

HOSPITAL CHAPINERO E.S.E

**DIAGNÓSTICO LOCAL CON
PARTICIPACIÓN SOCIAL**

LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS

2012

CRÉDITOS DE LOS DIAGNÓSTICOS LOCALES

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dr. Aldo Enrique Cadena Rojas.

SUBSECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dr. Giovanni Rubiano

DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA
Dr. Jaime Hernán Urrego Rodríguez

COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Profesional especializado Dra. Patricia Arce

EQUIPO ASIS Y GESTION DEL CONOCIMIENTO - SDS

HOSPITAL CHAPINERO

GERENTE

Dr. Jorge Arturo Suarez Suarez

SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Martha Medina Ángel

COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Adriana Valbuena Cruz

COORDINADOR VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Dr. Elías Sagra

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

Germán Álvarez

Ingrid Leal

PROFESIONAL SOCIAL

John Estiven Marín Rodríguez

GEOGRAFO

Alex Martínez

TECNICO ASIS

Alexis García Beltrán

Grupo Vigilancia Salud Pública

Gestión de Políticas Públicas

Equipos Territoriales

Documento Avalado por
COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Adriana Valbuena Cruz

Abril 30 de 2014

TABLA DE CONTENIDO

1	Introducción	10
2	Marco teórico-conceptual.....	11
2.1	Determinantes sociales de la salud	11
2.2	Equidad e inequidad en salud.....	13
2.3	Enfoque de derecho, territorial, poblacional y diferencial	13
2.4	Calidad de vida	15
3	Marco metodológico.....	16
4	Capítulo 1. Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes de la salud	17
4.1	Contextualización general de la localidad y las upz.....	17
4.1.1	Reseña histórica.....	18
4.1.2	Aspectos territoriales	19
4.1.3	Aspectos ambientales	23
4.1.4	Aspectos demográficos	26
4.1.5	Características socio-demográficas.....	29
4.1.6	Aspectos socioeconómicos	30
4.2	Perfil salud enfermedad.....	33
4.2.1	Estado de salud: principales morbilidades atendidas	33
4.2.2	Eventos de interés en salud pública- savigila	36
4.2.3	Salud mental	41
4.2.4	Consumo de sustancias psicoactivas vespa	45
4.2.5	Trabajo infantil.....	46
4.2.6	Salud sexual.....	48
4.2.7	Salud oral	50
4.2.8	Salud nutricional.....	52
4.2.9	Salud ambiental.....	53
4.2.10	Discapacidad.....	55
4.2.11	Género y prostitución	56
5	Capítulo 2. Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida.....	58
5.1	La localidad como centro y periferia	58
5.2	Núcleos problemáticos	59
5.2.1	Núcleo problemático 1: la no garantía de la seguridad alimentaria y nutricional 62	
5.2.2	Núcleo problemático 2: ruptura en las redes de apoyo y familias multiproblemáticas.	65
5.2.3	Núcleo problemático 3. Abandono y negligencia en la infancia.....	68

5.2.4 Núcleo problemático 4. Adopción de conductas de riesgo y desinterés en los estilos de vida saludables.	69
5.2.5 Núcleo 5: desempleo y la escasez de oportunidades laborales y educativas ..	70
5.2.6 Núcleo 6: contaminación ambiental e inseguridad	72
5.2.7 Núcleo 7: barreras al servicio de salud.....	74
5.2.8 Núcleo problemático 8: falta de espacios accesibles e inclusión a la persona en condición de discapacidad.	76
5.2.9 Núcleo problemático 9: falta de información, educación y movilización social en salud sexual y reproductiva	77
5.2.10 Núcleo problemático 10: indiferencia y subestimación a los problemas de salud oral.....	78
5.3 Potencialidades del territorio.....	79
5.3.1 UPZ andes	80
5.3.2 UPZ doce de octubre.....	81
5.3.3 UPZ alcázares.....	83
6 Capítulo 3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la localidad.....	85
6.1 Atención primaria en salud	¡Error! Marcador no definido.
6.2 Supervivencia y desarrollo infantil	89
6.3 Protección e inclusión social de la familia	92
6.4 El buen trato: primero los niños y las niñas	95
6.5 Estilos de vida: vivamos sanos	97
6.6 Condiciones de calidad y dignidad para el estudio y el trabajo decente y saludable [90] [92] [93].....	99
6.7 El buen vivir y convivir	102
6.8 Salud para todos y para el desarrollo	104
6.9 Discapacidad: reto para la inclusión en capital humano	105
6.10 Información sexual y reproductiva	107
6.11 Promoción y prevención en salud bucal	109
6.12 Evaluación	109
7 Capítulo 4: propuestas de respuesta y recomendaciones	111
7.1 Infancia	114
7.2 Adolescencia	116
7.3 Juventud	117
7.4 Adultez.....	120
7.5 Vejez.....	121
8 Referencias bibliográficas	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional	27
Figura 2. Distribución porcentual de consultas ambulatorias y servicios de urgencias atendidos en el hospital chapinero por ciclo vital.	34
Figura 3. Distribución porcentual de los principales eventos notificados al sistema de vigilancia en salud pública sivigila por UPZ	36
Figura 4. Tasa de incidencia de tosferina frente a la cobertura de vacunación de DPT.	37
Figura 5. Tasa de incidencia de parotiditis frente a la cobertura de vacunación de triple viral	38
Figura 6. Tendencia de la mortalidad en menores de 5 años 2002 a 2012. localidad barrios unidos periodo comprendido entre el año 2002 al 2012	40
Figura 7. Comportamiento de la conducta suicida por ciclo vital y UPZ.	41
Figura 8. Tendencia de la conducta suicida. 2007 a 2012.	43
Figura 9. Distribución de los tipos de violencia intrafamiliar por etapa de ciclo vital.	44
Figura 10. Principales sustancias psicoactivas consumidas por personas que fueron censadas en instituciones sociales	45
Figura 11. Tendencia de embarazos en adolescentes en el periodo de 2008 a 2012... ..	49
Figura 12. Principales eventos de transmisión sexual notificados al sivigila, por UPZ y ciclo vital	50
Figura 13. Alertas en salud oral por ciclo vital en la localidad de barrios unidos 2012.. ..	51
Figura 14. Distribución de las desnutriciones global y crónica en población menor de 10 años.	52
Figura 15. Principales alteraciones presentadas con población en discapacidad registradas por el hospital chapinero en el 2012 por sexo.	56

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de la tasa de fecundidad por 1000 mujeres, de bogotá y la localidad de barrios unidos. 2005-2015	28
Tabla 2. Esperanza de vida al nacer por sexo. localidad barrios unidos. 2010-2015....	28

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Localización general localidad de barrios unidos	21
Mapa 2. Niveles de contaminación ambiental localidad de barrios unidos	25
Mapa 3. Núcleos problemáticos localidad de barrios unidos 2012	61
Mapa 4. Potencialidades del territorio en equipamientos	88
Mapa 5. Oferta institucional en la localidad.	113

ABREVIACIONES

AEPI	Atención Integral Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis situación de Salud
BAI	Búsquedas Activas Institucionales
BAT	Banco de Ayudas Técnicas
CADEL	Centro de Administración Educativa Local
CAIVAS	Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual
CAL	Comisión ambiental de la Localidad
CAVIF	Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar
CESPA	Centro de Servicios Jurídicos Especiales para Adolescentes
CHC	Ciudadano Habitante de Calle
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento
CODA	Comité Operativo Distrital para la Adulthood
COLIA	Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia
COLMYG	Comité Operativo Local de Mujer y Género
COV	Compuestos Orgánicos Versátiles
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DILE	Dirección Local de Educación
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ELAI	Equipo Local de Apoyo Interinstitucional
EPS	Empresa Promotora de Salud
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ERC	Equipo de Respuesta Complementaria
ERI	Equipo de Respuesta Inicial
ESE	Empresa Social del Estado
ESI	Enfermedad Similar a la Influenza
ETA	Enfermedad Transmitida por Alimento
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
FAMI	Familia, Mujer, Infancia
FFD	Fondo Financiero Distrital
FFDS	Fondo Financiero Distrital en Salud
FOPAE	Fondo de Prevención y Atención de Emergencias
GESA	Gestión de la salud ambiental
HOBİ	Hogares de Bienestar Infantil
HCB	Hogares Comunitarios de Bienestar

IAFI	Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia
IAMI	Instituciones Amigas De La Mujer Gestante y la Infancia
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDEPAC	Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IDIPRON	Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IED	Institución Educativa Distrital
IPES	Instituto para la Economía Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
IRA	Infecciones Respiratorias
IRAG	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JAC	Junta de Acción Comunal
JAL	Junta de Acción Local
LGBI	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales
MP	Material Particulado
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNAT	Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAE	Programa Ampliado Escolar
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PCD	Persona con Discapacidad
PDA	Proyecto Desarrollo de autonomía
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTS	Partículas en suspensión
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad
RUAF	Registro Único de Afiliados
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SIDIES	Sistema de Diagnóstico Estratégico
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios
SISVAN	Sistema de Vigilancia Nutricional

SISVECOS	Sistema de Vigilancia en Conducta Suicida
SISVESO	Sistema de Vigilancia en Salud Oral
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia
SIVIM	Sistema de Vigilancia en Violencia Intrafamiliar
SIVISTRA	Sistema de Vigilancia en Trabajo
SLIS	Secretaria Local de Integración Social
SPA	Sustancias Psicoactivas
UPA	Unidad Primaria de Atención
UPGD	Unidad Primaria Generadora de Dato
UBA	Unidades Básicas de Atención
UTI	Unidad de Trabajo Informal
UPZ	Unidad de Planeamiento Zonal
VESPA	Vigilancia en Sustancias Psicoactivas

RESUMÉN

El Diagnóstico Local es un producto participativo que presenta la visión de un marco general sobre las características poblacionales y territoriales de la localidad de Barrios Unidos, las cuales permitirán comprender la relación de las múltiples y diferentes afectaciones de salud en los habitantes con algunos de los procesos políticos, sociales económicos y ambientales que influyen de manera directa en la calidad de vida.

Desde la perspectiva de determinantes sociales, y haciendo uso de los enfoques territorial, diferencial y poblacional, se observa las brechas y las desigualdades injustas y evitables manifestadas en torno a la salud, teniendo como ordenador de los análisis la etapa de ciclo vital 2012. Así mismo, se describen las respuestas e intervenciones de los distintos actores y la construcción de propuestas para el mejoramiento de la situación de salud y la calidad de vida de la población de la localidad.

Palabras clave Diagnostico local, Determinantes de la salud, calidad de vida, inequidad en salud, Barrios Unidos.

1 INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local es un producto participativo que resulta de analizar la situación de la salud y de calidad de vida de una determinada localidad por medio de los denominados Determinantes Sociales de la Salud: estructurales, intermedios y proximales. El conocimiento construido se sintetiza en un documento práctico que comprenda todos los aportes y recomendaciones de las plataformas institucionales y espacios sociales en las escalas del territorio.

La elaboración de un documento como el diagnóstico local resulta central para el Análisis de Situación de Salud, puesto que brinda una visión integral de la salud y la calidad de vida a través de la representación e interpretación de datos, y permite, por ello, el planteamiento de propuestas de respuesta en el escenario local.

Por consiguiente, el presente documento resulta ser un intento por problematizar y actuar sobre los principales eventos ocurridos en la localidad de Barrios Unidos durante el año 2012. Partiendo de un marco teórico, que permitirá comprender y definir los estados de salud en cada etapa de ciclo vital (Infancia, Adolescencia, juventud, adultez y vejez), estructurado por los conceptos de Determinantes sociales de la salud, se analiza la inequidad en salud y las afectaciones en la calidad de vida ocurridas en la localidad.

Con el propósito de fortalecer los procesos de toma de decisiones a partir de la construcción de conocimiento integral sobre la situación de salud y la calidad de vida de la localidad de Barrios Unidos, el Diagnóstico Local con Participación Social 2012 se configura como uno de los productos esenciales elaborado en cuatro capítulos:

El primero engloba toda la necesidad de problematizar y analizar la situación de salud y calidad de vida de la población local apropiando la información cuantitativa, cualitativa y espacial, suministrado por las instancias encargadas de la vigilancia en cada subsistema de la salud (mental, sexual, nutricional, ambiental, oral, etc.).

El segundo capítulo se enfoca en profundizar el análisis hecho en el anterior capítulo desde la perspectiva de determinantes de la salud y lo que se denomina “núcleos problemáticos”.

Un tercer capítulo se dedica al examen y evaluación de la respuesta institucional y comunitaria sobre lo definido como dificultad.

Finalmente, el último capítulo contiene, a modo de conclusión, las propuestas y recomendaciones que se tiene para el mejoramiento de la situación de salud y el bienestar de la población de la localidad; sugerencias que se hacen manteniendo la coherencia con los planes y programas sectoriales que guían la toma de decisiones.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

La Salud ha sido definida, por algunos investigadores y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la condición o estado absoluto de bienestar físico, mental, social y ambiental. Por ende, la Salud debe ser entendida, no solo como resultado de un proceso biológico y natural en el individuo, sino que por sí misma es un producto de interacciones entre un sujeto y su entorno social, económico, cultural, político y ambiental.

En efecto, escenarios donde predomina la falta de recursos, una baja escolarización, la exclusión, la desnutrición, la discriminación, unas malas condiciones de vivienda, un alto índice de desempleo, entre otros., son condiciones que dan origen y forma a gran parte de las desigualdades que existen las sociedades.

Siendo así, resulta menester entender no solo la definición de los determinantes sociales de la salud, sino los aportes de su estudio a los temas concernientes a la política pública para mejorar la calidad de vida de los habitantes; esto es así porque los determinantes constituyen una de las bases conceptuales de los análisis de la situación de salud debido, principalmente, a tres de sus características: por un lado, su capacidad explicativa en relación con los procesos de salud-enfermedad de los colectivos humanos; por otro lado, el énfasis dado a las desigualdades injustas y evitables, lo que permite combinar esta mirada con la perspectiva de derechos y con los enfoques territorial, poblacional y diferencial; y finalmente, el potencial que tienen dichas explicaciones para facilitar la formulación y evaluación de intervenciones y políticas en salud orientadas hacia la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida [1].

2.1 Determinantes sociales de la salud

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” [2]. Dichas circunstancias son la consecuencia a escala mundial, nacional y local, de la manera como está distribuido el poder, la riqueza y los recursos que estructuran la sociedad. A su vez, el Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud [3] especifica que los Determinantes sociales de la salud (DSS) son todos

aquellos escenarios sociales donde viven y trabajan las personas citando a Tarlov, explican que son las características sociales en las que la vida se desarrolla; de allí que la inequidad tenga una razón socioeconómica.

Duy Nguyen [4] con su equipo de trabajo, al comparar el uso médico y la equidad sanitaria entre la población adulto mayor de grupos étnicos en Estados Unidos, consideran que el modelo de Determinantes Sociales es de utilidad al describir los determinantes estructurales como los factores que influyen el estatus socioeconómico y, por lo tanto, determinan las oportunidades sociales para el acceso a la atención de la salud.

Por su parte, Z. Gant [5] y su grupo, al realizar un trabajo sobre el Virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- y los determinantes sociales, concluyen que a través de las influencias del comportamiento y el acceso limitado de prevención y de atención médica, los DSS pueden influir en la infección de alguna enfermedad, incluida el VIH; por ello establecen que los determinantes sociales de la salud son los factores sociales y físicos que de alguna forma pueden influir en comportamientos insalubres o riesgosos.

Como se puede deducir, el principal reto del estudio sobre los determinantes sociales y su relación con la salud es crear una jerarquía entre los componentes más generales, de naturaleza social, económica y política (determinantes estructurales), y los medios a través de las cuales dichos componentes se reflejan sobre los grupos y personas (determinantes intermedios y próximos). A pesar de existir varios modelos para analizar los Determinantes Sociales (estructurales, intermedios y próximos), como lo hace saber Guimarães y compañía [6], todos asumen la importancia del contexto.

Por ello, para el presente trabajo, los determinantes sociales de la salud serán entendidos a través del modelo teórico propuesto por el Equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud, en la que el contexto social y político genera un espacio socioeconómico desigual, y una distribución inequitativa del poder y de las oportunidades: “El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelado por su inserción en la jerarquía social” [3]

2.2 Equidad e inequidad en salud

La jerarquía social compone un espacio constituido por redes de posiciones que dan lugar a las desigualdades e inequidades. Las desigualdades, en general, no constituyen en sí un problema puesto que muchas desigualdades son parte de la vida, empero, la inequidad es una desigualdad que resulta ser innecesaria e incorrecta, como lo es la movilidad social por enfermedad. Es decir, la inequidad es una desigualdad que no está ligada a la variabilidad natural, y adquiere su dimensión en los estratos sociales, el estado de salud, servicios de salud; la salud es un resultado de las dinámicas dadas al interior de cada sociedad [7].

De acuerdo a la OMS los determinantes sociales de la salud dan cuenta de la mayor parte de las inequidades en salud, inequidades definidas como las diferencias injustas y evitables. Con base a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [8] se requiere: “Paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad.”; componentes sociales que resultan ser el fundamento de cualquier intento por mejorar la salud. De tal manera que el concepto de equidad, resulta ser la noción ética que orienta los enfoques de determinantes sociales de salud.

La falta de equidad, socialmente determinada, conlleva a múltiples posiciones políticas que conducen a valorar de manera disímil las desigualdades en salud [9] [10]. Por lo tanto, la equidad además de ser una exigencia ética, es una urgencia práctica que se transforma en instrumento de agencia (política), pues trabajar por la equidad promueve la búsqueda de mayor justicia social ligada al respeto de los derechos humanos. Por consiguiente, los conceptos de equidad y Determinantes sociales resultan ser, en palabras de Alcira Castillo, “el marco central para identificar las desigualdades sociales, analizar las inequidades en los grupos sociales y utilizarlos como norte e imagen objetivo en la formulación de políticas públicas” [11].

2.3 Enfoque de derecho, territorial, poblacional y diferencial

Se observa junto con Evci (Kiraz) Emine [12] y en un sentido más político, que los Determinantes sociales de la salud no solo se refiere a los aspectos pertinentes del estilo de vida y su contexto, sino que hacen también referencia a las implicaciones sanitarias de la política social y económica, puesto que al ser múltiples y variados: el acceso a servicios de buena calidad (incluyendo servicios de salud), la educación, factores ambientales como el agua y el aire, la contaminación, la urbanización, el cambio climático, los desastres naturales, los factores conductuales que incluyen tabaquismo, consumo de alcohol, la dieta, el ejercicio, el abuso de sustancias, y la

capacidad y la eficiencia de los sistemas de salud., resultan ser no solo un impacto significativo en la salud, sino que configuran y fijan la forma como se desarrolla la política pública, la garantía de derechos y la protección de minorías.

Una de las formas de legitimar el Estado social de derecho, y la democracia, es deliberar y consensuar los derechos fundamentales en la esfera pública. Esto es así debido a que la observación y estructuración de políticas y acciones desde una perspectiva de derechos posibilita la instauración del estado de derecho: “la perspectiva de derechos ha de entenderse no solo como un marco ético y jurídico para el desarrollo de normas y leyes sino como forma de nutrir los procesos de desarrollo, de planeación y evaluación de políticas y programas” [13].

La perspectiva de derechos es, en síntesis, una mirada integradora y complementaria de todos los derechos humanos, garantizando la validez y materialización real de éstos a través de acciones de respeto, reconocimiento y restitución, dotando a la sociedad civil de herramientas para su exigibilidad y permitiendo de esta forma el desarrollo pleno de la autonomía. Para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, se adoptan políticas públicas que buscan resolver las desigualdades e inequidades injustas y evitables.

No obstante, las dificultades para reconocer las necesidades, vulnerabilidades, discriminación y las situaciones de desigualdad en las poblaciones, especialmente las consideradas “minoritarias” o “especiales” (desplazadas, con discapacidad, habitantes de calle, personas en situación y ejercicio de prostitución, comunidades étnicas y personas de sectores LGBT), exige un método de análisis que reconozca la diversidad, y así mismo la inequidad, presente en la realidad del Distrito. Esto permite una adecuada atención y protección de derechos. Es así que el enfoque diferencial, al emplear un análisis que visibiliza las diferentes formas de discriminación, insta a la protección y restauración de derechos, indicando los riegos y vacíos de las poblaciones, y generando espacios de participación equitativa.

El enfoque diferencial en salud está orientado a reconocer a los diferentes actores sociales como sujetos de derechos más allá de sus especificadas individuales y culturales: “desarrollar estrategias de educación y comunicación para la salud intercultural; que sean incluyentes, respetuosas con la diversidad, que busquen el mutuo entendimiento y establecer un diálogo de saberes en el que el intercambio es horizontal. Las mismas deben priorizar el fortalecimiento de sí mismo, la formación ciudadana de las habilidades psicosociales para la vida” (Declaración de Medellín OPS, 2009) [14]

Por otro lado, comprender el dinamismo de determinados sectores y sus relaciones con los actores y las instituciones resulta fundamental para explicar posibles acciones colectivas y cooperativas (intercambio de experiencias, redes de colaboración) que fortalecen y amplían las relaciones sociales. El enfoque territorial proporciona la capacidad de entender el papel de los entornos en que están inmersas las comunidades y del espacio social como factor de desarrollo; a través del concepto de *territorio* incluir el análisis de hechos y procesos (físicos, sociales, culturales, políticos, económicos).

Las relaciones entre la población y el territorio permiten un ordenamiento que debe generar condiciones para el desarrollo sostenible, equitativo y sustentable. El enfoque poblacional en dicho ordenamiento identifica y comprende las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos económicos, sociales y ambientales, con el fin de responder a las problemáticas y dificultades que no permiten el aprovechamiento óptimo de las potencialidades del territorio.

2.4 Calidad de vida

La salud, y la equidad en salud, resultan ser un componente relevante para una buena calidad de vida [15], ya que un estado de salud óptimo condiciona el progreso personal, económico y social, y en esta medida define gran parte de la calidad de vida del individuo y el colectivo. La calidad de vida resulta ser un concepto altamente subjetivo y multidimensional, responde a un sistema de creencias y valores variables de persona en persona e incluye aspectos como la satisfacción en el trabajo, la vivienda, la situación económica, etc. Algunos autores afirman la dificultad de dar una definición acertada de calidad de vida [16] [17], no obstante, concuerdan en asegurar que es relativa a la sensación de bienestar de cada individuo al valorar aspectos objetivos de su entorno. En esta medida, la calidad de vida obedece tanto a factores objetivos (indicadores sociales) y aspectos subjetivos (estados mentales), lo que resulta ser en definitiva es una sensación de bienestar general.

Basándose en Rubén Ardila, se define la calidad de vida como “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal, entre otros. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” [16].

3 MARCO METODOLÓGICO

Con el objetivo de problematizar y analizar la situación de salud y calidad de vida de la población local de Barrios Unidos, y de esta manera intentar darle solución, se procede en primer lugar a la apropiación de la información cuantitativa, cualitativa, territorial y espacial, Suministrada por cada sistema de vigilancia y equipos de trabajo del Hospital de Chapinero; los cuales permitieron dar cuenta de las principales necesidades, problemáticas y potencialidades de los grupos humanos.

La realización del capítulo 1, destinado para la problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes (estructurales, intermedios y proximales) de la salud, partió de la versión presentada en febrero de 2013 que abordó los determinantes sociales. Se realizó, en primer lugar, una contextualización general de la localidad y de las UPZ Doce de octubre, Los Alcázares, Los Andes y Parque El Salitre, a través de lo territorial, socioeconómico, sociodemográfico y ambiental, prestando especial atención a las brechas sociales, teniendo como ordenadores la etapa de ciclo vital 2012.

Para lograr la contextualización se requirió una identificación y evaluación de fuentes de información sobre la localidad en términos de extensión, ubicación, localización de riesgos, representados en un mapa; en lo referente a los aspectos demográficos se tiene en cuenta la estructura de la población, la esperanza de vida, tasa de mortalidad, tasa de fecundidad; y para los aspectos sociodemográficos se toman en cuenta los índices de desarrollo humano, índice de necesidades básicas insatisfechas y el perfil económico de las empresas. Por último, con la información epidemiológica, suministrada por los sistemas de vigilancia del Hospital de Chapinero, se construye el perfil salud enfermedad para finalmente configurar la problematización y análisis de la situación de Salud Local.

Para el capítulo 2, basado en la matriz de problematización realizado en el capítulo 1, se profundiza la causa de los problemas y sus consecuencias. Para ello se establece sus impactos, la población afectada, los derechos vulnerados y las intervenciones y respuestas que se han realizado desde el hospital. Se ubican espacialmente por UPZ definiendo los aspectos positivos y negativos el territorio que influyen en esta clase de problemáticas. Los núcleos son bautizados con respecto a temas generadores y se resalta en cada uno los ciclos vitales que más afecta.

Por otro lado, el capítulo 3 aporta un análisis de las respuestas que se han venido dando desde distintos sectores y actores, en relación con las problemáticas identificadas y los determinantes que las originan y potencian. En ese sentido, la oferta de intervenciones no solo recae en lo referente al sector salud, sino también las generadas en otras instancias o instituciones (planes, proyectos, programas, estrategias) y de la comunidad (acciones, asociaciones).

Finalmente, el capítulo 4 tiene como fin, en concordancia con el documento, elaborar recomendaciones y propuestas de solución o de respuesta que tengan el propósito de impactar los determinantes que afectan la calidad de vida y el bienestar individual y colectivo de la Localidad.

4 CAPÍTULO 1. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

El presente capítulo proporciona, por un lado, la visión de un marco general de las características poblacionales y territoriales de la localidad de Barrios Unidos, las cuales permitirán comprender la relación de las múltiples y diferentes afectaciones de salud en los habitantes con algunos de los procesos políticos, sociales económicos y ambientales que influyen de manera directa en la calidad de vida y bienestar de las personas.

Por otro lado, divisa la manera como se vienen comportando los diferentes fenómenos en materia de salud, no solo como se reflejan físicamente los problemas que padecen las personas, sino la urgencia de conocer sus causas, sus consecuencias y su importancia dentro de la sociedad. Conocer el problema y su magnitud es el primer paso de un proceso para mejorar las condiciones de bienestar en la Localidad.

4.1 Contextualización general de la localidad y las UPZ

Para tener un entendimiento de los problemas de salud de la comunidad es necesario considerar las características poblacionales, socioeconómicas y territoriales. Esto implica explicar en detalle el grado de interacción entre estos componentes y no una simple descripción. Cuando no se tiene la debida consideración del contexto en el cual se desenvuelven las dificultades, se suele caer en determinismos y conclusiones pobres sobre lo que acontece.

4.1.1 Reseña histórica

La población de la localidad de Barrios Unidos presenta unas características particulares enmarcadas y generalizadas bajo la relación con el territorio; elemento que no puede reducirse a sólo a su pertenencia al espacio de hábitat sino a toda la configuración de la identidad que surge de la interacción entre los individuos y el entorno. En esta medida, dicha relación (territorialidad) encierra prácticas sociales y culturales que diferencian las poblaciones debido a los perfiles socioeconómicos del territorio y los individuos, por un lado, y a la distribución de poder, por otro.

Esto obedece, de alguna manera, al patrón de poblamiento como proceso histórico. Las familias de clase media (estrato 3 del territorio), las que presentan mayores problemáticas, pertenecen en gran medida a Microterritorios como San Fernando y Cami, en la que muchos de sus barrios, principalmente aquellos conformados en los años treinta y cuarenta, fueron producto de invasiones y en menor medida diseñadas por urbanizadoras, ya que no obedecían a criterios planificadores. Esto promovió el proceso de asentamiento que terminó en formas de organización comunitarias alrededor de tres centros o núcleos: el barrio Siete de agosto, Benjamín Herrera y Colombia.

Las familias de clase alta (estrato 4), ubicadas en barrios construidos a partir de los años setenta y ochenta, es decir, la urbanización dirigida y administrada por la beneficencia de Cundinamarca que conformó barrios alternos como San Miguel, Modelo, Entreríos, José Joaquín Vargas, La castellana y Polo club, y con ellos la construcción de la Principal avenida 68; que para los años noventa, se desarrolló como punto principal de residencia con el conjunto residencial Metrópolis, donde se incorporan nuevos conceptos en urbanismo y paisajismo, obedeciendo a las políticas de espacio público y uso residencial.

Los movimientos poblacionales ocurridos en la Localidad desde su nacimiento (natalidad, mortalidad, migración), dieron como resultado una estructura de edades, sexos y potenciales económicos similares y uniformes (no iguales). No obstante, sus características diferenciales radican en el lugar de vivienda, la valorización del suelo, el número de equipamientos cercanos, el perfil socioeconómico de la familia e individuos, sus hábitos de consumo, tipo de hogar, nivel educativo etc., componentes que ubican a las familias, y primordialmente a los individuos, en una posición en el espacio social otorgándole un estatus determinado.

Finalmente, parte de los barrios que conforman hoy la localidad se han desarrollado paulatinamente, mientras lo más tradicionales han venido cambiando su uso residencial a comercial, especialmente actividades de pequeña y gran escala como la compra y venta de repuestos para autos, marquerías, litografías, talleres mecánicos, puntos de fábricas de calzado, entre otros [18].

4.1.2 Aspectos territoriales

La localidad de Barrios Unidos, codificada con el número 12 de la Capital, cuenta en la actualidad con un total de 1190 hectáreas, 1200 manzanas y 177 barrios. No tiene áreas de expansión y es completamente una zona urbana. Es una localidad céntrica geográficamente, pero no lo es económicamente, por lo tanto hace las veces de “lugar de paso” más que de centro económico o laboral [19]. Se puede apreciar que la Localidad es atravesada, por un lado, por grandes avenidas como la Carrera 30, la Avenida 68, la Avenida Suba y limita, por otra parte, con la Autopista Norte y la Avenida Caracas; todas estas en sentido Sur-Norte y en sentido Oriente-Occidente. Así mismo, es cruzada por calles como la 80, la 75, la 72, y la 63 que, junto a las otras características viales mencionadas, le imprimen accesibilidad y cercanía con todos los lugares importantes de la ciudad. (Ver Mapa 1)

La localidad cuenta con una serie de Equipamientos importantes como el parque El Salitre, La Plaza de los artesanos, El Museo de los Niños, El Parque Salitre Mágico, El Centro de Alto Rendimiento Deportivo, La Escuela Militar, El Teatro Nacional La Castellana, El Parque de los Novios, La Cárcel El Buen Pastor y El Cementerio 7 de Agosto; que junto con las vías de tránsito principales, ya mencionadas, hacen de la localidad un lugar muy frecuentado por razones deportivas, culturales, de recreación, de culto y esparcimiento. Así mismo, se concentran algunos negocios de autopartes y de producción de muebles de madera, además de las pequeñas y medianas empresas dedicadas a la creación y venta de productos y servicios como: litografías, almacenes de calzado y comercio en general [19].

