres de las instituciones educativas del territorio por medio del ámbito escolar.

CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

Factores tales como el tráfico vehicular de la zona por las avenidas primera de mayo, Américas, Boyacá, av. 68 sumado al mal estado de las vías y la alta contaminación de las industrias y fabricas ubicadas en el territorio, el matadero, las rodas de los ríos, la zona de socialización nocturna entre otros son unos de los temas que afectan la calidad de vida de los habitante del sector.

Propuesta

- Fortalecer la mesa ambiental del territorio
- Gestionar el mejoramiento de la malla vial

Dentro del trabajo proyectado por la comunidad que participa en la mesa territorial se considera la importancia de trabajar en conjunto con las diferentes instituciones que realizan intervención en el sector con el fin de proyectar respuestas integrales a las problemáticas identificadas.

4.6.1.4.6.6 Mesa Territorial – Territorio GSI 7

La mesa territorial 7 conformada por las UPZ Timiza y Kennedy central luego de realizar la identificación de problemáticas del territorio se proyecta en priorizar y visualizar las posibles respuestas. Durante los encuentros de la mesa se les dio prelación a los siguientes aspectos que afectan al territorio:

MALLA VIAL

El deterioro de la malla vial al interior de los barrios del territorio es un problema que suscita de forma generalizada preocupación en los habitantes, ha sido un factor de riesgo para la accidentalidad, la movilidad vehicular y la incidencia en la generación de material particulado fino, que se traduce en hollín, humo y polvo, siendo estos elemento contaminante del sector

Propuesta

- Realizar una comisión veedora de la obras que se inician de recuperación de la malla vial en el 2011.
- Trabajar conjuntamente con la secretaria de movilidad identificando los puntos críticos del territorio.

CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

El territorio esta caracterizado por zonas altamente comerciales donde se evidencian problemática ambiental particular, como contaminación visual, auditiva, contaminación de las zonas aledañas a la ronda del rio Tunjuelo, falta de mantenimiento de las zonas de protección ambiental, mala disposición de residuos sólidos entre otros.

- Creación de la mesa ambiental territorial
- Articulación interinstitucional donde se proyecte cronograma de mantenimiento de las zonas de protección ambiental.

Propuesta

- Creación de la mesa ambiental territorial
- Articulación interinstitucional donde se proyecte cronograma de mantenimiento de las zonas de protección ambiental.