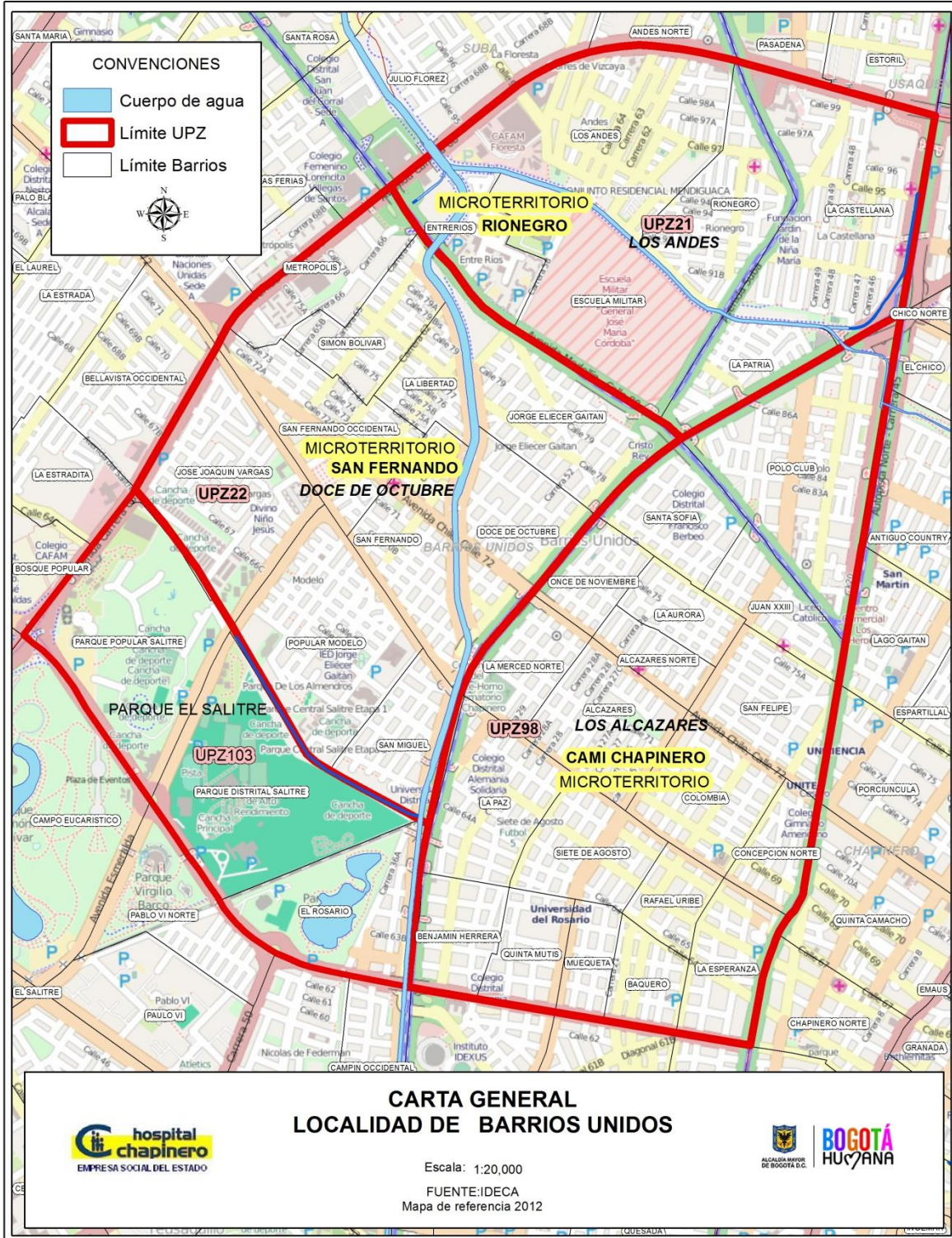
Según el Plan de Ordenamiento Territorial –POT- [19] la localidad cuenta con cuatro Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) tres de ellas clasificadas como residenciales: Doce de Octubre (UPZ 22), Los Andes (UPZ 21) y Alcázares (UPZ 98); y una UPZ de carácter dotacional, Parque El Salitre (UPZ 103), conformada por amplias zonas verdes y dotada con equipamiento recreacional y cultural de envergadura metropolitana.

La UPZ 21 Los Andes fue reglamentada en Junio de 2005 y está ubicada al Norte de la Localidad; limita al Sur Occidente con la Avenida Medellín (Calle 80) y con la Avenida

España (Calle 100), al Nor Occidente con la Av. España (Calle 100) y con Avenida Paseo de Los Libertadores (Carrera 13 - Autop. Norte), al Sur Oriente con la intersección de la Autopista Norte con la Av. Ciudad de Quito, y, finalmente, al Nor Oriente con Avenida Medellín (Calle 80) con Av. Ciudad de Quito. Esta UPZ clasificada como residencial, es la de tercera en extensión de la localidad al cualificar con un área de 275 Ha. En ella encontramos los barrios La Castellana, La Patria, Rionegro, Los Andes, Entreríos y el inmueble de interés cultural Escuela Militar de Cadetes José María Córdoba.

UPZ 22 Doce de Octubre está reglamentada desde agosto de 2005 y se localizada en la zona centro oriente de la localidad, limitando al Sur Occidente con Avenida del Congreso Eucarístico (Av. 68) y con la Av. Salitre (calle 64), al Nor Occidente con la Av. Del Congreso Eucarístico (Av. 68) y con la Autopista Medellín (Av. Calle 80), al Sur Oriente con la Av. Ciudad de Quito (carrera 30) y con Av. del Salitre (calle 64), y, por último, al Nororiente con Autopista Medellín (Av. Calle 80) y la Av. Ciudad de Quito. Se considera un espacio residencial consolidado con un área de 335,28 Ha, que posee una excelente infraestructura de servicios públicos, una malla vial principal en excelentes condiciones que le conceden condiciones de accesibilidad ventajosas frente a la Localidad y a la Ciudad. Esta UPZ está conformada por sectores diferenciados por su uso: áreas residenciales, áreas residenciales con actividad económica en la vivienda y áreas de comercio, servicios y dotacionales de escala zonal. Comprende los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San Fernando Occidental, San Miguel, Popular Modelo, José Joaquín Vargas, La Libertad, Simón Bolívar y Metrópolis.

Mapa 1. Localización general localidad de Barrios Unidos



Fuente: Base cartográfica IDECA 2011. Georeferenciación. ASIS 2013 Hospital de Chapinero ESE.

UPZ 98 Los Alcázares se encuentra en proceso de reglamentación. Situada al Sur oriente de la Localidad, enmarca el territorio ubicado entre la intersección de la Autopista Norte (Av. Paseo de los Libertadores) y la Avenida Ciudad de Quito (Carrera 30), es decir, el “Puente de la 91” hasta la Avenida José Celestino Mutis (Av. Calle 63) entre Avenida Caracas (Cra. 14) y Cra. 30. A pesar de ser un sector eminentemente residencial, de acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial, la comunidad manifiesta que en los últimos años el incremento de los establecimientos comerciales ha sido notorio. A esta UPZ, pertenecen los barrios Polo Club, Juan XXIII, San Felipe, Colombia, Concepción Norte, Rafael Uribe, Muequeta, La Esperanza, Baquero, Quinta Mutis, Benjamín Herrera, La Paz, Siete de Agosto, Alcázares, Alcázares Norte, La Merced Norte, La Aurora, Once de Noviembre y Santa Sofía.

UPZ 103 Parque El Salitre: Reglamentada desde agosto de 2004. Esta UPZ se localiza al sur occidente de la localidad entre la Carrera 30 y la Avenida del Congreso Eucarístico, por un lado, y desde la Futura Avenida del Salitre hasta la Calle 63 - Avenida José Celestino Mutis, por otro lado. Según el Decreto Distrital 255 de 2004, La Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) No. 103, Parque El Salitre, se localiza dentro de un sector de Equipamientos Metropolitanos y constituye un nodo de actividad en el contexto Ciudad - Región, está conformada por el barrio El Rosario y las zonas deportivas y culturales del Salitre.

En resumen, la población que habita este sector de la ciudad cuenta con varias opciones para moverse de un lugar a otro dentro de la localidad y hacia cualquier punto de la ciudad.

Con respecto a la oferta cultural en la localidad existen más de 100 colegios entre públicos y privados, convirtiéndose en la mayor oferta cultural para los niños, niñas y jóvenes. Los colegios son los principales promotores del arte, el deporte, el esparcimiento y la cultura en general. Diferentes instituciones como el IDRD, La Secretaria de Salud, La secretaria de Ambiente, La secretaria de Cultura y La secretaria de Educación entre otras., llegan a los centros educativos con diferentes propuestas encaminadas a implementar y fortalecer las políticas públicas y mejorar de cierta forma el bienestar de la comunidad en general.

De igual manera las casas de la cultura, los salones comunales y otros centros culturales se convierten en lugares de encuentro y de puesta en escena de las ideas y proyectos de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores de la localidad. En todos los

barrios de la localidad existen al menos 2 espacios de este tipo en donde la comunidad se congrega y trabaja en pro de su calidad de vida y bienestar.

Los espacios deportivos benefician la comunidad principalmente en los Barrios José Joaquín Vargas y Popular Modelo pertenecientes a la UPZ Doce de Octubre, y el barrios El Rosario perteneciente a la UPZ Parque el Salitre; estos tres barrios cuentan con todo el complejo deportivo el Salitre y Parque Simón Bolívar que incluye el complejo acuático, La Biblioteca Virgilio Barco, El Museo de Los Niños, el centro de eventos Simón Bolívar y el centro de alto rendimiento deportivo. La comunidad puede acceder con facilidad a estos espacios deportivos y beneficiarse de los mismos en algunos casos de forma gratuita.

No obstante, a pesar de lo mencionado, la localidad de Barrios Unidos cuenta con muy pocas áreas deportivas por habitante, pero se debe aclarar que son éstas mayores si se compara con otras localidades de Bogotá como el caso de Bosa o Kennedy donde la densidad poblacional es tan alta que los áreas verdes por habitante casi llegan a cero. Se ha mejorado en la tasa de recuperación de áreas verdes como alamedas y rondas de los cuerpos hídricos, así como en la plantación de árboles y arbustos, pero la deuda en términos de áreas verdes y árboles es todavía muy grande y difícil de cumplir. El tema de un mejoramiento de la flora en la localidad es fundamental y decisivo en la salud de los habitantes, ya que como se explica en otros apartados de este documento, la ubicación geográfica de la localidad le desfavorece en términos de la calidad del aire, siendo los árboles unas armas fundamentales para mitigar este impacto ambiental propio de las grandes ciudades.

4.1.3 Aspectos ambientales

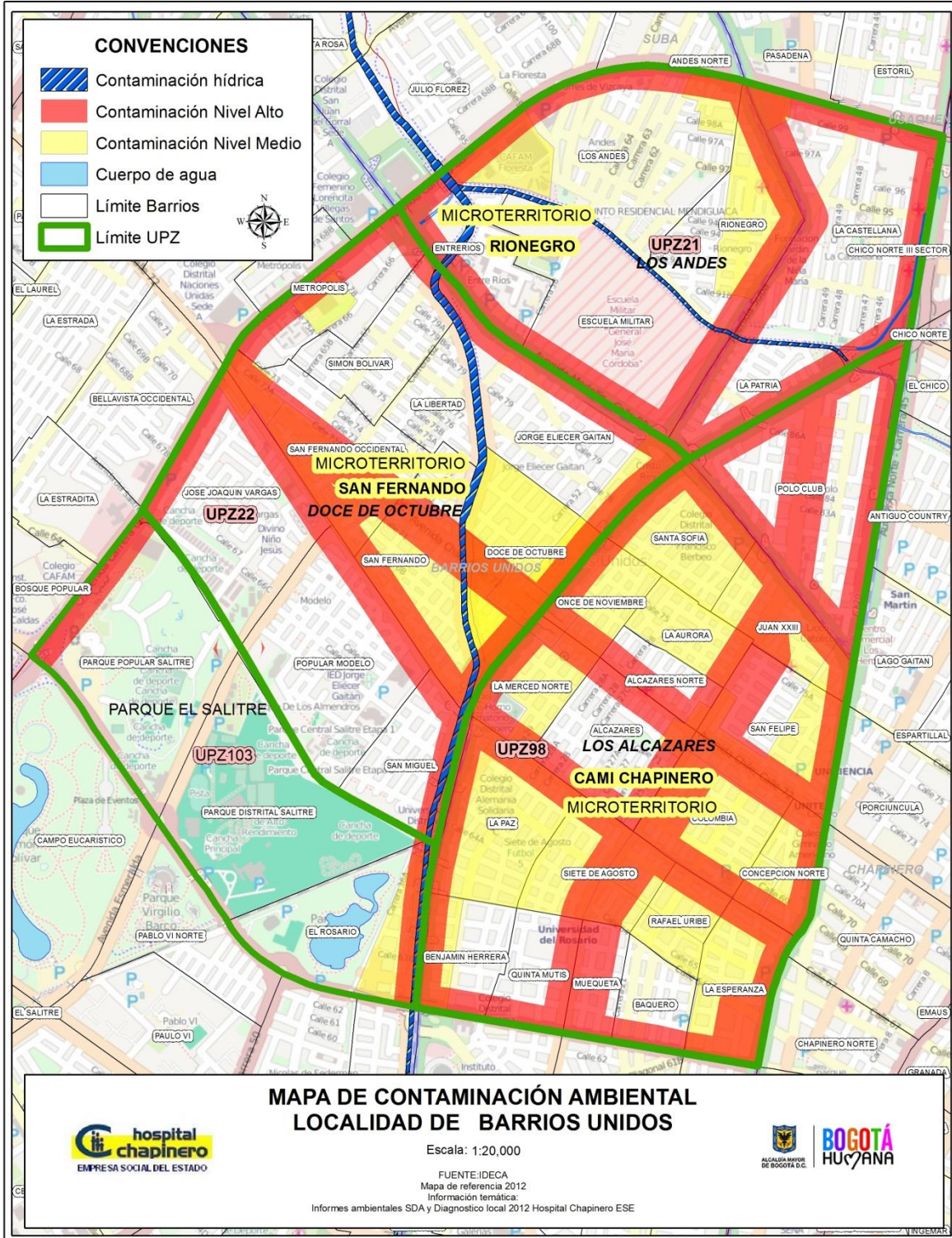
La localidad de Barrios Unidos yace sobre una zona plana (con algunas ondulaciones) cuya red de captación de aguas lluvias y negras es una de las más amplias de la ciudad: El río Salitre, debidamente canalizado, está compuesto por las subcuencas de los ríos Arzobispo, Ríonegro, Córdoba y por las aguas de quebradas nacientes en los Cerros Orientales. Desembocan en este río el canal del río Nuevo, por una parte, cuyo nacimiento se encuentra a la altura de la carrera 56 entre la Autopista Medellín y la calle 83; y el canal río Negro, por otra, iniciando en carrera séptima con calle 88 y llegando por la carrera 30 al canal Salitre que terminan por constituir un sistema completo de aguas lluvias y negras.

La localidad cuenta con una zona de altos niveles de contaminación, la cual está compuesta por los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San

Fernando Occidental, La Libertad y Simón Bolívar (en la UPZ Doce de Octubre), La Paz, Siete de Agosto, Once de Noviembre (en la UPZ Alcázares) El Barrio Rionegro (en la UPZ Andes) y el Barrio el Rosario (en la UPZ Parque el Salitre). Las fuentes de mayor contaminación en esta área, y en general en toda la localidad, son las vías principales y secundarias debido a los altos los niveles de ruido, gases tóxicos y la fuerte contaminación visual por causa de las excesivas vallas publicitarias. [20]

De igual manera, las fábricas y talleres son fuentes constantes de residuos sólidos que terminan por ser parte del flujo del río el Salitre, generando dificultades que agudizan los problemas de contaminación en los canales de agua, principalmente en las intersecciones entre la Urbanización Entrerrios y Cafam de La Floresta, en la que los residentes constantemente acusan malos olores como consecuencia de la acumulación de lodos y materia orgánica, lo cual de manera indirecta ha repercutido en la alta ocurrencia de enfermedades respiratorias, dérmicas y gastrointestinales [20].

Mapa 2. Niveles de contaminación ambiental Localidad de Barrios Unidos



Fuente: Base cartográfica IDECA 2011. Georeferenciación. ASIS 2013 Hospital de Chapinero ESE.

Existen también áreas con niveles de contaminación medio: son barrios con usos residenciales y comerciales compartidos en las UPZ Los Alcaceres, Doce de Octubre y Los Andes; donde las actividades comerciales genera residuos sólidos, ruido, contaminación visual e invasión del espacio público. Finalmente las áreas con menor problemática ambiental son aquellas que están alejadas de las grandes vías, su uso es exclusivamente residencial o son parques y centros deportivos. La localidad no tiene riesgos por deslizamientos, sin embargo sus canales se han convertido en focos de problemáticas como: generación de olores ofensivos, proliferación de plagas, vertederos de residuos sólidos y líquidos, lugares para expendio de sustancias psicoactivas y encharcamientos en épocas lluviosas en barrios aledaños debido a la devolución de aguas negras por la red de alcantarillado [20].

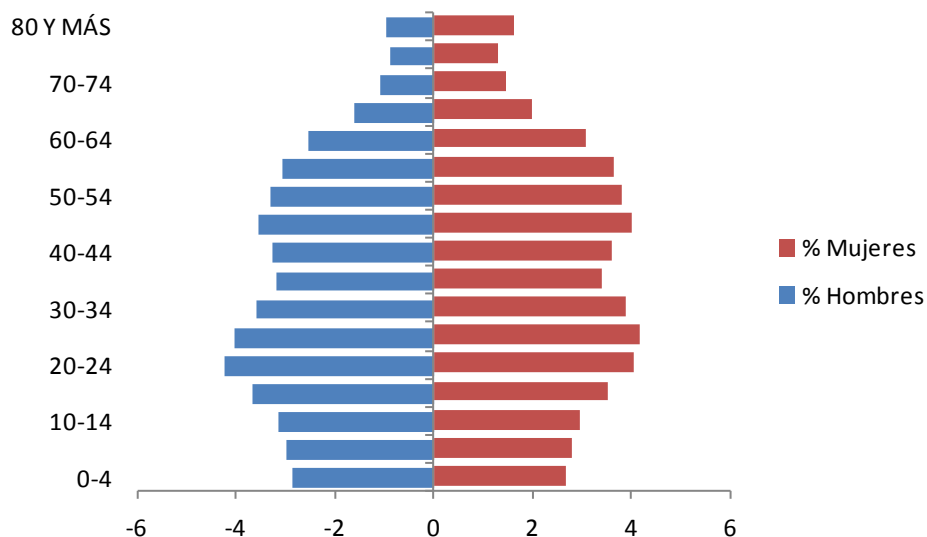
4.1.4 Aspectos demográficos

El crecimiento demográfico y el flujo de la población constituyen dos de los factores más importantes para comprender el proceso de urbanización en crecimiento de las sociedades y su interacción con el territorio y el ambiente. Se calculó que para el año 2012, según las proyecciones del DANE [21], la población total es de 234.948 habitantes, 112.703 (48%) hombres y 122.245 mujeres (52%). De las 4 UPZ que conforman la localidad de Barrios Unidos, las tres que más concentran población son: Doce de Octubre con el 42,8% (100.558 personas), Los Alcázares con el 35,3% (82.937 personas) y Los Andes con el 20,0% (46.990 personas).

De acuerdo a los datos de proyección del DANE, para el año 2005 la Localidad contaba con 224.216 habitantes, incrementándose para el 2010 a 232.802, lo que permite estimar que para el año 2015 la población total de la localidad será de 240.960 personas, distribuidas entre 115.855 hombres y 125.105 mujeres; en el intervalo de tiempo de 2011 a 2012, la población de la localidad de Barrios Unidos debió crecer a una tasa promedio anual de 0.46% [21].

Así mismo, la pirámide poblacional resulta ser simétrica y regresiva para 2012 (ver figura 1), dando a conocer un grupo de población joven dominante en busca de oportunidades educativas, laborales y profesionales; una población anteriormente activa y productiva en una transición a la edad madura; una población adulto mayor en crecimiento; y una población infantil cada vez menor. Lo anterior, permite deducir que la población joven y adulta resulta ser la mayor parte de la población de la localidad con un 71% (166.813 personas).

Figura 1. Pirámide poblacional Barrios Unidos 2012



Fuente: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples y por sexo. DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Barrios Unidos. ASIS 2013 Hospital de Chapinero ESE.

Al analizar la evolución de la población, se determina que, en un proceso de larga duración, esta pirámide poblacional tenderá a reducir su ritmo de crecimiento, conduciendo a transformaciones en los diferentes grupos de edad. Esto se ve reflejado en los cambios de la población que se encuentra en los extremos, tal como los niño/as y los adultos mayores. Lo anterior permite entender que se producen cambios relevantes en la vida social y económica de la ciudad, ya que a medida que estos determinantes mutan, también lo hacen sus necesidades y demandas particulares.

Según las proyecciones de población a 2015, en Barrios Unidos se destaca la reducción en la participación de la población menor a 14 años dentro del total, al pasar del 20,5% en 2005 a 16,4 % en el año 2015; mientras que la población de 65 años y más, incrementa su participación al pasar de un 9,0 % en 2005 a un 12,1 % en 2015 (ver tabla 1).

Para el diagnóstico local de 2010 [22], la etapa de ciclo vital más representativa era la adulta. Sin embargo, para el año 2012 el ciclo vital con más población hegemónica es la juventud, por diferencia mínima con la adultez joven. Esto indica que en Barrios Unidos los grupos de jóvenes y adultos jóvenes son los únicos que tienen y tendrán un peso mayor dentro del total de población, en contraste con las persona menores de 20 años que cada vez son un grupo poblacional menor, debido a la reducción de la fecundidad que experimenta la localidad (Ver tabla 2).

Dado que la fecundidad es la principal característica para determinar la capacidad de reproducción y crecimiento poblacional resulta pertinente exponerla. Debido a algunos determinantes próximos e intermedios como la planificación sexual o la incorporación de la mujer al mercado laboral, la fecundidad es un índice que ha venido bajando desde la década de los sesenta del pasado siglo. A pesar de que la localidad de Barrios Unidos presenta un pico concentrado en las mujeres de 25-29 años la tasa de fecundidad es baja, lo que quiere decir que la capacidad de renovación es menor comparada con la de la ciudad.

Tabla 1. Comparación de la Tasa de Fecundidad por 1000 mujeres, de Bogotá y la Localidad de Barrios Unidos. 2005-2015

Área	GLOBAL (POR MUJER)		GENERAL (POR MIL MUJERES)	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
Barrios Unidos	1,82	1,8	53,8	53,6
Bogotá D.C.	1,93	1,91	58,2	56,8

Fuente: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, Tasa de fecundidad por mil. DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Localidad Barrios Unidos. ASIS 2013 Hospital de Chapinero ESE

Así mismo se estimó, en la esperanza de vida al nacer para Barrios Unidos, que en promedio las mujeres tendrían 79 años de vida y los hombres 71, y la tasa de envejecimiento es de 64%, casi tres veces la Distrital (28%) [23]. Conforme a ello se piensa que dicha relación aumentará levemente en el intervalo de tiempo de 2010-2015 siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad que fueron observadas en los censos y registros de defunciones y que sirvieron de insumo para elaborar dicha proyección en 2005.

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer por sexo. Localidad Barrios Unidos. 2010-2015

AÑO	SEXO		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2010	71,77	79,83	75,69
2015	75,94	80,19	78,01

Fuente: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, esperanza de vida al nacer (años) por sexo 2005 – 2015. Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Localidad Barrios Unidos. ASIS 2013 Hospital de Chapinero ESE

4.1.5 Características socio-demográficas

Además de contar con una población flotante considerable, en gran parte debido a los puntos de comercio, la localidad se caracteriza por contar con un grupo relevante de habitantes de calle, entendidos como el grupo de personas (variando la edad y género) que viven en la calle de manera permanente o por periodos prolongados; ellos establecen identidad y pertenencia a un determinado espacio [24].

Dentro de la identificación efectuada a la población ciudadano habitante de calle se encuentra que el 90% (67) de la población caracterizada pertenece al género masculino y el 10% (8) al género femenino, de las cuales una minoría ejerce la prostitución en la zona de tolerancia del Barrio Siete de Agosto. Su actividad económica se centra en el reciclaje, albañilería, carpintería, venta informal en buses y otros sitios, cuidar carros, limpiar vidrios, mendigar. Algunos de ellos cuentan con estudios de primaria, bachillerato o niveles técnicos completos e incompletos. La causa de estos estilos de vida diferentes proviene de variadas causas como son: consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, desagregación familiar, falta de oportunidades laborales, desplazados por la violencia, entre otras [25].

Por otro lado, como afirma el censo general DANE 2005, en los barrios Simón Bolívar, La libertad, Los Andes, La castellana y Rionegro se encuentran habitando indígenas en pequeños grupos y afro descendientes¹; casi la mitad de la población indígena que se halla en la localidad es liderado por Muisca, resto de distribución pertenece a grupos como Coyaima Natagaima, al grupo Otavaleño, al grupo Wayuu, entre otros (incluyendo de los que no se dispone de información) [21] [26].

Por otra parte, durante el año 2010 se encontró que en los barrios: Esperanza, 7 de Agosto, Rafael Uribe, Colombia, San Fernando, San Felipe, Concepción Norte y Alcázares, existe una situación de prostitución compleja relacionada con múltiples problemas sociales: inseguridad, maltrato hacia la mujer, desplazamiento forzado. [27].

A su vez, la población desplazada residente en la localidad, está principalmente ubicada en el Doce de Octubre y Salitre, esto es debido a la fuerte presencia de inquilinatos, trabajadores informales y población migrante con ingresos bajos, lo que ha generado un importante crecimiento de población “flotante” y residentes temporales, viviendo en condición de subempleo o desempleo. Según el registro de personas atendidas por el centro de atención del Hospital Chapinero, el mayor porcentaje de

¹ No hay un cifras oficiales

población desplazada que utiliza los servicios del Hospital accede a los ellos en La UPA San Fernando, lo cual se relaciona con la cercanía de la misma, al lugar de residencia de la mayor parte de esta población.

4.1.6 Aspectos socioeconómicos

La dinámica económica resulta ser generalmente el factor principal de desarrollo urbano. Para el caso de Barrios Unidos las actividades en las que más se emplean los residentes de la localidad son el comercio, hoteles, restaurantes, servicios sociales y comunitarios, industrias manufactureras e inmobiliarias. La mayor parte de la población trabajadora es empleado particular y hace de la localidad una de las más altas en índice de ocupación y, en consecuencia, una de las más bajas en desempleo [28] [29].

Para el año 2011, de las 14.000 empresas que hay aproximadamente 11.468 son microempresas, de las que gran parte están dedicadas al comercio (43%), a la industria (15%), servicios inmobiliarios (12%), restaurantes (6%) y transporte (5%). La mayoría de empresas dedicadas al servicio han hecho de la localidad un entorno prospero para actividades como el automotriz (autopartes, lujos, llantas, lavado, tapicería etc.), ferretería y cerrajería, víveres, alimentos, productos de vidrio, tabaco y bebidas. A su vez, las actividades de arte e impresión, publicidad, construcción de muebles, diseño de ropa entre otros, representan el centro de la economía local [30].

El índice de dependencia en la Localidad es del 41% encontrándose dentro de una de las más, comparada con otras localidades Ciudad Bolívar 54%, Rafael Uribe 47% o Kennedy 45%; por debajo del Distrito que es del 45%. A su vez, la tasa de ocupación es de 55 (63,3 hombres y 47,6 Mujeres), estando por debajo de la tasa distrital 55,8 (64,3 Hombres y 48,1 Mujeres) [31].

Las necesidades básicas obedecen a las características de vivienda, nivel educativo, número de hogares, acceso a servicios, dependencia económica entre otros. Es decir, es un índice que calcula y clasifica el bienestar de la población y los hogares en términos de la capacidad de consumo (ingresos).

El valor por número de hogares pobres por NBI es de 2%, por debajo del Distrito 3% y de Localidades como Tunjuelito 4% o San Cristóbal 7% [31]. El porcentaje de hogares en miseria por NBI en la localidad de Barrios Unidos es del 0,1% igual al de Bogotá, no siendo uno de los más altos

Este NBI permite concebir algunas de las dimensiones de la pobreza estructural. Este índice no mide otras dimensiones de la pobreza, como las malas condiciones de salud o nutrición, como si lo hace La línea de pobreza que para el 2011 fue de 16.785 con respecto a la capital que fue de 920.175; esta medida considera el bienestar en términos de algunos elementos críticos de la canasta de servicios de vivienda, o servicios educativos que efectivamente consume [32]. La línea de pobreza es el ingreso mínimo establecido por persona para satisfacer las necesidades básicas.

La línea de indigencia es el ingreso mínimo establecido por persona para satisfacer las necesidades alimentarias. Corresponde al costo mensual de una canasta básica de alimentos por persona, cuyo contenido calórico y proteico permite satisfacer un nivel mínimo de requerimientos nutricionales y que además refleja los hábitos de consumo prevalecientes. El valor de la canasta básica difiere entre las zonas rural y urbana [33]. Para el año 2011 Barrios Unidos tuvo una línea de indigencia de 12.669 manteniendo un término medio con respecto a las otras localidades como Fontibon 14.994 y Chapinero 12.503; Bogotá tuvo 419.706.

El coeficiente Gini mide el grado de igualdad en cuanto a la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares. Siendo 0 la total igualdad y 100 la total desigualdad, la localidad de Barrios Unidos para finales del 2011, según la secretaría de hábitat, tiene un coeficiente de Gini de 0,54 por debajo de la distrital 0,57. En Comparación con otras localidades está en un nivel promedio tendiente a alto; el más alto es candelaria con 0,61 y Ciudad Bolívar el más bajo con 0,38 [33]. El valor para 2007 con respecto al Gini era de 56 [34].

El Índice de Desarrollo Humano Urbano de Barrios Unidos es de 0.86, superior al resultado obtenido por Bogotá (0.81). Esto permite comprender que la Localidad cuenta con mayor cantidad de opciones que tiene cada habitante en su propio medio, para ser o hacer lo que él desea ser o hacer, si se compara con el distrito.

Por estrato socioeconómico se tiene que del total de viviendas de Barrios Unidos para el 2011, el 54,6% se encuentran en el estrato medio-bajo, el 41,9% en el medio, 3,3% en el medio-alto y el 0,2% clasificado sin estrato. La principal concentración de las viviendas de la localidad de Barrios Unidos por UPZ es la siguiente: Los Andes en el estrato medio (57,5%) y en el medio-bajo (24,9%); Doce de Octubre en el estrato medio (56,3%) y en estrato medio-bajo (43,4%); Los Alcázares en el medio-bajo (81,4%) y Parque Salitre en el estrato medio-bajo (100,0%) [23].

El concepto de vivienda y el de hogar están íntimamente relacionados a los conceptos de hábitat, calidad de vida y derechos humanos. Cuando se plantea la vivienda como un núcleo de análisis, se espera que se tengan en cuenta tanto los aspectos físicos del lugar como los entornos próximos y remotos a la vivienda como son las vías, el espacio público, los lugares de encuentro, los espacios cívicos y de convivencia, los servicios y los equipamientos. La localidad de Barrios Unidos tiene 71.691 viviendas, el 3,4% de la capital (2.097.697), con 76.047 hogares, en las que 4.318 personas viven en condiciones de hacinamiento crítico, seguido de un porcentaje significativo con alta dependencia económica, las cuales se encuentran en condición de pobreza, con 260 personas en situación de miseria. No obstante, la localidad cuenta con un alto nivel de cobertura en los servicios públicos domiciliarios básicos, las familias con servicios inadecuados son tan solo del 2% (112) del total de hogares [35].

De acuerdo a la valorización predial y estratificación (mostrada anteriormente en el mapa 1), y los perfiles desarrollados por Cámara de Comercio para el año 2011 [34], resulta fácilmente perceptible que la clase dominante de la localidad es la media, lo que en términos porcentuales resultaría ser el 50,7% para las viviendas en estrato 3 y el 38,9% de estrato 4. La UPZ Andes tiene la mayoría de su población (53%) en el estrato medio, el 23,3% en el estrato medio-bajo, el 16,3% en el estrato medio-alto y el 6,9% corresponde a población si estratificar. Mientras que la UPZ Doce de octubre se divide en un 56,1% de los habitantes de ubicados en estrato medio y el 43,5% en el estrato medio-bajo, representando en su conjunto el 99,7% del total de la población (100.169 personas). En la UPZ de los Alcázares el 81,6% de los habitantes se encuentra en el estrato medio-bajo y el 18,4% en el medio; resultados que equivalen al 99,9% del total de personas en la UPZ Los Alcázares (82.513). Finalmente, en la UPZ salitre de 4.300 habitantes localizados en esta UPZ, el 100,0% se ubica en el estrato medio-bajo [22].

En lo concerniente a la educación, la localidad presenta una de las mejores tasas a nivel Distrital. Según la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011, Barrios Unidos presenta una tasa de analfabetismo de tan solo 1,3% equivalente a 2.516 personas de mayores de 14 años, de un total de 192.309, equivalente a una Tasa de analfabetismo de hombres 1,2% para los hombres 1,4% para mujeres. La participación de carácter institucional se ve reflejada en establecimientos educativos y jardines infantiles. Los cuales en conjunto con los centros de recreación y cultura (parques, zonas verdes, centros culturales, teatros, bibliotecas etcétera), resultan ser de importancia para el desarrollo de la localidad y sus habitantes.

4.2 Perfil Salud Enfermedad

El estado de salud es medido y apreciado, indirectamente, a través del conjunto de problemas (morbilidad), que afectan el bienestar de los individuos. No obstante, al ser la enfermedad una realidad construida y el enfermo un sujeto social, resulta pertinente considerar un análisis integral del perfil de la morbilidad que incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como los relacionados a la salud mental, el ambiente, o a condiciones estructurales como la pobreza, el nivel de desarrollo del país; aspectos relacionados con la evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud.

Por consiguiente, la definición del perfil salud enfermedad tiene como objetivo establecer la carga de enfermedad (estado de salud) de la población, en este caso, en cada componente que la conforma, es decir, salud mental, salud oral, salud ambiental, salud nutricional etc., lo que implica la disponibilidad de información epidemiológica relevante en la Localidad desde las dimensiones de tiempo, persona y espacio.

Para los casos de mortalidad general no es posible diferenciar por sexo debido a la que la base suministrada solo presenta número de casos. De igual forma realizar tendencias en algunos de los componentes (SIVIGILA, SISVAN) resulta ser una dificultad a causa de la falta de datos sobre años anteriores. Sin embargo, la información suministrada resulta pertinente, completa y clara.

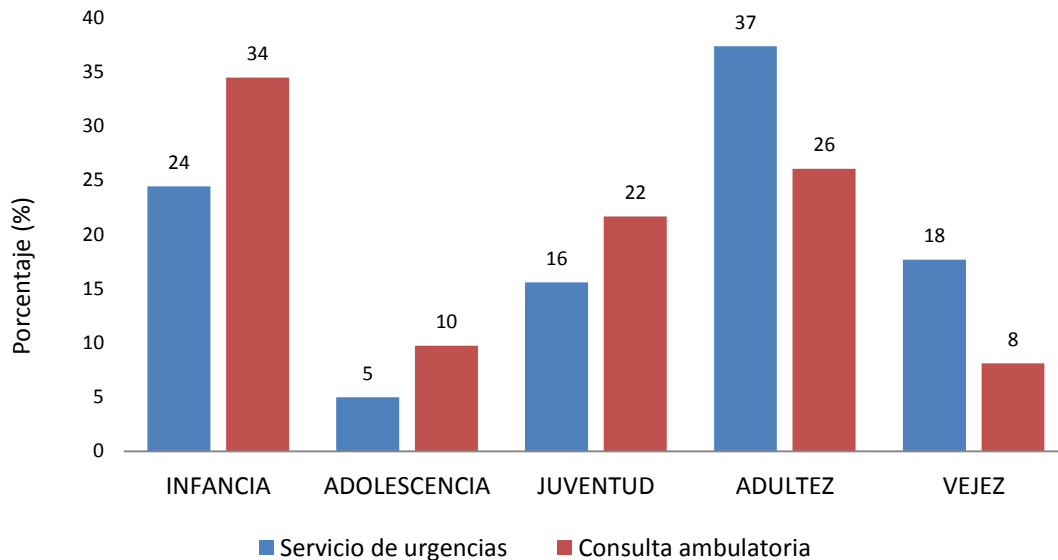
4.2.1 Estado de salud: Principales Morbilidades Atendidas

Para el año 2012 en el Hospital Chapinero ESE, se atendieron un total de 1097 personas por urgencias (407 mujeres y 690 Hombres) y 677 personas por consulta externa y ambulatoria (311 hombres y 366 mujeres). El servicio de Urgencias tuvo el mayor número de atendidos en la UPZ Doce de octubre con 544 Personas, mientras que el servicio ambulatorio y consulta externa tuvo su mayor población en la UPZ Alcázares con 356 individuos. Siendo en ambos servicios los adultos junto con niños y niñas los usuarios más representativos, como se puede observar en la Figura 2.

El grupo de infancia constituye el 26% (455) de los 1774 usuarios atendidos en los servicios de urgencias y consultas ambulatorias en las cuatro UPZ. Los niños y niñas fueron atendidos la UPZ Doce de octubre primordialmente por enfermedades infecciosas intestinales (25 casos) y por deficiencias nutricionales (16 casos); en UPZ Alcázares por afectaciones en órganos externos principalmente con 10 casos por consulta ambulatoria y 17 por urgencias (Oído: Otitis, Vértigo. Articulaciones: Gota, Artritis, Artrosis, Dolor, Radiculopatía, Lupus. Piel: Absceso, Impétigo, Celulitis,

Dermatitis, Ulceras), así como de algunas causas externas con 15 usuarios (Traumas, Contusiones, Heridas, Luxación, Contusión, Quemaduras, Fracturas, edema, alergia).

Figura 2. Distribución porcentual de consultas ambulatorias y servicios de urgencias atendidos en el Hospital Chapinero por ciclo vital. Localidad Barrios Unidos



Fuente: bases de la Morbilidad Atendida en consulta ambulatoria y servicio de urgencias. Hospital Chapinero 2012.

No obstante el mayor número de servicios ambulatorios, y a su vez también en urgencias, en esta etapa de ciclo vital corresponden a Infecciones Respiratorias Agudas –IRA-: Distribuidos por mayor prevalencia encabeza la UPZ Alcázares con 16 casos (28%) por consulta ambulatoria y 46 (41%) casos de urgencias, seguida de la UPZ Doce de octubre con 22 casos (17%) en consulta ambulatoria y con 36 casos (36%) en Urgencias, y finalmente la UPZ Andes con 10 (32%) casos por ambulatoria y 15 por urgencias (48%).

Esto debido a que las enfermedades respiratorias son comunes en los menores de 5 años y constituyen una importante causa de mortalidad y morbilidad en el recién nacido. La mayoría de los niños desarrolla de tres a ocho resfríos con tendencia a tener problemas respiratorios cada año. Este número puede ser mayor en niños que viven su diario en lugares expuestos al humo de tabaco u otros contaminantes o irritantes, por lo que resulta ser un problema muy vinculado a la salud ambiental.

Los adolescentes presentan una atención por Consulta Externa y ambulatoria esencialmente en temas de trastornos mentales, deficiencias y anemias nutricionales en lo que respecta a la UPZ Doce de octubre, mientras que en UPZ Alcázares y Andes

esta población acude por más por enfermedades en órganos externos y algunos trastornos mentales y de comportamiento.

Sin embargo, la atención por urgencia en todas las UPZ en este ciclo de edad es especialmente por embarazo parto y puerperio, y por lesiones de causa externa, comúnmente dado por accidentes de tránsito y por agresiones personales.

Los jóvenes presentan una distribución de casos por las razones de atención en la Localidad de la siguiente manera: Doce de octubre por consulta Externa y ambulatoria se trataron 18 casos de enfermedades en órganos externos, 14 casos con enfermedades relacionadas con órganos sexuales y 12 personas con deficiencias y anemias nutricionales y por urgencias primaron las causas externas con 7 casos; en la UPZ Alcázares priman las urgencias con 13 atendidos por Causas externas, 14 jóvenes con embarazo parto y puerperio; y en UPZ Andes la consulta externa y ambulatoria se vio ocupada por enfermedades de órganos sexuales (9 casos) y por enfermedades de órganos externos (8 casos).

Las complicaciones representadas en los jóvenes recaen en las mujeres ya que en muchos casos son debidos a problemas durante el embarazo. El problema radica mucho en los cambios corporales de la persona, causando incomodidades y riesgos tales como la anemia, amenazas de aborto, desprendimiento de placenta, hemorragias etc.

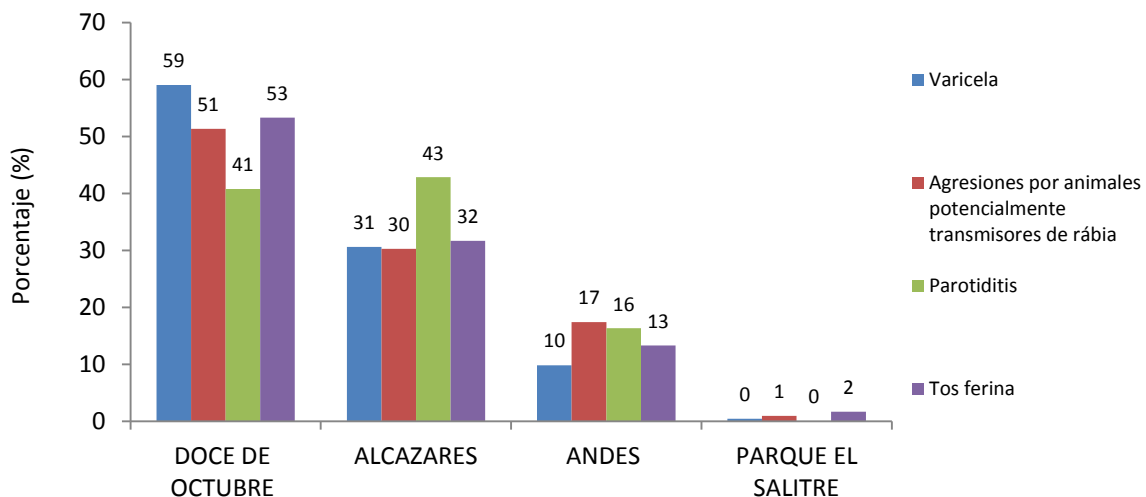
Por otra parte, los adultos conservan el primer lugar con más consultas por urgencias (338 casos) y segundos por consultas ambulatorias (177casos); importantes usuarios atendidos por diferentes diagnósticos OPS 37% (338) de 926 reportes. En cuanto a la consulta ambulatoria se brindó atención principalmente por Enfermedades en órganos externos: Doce de octubre 55 Casos, Alcázares 30 Casos y Andes con 23 Casos; por enfermedades en órganos sexuales: Doce de octubre 15 Casos, Alcázares 12 Casos y Andes con 10 Casos; Enfermedades relacionadas sistema circulatorio y cardiaco: Doce de octubre 18 Casos y Alcázares 13 Casos; y finalmente enfermedades relacionadas a malnutrición (obesidad) ubicada en Alcázares con 10 casos y Andes con 18 casos.

Finalmente la Vejez fue acogida con problemas relativos a enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y cardiaco: UPZ Doce de octubre con 40 casos, Alcázares con 27 casos y Andes con 16 casos. Así mismo, presentan dificultades por causa externa, malnutrición, y son parte de los 30 usuarios crónicos ingresados al Hospital: 23 fueron por hipertensión arterial, seguido por 4 usuarios con Diabetes Mellitus tipo II.

4.2.2 Eventos de interés en salud pública- SIVIGILA

En base a los datos de SIVIGILA para el año 2012, la localidad de Barrios Unidos presenta un cuadro donde el evento con más número de casos es la varicela: 196 casos en UPZ Doce de octubre, 100 en Alcázares y 27 en Andes. La enfermedad viral tiene su mayor índice en la infancia, es decir, preescolares y escolares. Se presenta, a la vez, un grave problema de agresiones por animales con riesgo de rabia en todas las UPZ; esto asociado a una urgente acción sobre el control y esterilización de animales de calle.

Figura 3. Distribución porcentual de los principales eventos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA por UPZ. Localidad Barrios Unidos 2012



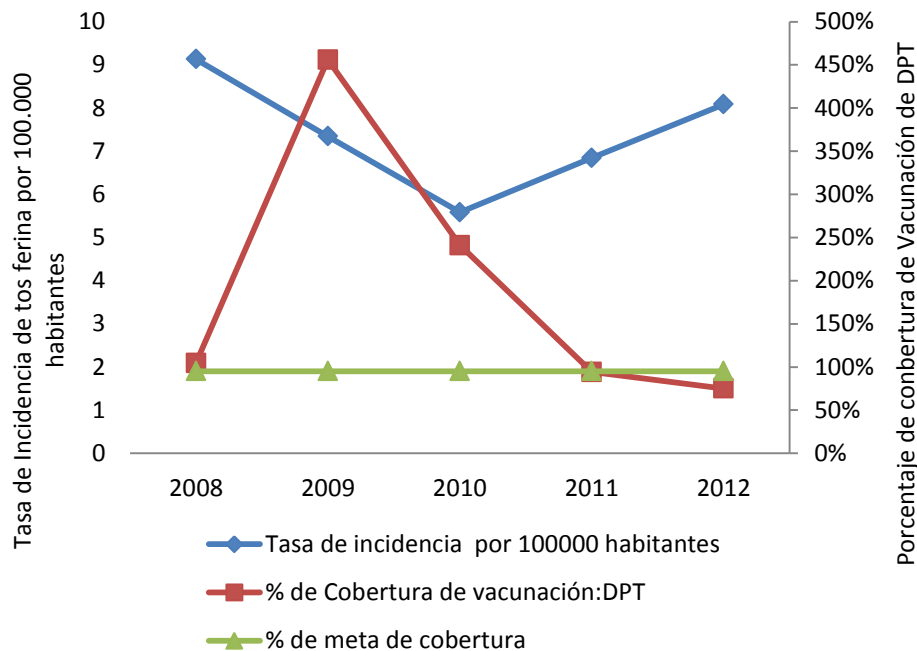
Fuente: 2012: Bases SIVIGILA, suministrada por la SDS para el equipo ASIS Local en Mayo de 2013

Con mayor número de casos en preescolares y escolares la varicela se encuentra como el evento con más prevalencia: 456 casos (59%) de un total de 897 personas, 138 niñas y 318 niños. La mortalidad ocasionada por la Varicela y sus complicaciones es más alta en los niños menores de un año que en otros ciclos. Resulta ser un problema de cuidado puesto que es una enfermedad altamente contagiosa que conlleva el ausentismo escolar del niño enfermo o la necesidad de internarlo en un centro de atención. UPZ Doce de octubre con 142 casos (38%) en los cuales 73 casos corresponden a hombres y 69 a mujeres; UPZ Alcázares 71 casos (18%) 39 hombres y 32 mujeres y los Andes con 17 casos (3%) 9 casos hombres y 8 mujeres.

A los niños de la Localidad los afecta, a su vez, enfermedades como la tosferina: UPZ Doce de octubre con 27 casos, UPZ Alcázares con 14 y Andes con un caso. Este evento relacionado, al tiempo, con casos de Enfermedades similares a la influenza –

ESI- y las Infecciones Respiratorias Agudas Graves - IRAG- que se presentan en toda la Localidad. Eventos altamente contagiosos que pueden presentarse de forma leve y de corta duración o en forma clínicamente grave y complicada. Obedecen en gran parte a la neumonía y bronqueolitis, asociado a factores de riesgo como el bajo peso al nacer, la desnutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, las bajas coberturas de vacunación y la disponibilidad de antimicrobianos; toda la problemática agudizada por ingresos bajos.

Figura 4. Tasa de incidencia de tosferina frente a la cobertura de vacunación de DPT. Localidad Barrios Unidos 2008 a 2012



Fuente: 2008 a 2012 Incidencias, Bases de datos SIVIGILA SDS, Tableros de control de coberturas de vacunación Hospital Chapinero

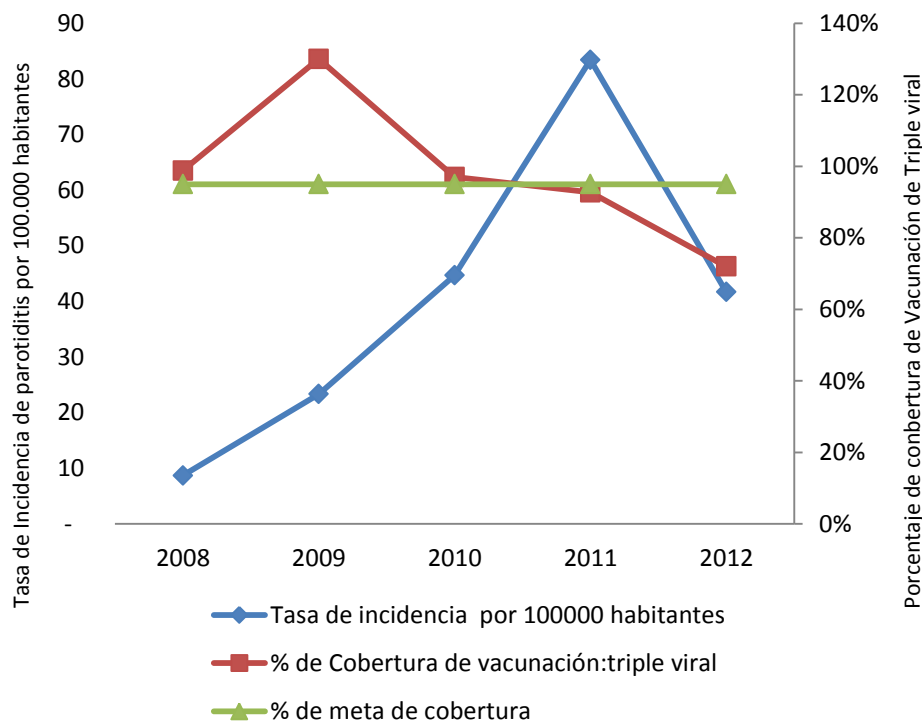
En respuesta a este tipo de eventos, como la tosferina, se han implementado respuestas como la vacunación que es una de las intervenciones preventivas más eficaces disponibles, ya que previene más de un millón y medio de muertes anuales en menores de dos años, según cifras de la Organización Mundial de la Salud.

En esa medida el programa ampliado de inmunización –PAI- a nivel Distrital y, por ende, a nivel Local, llevó a una disminución de los casos y a un aumento de cobertura de vacunación del año 2008 al año 2010 (ver figura 4); sin embargo, desde el año 2011 se ha venido presentando un nuevo aumento constante de casos en lo referente a tos ferina y una disminución de la cobertura de vacunación, llegando a estar por debajo de

la meta distrital. Un problema a nivel Distrital: “La Secretaría Distrital de Salud ha logrado ampliar la cobertura y es líder en la introducción de nuevas vacunas en el país. De hecho, para el 2012 esperaba mantener la cobertura por encima del 95% en menores de un año. Así, lograría reducir en un 9,9% la tasa de mortalidad de estos pequeños. No obstante, desde el 2010, la cobertura ha disminuido por debajo del 90%” [37].

Esto se debe a un aumento de la meta distrital y a una serie de barreras prácticas de atención, pues es muy común, por ejemplo, que muchos de los usuarios no cuenten con el carnet de vacunación (infantes), factores culturales, imaginarios sobre los efectos de las vacunas, ideas sobre la pertenencia a sistema contributivo o subsidiado, barreras de salud con EPS (poca demanda inducida). Para algunos investigadores, la falta de personal calificado para vacunar es una de las principales barreras al servicio, sumado a los pocos recursos en materia de educación y promoción de la vacunación en los diferentes medios [37].

Figura 5. Tasa de incidencia de Parotiditis frente a la cobertura de vacunación de Triple Viral. Localidad Barrios Unidos 2008 a 2012



Fuente: 2008 a 2012 Incidencias, Bases de datos SIVIGILA SDS, Tableros de control de coberturas de vacunación Hospital Chapinero

El Gobierno Distrital mediante el Plan Ampliado de Inmunizaciones comprendido en el año 2012 establece bajo políticas gubernamentales las siguientes actividades en eventos inmunoprevenibles a menores de 1 año Triple Viral (3367 personas vacunadas) Tuberculosis (11110 personas) Hemophilus Influenza, Hepatitis B, Polio y Tos Ferina (3517 personas) Fiebre Amarilla (2887 personas), Hepatitis A (3374 personas) Rotavirus (4440 personas) y Neumococo (3250 personas).

La Secretaría de Educación junto con la Secretaría de Salud realizaron jornadas de vacunación gratuitas contra el Virus del Papiloma Humano en colegios seleccionados tanto públicos como privados planificando los intervalos de las dosis de la vacuna. Más de 14.000 niñas fueron beneficiadas con este programa recordando que el Virus del Papiloma Humano es el causante del Cáncer de cuello Uterino.

Para la localidad se intervinieron en el mes de Agosto del año 2012, 10 colegios públicos aplicando un total de 15634 dosis entre primeras segundas y terceras dosis y 29 colegios privados aplicando un total de 904 dosis a niñas que cursaran grado cuarto de primaria entre los 9 y 17 años de edad.

Para los adolescentes de la Localidad la Varicela resultas ser una de las afectaciones comunes: 29 casos en la UPZ Doce de octubre, 10 casos en la UPZ Alcázares y 8 casos en UPZ Andes; seguida de la Parotiditis: 8 casos en la UPZ Doce de octubre, 9 casos en la UPZ Alcázares y 4 casos en UPZ Andes; y finalmente agresiones por animales en las UPZ doce de octubre (9 personas) y Andes (1 persona). Se presentaron casos de intoxicación por fármacos (2 casos) y por Sustancias psicoactivas (2 casos) en Alcázares y un caso de VIH SIDA en los Andes.

Los jóvenes de la UPZ Doce de octubre presentaron 24 casos de Varicela, 7 agresiones por animales y 16 casos de parotiditis; de igual forma la UPZ Alcázares tuvo en su juventud 25 casos de Varicela, 10 casos de parotiditis, 8 agresiones por animales, 6 mortalidades por VIH SIDA, 5 casos de intoxicación por fármacos y 5 por intoxicación de sustancias psicoactivas. Los Andes reportaron 7 jóvenes con Varicela, 5 con parotiditis, 4 con VIH SIDA, 4 Bajos pesos al nacer, 4 agresiones por animales y 4 sujetos con enfermedades transmitidas por alimentos ETA.

La adultez de la localidad es la más afectada por la Varicela, puesto que puede resultar mortal a este ciclo de edad Doce de octubre encuentra 42 casos de Varicela, Alcázares 21 casos y Andes 8 casos. Así mismo, la adultez viene teniendo problemas con el consumo de sustancias psicoactivas que han terminado en 6 casos de intoxicación en

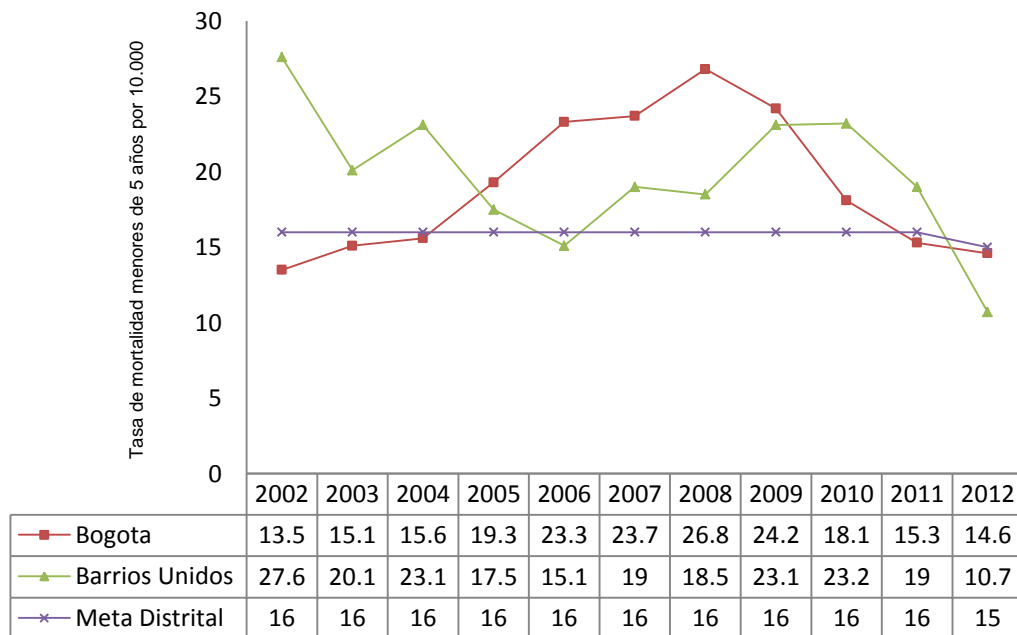
la UPZ Alcázares y 3 casos en UPZ Andes. Por otro lado, en lo que respecta a VIH Sida han incrementado los casos 9 en Doce de octubre y 9 en Alcázares.

Por último en la vejez no se tienen datos relevantes sobre eventos acontecidos, aparte de las ESI e IRAG y las agresiones por animales dadas en toda la Localidad, especialmente en Doce de Octubre. Esto se debe en gran medida a las barreras de notificación y de acceso a la salud de los adultos mayores de Barrios Unidos.

Finalmente, la mortalidad en menores de 5 años presentó una disminución tanto a nivel distrital como a nivel local, pues para el año 2002 el Distrito reportó alrededor de 1568 casos y la Localidad informo de 40 casos bajo la meta Distrital de 16 casos; el hecho fue disminuyendo hasta que Bogotá tuvo para el año 2012 1287 casos y Barrios Unidos 14 casos bajo la meta distrital de 15 casos que corresponden a 9 hombres y 5 mujeres, siendo los trastornos respiratorios (8 casos), principal causa de muerte en niños menores de 1 año (ver figura 6).

Para el caso de la población entre los 15 años a 44 años la mayor razón de muerte son los accidentes de tránsito (6 casos) y las agresiones u homicidios (5 Casos). De los 45 a 59 años las mayores causas se deben a los problemas de Enfermedades isquémicas del corazón (6 casos) al igual que los mayores de 60 años (135 casos).

Figura 6. Tendencia de la mortalidad en menores de 5 años 2002 a 2012. Localidad Barrios Unidos Periodo comprendido entre el año 2002 al 2012



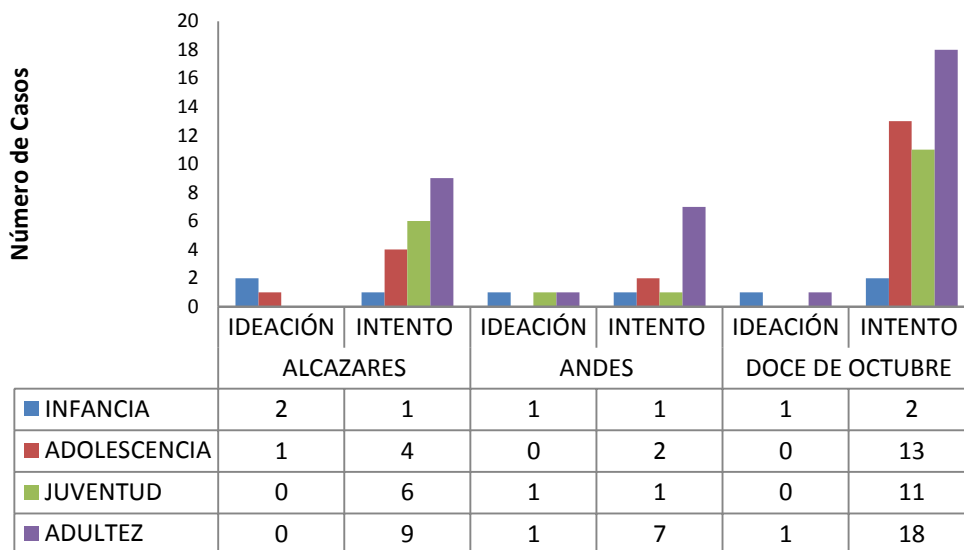
Fuente: 2008-2011: Certificado de defunción DANE. RUAF. Bases mortalidad evitable SDS. Información preliminar, 2012: Bases mortalidad evitable SDS, Actualizada en Marzo 2013, NV: Tablero de seguimiento a indicadores Hospital Chapinero. Información preliminar

4.2.3 Salud mental

*El único problema filosófico verdaderamente serio es el Suicidio.
Juzgar si la vida es o no digna de vivir es
la respuesta fundamental a la suma
de preguntas filosóficas.
Albert Camus*

Definida como un estado de bienestar del individuo para afrontar las tensiones y dificultades comunes de la vida, la buena salud mental permite a la persona estar en condiciones de productividad para con su comunidad. Con base en los registros establecidos por el subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS- del Hospital Chapinero durante el año 2012, el principal problema en la Localidad de Barrios Unidos son los intentos de suicidio (75 casos).

Figura 7. Comportamiento de la conducta suicida por ciclo vital y UPZ. Localidad de Barrios Unidos 2012



Fuente: 2012. Base de datos SISVECOS suministradas por la SDS al equipo ASIS Local en Mayo de 2013

La UPZ Doce de octubre cuenta con la mayor cantidad de intentos (44), dados en todos los ciclos vitales: infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez; seguido de la UPZ

Alcázares con 20 intentos, observando mayor prevalencia en la juventud (6 intentos) y adultez con (9 casos), cada uno; y finalmente la UPZ Andes con 11 casos sobreponiéndose la adultez como ciclo vital con más intentos.

Por otro lado se observa mayores intentos suicidas en las mujeres que en los hombres con un 64% (48) contra 36% (35), respectivamente. Para la UPZ Salitre no se registró ningún tipo de problema en salud mental. Los problemas relacionados con la ideación, amenaza o suicidio consumado, no son un factor decisivo en la localidad.

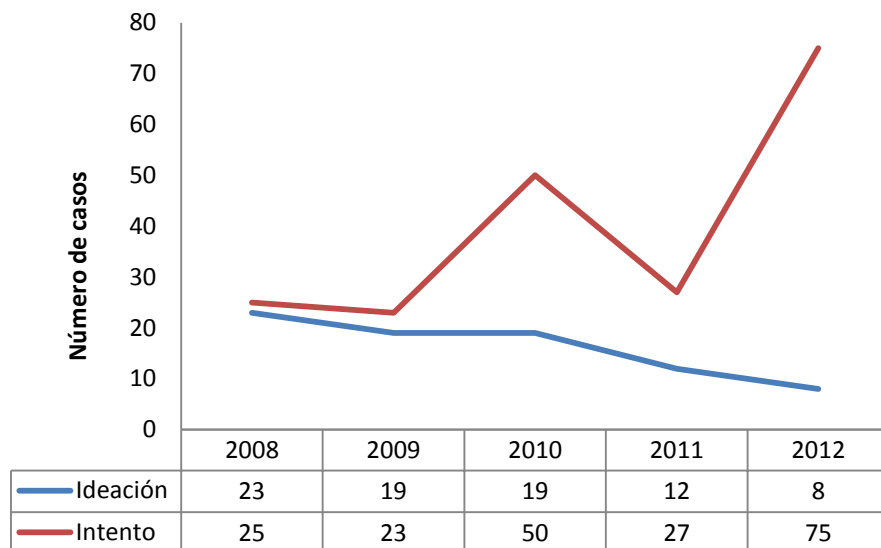
Casi el 10% (8 casos) de intentos y amenazas de suicidio ocurrieron en el ciclo vital de infancia, cifra que resulta preocupante ya que son la base futura de la localidad. Cuando se trata de explicar las posibles causas del suicidio en niños, niñas y adolescentes (24%), se deben tener en cuenta aspectos tales como el núcleo familiar, social y escolar, que son las áreas fundamentales en las que se mueven los pequeños. El sentido del problema puede encontrarse, por otro lado, en las redes de apoyo en las que se encuentran los niños y niñas, debido a que reúnen todo lo referente a acompañamiento, y en esa medida, los problemas pueden yacer en sentimientos de pérdida como la separación de los padres, las decepciones afectivas, el abandono familiar, la sensación de soledad etc.

Otro de los ciclos más relevante son los jóvenes (23%), con problemas de intentos y amenazas de suicidio: 11 casos, 1 hombre 10 mujeres en Doce de octubre; 6 casos, 2 hombres 4 mujeres en Alcázares; y 2 casos, 1 hombre 1 mujeres en los Andes. Se observa un número de casos mayor en las mujeres debido a determinantes como el bajo nivel educativo, la calidad y el estilo de vida en el que se desarrolla su dinámica familiar, la soledad como sentido, su ausencia de proyectos, una cultura permeada por ideas y actitudes machistas, estereotipos de belleza y los hábitos inadecuados de alimentación con el objetivo de lograr tener una realización afectiva y personal.

En último lugar, pero con el mayor protagonismo, la adultez es la población con mayor número de eventos autoinflingidos contra la vida, el 43% de los casos en la localidad siendo Doce de octubre la UPZ, con 19 personas (11 mujeres 8 hombres), con más intentos de suicidio. Estos están relacionados posiblemente a factores como la depresión, el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, problemas económicos, desempleo. Determinantes enlazados en un espacio social o ambiente abandonado o de una cohesión social débil y fragmentada. No solo obedece a trastornos psicológicos, antecedentes familiares sino que es un hecho social dado por la falta de oportunidades y la pérdida del sentido a la vida por condiciones que permiten la idealización.

La anomía² en la salud mental presentada en los adultos y jóvenes, puede tener entre sus causas la calidad de las relaciones sociales, y oportunidades de participación, es decir, un problema de integración y cohesión social que se ha evidenciado a lo largo del tiempo (ver figura 7).

Figura 8. Tendencia de la conducta suicida. 2007 a 2012. Localidad de Barrios Unidos



Fuente: 2008 2012: Bases de datos SIVIM y SISVECOS suministradas por la SDS al equipo ASIS Local

Las relaciones sociales son más que vínculos instrumentales o medios de acceso a recursos y oportunidades, las redes sociales y el apoyo social están relacionados con la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y la salud mental [38]. Por otra parte, la falta de oportunidades, transformaciones económicas y las crisis dadas por cambios bruscos conducen a la desorientación, a la desconfianza y a una constante sensación de vacío que muchos de los habitantes intentan llenar con el consumo desmedido de alimentos, sustancias psicoactivas o encontrándoles solución con la muerte. Los intentos de suicidio son la representación de una urgente atención e intervención.

Una circunstancia determinada para una persona puede convertirse en un factor de riesgo que incrementa las probabilidades que algo ocurra (amenaza, intento, ideación,

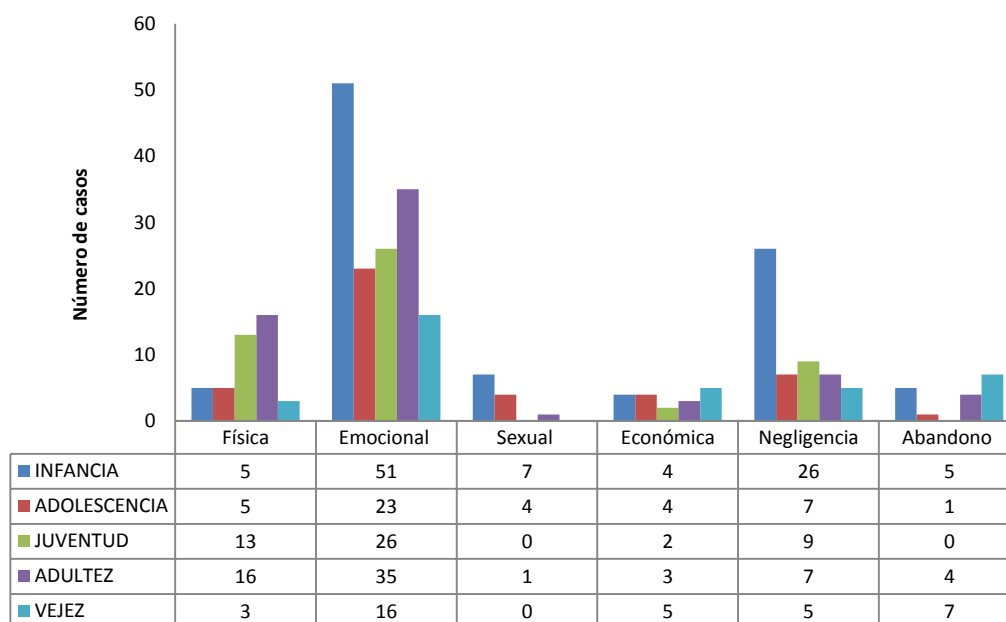
² Es un concepto sociológico diverso que hace referencia tanto a causas como a consecuencias de modos de estructuración y re-estructuración social. Propuesto por el sociólogo Emile Durkheim, se trata de un fenómeno histórico y culturalmente específico, es decir, sus expresiones son particulares a contextos y refleja tensiones entre individuo y sociedad marcadas por la simultaneidad de dependencia y autonomía, deseos y limitaciones, libertad y seguridad. Para Durkheim, la anomia es un problema moral relacionado con el deterioro o rompimiento de lazos sociales y el decaimiento de la solidaridad; se define la anomia como una propiedad de la estructura social con efectos individuales.

suicidio), esto va a depender de la edad, el sexo, el contexto en el que se encuentra y la estructura psíquica de la persona [39]. En efecto, resulta preocupante la presencia de intentos y amenazas en los infantes, ya que son la base futura de la localidad. Cuando se trata de explicar las posibles causas del suicidio en los niños y niñas (y adolescentes), se deben tener en cuenta aspectos tales como el núcleo familiar, el social y el escolar, que son las áreas fundamentales en las que se mueven los pequeños.

El sentido del problema puede encontrarse, por otro lado, en las redes de apoyo en las que se encuentran los niños y niñas, debido a que reúnen todo lo referente a acompañamiento, y en esa medida, los problemas pueden yacer en sentimientos de pérdida como la separación de los padres, las decepciones amorosas, el abandono familiar, la sensación de soledad etc.

Estas pautas de posible ocurrencia remiten de manera necesaria a la situación de convivencia familiar

Figura 9. Distribución de los tipos de violencia intrafamiliar por etapa de ciclo vital. Localidad Barrios Unidos 2012



Fuente: 2012. Base de datos SIVIM suministradas por la SDS al equipo ASIS Local en Mayo de 2013

Equipo de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar del Hospital Chapinero reportó que durante el año 2012, reportó que los mayores casos de maltrato son de tipo emocional con una distribución de 20% (30) para la UPZ Doce de octubre, 68% (102) para Alcázares y 12% (18) para los Andes; Frente a los 292 casos de violencia en

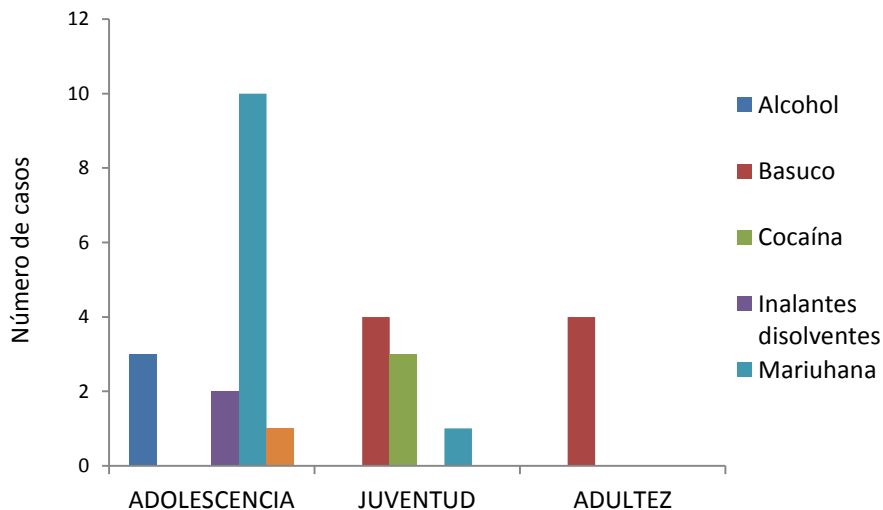
general (emocional, física, sexual, económica y por negligencia), intervenidos durante el 2012, el ciclo vital de infancia fue el que se vio más afectado con un 33% (98) de los casos, y las mujeres (adultas primordialmente) tuvieron prevalencia frente a los hombres con un 66% (193) de los casos, especialmente en las violencias relativas a lo emocional y física.

En síntesis, en concordancia con la OMS “El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez” [40]. Para ello es menester mantener un estilo de vida saludable, de buena convivencia y de actitudes y comportamientos que beneficien el bienestar de la familia.

4.2.4 Consumo de sustancias psicoactivas VESPA

Empero, muchos de los problemas de violencia, de intentos suicidas y de problemas de salud obedecen al consumo de sustancias psicoactivas. Con datos captados en instituciones locales como IDIPRON o Centro Crecer se puede intuir que el consumo de alcohol y la marihuana son una de las razones que explicaría muchos de los comportamientos en adolescentes en Barrios Unidos. Según los datos los hombres (21 casos) son el 78% enfocándose en adolescencia y juventud; mientras las mujeres (6 casos) 22% son primordialmente adolescentes.

Figura 10. Principales sustancias psicoactivas consumidas por personas que fueron censadas en instituciones Sociales de Barrios Unidos durante el 2012 por ciclo vital.



Fuente: 2012: Base VESPA suministradas por la SDS para el equipo ASIS Local en Mayo de 2013

4.2.5 Trabajo Informal

De acuerdo a la caracterización realizada a los trabajadores y trabajadoras de la Economía Informal de la Localidad de Barrios Unidos, por parte del equipo de Ámbito laboral, se obtuvo un total de 369 personas (67,75% Hombres y 32,25% Mujeres) dedicados a las actividades de expendio a la mesa de comidas preparadas en cafeterías, refrescos y helados, salones de té 10,53% (16 establecimientos intervenidos); expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurantes 26,97% (41 establecimientos intervenidos); expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimiento 1,97% (3 establecimientos intervenidos); fabricación de muebles para el hogar, oficina y/o empresas 24,34% (37 establecimientos intervenidos); Mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas 36,18% (55 establecimientos intervenidos).

Debido a los tipos de actividad económica que se tienen en la localidad y la exigibilidad en cuanto a calidad y trabajo manual, la tendencia es que se presente con alta relevancia los hombres por considerarse con mayor fuerza muscular en los talleres de mecánica, así como las carpinterías y en menor proporción en los expendios de alimentos preparados.

En los talleres de mecánica se realizan operaciones de trabajo muy diversas, desde arreglar y sustituir toda clase de piezas, reconstruir componentes o reparar y pintar carrocerías. Estas labores ocultan una serie de riesgos que se materializan principalmente en accidentes laborales. Las formas más frecuentes son por caídas al mismo nivel por derrames de aceite, caídas a distinto nivel, choques, golpes y atrapamientos (manipulación manual de cargas, herramientas manuales, máquinas portátiles), proyecciones de fragmentos y sustancias químicas (ácido de baterías), contactos eléctricos, exposición a riesgos físicos (ruido, radiación ultravioleta en soldadura eléctrica), exposición a contaminantes químicos (gases de escape, combustibles, humos de soldadura, pinturas, disolventes), incendios y explosiones (hidrocarburos).

Por otro lado, Las UTIs que trabajan la madera presentan problemas de orden y aseo lo cual genera un alto riesgo locativo representado por el alto nivel de accidentalidad por la falta de distribución de puestos de trabajo, hacinamiento, altos niveles de ruido, lo cual desconcentra a los trabajadores aumentando la siniestralidad, manejo y transporte de diferentes tipos de cargas, almacenamiento inadecuado de materia prima y producto terminado, que puede generar caídas, golpes, fracturas entre otros accidentes de trabajo comunes en el sector. En el ambiente de trabajo están presentes emisiones de material particulado producto de los procesos de aserrado, cortado, cepillado, lijado,

etc.; además de vapores de pintura y laca; también de ruido de impacto por golpes con herramientas como el martillo o continuo por el funcionamiento de maquinaria, entre otros.

En la dinámica de los micro-territorios se identifica que existe gran variedad de establecimientos comerciales entre ellos predominan los expendios de alimentos preparados (cafeterías, tiendas de abarrotes, pizzería panaderías restaurantes etc.). Los riesgos que se pueden identificar a simple vista en los expendios de alimentos preparados son: posturas prolongadas, Manipulación de cuchillos en el proceso de corte, uso de licuadoras, ollas a presión, que en su inadecuada manipulación pueden generar heridas de distinta gravedad. Contacto con agua o alimentos contaminados en el trabajo. Jornada de trabajo superior a 8 horas, exigencias de los clientes, por retraso en la entrega o calidad del trabajo. Exposición a temperaturas extremas y se presenta trabajo por temporadas de baja productividad, competencia.

Este tipo de actividades cuenta con diversos locales a lo largo y ancho de la localidad, convirtiéndose en los mejores trabajos del sector informal con bastante afluencia de personas de paso que se interesan en sus productos y servicios.

4.2.6 Trabajo infantil

En la vigencia del año 2012 se identificaron, caracterizaron y canalizaron a los diferentes servicios de salud a 101 niños y niñas de la edad entre los 5 a 11 años, y a 51 niños y niñas de la edad de 12 a 14 años. Estos se identificaron a través de búsqueda activa en espacios locales distintos a la escuela, en las UTIs (Unidades de Trabajo Informal) intervenidas por la ESE Hospital Chapinero, en las plazas de mercado, en la calle y en las diferentes Instituciones Educativas Distritales de la Localidad.

La gran mayoría de niños entre los 5 a 11 años se encuentran escolarizados y trabajando principalmente en actividades económicas relacionadas al comercio de partes, piezas (autopartes) y accesorios (lujos) para vehículos automotores. También se dedican a labores de expendio de comidas preparadas en restaurantes, realizan labores de meseros y en algunos casos repartidor de domicilios. Esta actividad expone a riesgos de origen físico y carga física bajo la aprobación total de los padres, al considerarlo como una ayuda en la actividad económica de la familia y no como un problema.

Los niños y adolescentes de 12 a 14 años se ocupan como trabajador Familiar sin Remuneración, donde el 37% equivale a los niños y el 24% a las niñas. Esto implica

deducir que este grupo realiza más labores dentro de la actividad económica de sus acudientes o familiares que acompañamiento en sí, a diferencia del anterior grupo descrito. Los adolescentes de 15 a 17 años tienden a ocupar sus labores de trabajo en oficios de obrero, empleado en restaurantes o negocios de reparación y mantenimiento de automotores [41].

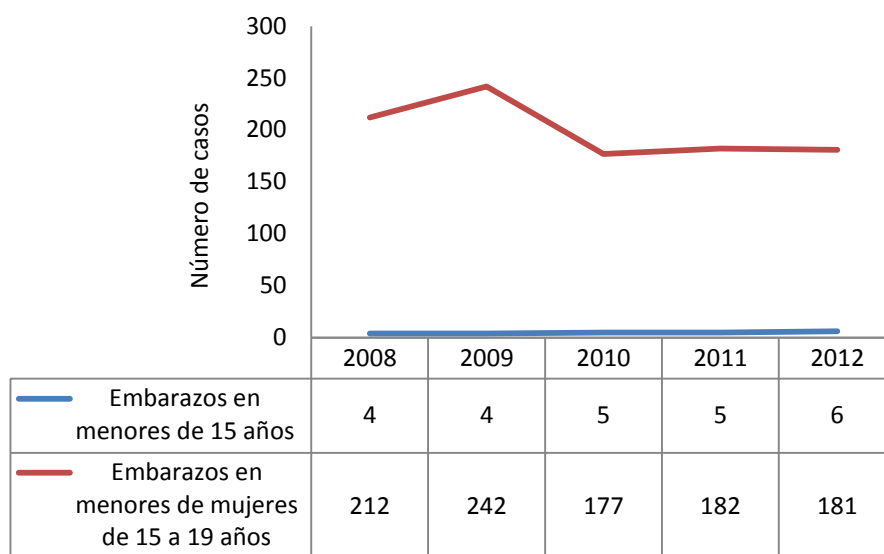
4.2.7 Salud sexual

*"Pero es que, amigos míos, la vida ha dado muchas vueltas.
En mi adolescencia, a los doce o trece años,
hablábamos en voz baja, de cómo se hacen los niños.
Hoy, a la misma edad, los adolescentes hablan,
en voz alta, de cómo no se hacen. "*

Fisas, Carlos

El embarazo no planeado en adolescentes se ha considerado una problemática social de la localidad Barrios Unidos, que afecta no solo a las personas implicadas sino a la familia y a la sociedad en su conjunto. El asunto recae en una de las dimensiones del ser humano más afectada en la adolescencia: la sexualidad. La falta de educación y orientación en los cambios transitivos de la niñez a la adultez, en la construcción de identidad y de género, provocan un estado de confusión que puede conducir hacia conductas nocivas para la salud y el pleno desarrollo: consumo de drogas, bebidas alcohólicas, retraimiento, aislamiento, agresividad, deserción escolar, prostitución infantil, entre otros.

Figura 11. Tendencia de embarazos en adolescentes en el periodo de 2008 a 2012. Localidad Barrios Unidos



Fuente: 2008-2011: Certificado de defunción DANE. RUAF. Bases mortalidad evitable SDS. Información preliminar, 2012: Bases mortalidad evitable SDS, Actualizada en Marzo 2013, Tablero de seguimiento a indicadores Hospital Chapinero. Información preliminar

El embarazo en adolescentes está determinado por factores socioculturales y económicos que comprometen a la madre y a su hijo. Algunos inconvenientes puede resumirse en la falta de información sobre salud reproductiva, la discreción entre de padres y madres de familia al proporcionar educación sexual, los problemas escolares dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren con la posibilidad de conseguir ingresos suficientes. El aspecto educativo suele ser de suma importancia, pues el bajo rendimiento académico y las probabilidades de abandono escolar afectan los índices de escolaridad; además de acarrear consecuencias sociales y económicas para la localidad: dependencia, hacinamiento, desempleo, pobreza, entre otras.

Ser madre a temprana edad puede ocasionar inconvenientes como el rechazo social, su círculo de amigos, vecinos o familiares. Esta situación priva a la madre joven de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo, esto hace más difícil que la joven establezca una relación de pareja estable [42].

Por otro lado, la Juventud de Barrios Unidos presenta complicaciones relativas a la sífilis gestacional: UPZ Doce de Octubre 1 caso, Alcázares 3 casos; y problemas de VIH mortalidad por SIDA: Doce de octubre 6 casos, Alcázares 6 casos y Andes 4 casos.

Figura 12. Principales Eventos de Transmisión sexual notificados al SIVIGILA, por UPZ y ciclo vital, Hospital Chapinero 2012



Fuente: 2012: Base de SIVIGILA suministradas por la SDS para el equipo ASIS Local en Mayo de 2013

Se ha determinado la existencia de vulnerabilidad sociocultural a las ITS ya que afectan más los grupos marginales y con poco acceso a la salud. También existe más riesgo en los jóvenes por sus conductas inadecuadas sobre el manejo de su sexualidad de manera segura, y en mujeres dada su condición. Así mismo, en grupos de alto riesgo como trabajadoras sexuales y drogadictos endovenosos, estos últimos debido a su conducta sexual y consumo de alcohol y drogas.

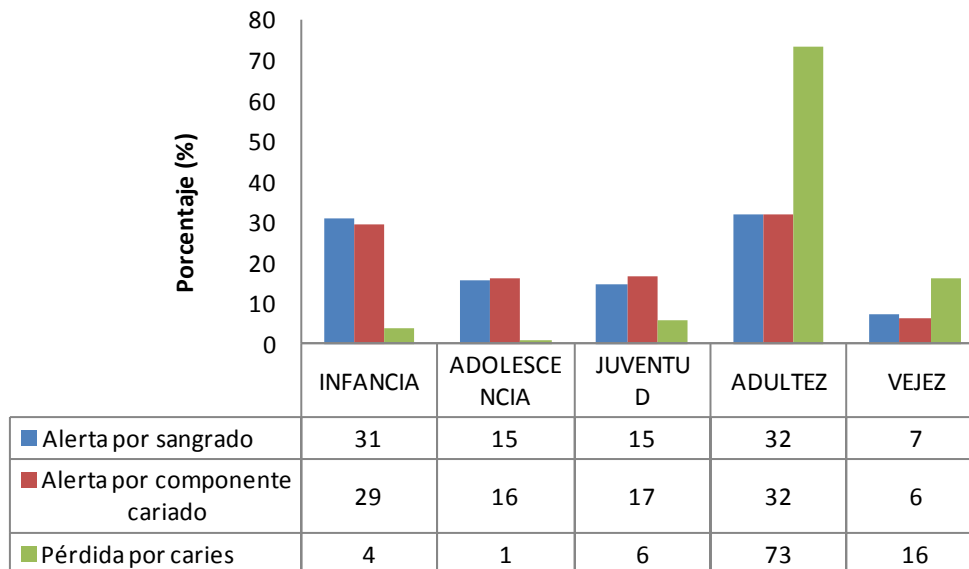
4.2.8 Salud oral

*“Tener la dentadura buena eso es salud para uno”
(Familia A1)*

La salud oral se encuentra ligada al bienestar de las personas, resultando obvia su relación en su calidad de vida [43]. Los datos capturados mediante el Subsistema de Vigilancia Epidemiológico de Salud Oral –SISVESO- del Hospital Chapinero durante el año 2012 en la Localidad de Barrios Unidos, muestran que 667 personas residentes en

la Localidad, notificaron 951 eventos de enfermedades bucodentales tales como la gingivitis, la periodontitis, las caries o la pérdida de un elemento dentario (44).

Figura 13. Alertas en salud oral por ciclo vital en la Localidad de Barrios Unidos 2012



Fuente: 2012: Base de SISVESO suministradas por la SDS para el equipo ASIS Local en Mayo de 2013

Estos síntomas de problemas de salud crónica comienzan durante la niñez y terminan en problemas psicológicos, físicos y emocionales a la edad adulta. De los 951 eventos asociados a dificultades con la salud oral el 25% corresponde a niños y niñas menores de 12 años (239 casos), es decir, que la futura población de la localidad tiene el riesgo de tener problemas dentales más complejos si no se tratan a tiempo y si no se interviene sobre las causas que provocan los mayores problemas: caries y gingivitis. Del total de casos de la localidad, más de la mitad pertenecen a la UPZ Doce de octubre con 539 casos (56,6%), seguida de Los Alcázares con 305 casos (32%), 92 casos para la UPZ Andes (9,6%) y 15 casos en Parque salitre (1,5%).

Las causas asociadas a la mala higiene bucal, razón de la mayor cantidad de enfermedades orales, son muy dispersas en sus estudios, sin embargo, pueden encontrarse causas en los hábitos alimenticios (gran presencia de azúcares), la educación de los padres, condiciones de pobreza [45], etc. De igual manera, la falta de estrategias y enfoques para los individuos y las comunidades a través de programas de información, comunicación, educación, atención primaria en salud, podrían ser determinantes que afectan la salud oral de los habitantes.

Las disparidades en las condiciones de salud oral y acceso a los cuidados dentales en niños tienen una particular importancia, dado que existe una baja utilización de los servicios de salud en niños de cualquier edad, siendo la caries dental una de las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo poblacional: “El desconocimiento del niño y la niña como sujetos de atención por parte de los prestadores del servicio tiende a ser un factor determinante” [46]. Cuando se tiende a analizar la educación en salud oral, la desinformación resulta especialmente crítica al referenciarla con el ciclo vital infantil, puesto que estando en edad preescolar los niños y niñas tienen un proceso acelerado de crecimiento y desarrollo donde exacerbaban los riesgos de caries, comprometiendo rápidamente los dientes temporales y permanentes, conllevando a una difícil acción de políticas sanitarias integrales que contribuyan a erradicar las enfermedades mencionadas al inicio.

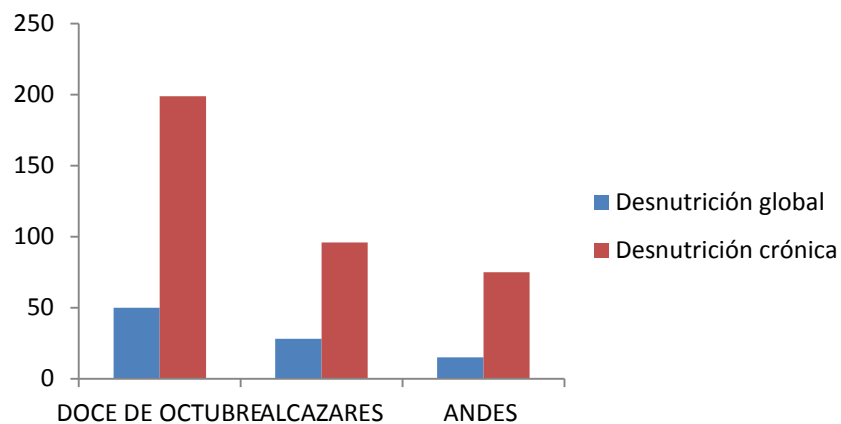
4.2.9 Salud nutricional

"Muchas veces, al hombre le cuesta más trabajo digerir la comida que conseguirla."

H.G. Bohn

Con relación al estado nutricional de los niños menores de 5 años en la Localidad, el Subsistema de Vigilancia Alimentaria –SISVAN- del Hospital Chapinero, reportó que para el 2012 se presentaron 97 casos de desnutrición global ubicada principalmente con el 54% de los casos (52) en la UPZ 12 de Octubre. Se encontraron 370 casos de desnutrición crónica encabezada por la UPZ Doce de octubre el 54% de los casos, Alcázares con el 26% de casos y Andes con el 20% de los Casos.

Figura 14. Distribución de las Desnutriciones global y crónica en población menor de 10 años. Localidad Barrios Unidos 2012



Fuente: 2012: Base de SISVAN suministradas por la SDS para el equipo ASIS Local en Mayo de 2013

Los problemas que recaen en la infancia son relativos a la alimentación y nutrición de Recién Nacidos de Bajo Peso, Madres Gestantes, Menores de 10 años y Escolares, grupos que se reconocen por su estado potencialmente vulnerables y sobre los cuales se orientan acciones específicas en salud. Según la definición del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- “La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas.

La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad” [47]. Aunque suele relacionarse la pobreza como el elemento central de causa de la desnutrición, existen otras razones de igual relevancia que fortalecen el problema, sobretodo en la localidad, como son la no lactancia por parte de la madre, infecciones respiratorias agudas –IRA-, enfermedades diarreicas agudas –EDA-, falta de educación, malos hábitos alimenticios, costos de alimentos, inadecuada alimentación gestante, consumo insuficiente de todos los alimentos, condiciones socioeconómicas, poder adquisitivo, bajo consumo de alimentos proteicos, baja adherencia a los servicios de salud, falta de controles de crecimiento y desarrollo, falta de educación en la madre, creencias inadecuadas, malas condiciones en la alimentación, calidad del agua, alcantarillado insuficiente o inexistente, servicios públicos inadecuados, higiene y saneamiento deficiente en el hogar.

4.2.10 Salud ambiental

“Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La Ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. Es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines “
Artículo 79. Constitución política de Colombia.

La salud ambiental hace referencia a todos los aspectos físicos, químicos, biológicos externos que afectan a las personas. Es menester construir escenarios y ambientes propicios y agradables para la salud, empero, la localidad presenta una de las preocupaciones más insistentes: fuerte contaminación del aire.

El mencionado problema obedece al deterioro en la calidad de aire, generado primordialmente por la alta movilidad, el alto tráfico vehicular que transita por las vías principales (Av. 68, Av. Caracas, Calle 100, 80, 72, 68,66, 63 y carreras 17, 19, 24,30) principalmente en las denominadas “horas pico”. Ésta contaminación es fortificada por las actividades comerciales e industriales que producen partículas en suspensión – PTS-: industrias de refacción y fabricación de muebles de madera. Sin embargo, dicha

contaminación producida por los carros y las fábricas, es apaciguada por las amplias zonas verdes del Salitre.

La estación de monitoreo de calidad del aire en el parque Simón Bolívar (IDRD), ubicado dentro de los límites de Barrios Unidos, ha venido observando el aumento de PM10 y los niveles de dióxido de nitrógeno por encima de lo establecido. Esto ha permitido relacionar la contaminación del aire con las enfermedades respiratorias agudas (ERA).

Las Enfermedades respiratorias son influenciadas por el Material particulado menor a 10 micrómetros -MP10- y por variables meteorológicas como la precipitación y la temperatura. Aunque la mayoría de las veces no suelen ser estados delicados, cerca de un tercio de las hospitalizaciones en este grupo de edad se deben a problemas respiratorios junto con asma y neumonía [48]

En el año 2012 el área de Salud Ambiental del Hospital Chapinero, por medio de la línea de Aire, Ruido y Radiación electromagnética, aplicó una encuesta de caracterización a menores de 5 años, con el objetivo de saber la posible asociación de los síntomas respiratorios y la calidad del aire. Dicho instrumento se llevó a cabo en seis jardines de la Localidad, la mitad de ellos ubicados en lugares de mayor exposición a fuentes de emisión de Material Particulado fijas y móviles, a los cuales asistían el 45% (270) de los 601 niños encuestados. Dando como resultado que quienes tuvieron mayor exposición a contaminantes presentaron 1,53 veces probabilidad de padecer sintomatología respiratoria que los no expuestos, tal como: Tos en la noche, al despertar o al reír y mayor ausentismo escolar. De la misma manera los niños cuyas madres fumaron durante el embarazo tuvieron 2,77 veces más probabilidades de presentar sibilancias en el último año y 1,67 veces de presentarlas alguna vez. (Ver Anexo 2, Razón de prevalencia de los efectos en salud por la contaminación del aire con material particulado)

Otro aspecto importante para destacar dentro de la salud ambiental Local, son las condiciones sanitarias de establecimientos dedicados a la venta de alimentos. Esto debido a la connotación comercial de la zona y las altas concentraciones de personal flotante que generan una demanda importante en el consumo de alimentos.

Dentro de los 10 eventos de interés en salud pública priorizados y extraídos de la base del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica –SIVILIGA- para el año 2012 se presentaron 26 casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos –ETA- en la Localidad; lo cual resulta coherente, si se tiene en cuenta que de los 3053 expendios de

alimentos visitados por el equipo de alimentos sanos y seguros del Hospital Chapinero durante el 2012, el 85,5% (2621) presentaron concepto sanitario pendiente, el 1,6% (49) desfavorable y solo el 12,45% (380) cumplieron a cabalidad con los requisitos estipulados por la legislación pertinente.

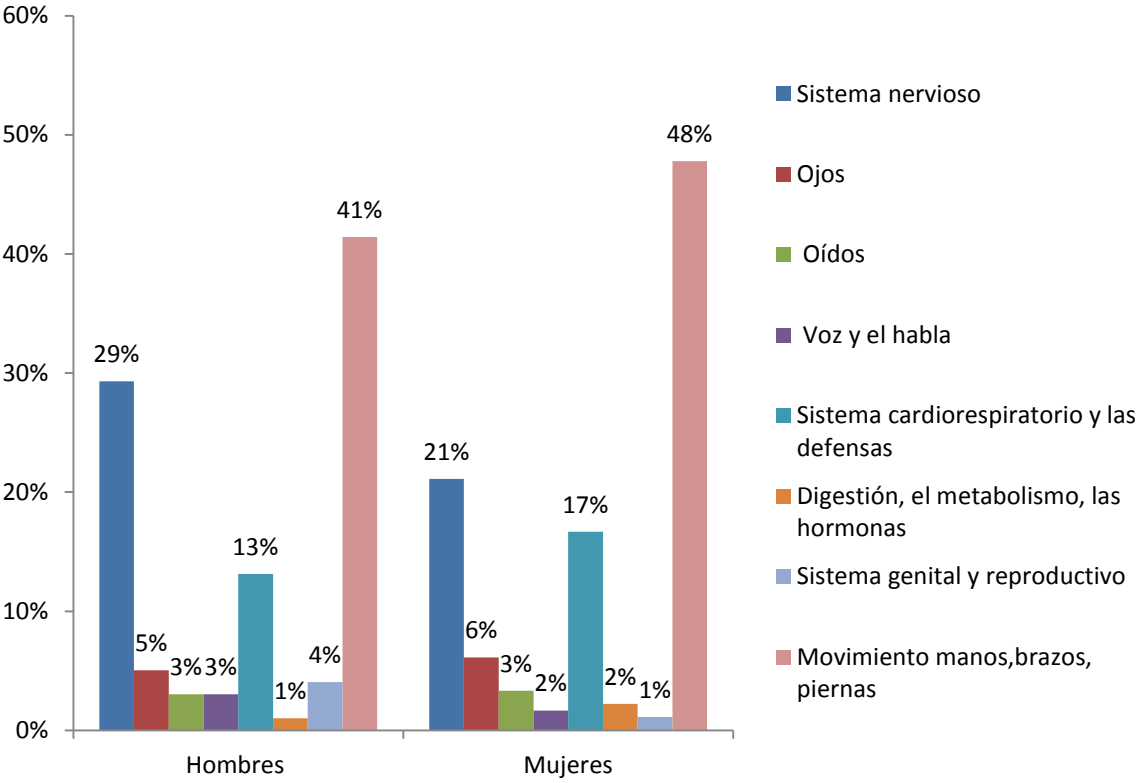
Se presenta, a la vez, un grave problema de agresiones por animales con riesgo de rabia en todas las UPZ: 30 agresiones en Doce de octubre, 14 agresiones en Los Alcázares, 10 agresiones en Los Andes y 1 caso en Salitre. Esto asociado a una urgente acción sobre el control y esterilización de animales de calle [43]. La sobrepoblación de animales (no solo domésticos) es una situación muy frecuente en cualquier zona del país. Es una problemática que aumenta los riesgos de prevalencia de rabia en los animales y por tanto en humanos. Sin embargo, parte del problema radica en la irresponsabilidad civil al no atender llamados de esterilización, de vacunación, de adopción etc. El abandono de animales y el uso nocivo o indebido de los espacios públicos por parte de los ciudadanos en la Localidad, producen el incremento de animales o vectores que ponen en riesgo la salud local.

4.2.11 Discapacidad

La mayor parte de la población en discapacidad pertenece a los estratos socioeconómicos 2 (57%) y 3 (39%) respectivamente. Se encuentra distribuida en todos los ciclos vitales principalmente en la adultez con 68 personas registradas en el Hospital (31% Hombres 20% mujeres), y la vejez con 187 personas (54% hombres y 74% mujeres)

Esta población presenta problemáticas de barreras de acceso a la salud y la exclusión por parte de la comunidad negándole la posibilidad y el disfrute de sus derechos.

Figura 15. Principales Alteraciones presentadas con población en discapacidad registradas por el hospital chapinero en el 2012 por sexo.



Fuente: 2012: Bases de discapacidad suministradas por la SDS para el equipo ASIS Local en Mayo de 2013

4.2.12 Género y Prostitución

Las barrera para personas lesbianas, gay, bisexuales, transgéneristas e intersexuales (LGBTI) encuentran su fundamento en las actitudes discriminatorias, excluyentes y violatorias del derecho de todas las personas a gozar de una salud plena.

Existe desconocimiento y prejuicios entre los funcionarios y profesionales de la salud basados en las orientaciones sexuales y las identidades de género, lo que no permite desarrollar modelos afirmativos de atención y provisión de servicios para dicha población. El desconocimiento conlleva a negación, por parte del funcionario, de manejar temas de sexualidad, por temor a un trato inadecuado o discriminatorio hacia personas LGBTI.

Otra concepción generalizada refiere a denotar a la población LGBTI como de “alto riesgo”, es decir, personas: peligrosas, agresivas, promiscuas, frágiles de salud mental y susceptible a las adicciones. Imaginarios que desencadenan en desconfianza, recelo,

prevención y rechazo. A su vez, el desconocimiento por parte de esta población, de los derechos y servicios con los que cuentan para disfrutar de una salud plena, profundizan las dificultades descritas.

Por otro lado, dentro de las principales problemáticas detectadas con la población en situación de prostitución en los espacios de su cotidianidad y la articulación interinstitucional, se destacan las dificultades asociadas a la salubridad y saneamiento básico de los establecimientos de encuentro sexual; a lo propenso de presentar VIH/SIDA, ITS, embarazos no planeados, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato, abuso, discriminaciones y fobias entre otros; a la falta de protección para las mujeres que ejercen esta actividad, pues se evidencia maltrato físico, abuso y/o acoso sexual generado por clientes, camareros, porteros, administradores y dueños de los establecimientos de encuentro sexual.

En su mayoría las personas que ejercen esta actividad son madres cabeza de familia sin ningún tipo de apoyo de los padres de los niños, provienen de hogares desechos, maltratadores, disfuncionales y con niveles socioeconómicos precarios. Igualmente sus familias desconocen que ejercen esta actividad, presentan Inadecuado manejo de las relaciones familiares. Un gran número son desplazadas de sus lugares de origen por el conflicto armado, por problemas económicos, por el desempleo y por malas relaciones familiares generando soledad, ansiedad, miedo y tristeza. Igualmente presenta desconocimiento de las instituciones y entidades que le ofrezcan apoyo en estas situaciones.

5 CAPÍTULO 2. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

Gran parte de los problemas sociales corresponden a una condición injusta sobre un grupo poblacional que puede manifestarse de diferentes formas: de afectación colectiva, de necesidades insatisfechas, situaciones no deseables o no aceptables, derechos no garantizados, etc. Las problemáticas presentadas en el capítulo anterior, obedecen a pautas individuales y estructurales que de alguna forma exigen para su intervención y respuesta la construcción de un consenso colectivo, teniendo en cuenta las consideraciones e interés de la opinión pública, ya que es la experiencia de ésta última la que define los problemas sociales que vienen afectando su integridad y sus valores.

En el presente capítulo se profundiza en las problemáticas de salud y de la calidad de vida bajo la luz de los determinantes sociales, con el objetivo de encontrar estrategias que permitan la fácil aprehensión y solución de las mismas. Por un lado se enfatiza en los determinantes estructurales que enlazan diversos problemas involucrando varias temáticas, analizando no solo su afectación local sino su relación ciudad-localidad, es decir, un análisis de los determinantes estructurales en relación con la ubicación de la localidad, no solo a su interior sino en su diálogo con otros lugares de la ciudad.

5.1 La localidad como Centro y Periferia

Barrios Unidos es una de las localidades afectadas por las condiciones sociales desfavorables de la ciudad (y del país); aunque no es la más deprimida en comparación con otros lugares de la Capital, resulta estar golpeada por diferentes problemáticas socioeconómicas que yacen en la distribución del poder adquisitivo, en una escases de oportunidades laborales y educativas que desencadenan pobreza y baja educación. Es precisamente la falta de recursos lo que no permite la adecuada suplencia de necesidades.

A su vez, la falta de educación conlleva a la ausencia de herramientas individuales para desenvolverse en la vida actual y de esta forma guiar y controlar debidamente sus acciones como sujeto social. Así mismo la cultura cada vez más permeada por los medios de comunicación, cambia las formas de pensar y actuar de las personas convirtiéndolas en reproductores de una ética individualista y desarraigada. El crecimiento urbano y el estilo de vida actual de Bogotá, exigen a los pobladores de la localidad de Barrios Unidos que se habitúen a las dinámicas de la ciudad, agresivas e implacables en términos económicos y sociales.

Así mismo, los costos de la finca raíz en la ciudad han aumentado en forma desproporcionada generando problemáticas de todo tipo a los habitantes de la localidad, esto debido a que la ciudad está en un proceso natural de re-densificación exigido por la imposibilidad de extenderse y urbanizar de forma indefinida los cerros y la sabana.³

Por lo tanto el uso de los espacios centrales de la ciudad implica aumentos en los costos de vida (arriendos, servicios públicos domiciliarios, comida, entre otros) para ciudadanos del centro como una contraprestación al ahorro de tiempo en desplazamientos hacia los sitios de trabajo y estudio. A medida que centro de la ciudad mejora con el fin de atraer ciudadanos con mayor poder adquisitivo, obliga a los residentes con menos ingresos a desplazarse a la periferia; dicho proceso es de carácter prolongado y paralelamente implica la pérdida de calidad de vida y bienestar en general de los habitantes menos favorecidos.

Dado que la Localidad Barrios Unidos está localizada en el centro geográfico de la ciudad y esta equidistante de los centros financieros, comerciales, educativos y el centro histórico de la ciudad, y teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, su posición más que una fortaleza resulta ser un problema para un ciudadano promedio (estrato tres y/o cuatro), ya que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus gastos. Por lo tanto, al contrario de lo que se piensa, la población de la localidad no siempre puede satisfacer completamente sus necesidades básicas, quedando a expensas de una serie de consecuencias, presentadas como núcleos problemáticos en éste documento.

5.2 Núcleos problemáticos

Debido a que las diferentes condiciones que afectan negativamente a la Localidad de Barrios Unidos se encuentran relacionadas (al exterior e interior de la Localidad), y en constante interacción mediante una simbiosis de causa-consecuencia, es decir, unos problemas resultan ser causas o consecuencias de otros, estos se agrupan por la misma afectación puesto que comparten determinantes de salud similares. Dichas agrupaciones denominados núcleos problemáticos son el eje de análisis que orientará el conjunto de acciones de respuesta a las problemáticas planteadas anteriormente.

Los núcleos identificados se encuentran dispersos en toda la Localidad, concentrándose en determinados puntos según las circunstancias específicas que propician su desarrollo; así mismo es posible que no tengan la misma intensidad y

³ Entrevista UN Radio Alcalde Mayor Gustavo Petro sobre el Plan de Ordenamiento Territorial POT

magnitud que problemáticas similares presentadas en otras Localidades o sectores de la periferia de la ciudad, aun así igualmente afectan a la población y determinan su forma de disfrutar la vida con calidad y bienestar.

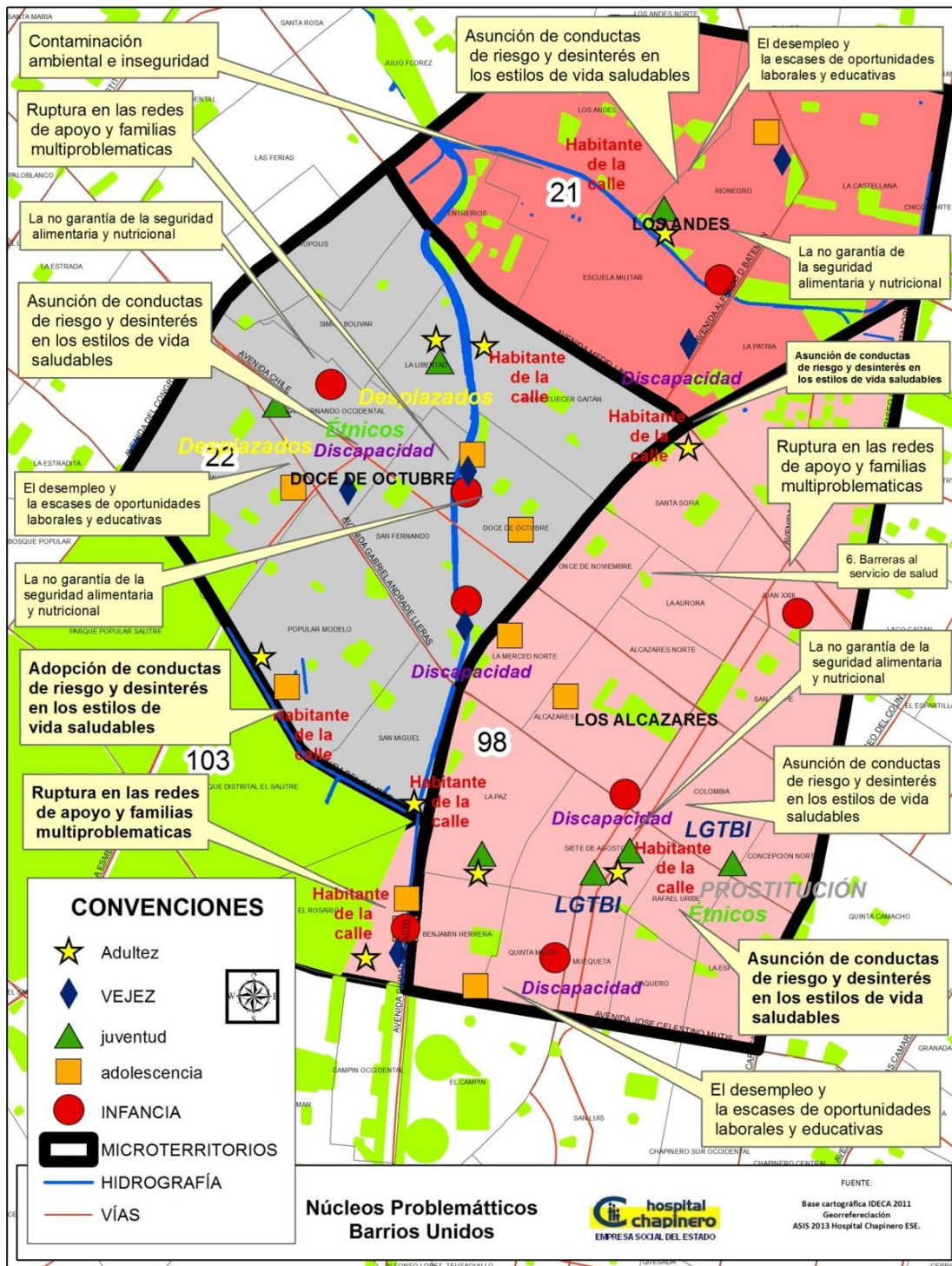
El mapa 1 representa los lugares donde sobresalen los núcleos problemáticos en la Localidad, teniendo en cuenta las poblaciones que involucra y los ciclos vitales que afecta. No obstante más adelante se hará una descripción detallada los núcleos priorizando: ciclos de vida, temas generadores y determinantes en salud para cada uno de ellos. Por otro lado, como se mencionaba, es importante tener en cuenta que la localidad presenta problemáticas típicas de la periferia de la ciudad, que obedece en gran parte a las dinámicas de renovación y re densificación urbana, así como la redistribución de espacios entre ciudadanos.

La mayoría de los núcleos definidos se desprenden de aspectos relacionados con la capacidad económica de los habitantes, lo que se explica a partir del hecho que el costo de vida para una persona que reside en un barrio de estrato tres de la Localidad, es mayor que para una que vive en la periferia de la ciudad con el mismo estrato; es decir, vivir en Barrios Unidos significa tener mayores egresos para satisfacer las necesidades básicas, puesto que arriendos y alimentos son más costosos con relación a otros sectores con las mismas condiciones socioeconómicas.

Además de los altos costos generados por residir en Barrios Unidos, los habitantes de la Localidad también tienen que enfrentarse al hecho que la mayor parte de los barrios de estrato tres se han convertido en inquilinatos donde se presenta hacinamiento y muchas problemáticas asociadas al inadecuado manejo de residuos sólidos y líquidos. Además los ciudadanos se ven perjudicados por el aumento acelerado de talleres de madera y pintura, en la UPZ Doce de Octubre, incremento de pequeños talleres y almacenes de autopartes en la UPZ Los Alcázares y crecimiento de talleres de autos y ventas en la UPZ Los Andes.

Dentro de las problemáticas ambientales que afectan a Barrios Unidos, se destacan la contaminación de aire y ruido, producto del parque automotor que día y noche transita por la localidad de sur a norte y de oriente a Occidente por arterias estratégicas para la movilidad de la ciudad como: Carreras 30 y 50; avenidas 68 y Suba; y calles 53, 63, 72,75 y 80. Los gases de los autos y las motos se quedan suspendidos en el aire y posteriormente son respirados por la comunidad en general.

Mapa 3. Núcleos problemáticos Localidad de Barrios Unidos 2012



5.2.1 Núcleo problemático 1: La no garantía de la seguridad alimentaria y nutricional

Tema Generador: supervivencia y desarrollo infantil.

Ciclo vital: Infancia

La seguridad alimentaria y nutricional se define como: “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa” [49].

Como una gran dificultad en la Localidad, la malnutrición suele tener problemas de dos tipos, por un lado los relacionados con déficit leve, moderado o severo y por otro los relativos al exceso (obesidad, sobrepeso). En síntesis, enmarca las dificultades relacionadas a la seguridad alimentaria, problemas como la desnutrición en menores de cinco años: crónica, aguda y global; la malnutrición: obesidad, sobrepeso o desnutrición; bajo peso al nacer; y baja lactancia materna. Dichos problemas obedecen a los siguientes determinantes:

Estructurales o Generales: el mismo sistema productivo que pauperiza los alimentos haciéndolos poco aptos para un buen consumo o una buena alimentación; el no acceso a los productos por falta de ingresos para la adquisición de alimentos de calidad; Algunas veces las barreras al servicio de salud que no permiten un tratamiento rápido y apropiado. Lo anterior se encuentra reflejado en las UPZ Doce de octubre y Alcázares, especialmente la primera, donde las familias por falta de dinero para las comidas reducen la cantidad de alimentos.

Intermedios o particulares: La cultura que define los tipos de comidas, su cantidad de consumo, la forma de preparación, el número y tiempo entre comidas. Condiciones socio-afectivas como la convivencia familiar (si por algún familiar en determinado estado de salud no se consume algún producto), las costumbres al interior de cada hogar tanto en la forma de consumir como en la forma de adquirir, la religión practicada, los horarios de trabajo que conllevan a desordenes digestivos, un nivel salarial bajo que no permita la total satisfacción y acceso. Así mismo, la publicidad juega su rol en la forma atractiva psicológica y social de vender algunos alimentos impulsados por las modas que con frecuencia no guardan relación con la calidad nutritiva.

Proximales o singulares: Se remiten al uso del tiempo libre, estilos de vida saludables, hábitos alimentarios de cada persona. En algunos casos tiene gran relevancia el género, pues las mujeres por su rol y responsabilidad de alimentar la familia deja de

lado su propio bienestar. La educación de cada persona (cabezas de hogar o adultos a cargo) ya que es ésta la que proporciona los conocimientos necesarios para mantener una nutrición saludable, proporciona saberes, capacidades y actitudes que permiten la guía y control de muchas circunstancias vitales como los hábitos alimentarios

La no garantía de la seguridad alimentaria y nutricional y la ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes, tiene consecuencias en la salud oral, en el bienestar físico al conllevar episodios repetitivos de enfermedades (ERA, EDA, diabetes, problemas cardiovasculares, cáncer y tuberculosis), en el desarrollo físico (retardo de crecimiento), emocional, cognitivo que disminuyen la capacidad funcional, laboral y mental, agudizando el riesgo de muerte:

“Entre los efectos físicos se deben mencionar el bajo rendimiento escolar, la baja capacidad laboral y en el hogar, la desnutrición y la enfermedad. Entre las psicológicas, la sensación que pueden tener las personas de tener que asumir conductas socialmente no aceptadas, como la búsqueda de alimentos en las basuras, pedir limosna, que los niños trabajen y que los jóvenes se prostituyan, entre muchas más. Lo más grave, la sensación de exclusión y de impotencia por no poder alcanzar de manera autónoma los bienes y servicios necesarios para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional del hogar. Todo esto impide disminuir la iniquidad histórica que ha vivido el país, porque perpetúa el ciclo pobreza-hambre-desnutrición pobreza” [50].

Este núcleo problemático abarca todos los ciclos vitales con énfasis en poblaciones especiales como los desplazados, ciudadano habitante de calle, madres gestantes, y principalmente la infancia. Este núcleo se construye principalmente para el ciclo vital infancia ya que se evidencia su gran impacto para el crecimiento y el buen desarrollo del ser.

Las poblaciones se ven vulneradas, de acuerdo a la constitución política de Colombia en el artículo 44, en primera medida “...la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada...” [51] como derechos fundamentales, especialmente en niños y niñas.

Cimentado en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, en Declaraciones, Pactos y Conferencias Internacionales, el derecho a la alimentación y a la nutrición debe ser considerado como un derecho fundamental, “e incluso como un derecho subjetivo respecto del Estado cuando los alimentos no se puedan reclamar a la familia o la persona no tenga como adquirirlos” [52].

La Constitución Política de Colombia establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños (artículo 44) y, en cuanto a la oferta y la producción agrícola, la Constitución establece en los artículos 64, 65 y 66, los deberes del Estado en esta materia [49]

De allí que sean derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición. Sin embargo, los niños y niñas de la Localidad son los sujetos más afectados por este tipo de problemáticas, y aunque la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, gran parte de los eventos recaen en la infancia: “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral” [53].

Así mismo, aunque amparadas por la ley 1295 de 2009, en el que se especifica que “El Ministerio de la Protección Social garantizará que las mujeres gestantes de los niveles 1, 2 y 3 del SISBÉN, tengan la atención necesaria en salud, nutrición y suplementos alimentarios para garantizar la adecuada formación del niño durante la vida fetal y que estos, desde el nacimiento hasta los seis años, permanezcan vinculados al sistema de salud [54]; las madres gestoras son otras de las principales poblaciones vulneradas en este núcleo.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia –ENSIN-2010, el exceso de peso es el principal problema de alimentación y nutrición en la población adolescente y adulta “...muestra una tendencia al incremento, y afecta a las dos terceras partes de los grupos de mayor edad, a pesar de los esfuerzos realizados para su prevención (Política de Seguridad Alimentaria, Ley de Obesidad, Guías alimentarias para la población colombiana)” [55]. Esto también guarda relación con la poca actividad física que realizan los adultos, puesto que 1 de cada dos colombianos cumple con las recomendaciones de Actividad Física [55].

En general, las principales características del derecho a la alimentación que se vulneran recaen en el acceso y disponibilidad que es la posibilidad que todos los seres humanos puedan acceder a una alimentación adecuada y de manera sostenible; en la calidad, ya que los alimentos deben estar libre de sustancias perjudiciales o tóxicas. Por otra parte, el ejercicio del derecho a la alimentación depende de lo que se considera culturalmente aceptable, es decir, de los usos y costumbres (hábitos), tanto en el tipo de alimentos como en sus variadas formas de preparación [51].

5.2.2 Núcleo problemático 2: Ruptura en las redes de apoyo y familias multiproblemáticas.

Tema generador: Protección e inclusión social de la familia

Ciclo vital: adolescencia

El término familia Multiproblemática es edificado cerca de los años 50 por profesionales e investigadores anglosajones. Al principio, hace más bien referencia a familias con baja condición socioeconómica y no a las relaciones interpersonales y sociales de los miembros [56]. No obstante, se entiende, a pesar de las diferencias conceptuales, que dichas familias son sistemas desestructurados, con carencias en el aspecto económico, déficit social y cultural, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo.

A su vez, las redes de apoyo (social) son las conformadas por personas que se unen y relacionan para conseguir un bien común; sirven de ayuda en distintos tipos de necesidades y situaciones. En los últimos tiempos, tanto la Psicología como la Sociología dan cada vez más importancia a las relaciones sociales y a los problemas que surgen ante el debilitamiento de las mismas, que afectan directamente con la salud de las personas [56].

Las redes pueden ser primarias: miembros de la familia y cercanos a estos, que contribuyen a necesidades de socialización, de cuidado y de afecto; secundarias: las personas que forman parte del núcleo externo de la familia, y que ofrecen acompañamiento social, emocional y mediación o intermediación; o por último, redes formales establecidas por el entramado institucional y/o profesional [57].

Este núcleo problemático se enmarca en un cuadro de análisis de cuatro puntos (a,b,c y d) que contempla todos los problemas que constituyen un sistema (familias) vulnerable de alto riesgo en la Localidad tanto por la acción de sus mecanismos internos, como de sus fuerzas sociales que potencian su disfuncionalidad. Se presenta en la mayoría de familias caracterizadas con algún tipo de violencia, especialmente en las UPZ Doce de octubre y Alcázares cuyas familias se encuentran en hacinamiento y el tipo de vivienda comúnmente es en arriendo:

Polisintomatología que es toda la cadena de problemas que la caracteriza: Violencia (intrafamiliar), maltrato infantil, negligencia, abandono, trabajo informal, trabajo infantil, agresiones presentes en las UPZ mencionadas.

Desorganización, entendida como esa estructura caótica familiar donde la comunicación es disfuncional y comúnmente existe una situación monoparental en la que los límites y normas se reducen al mínimo, lo que conduce finalmente a una dispersión de los miembros. Esto sucede frecuentemente en la UPZ Doce de Octubre principalmente.

Abandono de funciones parentales, ya sean las relacionadas a responsabilidades nutricionales, socializadoras o educativas. Esto conlleva a la negligencia y en caso extremo, a la inhabilidad legal de los padres con casos de extracción de sujetos de la familia, como lo podrían ser los niños maltratados. Esto hace referencia también a la delegación del cuidado de niños a vecinos, abuelos, hermanos mayores, presentados en varias zonas de la Localidad.

Aislamiento, que delimita a las familias excluidas o aisladas física y emocionalmente de la familia (parientes conocidos que no proveen la ayuda requerida), de la red de apoyo social e institucional, provocando que carezca de soportes frente a las crisis [58]. Presente igualmente en toda la Localidad.

Estas características obedecen a los siguientes determinantes:

Estructurales o Generales: educación, ya que el conocimiento ayuda a la convivencia y a una mejor estabilidad emocional y laboral, la información otorga a las personas (sobre todo la mujer) herramientas de autoayuda, de superación y de autonomía (derechos). Así mismo, tiene que ver con las relaciones conflictivas con el entorno social y con la comunidad en donde viven.

Intermedios o particulares: Relaciones conflictivas al interior de cada sistema familiar, sistema de valores morales deteriorado. Factores endógenos como los patrones culturales que incluyen el patriarcalismo o el machismo, y entre los factores exógenos se cuentan los que generan estrés y que influyen en la vida familiar, como la mala situación económica de alguno de los miembros (posición social) o el desempleo, dificultades de carácter material (hacinamiento, dinero o bienes) o físico (enfermedades).

Proximales o singulares: Factores intergeneracionales heredados, el haber sufrido la violencia intrafamiliar en el hogar paterno aumenta la probabilidad de tanto de ser víctima (en el caso de las mujeres) como de ser agresor (en el caso de los hombres) cuando se es adulto. Hábitos de vida como el consumo de sustancias psicoactivas SPA: alcohol y estupefacientes.

La ruptura en la red de apoyo y las familias multiproblemáticas se caracterizan por la presencia de violencia, siendo causa y consecuencia que conlleva a la asunción de conductas de riesgo y de pobreza, a conductas suicidas, morbilidades; además de afectar la integridad física de cada miembro. Atraviesa todos los ciclos vitales (principalmente infancia, adolescencia, juventud y adultez) especialmente mujeres (gestantes), personas en situación de prostitución, personas en situación de pobreza y desplazamiento, habitante de calle, personas de la comunidad LGBTI, personas en condición de discapacidad. Sin embargo, el núcleo fue diseñado para el ciclo vital adolescente pues resultan ser los más afectados debido a su proceso liminal que atraviesan.

En la Carta de Derechos Humanos de la ONU, se establece que todo ser humano adulto tiene derecho a casarse y tener una familia, y tanto el hombre como la mujer, casados, tienen iguales derechos y deberes [59]. Así mismo, la Constitución política de Colombia, afirma en su artículo 42, que “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad” y que “El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia”. “La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables”... “Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes”. De allí que se estipule que “Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley”.

En Colombia hay normas que amparan a la familia y establecen deberes en relación con sus integrantes (cónyuges, compañeros permanentes, hijos, personas de tercera edad, mujeres en embarazo, mujeres cabeza de hogar, etc.); la Constitución consagra la protección especial a la mujer gestante y predica el deber del Estado de apoyar a las madres cabeza de familia (Artículo 43). De igual manera, castiga la violencia intrafamiliar (con especial atención a la mujer) La Ley 294 de 1996, modificada por las Leyes 575 de 2000 y 1257 de 2008.

En relación con los derechos de los niños y adolescentes, se establece el deber de asistencia, protección y garantía de éstos en cabeza de la familia, la sociedad y el Estado; así como también la prevalencia de sus derechos frente a los de las demás personas (Artículo 44). El Estado, la sociedad y la familia también se encuentran obligados en forma concurrente, a la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, promoviendo su integración a la vida en comunidad. En caso de que estas personas se encuentren en la indigencia, el Estado, por expreso mandato constitucional, se encuentra en la obligación de brindarles asistencia integral en materia de seguridad social, así como también un subsidio alimentario (Artículo 46) [60].

En el caso específico de los adolescentes, el código de infancia y adolescencia establece que estos comparten derechos con los niños y niñas de tener una familia y no ser separados de ella, derecho a la custodia y cuidado personal, derecho a la salud, a la educación y a la recreación; Derecho a la protección contra el abandono físico, afectivo, la explotación económica, sexual, la situación de vida en calle, el desplazamiento forzoso, las peores formas de trabajo infantil, etc.

5.2.3 Núcleo problemático 3. Abandono y Negligencia en la infancia

Tema generador: “El buen trato; primero los niños y las niñas”

Ciclo vital: Infancia

Este núcleo se desprende del anterior pero se enfoca principalmente en la infancia dada las características específicas que recaen en este ciclo de edad: Permitir que el niño presencie actos de violencia o maltrato severo entre los padres o adultos; Ignorar, insultar o amenazar al niño con violencia; No suministrarle al niño un ambiente seguro y de apoyo emocional por parte de los adultos; Mostrar descuido imprudente por el bienestar del niño.

La negligencia o descuido se define como la privación de las necesidades biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, morales, éticas, de valores y espirituales del niño cuando se les pueden brindar. Se debe diferenciar la negligencia de la pobreza en que en esta no existen las capacidades ni recursos para proveer al niño de sus necesidades, generándose maltrato social, situación en la que el Estado es incapaz de brindar a sus ciudadanos la infraestructura, programas, seguridad y oportunidades para satisfacer las necesidades básicas.

Existen, por otro lado, cuatro tipos de abandono: El abandono físico que es aquel en el que no hay una supervisión adecuada y/o poca seguridad del niño, propenso a sufrir un accidente; El abandono médico es negarle al niño la atención médica que necesite un tratamiento médico que se le haya prescrito, el cual podía incluir nutrición y medicación apropiadas, así también como la aplicación de vacunas; El abandono educativo es el incumplimiento de las leyes del estado respecto a la educación obligatoria que debe recibir el niño; El abandono emocional es ignorar las necesidades del niño para poder tener un desarrollo social y emocional normal.

Por otro lado, las causas por las que existe el abandono y/o negligencia infantil son muchas y variadas:

Estructurales o generales: suelen ser económicas en la falta de dinero que genera stress y discusión; culturales en la forma de percibir y tratar el tipo de maltrato; sociales y biológicas relacionadas a comportamientos específicos de las personalidades.

Intermedios o particulares: la educación familiar y el tipo de ambiente de hogar recibido durante las generaciones.

Proximales o singulares: Ignorancia de los padres, discapacidad del tutor, drogadicción y alcoholismo del mismo cuidador, Problemas de salud mental (una común la depresión), embarazos no deseados.

El aumento de la pobreza y la ignorancia de cómo prevenir embarazos no deseados son combinaciones (en ocasiones de ambas) siendo las principales causas de abandono en el mundo, vulnerando los derechos a la vida con calidad y un ambiente sano, a la integridad personal, a la protección contra toda forma de maltrato o abuso cometidos por cualquier persona, y en síntesis los mencionados en el núcleo anterior.

5.2.4 Núcleo problemático 4. Adopción de conductas de riesgo y desinterés en los estilos de vida saludables.

Tema generador: “estilos de vida: vivamos sanos”

Ciclo vital: adolescencia

El concepto de riesgo implica una posibilidad de que se presente o haya una o más características que potencien la aparición de afectaciones o adversidades en la salud. Por lo tanto, una conducta de riesgo es todo comportamiento contrario a mantener la integridad física, emocional o espiritual de la personas y que puede incluso atentar contra su vida [61].

Este núcleo reúne los problemas relacionados a la exposición de sufrir accidentes, la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el caso de las motocicletas), en estado de ebriedad o siendo pasajero de un conductor ebrio; depresión; asociación con pares que presentan conductas disruptivas, parasociales o violentas, propensión a peleas físicas, particularmente portadores armas blancas o de fuego (grupos delincuenciales y barras futboleras); consumo de SPA, el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco; manejo irresponsable de la sexualidad, las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; malnutrición.

Guarda estrecha relación con los comportamientos asociados a la morbimortalidad en los ciclos vitales de adolescencia, juventud y adultez. Especialmente en personas habitantes de calle y en situación de prostitución [62]. Empero, la construcción del

núcleo fue pensado principalmente para la adolescencia ya que son los que presentan más dificultades relacionadas a sus causas:

Estructurales o generales: Condiciones laborales y educativas en el país. La sociedad no tiene la adecuada oferta educativa y laboral para las personas, mayormente jóvenes sin experiencia ni formación técnica o superior.

Intermedios o particulares: Ruptura en las redes de apoyo, familias multiproblemáticas e imperativos grupales.

Proximales o singulares: Ausencia de proyectos de vida, bajo nivel académico, distorsiones en la percepción del riesgo, falta de información.

Tiene como consecuencia en la Localidad un incremento de la pobreza, los accidentes automovilísticos, muerte por inmersión, violencias y homicidios, conducta suicida, embarazo no deseado o planeado, enfermedades de transmisión sexual –ETS-, comportamiento delictivo (alrededor de los canales que atraviesan la Localidad), promiscuidad crónica, problemas de salud oral, mortalidad, baja autoestima y problemas de salud mental, deserción escolar, abuso de sustancias psicoactivas, entre otros. Son problemas que principalmente recaen en la UPZ Doce de octubre.

Los mencionados efectos predominan en los ciclos vitales de adolescencia, juventud y adultez, agudizado en personas con situación de desplazamiento, prostitución y habitante de calle.

Algunos derechos vulnerados, además de los mencionados, son relacionados al acceso a servicios y programas de salud diferenciados en cuanto a la salud sexual y reproductiva, esto debido a la falta de información apropiada y oportuna en temas relacionados. El derecho a un Trabajo digno y a la educación (superior), debido al fracaso de las políticas de Gobierno, así como la falta de oportunidades de preparación profesional. Este tipo de derechos se profundizarán en otros núcleos.

5.2.5 Núcleo 5: Desempleo y la escasez de oportunidades laborales y educativas

Tema generador: Condiciones de calidad y dignidad para el estudio y el trabajo.

Ciclo vital: Juventud

Poseer una ocupación estable, es la base principal de la cual se derivan las condiciones materiales de vida de la población de un país. En efecto, como se viene evidenciando en otros núcleos, sólo pueden alcanzarse niveles de estabilidad en los hogares, y por ende la realización de las personas, cuando exista un número suficiente de buenas ocupaciones [63].

El desempleo en la Localidad está formado por población activa (en edad de trabajar), que no encuentran formas de inserción ocupacional que sean, al mismo tiempo, económicamente eficientes y socialmente equitativas. La escasez de tales oportunidades constituye el antecedente de la pobreza y la frustración de oportunidades de desarrollo personal para los jóvenes y adultos. El núcleo fue creado primordialmente para la juventud ya que la falta de condiciones le genera problemas no solo de desarrollo personal, sino de convivencia social.

Este déficit económico se encuentra intrínsecamente unido a la falta de educación en la población (adolescentes, jóvenes y adultos). Los niveles educativos son muy precarios para las nuevas necesidades del aparato productivo, y esto de alguna forma responde a la poca capacidad de respuesta del sistema educativo por razones organizativas y quizás, al bajo crecimiento económico. Los determinantes que sustentan este tipo de problemas son:

Estructurales o Generales: Políticas y Reformas laborales que no generan los empleos esperados; sistema económico, impuestos y leyes laborales que dificultan la creación de empleos; lavado de capitales mal habidos (narcotráfico); las empresas vienen ofreciendo solo empleos temporales nada estables, que son justificados por los empresarios en el argumento de que las ayudas oficiales son mínimas e insuficientes; crisis de la economía mundial.

Intermedios o particulares: Dificultades en el acceso a educación superior, Condiciones económicas familiares, posición social.

Proximales o singulares: Deserción escolar, falta de proyectos de vida, analfabetismo, embarazos a temprana edad.

Estas problemáticas atraviesan todos los ciclos vitales, principalmente la adultez, que sin discriminar raza, etnia, cultura, género, situación especial, se convierte en un problema de la población en general, es decir, a diferencia de las formas de contratación y condiciones de admisión, este resulta ser un problema global que afecta a todas las personas sin diferenciar; conduciendo a la mayoría de problemas de la Localidad: delincuencia, inseguridad, pobreza oculta, hacinamiento, exclusión, malnutrición, familias multiproblemáticas, trabajo infantil, trabajo informal, prostitución, indigencia, etc.

El desempleo y la falta de educación son una fuente de angustia que puede convertirse en una verdadera calamidad social, ya que debilita las familias enteras, dándoles la sensación de ser marginados. En la dificultad de proveer solución a sus necesidades

esenciales y, al no sentirse reconocidos ni útiles para la sociedad, nace la espiral del endeudamiento de la que es difícil salir, y demás problemas mencionados. Exige comprensión por parte de las instituciones públicas y sociales, apoyo y solidaridad por parte de la comunidad Distrital y Nacional.

Un principio sobre el trabajo expresa que éste es la base del bienestar Nacional, la fuente de desarrollo y el medio de desarrollo material y espiritual de la persona [64]. Por ello se garantiza en la constitución que “El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.” (Artículo 25).

Lo anterior es corroborado a su vez por la sentencia que expresa que “Aunque la Constitución no consagra la subsistencia como un derecho, éste puede colegirse de los derechos a la vida, a la salud, al trabajo y a la asistencia o a la seguridad social, ya que la persona requiere de un mínimo de elementos materiales para subsistir” (Sentencia No. T-015/95). La consagración de derechos fundamentales en la Constitución busca garantizar las condiciones económicas necesarias para la dignificación de la persona humana y el libre desarrollo de su personalidad.

Según la Constitución Política del país, El Estado y la sociedad en su conjunto, de conformidad con los principios de la dignidad humana y de la solidaridad (art.1), deben contribuir a garantizar a toda persona el mínimo vital para una existencia digna. El Estado social de derecho exige esforzarse en la construcción de las condiciones indispensables para asegurar a todos los habitantes del territorio Nacional, una vida digna dentro de las posibilidades económicas que estén a su alcance» [65].

En la Localidad, además de no garantizarse el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, también se vulnera la educación como un derecho exigible de la persona y justiciable como obligación del Estado. La educación como derecho está organizado en cuatro partes universales, interrelacionadas e indivisibles, correspondientes a cuatro obligaciones estatales: Derecho a la disponibilidad (obligación de asequibilidad), derecho al acceso al sistema (obligación de accesibilidad), derecho a la permanencia (obligación de adaptabilidad) y el derecho a la calidad. [66]

5.2.6 Núcleo 6: Contaminación ambiental e inseguridad

Tema generador: El buen vivir y convivir.

Ciclo vital: Adultez

El espacio público determina el entorno en el que se desarrollan los intercambios culturales y las relaciones sociales que caracterizan la Localidad. De esta manera, la relación de la comunidad con el espacio genera una forma propia de identidad, de territorialidad, que configura el hábitat de cada persona.

Constituido por elementos naturales, artificiales y complementarios [67], el espacio público enmarca toda la zona comercial y productiva, de paisaje, de territorio, de tránsito, que son la red de comunicación de la población y la Localidad con el resto de la ciudad. Sin embargo, a pesar de las potencialidades positivas del territorio, existen problemas relacionados a la contaminación auditiva, visual, atmosférica, inseguridad, proliferación de vectores, entre otros; que vienen afectando la calidad de vida de los habitantes. Las familias con presencia de vectores en su vivienda, como transmisores de enfermedades, están ubicadas en la UPZ Doce de Octubre y en Alcázares, siendo afectadas principalmente por roedores.

Este tipo de problemas obedecen a factores:

Estructurales o generales: el tránsito de las vías principales y canales de aguas mixtas (lluvias y residuales) que atraviesan la Localidad, así como recursos insuficientes para hacer control sanitario al total de establecimientos comerciales.

Intermedios o particulares: el mal manejo de residuos sólidos y su disposición o descarga inadecuada en fuentes hídricas.

Proximales o singulares: la tenencia inadecuada de animales de compañía, desaseo y desorden en las viviendas.

Problemáticas relacionadas a su vez con otro tipo de factores como la concentración espacial de la población (flotante en gran parte) y su actividad económica, la valorización del suelo y el cambio de uso residencial, el microtráfico de SPA. Dichos problemas afectan a toda la población en general, personas de todas las edades y condiciones; no obstante, implica más a las personas habitantes de calle y en situación de prostitución, debido precisamente al tipo de actividades relacionadas.

Debido a que el consumo y expendio de Sustancias Psicoactivas en el Territorio Alcázares, por la presencia de microtráfico de estupefacientes en sectores como la Plaza de mercado Siete de Agosto y en los barrios: La Esperanza, Muequeta, Siete de Agosto, La paz, Colombia y Santa Sofía; a la presencia de habitantes de calle y recicladores informales a lo largo de la rivera del Canal Salitre, aumenta los niveles de inseguridad del sector; y los hurtos a personas y comercio en los territorios de Andes (cuadrantes: 19, 20, 21, 22 y 23), Alcázares (cuadrantes: 1,2,3,4,5,6,16,17 y 18) y

Doce de Octubre(Cuadrantes: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 24), y hurto a vehículos por la presencia de talleres para realizar venta de autopartes; se encuentra relacionada a la adultez principalmente, el núcleo fue pensado para intervenir este ciclo de edad.

Las personas no pueden desarrollarse en un ambiente erosionado, contaminado e inseguro. Por esta razón, en el año 2010, el Consejo de Estado realizó una caracterización y definición de lo que es el derecho a un ambiente sano: “Desde el punto de vista constitucional, el medio ambiente involucra aspectos relacionados con el manejo, uso, aprovechamiento y conservación de los recursos naturales, el equilibrio de los ecosistemas, la protección de la diversidad biológica y cultural, el desarrollo sostenible, y la calidad de vida del hombre entendido como parte integrante de ese mundo natural” [68].

En resumen, a los habitantes de la Localidad no se les está garantizando la totalidad de su derecho a un ambiente sano, ni a una participación en una decisión que puede afectarlo, este último para el caso de la valorización del suelo y el cambio de uso residencial a comercial e industrial (artículo 79).

5.2.7 Núcleo 7: Barreras al servicio de salud

Tema generador: Salud para todos y para el desarrollo

Ciclo vital: vejez

La salud (pública) es uno de los elementos fundamentales en el desarrollo de cada país, pues al ser una condición para superar la pobreza, reduce la mortalidad por enfermedades evitables, que generan gastos financieros; también permite un control de la natalidad mediante planificación familiar y acceso a métodos de anticoncepción y dota de una infraestructura apropiada para la atención.

Teniendo en cuenta su gran importancia, se evidencia que la salud no es un aspecto que logre englobar a todos los individuos, pues presenta para la Localidad en general problemas de acceso a la infancia, la discapacidad, al habitante de calle. Esto se debe:

Estructurales o generales: la inequidad que existe en la salud y en el sistema de salud que obedece a problemas netamente económicos (falta de ingresos familiares o propios), relacionados en alguna medida con otras causas o problemas como la disponibilidad de medicamentos, puntos de atención y lugar de residencia (remisiones a personas de tercera edad), así como la cobertura total de los servicios por parte de las EPS privadas, pues las públicas están restringidas a cierto tipo de población.

Intermedios o particulares: obstáculos visibilizados en la dificultad en acceso a servicios por inconsistencia en bases de datos; dificultad para la prestación de servicios POS; no oportunidad en programación de citas a especialistas, e inadecuada orientación sobre derechos, deberes y trámites a realizar.

Proximales o singulares: Condiciones específicas de las personas y su lugar de residencia.

Por otro lado, se ha identificado también “Estudios de desigualdades en la utilización de los servicios que muestran diferencias en la probabilidad de que una persona enferma reciba atención médica, principalmente entre los asegurados y los que no lo están. La utilización por tipo de servicio también varía según el tipo de aseguramiento: la probabilidad de hospitalización es más baja para los no asegurados que para los afiliados subsidiado y para éstos, menor que para los del contributivo; el porcentaje de pacientes que no recibe medicamentos es mayor entre los no asegurados que entre los asegurados subsidiados y los contributivos; y la utilización de servicios preventivos es menor para la población no asegurada” [69]

La reforma colombiana en salud (estipulada en la ley 100) ha tenido éxito en cuanto al tema de cobertura de afiliación, puesto que evidenció un incremento. No obstante, como se confirma con el tipo de problemas descritos, la afiliación a un seguro no significa un acceso adecuado.

Por lo que, este tipo de núcleo afecta principalmente a la vejez, causándole múltiples eventos de morbilidades y vulnerando especialmente su derecho a la salud, pues “la salud no es un favor, es un derecho”. Este derecho no equivale solo a una atención oportuna y apropiada para la prevención y curación de enfermedades, sino que debe estar reflejada en acciones gubernamentales que se han venido deslegitimando por la multiplicidad de problemas, como los mencionados en este documento, no solo en materia de salud (Alimentación sana y nutrición adecuada; Vivienda adecuada; Condiciones sanitarias adecuadas; Condiciones de trabajo seguras y sanas; Un medio ambiente sano; Relaciones sin discriminación, explotación o maltrato; Educación e información en salud; Oportunidades de participación comunitaria).

Para el caso de vejez propiamente, la corte constitucional de Colombia en la sentencia T012/11 específica el derecho a la salud a la población de tercera edad como una protección especial: “Para el caso de las personas de la tercera edad, por tratarse de sujetos de especial protección constitucional, esta Corporación ha sostenido que el derecho a la salud adquiere la calidad de derecho fundamental autónomo, en razón a las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran. Por esta razón, el

Estado y las entidades prestadoras de salud se encuentran obligadas a prestarles la atención médica integral que requieran, de conformidad con el tratamiento ordenado por el médico tratante, con sujeción a los principios de celeridad, eficiencia, continuidad y oportunidad” [70].

5.2.8 Núcleo problemático 8: Falta de espacios accesibles e inclusión a la persona en condición de discapacidad.

Tema generador: “Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano”

Ciclo vital: Vejez

Con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se entiende por discapacidad todos los eventos relacionados a deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación [71], es decir, toda interacción con personas que sobrelleven alguna enfermedad, como parálisis cerebral, síndrome de Down, depresión, entre otras.

Las personas en condición de discapacidad poseen las mismas, e incluso más, necesidades de asistencia sanitaria; por ende, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia en salud.

Puesto que la discapacidad en la Localidad refiere mayoritariamente a la vejez, este núcleo implica la atención en este ciclo de etapa vital, acatando a las siguientes causas:

Estructurales o generales: las barreras de acceso para la atención de este tipo de población, transporte e infraestructura pública inaccesible.

Intermedios o particulares: apoyo social limitado

Proximales o singulares: factores personales y actitudes negativas

En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que estas personas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Sin embargo, la exclusión social es parte de la cotidianidad de en esta población.

La exclusión se da en cuatro esferas: por un lado, exclusión a través del no acceso a bienes básicos y servicios, es decir a través de formas no económicas; por otro lado, una exclusión determinada por el acceso desigual a los mercados de trabajo y protección social; Una tercera que hace referencia a la exclusión de mecanismos participativos; y finalmente, una exclusión relacionada al desigual acceso y ejercicio de

derechos humanos, políticos y civiles. Es síntesis la exclusión social corresponde a la exclusión del mercado, instituciones sociales y culturales [72].

Dicha exclusión violenta derechos como la salud, el trabajo, la educación, transporte, desigualdades que afectan la calidad de vida y bienestar de todas las personas en condición de discapacidad, presente en todas las etapas de ciclo vital, especialmente la vejez. La discriminación a estas personas genera marginalidad, depresión, trastornos psicológicos, suicidios, pérdida de credibilidad por parte de la comunidad hacia los entes gubernamentales, mortalidad, etc.

5.2.9 Núcleo problemático 9: Falta de información, educación y movilización social en salud sexual y reproductiva

Tema Generador: Procreación responsable

Ciclo vital: Juventud

La sexualidad y la reproducción son una dimensión inherente y constitutiva de la especie humana que tiene que ver mucho con la construcción de identidad personal a lo largo del proceso de desarrollo, esto es, que trasciende más allá de relaciones sexuales y genitalidad.

Siendo uno de los componentes humanos principales, la salud sexual no obedece solamente a una perspectiva de riesgo y enfermedad, sino que implica el desarrollo y bienestar de las personas, alimentada por un entorno personal, familiar y cultural. De esta forma, la salud sexual y reproductiva constituye un derecho de la población que debe ser garantizado por todas las sociedades.

Derecho que a su vez encierra y relaciona derechos como: el derecho a decidir libre y responsablemente tener o no hijos; a recibir servicios de atención en salud sexual y reproductiva integrales y de calidad sin importar la edad, sexo, orientación sexual o estado civil; a recibir información y educación sobre la sexualidad; a la intimidad, la libertad, la integridad y la dignidad; y a no sufrir violencia o coerción de ningún tipo. [73]

Empero, en la Localidad se han venido presentando grandes problemas con respecto al tema, afectando los ciclos vitales de adolescencia, juventud y adultez, principalmente mujeres y comunidad LGBTI, sumados a situaciones de pobreza, desplazamiento y prostitución.

Las mujeres y hombres jóvenes de la Localidad, primordialmente los ubicados en las UPZ Doce de Octubre y Alcázares, parecen tener un problema en el manejo de su sexualidad que obedece a:

Estructurales o generales: factores culturales como la religión y las nociones machistas, barreras de acceso a la salud en algunos centros prioritariamente en los temas relacionados con el suministro de información.

Intermedios o particulares: dinámicas familiares conflictivas.

Proximales o singulares: desconocimiento de la comunidad de la oferta institucional frente al tema.

Las causas tienen sus efectos en hechos como el embarazo adolescente, el aborto ilegal, negligencia, maltrato infantil, dependencia económica, deserción escolar, delegación de cuidados, morbilidades, maltrato y en ocasiones malformaciones.

5.2.10 Núcleo problemático 10: indiferencia y subestimación a los problemas de salud oral

Tema generador: Promoción y prevención en salud bucal

Ciclo vital: adultez

La salud oral resulta ser un componente fundamental en la vida de cada individuo siendo un elemento imprescindible en el bienestar y la calidad de vida. Esto es así debido, por un lado, a una función biológica y anatómica de habla, respiración, masticación, nutrición y algunos procesos inmunológicos; y por otro lado, a un papel social de comunicación, presentación, lenguaje, fonación, socialización, es decir, involucra gran parte de la construcción y mantenimiento de la identidad personal y de la autoestima. Desde esta perspectiva, la salud oral involucra los soportes de un buen desempeño en los roles familiares, de trabajo y comunitario. [74]

Los habitantes de la Localidad presentan problemas relativos a la salud bucal como la caries, la periodontitis, gingivitis, etc., problemas que afectan todos los ciclos vitales especialmente infancia y adultez; no obstante, gracias a los programas de atención y prevención que priorizaron la población infantil (escolar) en su dentición permanente, es el grupo que presenta una mayor mejoría en cuanto a extensión y severidad de caries dental y otros problemas [75], pero los adultos presentan un cuadro preocupante de deterioro y pérdida, sobre todo si es un caso de desplazamiento, pobreza y/o indigencia. Por ello, este núcleo se enfoca en evidenciar la adultez como el ciclo de importancia en higiene oral.

Esta situación obedece a determinantes como:

Estructurales o generales: cobertura de salud y nivel de ingreso

Intermedios o particulares: imaginarios sociales hacen que los dientes no sean considerados órganos importantes para el desarrollo integral de las personas.

Proximales o singulares: la inserción ocupacional, nivel educativo, muchos de los hábitos alimentarios y de cuidado oral (cepillado), procesos biológicos de las bacterias en la boca.

Se observa que cuando hay una ausencia dentaria, psicológicamente los individuos se aíslan, hay una baja de auto-estima, se inhiben sus oportunidades laborales, educativas, sociales y recreativas, también se presentan dificultades alimentarias; y el problema radica, más que todo, en que la salud oral se traduce en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para el acceso a estos, lo que en últimas complejiza la inequidad en salud y la vulnerabilidad de derechos [76].

5.3 Potencialidades del Territorio

La localidad cuenta con potencialidades para superar o dar respuesta con mayor facilidad los núcleos problemáticos, entre ellas se destacan los multiusos del suelo lo que permite que dentro de las áreas residenciales haya comercio y pequeñas empresas de manufactura: esto permite que algunos trabajadores no tengan que desplazarse grandes distancias para ir a trabajar. La pequeña industria de los muebles de madera en la UPZ Doce de Octubre y los almacenes y talleres de autopartes en la UPZ Los Alcázares son las mayores de fuentes de ingresos para los habitantes de este sector.[78]

Las áreas verdes también son consideradas como una potencialidad en la localidad con respecto a otras localidades de Bogotá, la población que habita ese territorio cuenta con más parques, bosque y centros recreativos verdes o naturales que las personas de otras localidades de Bogotá exceptuando la localidad de Teusaquillo. Las áreas verdes además de ser sitios propicios para realizar actividad física, regulan las emisiones contaminantes de los automóviles y de la industria en general.

La centralidad geográfica de Barrios Unidos disminuye los tiempos de desplazamientos hacia cualquier lugar de la ciudad potenciando las posibilidades de trabajo, salud, educación y cultura, ya que los habitantes pueden hacer viajes cortos y rápidos en bus e inclusive pueden hacerlos caminando o en bicicleta.

5.3.1 UPZ Andes

Es una zona totalmente residencial en la que predominan conjuntos residenciales de cuatro y cinco pisos. La UPZ conserva un adecuado trazado de calles, equipado con zonas de recreación y, al imponerse el estrato 4, tiende a un fuerte desarrollo comercial e industrial de pequeña escala. De acuerdo con el Fondo de Prevención y Atención de Emergencias -FOPAE [78], los barrios que conforman la UPZ no tienen el riesgo de inundaciones severas, ni pueden presentar deslizamientos en masa; no obstante, están dentro de un riesgo alto de generar pérdidas graves si se presenta un terremoto superior a 7 grados en la escala de Richter. Según la misma entidad, en este sector se pueden presentar incendios por fugas, derrames o explosiones de gas o gasolina ocasionando daños a casas, industrias y centros comerciales.

Sin embargo, puede resultar ser un problema para las familias de estrato 3, ya que con el paso del tiempo se ha generado desplazamiento de personas que no pueden mantener el nivel de vida que imponen las clases que se encuentran mejor económicamente y que llegan a comprar las casas y hacen que se vean obligados a marcharse [79] [80]. Los propietarios de las casas para poder mantener el costo de la vida se ven obligados a arrendar sus casas para obtener más ingresos y esas prácticas generan problemas ambientales y de hacinamiento.

En el año 2012 en la UPZ de acuerdo a las visitas realizadas por los equipos de territorios, se encontró que de las 406 familias visitadas, 191 viven en arriendo. Además se evidencio que en las casas donde se vive en arriendo en más del 80% hay presencia de vectores transmisores de enfermedades.

La ubicación de la UPZ 21 Andes cuenta con amplia cobertura de vías y rutas de transporte, favorable para sus habitantes en términos de los desplazamientos a los lugares de trabajo, estudio y otras actividades, puesto que se encuentra equidistante de los polos laborales y comerciales de la ciudad, lo que se traduce en más disponibilidad de tiempo para disfrutar en otras actividades y una mejor calidad de vida [81].

En la UPZ Andes el costo de la vida ésta aumentando [81] y por ende para las personas con menos recursos se genera núcleos como “la no garantía de la seguridad alimentaria y nutricional”. Los costos de vida en este sector afectan a las familias de estratos medios-bajos, que muchas veces padecen “El desempleo y la escases de oportunidades laborales y educativas”. La presencia de este núcleo en la UPZ es relacionado a la formación, experiencia y edad, ya que la ciudad presenta un superávit de oferta de mano de obra bien calificada. La exclusión y migración de los habitantes obedece a ingresos insuficientes para cubrir necesidades que el sector exige.

De manera cíclica, y casi lineal, un núcleo conlleva a la aparición de otro, de allí que los mencionados conduzcan a la “adopción de conductas de riesgo y desinterés en los estilos de vida saludables” generando graves problemas de salud para la población. Como se decía en párrafos anteriores, la falta de empleo, estudio, proyectos de vida y en general la ausencia de ocupaciones, conlleva a los jóvenes y adultos a insertarse en un consumismo desmesurado, donde el alcohol, el SPA y la mala nutrición promueven al aumento de las enfermedades.

Además se presentan problemas de “Contaminación ambiental e inseguridad” los cuales en ambos casos están relacionados con los canales El Salitre y Rionegro. Los drenajes [82] tienen un fuerte impacto sobre la UPZ, ya que son grandes volúmenes de aguas residuales en sectores en donde las condiciones de drenaje de la cuenca no son muy buenas, por eso se presentan constantes estancamientos entre las carreras 46 y 68.

Agravado por el hecho que los canales de los ríos han sido usados como basureros, puntos de microtráfico y consumo por algunos habitantes de calle, se siente la necesidad de mejorar las condiciones de mantenimiento como limpieza, remoción de lodos, mejoramiento en las condiciones de arborización y mantenimiento constante de fuerza estatal y policial [83].

5.3.2 UPZ Doce de Octubre

La UPZ posee una excelente infraestructura de servicios públicos, una malla vial principal en excelentes condiciones que le conceden accesibilidad ventajosa frente a la Localidad y a la ciudad. Ésta UPZ está conformada por sectores diferenciados por su uso: áreas residenciales, áreas residenciales con actividad económica en la vivienda, áreas de comercio, servicios y dotacionales de escala zonal [82].

En general, los conflictos por uso del suelo están ligados a la ocupación de zonas netamente residenciales a usos comerciales o de servicios de manera paulatina, conllevando al deterioro de áreas tradicionales. El cambio en el uso del suelo está por encima de 50% en los últimos de 15 años, el cual ha cambiado de residencial neto a comercial e industrial en pequeña escala [35]. El cambio en el uso del suelo en detrimento de las áreas residenciales ha generado hacinamiento y problemas de presencia de vectores transmisores de enfermedades: el 60% de las familias visitadas por los equipos territoriales del Hospital Chapinero en el año 2012 viven en arriendo y en áreas muy pequeñas para el número de individuos que componen la familia.

La UPZ cuenta con una plaza de mercado, éste centro de abastecimiento de alimentos es fundamental dentro de las dinámicas nutricionales de la población. Las plazas de mercado son regidas por instituciones de nivel Distrital, pero su funcionamiento es meramente comunitario, son los vendedores y compradores los actores más importantes en la plaza de mercado. De igual manera los comerciantes de alimentos barriales como las panaderías, restaurantes, minimercados, supermercados y tiendas ofrecen todo tipos de alimentos y se suman a las redes de la nutrición en el sector [77].

Teniendo en cuenta lo anterior la oferta de alimentos es basta y suficiente para la comunidad. Sin embargo un problema importante de la UPZ Doce de Octubre recae en “la no garantía de la seguridad alimentaria y nutricional” lo que sugiere que no es la falta de alimentos, sino la falta de recursos monetarios para comprarlos lo que está incidiendo en mala nutrición de los habitantes en este lugar de la ciudad. Los problemas relacionados con la inadecuada alimentación o la falta de la misma la padecen todas las personas desde los niños recién nacidos, pasando por los jóvenes y adultos hasta los adultos mayores, ya que todos quedan son dependientes de las dinámicas del mercado laboral el cual es excluyente, selectivo y no recompensa bien a las personas por su trabajo.

Como se señala, una de las mayores problemáticas que sufre la comunidad es “El desempleo y la escases de oportunidades laborales y educativas” aunque en la UPZ hay más de 50 colegios entre públicos y privados, también hay hogares comunitarios de bienestar, hogares infantiles, jardines infantiles y una amplia presencia de las entidades del Distrito, lideradas por la Alcaldía Menor, la cual ofrece variedad de oportunidades para todas las personas sin importar su condición socioeconómica y su edad. Empero, la posibilidad de concurrir a ellos se ve impedida por razones de mayor peso como es el caso de los problemas económicos y la “Ruptura en las redes de apoyo y familias multiproblemáticas” [81].

Lo anterior es un detonante de problemáticas agrupadas en la “adopción de conductas de riesgo y desinterés en los estilos de vida saludables y falta de información, educación y movilización social en la salud sexual y reproductiva”; no obstante, en comparación con otros territorios de la ciudad, Barrios Unidos se encuentra en mejores condiciones y cuenta con un alto potencial para que su población pueda mejorar su calidad de vida y sus condiciones de salud. El desplazamiento y la movilidad suele ser uno de los problemas más graves que afronta la comunidad en la actualidad, ya que las personas mientras se desplazan quedan expuestas a estrés, contaminación por fuentes

fijas y móviles, contaminación por ruido y visual; además son objeto de actos violentos por parte de algunos ciudadanos.

5.3.3 UPZ Alcázares

La UPZ Alcázares cuenta con muy pocas áreas deportivas que sirvan de espacio de recreación para sus habitantes, sus vías principales están poco arborizadas generando un ambiente poco propicio para llevar una vida realmente saludable. Frente al panorama de riesgo el sector de auto partes en el Siete de Agosto presenta vulnerabilidades frente a la ocurrencia de incendios y/o explosiones debido a la gran cantidad de talleres allí aglomerados [79]. Por otro lado, la UPZ tiene fortalezas frente a la las posibilidad de inundación, puesto que no es una zona aluvial y cuenta con drenajes adecuados, además de un terreno con inclinación apropiada para la escorrentía del agua lluvia.

La UPZ Los Alcázares comprende dos áreas diferenciadas, la primera está comprendida por los barrios: La Paz, Siete de Agosto y Once de Noviembre que se caracteriza por ser un sector residencial, con presencia de talleres, de pequeña y mediana empresa y comercio. Con relación a su población residente predomina la presencia de inquilinatos los cuales son habitados primordialmente por trabajadores (Mecánicos, latoneros, trabajadores del sector de la madera, principalmente) con ingresos bajos; tiene una zona de alto impacto, ligada al Trabajo sexual [83].

La segunda comprendida por los barrios Polo Club, Santa Sofía, Juan XXIII, La Aurora, La Merced norte, Los alcázares norte, Alcázares, San Felipe, Colombia, Concepción norte, Rafael Uribe, Benjamin Herrera, La Esperanza, Quinta de Mutis, Muequeta y Baquero, donde se evidencia un predominio de viviendas de residencia y una población estable a nivel socioeconómico y en factores protectores para la salud. Esta población presenta un nivel de vulnerabilidad bajo, dado por el adecuado nivel de empleo y aseguramiento de sus habitantes.

La UPZ en general presenta problemas de “Contaminación ambiental e inseguridad”. Es muy común la contaminación por ruido y gases por fuentes móviles de las vías de alto tráfico de automóviles como es el caso de las carreras 30, 24, 17 y la Avenida Caracas, así como las calles, 75, 72, y 63. También se presenta contaminación por focos de residuos sólidos que generan, olores ofensivos al igual que la contaminación hídrica por conexiones erradas con vertimiento de aguas servidas a los cuerpos de agua. El problema de salubridad generado a partir de la contaminación de los cuerpos de agua

es de especial cuidado, debido a la cercanía de varios centros escolares, por lo cual incide sobre la salud de los niños y jóvenes que acuden a los mismos [84].

Por otra parte, existen emisiones de radiaciones generadas por la presencia de antenas de telefonía que son instaladas por las empresas operadoras en áreas residenciales, sin respetarse el uso del suelo ni los requisitos exigidos por el ministerio de comunicaciones. De igual manera es variada, y de alto impacto, la contaminación química que generan los talleres de latonería y pintura que manejan sustancias como Compuestos Orgánicos Volátiles –COV- en el sector de Siete de Agosto; dichas problemáticas afectan gravemente los trabajadores, residentes y visitantes. Además ésta industria a pequeña escala genera ocupación de espacio público, inseguridad para la comunidad en general y mal manejo de los residuos sólidos.

La UPZ tiene problemáticas ambientales relevantes, pero también cuenta con un aspecto favorable: existe una importante participación de carácter institucional, predominando las de orden educativo como los jardines infantiles y colegios, así como los centros de recreación y cultura que son importantes para los niños, adolescentes y jóvenes. Dentro de estos últimos se cuenta la oferta de parques y áreas verdes por ser importantes como lugares de encuentro y reunión.

A pesar de la participación institucional, los puntos de atención están presentes de manera escasa y selectiva en la UPZ. En el caso de la Alcaldía menor, ésta no cuenta con los recursos necesarios para implementar los programas que incluyan a la población en sus diferentes etapas de ciclo vital. Lo mismo sucede con el sector salud, donde las demandas de servicios sobrepasan a la oferta [81].

Los grupos comunitarios, constituidos en su mayoría por personas en etapa de ciclo adulto y en otros de vejez, son variados pero no suficientes en la UPZ. Son muy escasos los espacios que incluyen a las personas en condición de discapacidad o que estén en condición de desplazados por la violencia o la pobreza. De igual manera las comunidades indígenas y negras no cuentan con espacios académicos, culturales, deportivos ni laborales para incluirse y ser parte activa de la población de la UPZ los Alcázares.

En definitiva, los núcleos se encuentran presentes en toda la Localidad de manera uniforme, empero su concentración, tendencia, importancia y gravedad corresponde más al tipo de población que afecta: por edad, ciclo vital o personas en condición especial.

6 CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD EN LA LOCALIDAD

Un importante asunto de todo aparato administrativo, y de toda política, es la de generar propuestas en función de aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida de la población. Para ello debe identificar la mejor combinación en la que operen los sectores (o instituciones) estatales y el Mercado, en términos de la cobertura y la calidad de las prestaciones que ambos sectores ofrecen a la población para atender sus necesidades de educación, salud y trabajo.

Para la localidad de Barrios Unidos que padece problemas de desempleo, informalidad, pobreza, inequidades en salud relacionadas a condiciones estructurales particulares de la sociedad actual y del sistema normativo, baja capacidad de respuesta del sistema, barreras de acceso en algunas IPS privadas, enfermedades crónicas, infecciosas y muertes generadas por causas evitables (mortalidades perinatal e infantil), falta de información y de participación de la población, entre otros factores; se han realizado propuestas y alternativas de solución que intentan mitigar la situación. Las instituciones y entidades relacionadas han evidenciado que el trabajo en conjunto y organizado es la base para unos resultados eficientes, a bajo costo y de gran satisfacción a los usuarios.

Es así, que por medio de la articulación para la atención y desarrollo de acciones individuales y colectivas se responde a algunas de las necesidades identificadas en la población. Se enfatiza, de igual forma, en la equidad social, la corresponsabilidad entre población, los sectores públicos y privados, promoviendo la participación social y un concepto amplio de salud. Por ello el capítulo desarrolla el análisis en gran parte de las acciones ofertadas a la comunidad durante el año 2012, describiendo la Atención Primaria en Salud, enfoque orientado en unir los esfuerzos del sector salud con otros sectores sociales (educación, secretaría de integración, Desarrollo económico, ICBF, IDRD, Alcaldías Locales, fundaciones, colectivos comunitarios etc.).

Así mismo, la localidad de Barrios Unidos cuenta con una muy buena presencia de las instituciones, así como la gran presencia de parques y áreas deportivas y de esparcimiento (Mapa 4).

UPZ PARQUE EL SALITRE

La población de la UPZ no es superior a los 5000 habitantes, quienes residen principalmente en el barrio El Rosario, ya que la mayor parte está dedicada a la conservación, parques y áreas de protección como el humedal el Salitre. Por ello, en la

UPZ Parque el Salitre la oferta institucional se centra en los aspectos deportivos y de esparcimiento físico. La actividad física es uno de los motores que mueven a la comunidad de la UPZ Parque el Salitre, y debido a que los equipamientos deportivos son de carácter distrital, estos atraen también a personas de toda la ciudad. En esta UPZ funcionan centros de fundamentación física y deportiva importantes para la ciudad por lo que instituciones como el IDR, Secretaria Distrital de Educación y la Secretaria de Cultura ofrecen variedad de proyectos enfocados en los niños, jóvenes y adultos a fin de potenciar sus capacidades y realizar actividades para ocupar el tiempo libre.

UPZ DOCE DE OCTUBRE

La UPZ Doce de Octubre es la más densificada de la localidad, en ella habita la población con mayores problemáticas sociales y ambientales lo que implica que la oferta institucional sea más contundente. La Secretaria de Educación y la Secretaria de Integración Social, así como el ICBF son las instituciones que tienen una mayor presencia en la UPZ; entre colegios públicos, privados y jardines infantiles, y hogares de bienestar, además de espacios culturales de encuentro donde se ponen en marcha diferentes proyectos enfocados en la infancia y adolescencia.

La secretaria de Ambiente y la Secretaria de Salud hacen presencia en la UPZ realizando inspección y vigilancia en los expendios de alimentos, así como en los locales comerciales apoyando y formando a los comerciantes en aspectos relevantes de su negocio. De igual manera controlan la calidad de los alimentos en la plaza de mercado del Doce de Octubre, estas entidades velan por la salud ambiental de la comunidad vigilando y garantizando la no presencia de escombros, residuos para que no se inoculen focos de vectores; a su vez, realizan un manejo de las situaciones críticas como inundaciones o falta de funcionamiento del sistema de saneamiento básico.

UPZ LOS ANDES

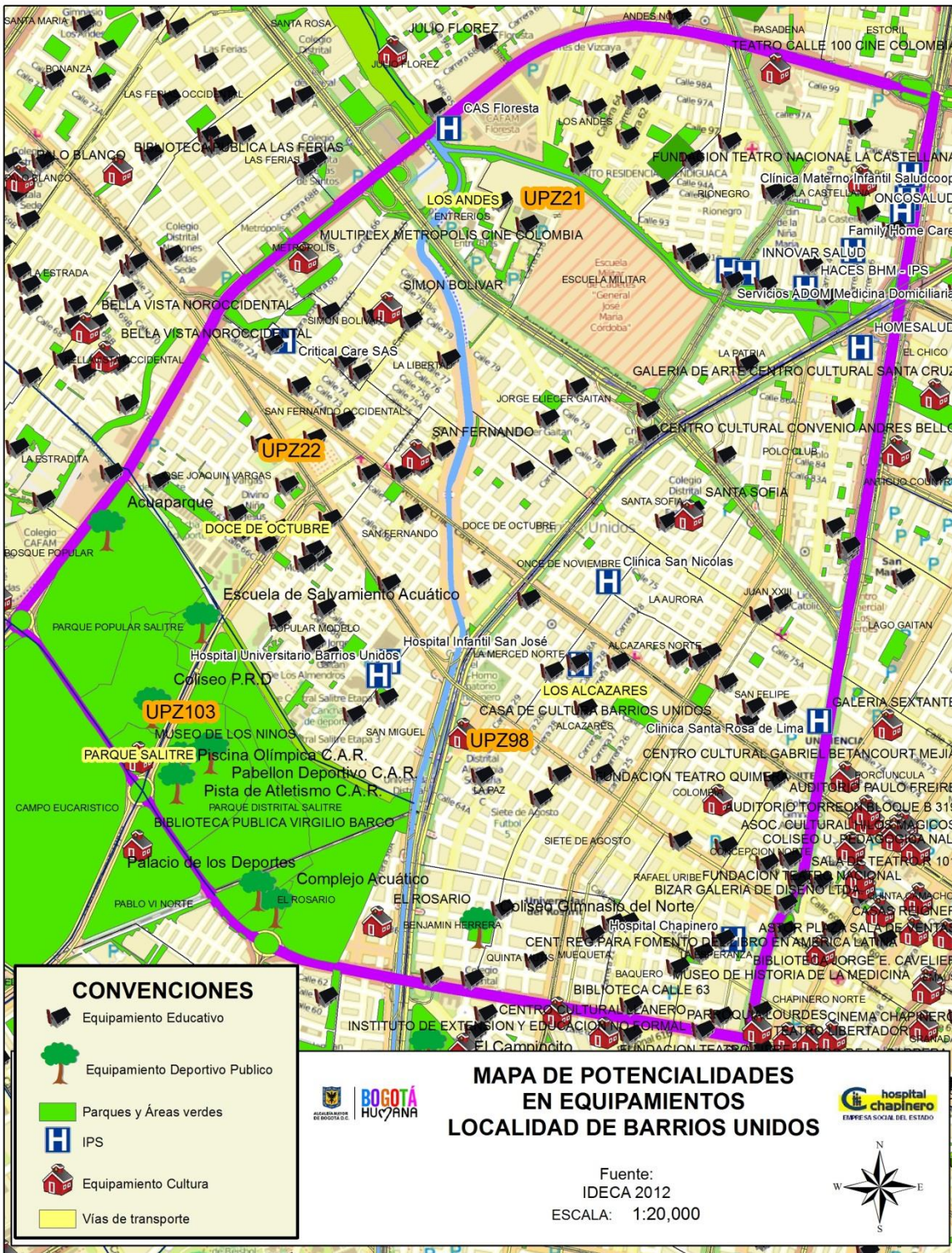
La UPZ Los Andes centra la presencia de instituciones en los barrios Rionegro y Los Andes, el primero es un barrio de estrato 3 donde se concentra la mayor problemática del sector. En esta UPZ las problemáticas se centran en el desempleo, lo que implica que muchos de los proyectos de las instituciones no logren un impacto real sobre la comunidad. La institución que más influye es la Secretaria de Educación: lo hace por medio de jardines infantiles y colegios públicos y privados, es por medio de estos centros educativos que implementan las políticas públicas que benefician a la comunidad. En la UPZ están localizadas una cantidad importante de IPS pero la mayoría son de carácter privado lo que no necesariamente implica mejores servicios de salud.

UPZ LOS ALCAZARES

En esta UPZ prevalecen los barrios de carácter residencial de estrato 3, seguidos por los barrios dedicados al comercio y a los talleres de mecánica y metalmecánica. Estas áreas comerciales y de factoría son atendidas principales por la Secretaria de Salud y el Hospital Chapinero, así como por la Secretaria de Ambiente que además de actividades de control, realiza formación y capacitación a los dueños y trabajadores de los mismos. También se controla y vigila la plaza de mercado y los centros de abastos y venta de alimentos.

La Secretaria de Integración Social hace presencia con hogares de bienestar y espacios para el trabajo comunitario. También el Hospital Chapinero ofrece servicios a la comunidad, el ICBF y la Secretaria de Educación vigilando y controlando los colegios públicos y privados de la UPZ hace presencia e implementa las políticas públicas y las estrategias que benefician a los niños y jóvenes.

Mapa 4. Potencialidades del Territorio en Equipamientos



6.1 Atención Primaria en Salud

El modelo de prestación de servicios en Salud para el Hospital Chapinero, se basa en el engranaje de dos elementos estratégicos: Enfoque promocional de calidad de vida y salud y Atención Primaria en Salud –APS-

La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, es decir, la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales. La autonomía dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades enfocadas a una buena calidad de vida. La promoción, por su parte, denota mejorar las condiciones de vida superando los obstáculos por medio de acciones de movilización social. [85]

Por otro lado la Atención Primaria en Salud –APS- es la estrategia cuyo enfoque renovado se orienta al logro del nivel de salud más alto posible y la concibe como un derecho humano, cuya garantía requiere un abordaje amplio que trascienda la concepción individual y asistencialista de la enfermedad, para adoptar una perspectiva más integral desde los determinantes sociales que afectan negativamente la salud y la desigualdad social. [86]

Es así como el Hospital Chapinero durante el año 2012, contó con cinco puntos de atención que prestaron servicios a población no asegurada (vinculados) que tengan como IPS al Hospital. Así mismo, se tuvo contrato con cuatro EPS-S (CAPRECOM, Capital Salud y Solsalud, Human Heart) que capitaban con él hospital para ofrecer atención a los usuarios.

No obstante, las anteriores centralidades no equivalieron a un absoluto, es decir, las acciones no se limitaron a población vinculada o usuarios de las EPS, sino que también se realizaron actividades y programas conjuntos con otras entidades como institutos, secretarías, fundaciones, colectivos y comunidad en general, dependiendo las problemáticas y grupos etarios: Recién Nacidos, menor de 1 año, de 1 a 5 años, de 6 a 9 años, de 10 a 26 años, de 27 a 44 años, 45 a 59, mayor de 60, y población general. Para los individuos con Fondo Financiero Distrital y otro tipo de población “especial” se intentó la canalización a los puntos donde les brindaron la atención necesaria.

En cuanto a la Oferta del Hospital frente a las acciones de promoción, prevención y resolutivez, respondieron en gran parte a las necesidades encontradas en las Localidades, territorios y microterritorios; este trabajo se fortaleció a partir de acciones

de información, educación y comunicación, con enfoque de demanda inducida. Para este trabajo, y basados en los principios de la Atención Primaria en Salud, donde la intersectorialidad es un punto fuerte, es importante resaltar las acciones de gestión con otros actores institucionales y comunitarios: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF-, Secretaría Local de Integración Social –SLIS-, Comisarias, Policía, Consejos, mesas de trabajo, alcaldías menores, juntas de acción comunal, participación social.

El modelo de atención de la ESE, permitió establecer nuevas estrategias que generaron un impacto positivo en la solución y atención de problemáticas, impulsando así nuevas propuestas y líneas de acción. [87] [88]

6.2 Supervivencia y desarrollo infantil [89]

Se evidenció anteriormente que una de las problemáticas más importantes de la Localidad, está relacionada con la seguridad alimentaria: Problemas como la desnutrición en menores de cinco años (crónica, aguda y global); malnutrición en la población local (obesidad, sobrepeso o desnutrición) bajo peso al nacer; y baja lactancia materna.

A dichas las dificultades, relacionadas con la seguridad alimentaria, el Sistema de Vigilancia Nutricional –SISVAN- realizó tablas nutricionales a partir de las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- de la Localidad con el fin de caracterizar las familias en situación de desnutrición; empero, debido a diferentes circunstancias solo se llegó a una vigilancia epidemiológica y a canalizaciones principalmente a hospitales o a otro tipo de instituciones como la Secretaría de integración social o el ICBF.

Dentro de las acciones desarrolladas por parte del Hospital Chapinero, se realizaron actividades como la Consejería en lactancia materna para recién nacido, Consejería en lactancia materna⁴, consejería alimentaria y nutricional para la promoción de patrones de consumo alimentario, educación alimentaria para el niño o niña menor de 1 año; acciones contratadas con la Secretaria Distrital de Salud –SDS, fondo financiero distrital en salud - FFDS y otros pagadores.

En ese mismo contexto, se realizó consulta de “primera vez” para detección temprana de alteraciones de Crecimiento y Desarrollo para niños y niñas de 1 a 10 años por medicina y consulta de control por enfermería. En este espacio, de acuerdo a la

⁴ Educación en Lactancia Materna en Gestantes con bajo peso y Recién nacidos con Bajo peso identificadas desde SISVAN.

necesidad de cada menor, se realizaron acciones de suministro de: Sulfato ferroso, de vitamina A (100,000 UI) y antiparasitarios a todos los niños y niñas de 1 a 5 años⁵; como aporte a la primera infancia, a la población gestante se suministró Sulfato ferroso y ácido fólico para gestantes y mujeres hasta 6 meses posparto.

En el marco de Salud Pública, se organizaron servicios de salud colectiva para apoyar otros proyectos de carácter social en la localidad como las canastas de mercado por persona, los jardines de integración social y comedores escolares para menores de tres años, los bonos para gestantes y lactantes, jornadas de lactancia materna: red “amamantemos unidos”, valoraciones integrales, Estrategias maternas infantiles: AIEPI (Atención Integral Enfermedades Prevalentes en la Infancia), IAMI (Instituciones Amigas De La Mujer Gestante y la Infancia), IAFI (Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia).

Se desarrollaron programas como “Muévete Comunidad” para la promoción de la alimentación saludable y la actividad física en el escenario escolar, formación de agentes comunitarios (AIEPI-Componente de alimentación infantil), y desarrollo de habilidades y competencias en el componente de alimentación y nutrición en los actores de la red social materna e infantil.

Es así como desde el Hospital Chapinero y otras instituciones aportaron a la afectación positiva con programas de seguridad alimentaria brindando oferta en toda la Localidad. Algunos de estos son los comedores comunitarios (algunos continúan funcionando⁶), el Programa Alimentación Escolar -PAE- brindado por el ICBF; esta misma entidad también tuvo el programa de nutrición a niños en desnutrición o con riesgo. La Secretaría de educación contó con programas de alimentación y atención escolar, Secretaría de integración social brindó canastas a personas en condición de discapacidad, bonos alimentarios para adultos mayores, salario para lactantes y gestantes que estuvieron en condición de desnutrición o en riesgo de padecerla, trabajo en jardines y colegios⁷ con refrigerios fríos o calientes (solo para los de jornadas de 40 horas).

⁵ Entrega efectiva de los micronutrientes a todas los niños que realizan el control de crecimiento y desarrollo con excepción de los niños que tuvieron alguna contraindicación

⁶ Están en periodo de transición y caracterización donde todos los comedores harán parte de una red llamada “militar”, la cual pretende sustentar y satisfacer necesidades mínimas a personas en condición de vulnerabilidad (desplazados, Habitantes de calle, personas en situación de pobreza). Actualmente inició con el programa de agua mínima, educación y alimento.

⁷ En etapa de articulación e integración con ICBF y secretaria de educación.

Frente al eje de abastecimiento y demanda de la Localidad, la política de seguridad alimentaria y nutricional pertenece a la secretaría de desarrollo económico, quienes informan y atienden por Localidad las problemáticas del precio y del mercado que afectan el acceso a los alimentos.

El fin de estos programas, con aporte del Hospital de Chapinero, consistió en brindar asesoría y atención a las personas que los necesitaron⁸, focalizando las acciones en familias con niños y niñas menores de cinco años con desnutrición global, gestantes y lactantes en condición de malnutrición. SISVAN y SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional) abordaron los niños de los colegios con problemas de malnutrición, pero la participación y socialización con los padres fue limitada; también se trabajó con los docentes para que sean multiplicadores de la información y la labor.

Sin embargo, pese al despliegue y cobertura de acciones, se evidenciaron varias problemáticas que afectan el desarrollo de las ofertas en seguridad alimentaria y nutricional: la forma de cocinar y las costumbres difícilmente erradicables en la comunidad; la falta de cupos para algunos jardines y sobrecupos en programas mencionados; la falta de talento humano y de demanda inducida, problemas de índole laboral en el núcleo familiar. Obstáculos que aunque irrumpieron el óptimo desarrollo, no perturbaron la satisfacción social y gubernamental representada en el cumplimiento de las metas:

Para niños menores de 1 año el cumplimiento con el FFD fue de 169,8% (el mayor aporte se evidencio en el cumplimiento de actividades del Programa Ampliado de Inmunización -PAI), consejería alimentaria y nutricional y detección temprana de alteraciones en menores de 1 año cumplió con el 33.3%. La realización de las sesiones y el interés que los y las participantes de los grupos mostraron, permitieron progresos como el levantamiento de la base de datos de los jardines y la realización de las capacitaciones a las auxiliares de enfermería participantes del proceso en temas de suplementación y fortificación, vitaminas (liposolubles e hidrosolubles, deficiencias por micronutrientes, importancia del zinc y el hierro).

6.3 Protección e inclusión social de la familia [90]

Algunas familias de la Localidad son sistemas desestructurados, con insuficiencias económicas, déficit sociocultural, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo

⁸ Atendiendo o remitiendo a las EPS.

familiar, que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo.

El Hospital chapinero y el Sistema de Vigilancia de Salud Mental SIVIM realizaron investigaciones epidemiológicas de campo en pro de la restitución de derechos. El Hospital contó con atención terapéutica a víctimas, siempre y cuando hubieran estado vinculadas (No contributivas ni subsidiadas). Digitación en el aplicativo SIVIGILA y SIVIM de toda la notificación proveniente de la localidad, y articulación con otras Entidades Sociales del Estado y organizaciones.

En la vigencia del año 2012 se identificaron, caracterizaron y canalizaron a los diferentes servicios de salud a 101 niños y niñas de la edad entre los 5 a 11 años, y a 51 niños y niñas de la edad de 12 a 14 años. Éstos se identificaron a través de búsqueda activa en espacios locales distintos a la escuela, en las UTIs (Unidades de Trabajo Informal) intervenidas por la ESE Hospital Chapinero, en las plazas de mercado, en la calle y en las diferentes Instituciones Educativas Distritales de la Localidad.

Se desarrollaron: caracterizaciones de individuos, familias, comunidades, instituciones educativas; revisión documental histórica; indicadores de morbi-mortalidad; priorización de acciones de acuerdo a los hallazgos evidenciados en la caracterización e identificación, que dieron paso a la formulación de inclusión de acciones concretas en el plan de desarrollo institucional.

Se llevó a cabo la estrategia “centro de escucha itinerante”, la cual es una herramienta que se brinda a la comunidad con el ánimo de que esta resuelva sus inquietudes y vea en este un espacio en el que puede expresar sus dificultades en todos los aspectos de su cotidianidad y así encontrar mecanismos de solución. En dichos espacios se abordaron temáticas como: prevención de consumo de sustancias psicoactivas -SPA, prevención de conductas de riesgo, prevención en Matoneo, reflexión en torno al quehacer como padres, los conflictos de pareja y su relación con las dificultades de los hijos, sobreviviendo a la violencia intrafamiliar, autoestima en niños y padres como promotores del sano desarrollo de sus hijos, el afecto en las relaciones interpersonales, pautas de crianza, la autoridad, etc.

Por otro lado, se realizaron talleres de autocuidado y amor propio en docentes para la construcción de la Ruta Interna de salud mental e identificación y manejo de casos de abuso sexual, identificación precoz de necesidades educativas transitorias y trastornos

de aprendizaje en la infancia y adolescencia, identificación y manejo de casos de presunta conducta suicida, etc.

Se desarrollaron charlas de sensibilización y entrega de Piezas comunicativas acerca de los temas de VIH, planificación familiar, resolución de conflictos y rumba sana, charlas de sensibilización sobre Salud Sexual y Reproductiva para la prevención del embarazo en adolescentes. Entre otros temas tratados se fortalecieron el “Amor propio”, “Comunicación Verbal y no verbal”, “Toma de decisiones”, “Autoconocimiento y Comunicación asertiva”, “Manejo de presión grupal”, “Relaciones interpersonales: Tolerancia y valorar la diferencia”.

Desde el Proyecto Desarrollo de autonomía –PDA de salud mental, se realizó acompañamiento en la identificación y reconocimiento de Colegios, Jardines, Universidades, iglesias, Centros comunitarios, centros deportivos, fundaciones, Juntas de acción comunal, entre otras. De igual manera se desarrolló acompañamiento en la caracterización de individuos y /o familias con otras entidades (CAVIF, DILE, CADEL, comisarías de familia, SLIS, ICBF, personería), que brindaron asesorías y capacitaciones en riesgos y proyectos de vida: “árbol de la vida”, jornadas de salud y espacios de sensibilización.

Desde la óptica de ICBF y su grupo de profesionales, se evidencio que ofrecen atención a los niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de conflicto por maltrato, abandono, violencia física y sexual. Genera medidas de protección cuando los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados. Facilita la ubicación de las familias en los servicios o programas de prevención: Hogares Comunitarios de Bienestar, Hogares Infantiles, Clubes Juveniles, Programas de Nutrición, entre otros [91].

Los Centros de servicios judiciales URIS - Unidades de Reacción Inmediata, atendieron las 24 horas denuncias sobre delitos sexuales y violencia intrafamiliar, junto con los centros especializados de atención a los delitos sexuales, para fortalecer esfuerzos y acciones interinstitucionales. A pesar del gran abanico de actividades hubo problemas de poca oferta para adolescentes y jóvenes con conductas de riesgo, sumado a algunos obstáculos con imaginarios y tabúes (relacionados principalmente con la sexualidad) colectivos que se constituyen en barreras de acceso a la necesidad poblacional.

Durante el año se trabajó en la participación de cabildos juveniles (con participación de adolescentes), espacios donde los participantes jóvenes generaban iniciativas de los

temas que consideraban relevantes para ellos, quien lidero este proceso fue la alcaldía local en compañía de la casa de la juventud donde convocaban a los jóvenes y recogían las inquietudes para posteriormente dar respuestas a las necesidades de los jóvenes.

La casa de la juventud es un espacio para que los jóvenes y adolescentes participen activamente en actividades y proyectos para la utilización del tiempo libre, la estimulación de espacios de participación con lo es el consejo local de juventud, es un grupo de personas jóvenes que representan a todos los jóvenes y adolescentes de la localidad.

Las dinámicas circunstanciales como las familias flotantes o las disposiciones institucionales e individuales fueron causa de una baja meta para la atención de familias en el microterritorio. No obstante, las familias atendidas se llevaron al restablecimiento de emocionalidades y derechos primarios en salud, lo que conllevó a una comunidad agradecida con programas de salud mental, a unas familias estables en su proceso de resiliencia y avance. Las familias beneficiadas se encuentran ya direccionadas a los diferentes servicios de salud o redes de apoyo y ya están en ejercicio de sus derechos.

6.4 El buen trato: primero los niños y las niñas [90]

La presencia de actos de violencia o maltrato severo entre los padres o adultos, el ignorar, insultar o amenazar al niño con violencia, el abandono y la negligencia por parte de los adultos son algunos de los principales elementos encontrados en la Localidad.

Para ello, y sumado a las ofertas mencionadas (nutricional, mental, familiar) en los anteriores temas generadores por núcleo problemático, la infancia se ve intervenida a su vez por las actividades relacionadas al trabajo infantil; donde se busca una inversión del tiempo libre de adolescentes, niños y adultos en talleres, capacitaciones, estudios, en articulación con actores como IDR, Secretaria de cultura, IPES, Desarrollo económico y Cámara de comercio.

Se realizaron reuniones como los concejos de atención a víctimas de violencia y la red del buen trato donde se analizan herramientas de ayuda a la población en sus necesidades de salud mental. Este tipo de estrategia se realiza interinstitucional y transectorialmente con entidades públicas en la Localidad obedeciendo a mandatos distritales en el cual el sector salud aporta y busca la articulación de acciones.

Se hicieron comités de atención a víctimas de maltrato intrafamiliar, abuso sexual y explotación sexual; cuya metodología consiste en el estudio por caso, en la que se caracteriza la situación y se le da respuesta o canalización a otras instituciones para el abordaje efectivo, continuando con el seguimiento para efectuar la garantía de derechos.

Tanto la red del buen trato como el comité de atención a víctimas, se efectúa en conjunto con ICBF (medidas de protección, defensoría de familia, custodias), SLIS (programas por ciclo vital y por población, Secretaría técnica de comités, algunas ayudas como bonos, canastas), comisaría de familia (conciliaciones, amonestaciones, denuncias), personería, Alcaldía Local, DILE, Centro amar, Centro crecer, para restituir los derechos de las personas vulneradas.

En este orden y obedeciendo a la Política Distrital de Salud Mental, se le apunto al Fortalecimiento de la respuesta social ante los casos de violencia; sin embargo estos abordajes se vuelven limitados al momento de precisas cantidad de sesiones para los usuarios de servicios en salud mental y al no mantener una constante en los programas e intervenciones que le apunten a la restitución y al desarrollo de la autonomía como garantía del derecho a la salud mental.

Se creó un espacio de socialización e intervención COLIA (consejo local de infancia y adolescencia), referenciando y canalizando casos, brindando programas sobre uso del tiempo libre, capacitaciones etc. El servicio colectivo de infancia, permitió a gestores sociales capacitaciones y asesorías escolares sobre las nociones y detección de maltratos.

La ESE participó, a través de la referencia de actividad física, en el posicionamiento del tema de actividad física en los diferentes escenarios de participación como mesas, consejos, comités. Por otra parte inició el trabajo articulado con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDRDR para implementar la actividad física en los diferentes ámbitos de vida cotidiana

Existió un inconveniente con el imaginario y la perspectiva paterna de algunos participantes, falta de participación y empoderamiento de los cuidadores y costo mínimo de algunos cursos-talleres fueron algunos de los elementos que dificultaron la atención. Empero, el acercamiento a las Instituciones Educativas en jornadas mañana y tarde, en articulación con coordinadores, orientadores y docentes, fue un logro al realizarse la sensibilización para la prevención y la erradicación del trabajo infantil y promoción de la

protección del “trabajo protegido”, lo que permitió adicionalmente la identificación de algunos casos de accidentes de trabajo.

A los programas y/o proyectos se canalizaron el 97% de la población infantil de esta vigencia, para generar espacios de aprovechamiento del tiempo libre y por ende la desvinculación de la actividad económica en la que acompañan. El trabajo articulado con algunas de las Instituciones Educativas Distritales -IED de la Localidad de Barrios Unidos permitió la identificación de Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores -NNAT dentro del aula de clase por medio de estrategias de sensibilización para la prevención y erradicación del trabajo infantil.

6.5 Estilos de vida: vivamos sanos [90] [92]

Las conductas de riesgo que atentan la integridad física, emocional o espiritual de las personas causó la presencia de problemas relacionados a conductas violentas, el consumo de Sustancias psicoactivas –SPA-, un manejo irresponsable de la sexualidad y una malnutrición

Para los problemas relacionados con la adopción de conductas de riesgo y desinterés en los estilos de vida saludables, se desarrollaron IEC o seguimiento a casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual a residentes de la Localidad; Trabajo social y psicológico, terapias e intervenciones familiares junto con otros actores como el Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual –CAIVAS-, Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar –CAVIF-, Centro de Servicios Jurídicos Especiales para Adolescentes –CESPA-, Dirección Local de Educación -DILE, Centro de Administración Educativa Local –CADEL-, ONG, Fundaciones, entre otros. Para disminuir la adopción de conductas de riesgo, principalmente en jóvenes y adolescentes, el hospital ha destinado esfuerzos en programas como el fomento de actividad física, ya que a través de ella se previene la aparición de eventos y afectaciones de salud y promueve estilos de vida saludable.

Un actor aliado en este tipo de proyectos es el Instituto Distrital de recreación y deporte –IDRD-, con jornadas de actividad física y recreación, la Secretaría de Cultura con jornadas de medio ambiente, TV y trabajo. En complemento, se participa activamente en las ELAI de la Localidad, al lado de instancias como la Secretaría de Educación o el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal –IDEPAC-, para las iniciativas juveniles y el posicionamiento de la política de juventud. Se trabaja con la casa de la juventud y la Alcaldía Local para realizar un proyecto de socialización y encuentro juvenil.

Se promovió la actividad física, la alimentación saludable, los espacios libres de humo. Se realizó la caracterización de las instituciones educativas aplicando un instrumento que permitía direccionar e identificar las necesidades de cada institución; seguido a ello se seleccionaron grupos gestores de estudiantes para la aplicación de estrategias de formación en temas de salud y de vida cotidiana fomentando la práctica de actividad física y los estilos de vida saludable en el cotidiano de la comunidad.

En los problemas relacionados con conducta suicida se realizan orientaciones, asesorías, seguimientos, talleres en las Unidades Primarias Generadoras de Datos - UPGD- en compañía de ICBF, Integración social, Alcaldías, Comisarías y sector salud en general. De los 26 casos de conducta suicida notificados por las UPGD, en el periodo se atendieron 22 casos, pero se verificó la información de todos.

La calidad y el estilo de vida en el que se desarrollan los adolescentes resulta ser un producto de su dinámica familiar, por lo que el carente apoyo de la familia, su limitada visión a futuro y su proyecto de vida, fueron determinantes fundamentales en la atención efectiva. Es notorio que las instituciones manifiestan inconformidad por no conocer un proceso de vigencia anual con seguridad, ya que los espacios generados en esta vigencia pueden ser los únicos, dejando un proceso sin continuidad y una utilización de la población por necesidad de ejecución presupuestal.

Aun así, se avanzó en la formación y reconocimiento del “Cuerpo” por medio de espacios lúdicos, recreativos y vivenciales donde la expresión corporal, el juego y la actividad física se consolidaron como medios pedagógicos y comunicativos. La promoción de actividad física proporcionó a la población estudiantil elementos conceptuales y prácticos encaminados a diversas temáticas de salud.

Así mismo, las Jornadas Colectivas lograron mantener unos niveles de aceptación social, en la que la transversalidad logró sensibilizar a muchos miembros de la comunidad en la importancia de mantener estilos de vida saludable gracias a la utilización de juegos que potencializan el trabajo en equipo, la realimentación de conocimientos, la diversión y la honestidad. Se ejecutó un plan de respuesta en la totalidad de sedes en meta en las estrategias de asesorías integrales, grupos con acciones en promoción con diferente intensidad de acuerdo a las dinámicas institucionales (espacios brindados, interés, acompañamiento, aprovechamiento del recurso, cumplimiento o cancelación de acciones).

Durante esta vigencia se resalta como logro la calidez que las instituciones educativas ofrecen a las acciones de la transversalidad; que de forma simultánea genera en los

participantes la posibilidad de un cambio positivo dentro de su entorno y la aplicación de todos estos conocimientos a su comunidad educativa.

6.6 Condiciones de calidad y dignidad para el estudio y el trabajo decente y saludable [90] [92] [93]

El desempleo en la Localidad y la falta de oportunidades educativas y laborales resultan ser los pilares de gran parte de las problemáticas que aquejan la comunidad, pues sin el sustento diario no es posible la estabilidad familiar e individual.

Por ello se hicieron Capacitaciones en temas de: Aseguramiento en Salud, Temas de Salud Ocupacional y Riesgos Laborales, se realizaron con la finalidad que los asistentes conocieran el sistema y a la vez hacer exigibilidad de derechos. Se buscó la articulación con los líderes y lideresas con la finalidad de realizar acciones que permita mejorar las condiciones de salud y trabajo de las y los trabajadores pertenecientes a la economía informal.

Se realizaron Jornadas de capacitación escolar, oferta de cursos-talleres, asesorías empresariales con Cámara de comercio, para minimizar el impacto del desempleo y la poca oferta laboral y educativa.

A partir de la Política para la salud y calidad de vida, desde la intervención entornos de trabajo saludable en las Unidades de Trabajo Informal en la Localidad de Barrios Unidos, durante el año 2012, se priorizaron las actividades económicas de Expendio a la mesa de comidas preparadas en cafeterías, expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurantes, Expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimiento, Fabricación de muebles para el hogar y/o oficina y/o empresas y Mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, se hace referencia a las condiciones de empleo identificadas, como es el caso de la afiliación en salud, la cual es en un mayor porcentaje al régimen contributivo, seguido del subsidiado, los trabajadores del sector informal por ser independientes en la labor que desempeñan, se afilian al régimen que más se acerque a sus necesidades económicas y de atención en salud. Siendo evidente que la mayoría no se puede atender en los servicios de salud de la ESE por el régimen al que pertenecen o las entidades con las que capitán.

En lo concerniente a la jornada de trabajo, en su gran mayoría es diurna, por la complejidad de las actividades manuales a desarrollar en las UTIs, siendo excepción

los que se desempeñan en actividades en los expendios de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimiento; los trabajadores y trabajadoras no tienen contrato, lo cual confirma la informalidad e inestabilidad laboral evidente en la Localidad. La forma de pago, es al destajo, de acuerdo a las tareas o productos que elaboran en el día de trabajo.

En cuanto al Cargo es evidente que en esta localidad la población trabajadora no solo elabora productos, sino que está al tanto de las labores de organización, atención al cliente y administración de bienes y servicios.

El promedio de horas de trabajo al día, es de 12 horas, 7 días a la semana, jornadas de trabajo extensas descansando esporádicamente un día a la semana, de acuerdo a la demanda de productos.

De acuerdo a las condiciones de salud de los trabajadores y trabajadoras en el sector informal intervenido hay mayor incidencia, debido a los compromisos de competitividad, calidad del producto y productividad, lo cual incide en un sobre-esfuerzo físico y mental que trasciende directamente en la salud.

En la parte de signos y síntomas, los trabajadores y trabajadoras presentan tos, expectoración, disnea, gripa frecuente, seguida de dolor de espalda, siendo el resultado de la falta de prevención y promoción de la salud, como también de las exigencias de las actividades en que se desempeñan.

Los signos y síntomas más frecuentes son la sensación continua de cansancio, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor en miembros inferiores, dolor en hombros o brazos, adormecimiento u hormigueo en manos, adormecimiento u hormigueo en miembros inferiores, tos gripa expectoración disnea frecuente. Por lo cual podemos apreciar que los síntomas más aquejantes en la población son los de psicosociales por los riesgos a los cuales están expuestos como atención al cliente, constante trabajo bajo presión jornadas labores extensas de más de ocho horas, ritmos de trabajo.

La comunidad laboral toma los accidentes de trabajo como algún común a su quehacer diario y cotidiano. En su gran mayoría esta población no cuenta con ninguna cobertura de afiliación a las administradoras de riesgos laborales.

Dentro de las dinámicas, se busca llegar a todos los empleados y generar una retroalimentación del ejercicio, de esta forma damos orientación hacia el logro de los objetivos de salud y calidad de vida en los ambientes laborales.

Se realizó la canalización a servicios de salud a los 100% de los y las trabajadoras caracterizados y a otros servicios, en los que se convocan a participar en los cursos de emprendimiento y manipulación de alimentos del SENA, asambleas locales por la salud, red de salud y trabajo y conmemoración del día de la salud de los trabajadores.

Se realiza posicionamiento de la Política Pública para la Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y las Trabajadoras en los espacios de participación de productividad en la localidad de Barrios Unidos.

Con la finalidad de conocer las ofertas mensuales que tienen para mejorar las condiciones de vida de las y los trabajadores, se realiza articulación con el IPES, SENA, Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, Secretaria Local de Integración Social.

Se canalizan al equipo de la Red Norte del Sistema de vigilancia Epidemiológica ocupacional para las y los trabajadores del sector Informal –SIVISTRA-, trabajadores con posible enfermedad profesional y/o accidentes de trabajo. Además a los líderes del territorio se realiza invitación al curso de monitoreo crítico dirigido a los trabajadores organizado por la Universidad Nacional y el equipo de SIVISTRA.

Se realizó articulación con el IPES, SENA, Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, Secretaria Local de Integración Social, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de las y los trabajadores. Para el territorio de Barrios Unidos se elaboraron fichas técnicas de Talleres de mecánica automotriz, carpinterías, expendios de alimentos preparados y espacios de encuentro del sector LGBT.

Hubo una permanente divulgación de La Política Pública en los diferentes espacios de participación, con la finalidad de que los asistentes conocieran los objetivos y líneas de intervención de la Política Pública para la Salud y la calidad de vida de los trabajadores. Junto a ello, se instauró un posicionamiento de los servicios ofertados por el Hospital (Jornada de Vacunación, Jornada de Toma de muestra de Citologías, Cursos de Manipulación de Alimentos), y se socializaron con la finalidad de promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

Gestión de Cursos: Seguridad y Convivencia Ciudadana, Manipulación de Alimentos, Emprendimiento y Empresarismo, asesoría personalizada en elaboración de plan de negocio, Curso de formación para Trabajadores y Trabajadoras pertenecientes a la economía informal. Estos son gestionados con el SENA y La Confederación de Trabajadores de Colombia.

Pese a los esfuerzos por anular posibles obstáculos, el problema de apoyo y sostenibilidad es de difícil intervención. Se manifestaron casos de desmotivación por parte de la Comunidad al participar de los diferentes espacios locales, ya que la falta de inversión de recursos financieros para el fortalecimiento de las unidades productivas fue una constante.

6.7 El buen vivir y convivir [94]

La Contaminación ambiental y la inseguridad del espacio público fueron componentes destacables en el trabajo institucional. GESA, gestión de la salud ambiental, realizó actividades de divulgación y posicionamiento de la política pública ambiental, en espacios decisorios como la CAL comisión ambiental en la Localidad. Se realizaron, además, atención a solicitudes generadas desde los consejos de salud frente a problemáticas ambientales: jornadas ambientales, canalizaciones, esterilización canina y felina, control vectorial, vivienda en riesgo.

Desde la transversalidad de salud ambiental durante el año 2012 se realizaron actividades de asesoría para el mejoramiento del entorno Físico y Social colegios y Jardines igualmente asesorías de vivienda saludable donde se orienta la aplicación de prácticas protectoras a la salud ambiental y mejoramiento de las condiciones en saneamiento se concertaron campañas de salud y espacio público, proceso de formación de monitores ambientales comunitarios planteados desde las IED.

Desde el subproceso de medio ambiente, se realizó la Vigilancia Sanitaria del aire, ruido y radiación electromagnética, junto al planteamiento de acciones a realizar desde los componentes educativo, de gestión y tecnológico de la Estrategia de “Entornos” como respuestas a las necesidades en salud ambiental. Esto evidenció un trabajo que se resume en: la expropiación y recuperación de zonas o puntos críticos de inseguridad al lado de la Policía Nacional y recuperación ambiental de punto del colegio República de Panamá colindando con el Río Salitre; seguimiento y control de alimentos por medio de visitas de inspección a establecimientos y la toma de medidas sanitarias; vivienda saludable; red ambiental; seguimiento a la inversión local de la Alcaldía; estudios y georeferenciación de los puntos de contaminación electromagnética; intersectorialidad con jardín botánico, jornadas de salud ambiental, etc.

En este marco, se validó el PIES y sus acciones (brigadas, jornadas, festivales, investigaciones: estudios de caso). Así como la Implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidieron de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas. Diseño e implementación de estrategias

de mejoramiento del entorno de la institución educativa, a partir de la activación y/o actualización participativa de mapas de zonas protectoras que generen practicas saludables o de transformación de los contextos físicos, sociales y culturales de las mismas.

Se llevaron a término asesorías en el manejo, origen, clasificación y disposición final de residuos sólidos, Unidades de Trabajo Informarles (UTIS). Al lado de las socializaciones de la política pública, de las jornadas, de eventos y en la conformación de redes ambientales. Dichas acciones se realizaron con la colaboración de acciones intersectoriales, con Secretaría de Ambiente, Alcaldía Local.

También se realizó canalización a IVC de establecimientos abiertos al público, que presentan quejas de la ciudadanía. La Secretaría de Ambiente desarrolló sensibilización en temas relacionados a la contaminación visual y auditiva, conservación de elementos de estructura ecológica principal. La Alcaldía Local hizo por su parte, un control de normas y operativos, exponiendo los temas de contaminación de ruido, atmosférico control de riesgo, protección y conservación de zonas verdes. El Jardín Botánico ofreció asesoría técnica en arborización y paisajismo urbano, capacitación en vigías ambientales, entre otros.

Además de los mencionados, el Hospital Chapinero trabajó con otros actores como la Comisión Ambiental Local, líderes comunitarios, colectivo basura cero, red de salud ambiental, gestores ambientales comunitarios, y otros. Esto con el propósito firme de un trabajo colectivo de gran cobertura para la formulación del Plan Ambiental Local. Se logró visibilizar la intencionalidad de la ciudadanía en la incidencia política de toma de decisiones en los espacios de Cabildos de Río Salitre apoyados con aspectos técnicos desde GESA en donde se priorizaron temas relacionados con la calidad del medio ambiente

Por otro lado, pero en relación con lo anterior, el Hospital ejerció programas de trabajo con poblaciones especiales: en situación de prostitución y ciudadano habitante de calle [95] [96]. En lo relativo a personas en situación de prostitución (mujeres, LGBTI) se realizaron talleres de formación en salud sexual: vigilancia epidemiológica, métodos anticonceptivos, Infecciones de transmisión sexual, prevención cáncer de seno, cáncer de cuello uterino, uso correcto del preservativo, servicios de salud colectivo.

Se hicieron visitas a las zonas de tolerancia, se entregaron preservativos y se canalizaron a los servicios de salud. Junto con la Secretaría de la mujer, la Personería Distrital, la Secretaría de Gobierno, Alianza VIH, fundaciones (EUDES, Fulanos,

caminos de renovación) y la casa de la mujer, se brindó atención psicológica a mujeres víctimas de la violencia, capacitación en derechos humanos, acompañamiento, atención médica, asesoría jurídica, pruebas de VIH, embarazo, citologías.

Específicamente para el caso de la comunidad LGBTI, el hospital centra su atención en el Barrio siete de agosto con acciones de incidencia en salud con identificación, caracterización y canalización independientemente de su aseguramiento. Adicionalmente, existieron acciones en salud ocupacional con el objetivo de preservar su salud mental y laboral, orientar un autocuidado, y ante todo, mejorar su calidad de vida.

Para las personas habitantes de calle se realizaron intervenciones y respuestas en contextos de escucha y reconocimiento en los cuales se verificó, informó y orientó a las personas sobre el aseguramiento. Se establecieron centros de escucha, campañas de prevención y promoción, jornadas integrales de autocuidado (peluquería, baño, aseo), sensibilizaciones a la comunidad. La Secretaría Distrital de integración social ofreció, de igual forma, jornadas integrales (el tipo de atención Distrital es focalizado en hogares de paso).

Las estaciones de policía atendieron y direccionaron cualquier tipo de requerimiento en materia de convivencia y seguridad ciudadana en Bogotá. Los esfuerzos fueron observados en resultados como la Promoción de la vivienda Saludable a través de la educación sanitaria y ambiental bajo la estrategia de entornos saludables, lavado de manos, prácticas relacionadas a la prevención de las enfermedades (IRA-EDA) y medidas de prevención al interior de la vivienda, igualmente se fortaleció los procesos organizativos ambientales comunitarios, con acciones de empoderamiento y liderazgo frente a los diferentes problemas ambientales identificados por la comunidad.

Sin embargo, la cobertura fue baja debido a la falta de personal profesional, a la falta de confianza y temor a los procesos que se desarrollan por parte de las entidades del estado, la carencia de transectorialidad, la poca disponibilidad de tiempo de algunas familias y de la comunidad, el horario de atención de las entidades, el movimiento de establecimientos (Cierre o traslado), etc.

6.8 Salud para todos y para el desarrollo [97] [98] [99]

Dado que las barreras de acceso a la salud recaen (dificultades en el traslado o transporte de pacientes, acceso a medicinas de alto costo, problemas de información en la comunidad, entre otras) en poblaciones vulnerables, el Hospital concentró

esfuerzos en realizar acciones de promoción y prevención resolutive en Hogares de Bienestar Infantil –HOBI- y Familia Mujer Infancia –FAMI-, que trabajan específicamente con lactantes, gestantes, infancia, geriátricos y gerontológicos. Desde la gestión se abren espacios para Equipo Respuesta Inicial (médico o enfermera) y Equipo de Respuesta Complementaria (terapeutas, psicólogos, medio ambiente y odontólogas) en territorios que, dependiendo de su diagnóstico, se canalizaron, de acuerdo con el caso, a sus respectivas IPS, instituciones sociales o locales.

Por otro lado, el Hospital cuenta con la oficina de Atención al Usuario y Participación Comunitaria para dar respuesta a las necesidades que los usuarios puedan presentar por barreras de aseguramiento. Es importante determinar que el Sistema de Salud direcciona quién debe atender a los usuarios dependiendo el régimen con el que cuente, por lo tanto la oficina de atención al usuario brinda las herramientas para garantizar el derecho a la Salud.

Se respondió oportunamente, según términos legales, a cualquier requerimiento, solicitud, queja o reclamo de los usuarios del Área de Prevención y Promoción - UEL y PAI. Se realizó seguimiento a las metas de vacunación en todos los puntos de atención con realimentación a Coordinadores y Subgerencia de Servicios de Salud.

En todo el transcurso del tiempo hubo una participación activa de la población, no obstante, la inestabilidad de los grupos y la movilidad de la población no permiten en algunas personas pertenecientes a la población sujeto, la realización de un seguimiento a su situación.

Para fortalecer estos procesos de movilización y participación, se desarrollaron acciones promocionales y preventivas para la salud de las poblaciones en los ámbitos de vida cotidiana a través de la educación y la cultura (acciones integrales en escenarios de vida cotidiana). Así mismo se fortalecieron acciones comunitarias, a partir de estrategias de fortalecimiento y movilización de redes sociales y la apropiación de conocimiento en temáticas de interés para la promoción, protección y restitución de los derechos; esto con el fin de ofrecer un acceso equitativo de las personas a los servicios sociales y de salud (asesoría IPS –canalización).

6.9 Discapacidad: Reto para la Inclusión en Capital Humano [100]

Para el caso de Discapacidad, el hospital dirigió por medio de la secretaria técnica el consejo local de discapacidad, brindando asesorías y direccionamiento técnico a las autoridades locales y organizaciones comunitarias sobre el tema de discapacidad para

promover la visibilización de esta comunidad y la inclusión social. Se elaboró el plan operativo de este espacio de incidencia política el cual permitió direccionar las diferentes acciones y actividades de este espacio garantizando el norte de las acciones propuestas y realizadas de manera organizada y articulada con los diferentes sectores institucionales como Alcaldía, DILE, SLIS, IDRD, movilidad, hábitat, JAL, IDEPAC, cultura y organizaciones comunitarias y fundaciones como la Fundación LUDUS quienes fueron actores muy importantes para el logro de objetivos propuestos en su plan operativo principalmente en la realización del Foro local de Discapacidad denominado “Inclusión para el mejoramiento de la calidad de vida de las Personas con discapacidad, familias y cuidadores” el cual tuvo como objetivo la visibilización y el reconocimiento de esta población.

Por otra parte se visibilizó el empoderamiento de los consejeros y suplentes de discapacidad (representante de discapacidad visual, física, cognitiva a través de la implementación de la Política Pública de Discapacidad en los diferentes escenarios de participación. Por otro lado desde el subsistema de vigilancia epidemiológica se continuó con el registro de personas en condición de discapacidad, el cual sirvió como puerta de entrada para acceder a algunos programas Distritales como: rebaja en la tarifa del Sistema Integrado de Transporte Público SITP, gratuidad en salud y excepción de pico y placa

Se generaron canalizaciones efectivas a los diferentes servicios al interior de la ESE y se llevó a cabo con éxito la estrategia Instituciones amigas de la inclusión en IPS públicas y privadas. Se realizaron asesorías en casas para familias en situación de Discapacidad, asesorías técnicas colectivas para el fortalecimiento de prácticas de autocuidado y de esta manera potenciar el desarrollo en la población con Discapacidad. También se realizaron asesorías individuales en IED para población con Discapacidad, asesorías Técnicas en Instituciones HCB – Infancia, Mujeres y de la Persona Mayor para poder crear Instituciones accesibles e Incluyentes; asesorías en discapacidad en unidad de trabajo informal (trabajo accesible e Incluyente y transectorialmente para favorecer la restitución de derechos, la inclusión social y el mejoramiento de la calidad de vida.

De manera específica se ofrecieron y realizaron actividades de indagación y orientación sobre afrontamiento de la situación y manejo de duelo, formación en los derechos de las personas con discapacidad con base en el documento de la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad, formación en la política pública de familia, 2006 y la política pública de discapacidad, 2007.

Se trabajó en la orientación familiar (especialmente cuidador o cuidadora) en el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, en movilidad, relaciones, comunicación, tiempo libre, aprendizaje, actividades de la vida diaria y motivación. Así mismo, se les brindó apoyo en autocuidado y técnicas para manejo de estrés, manejo de fatiga y conservación de energía en el cuidador y cuidadora.

Se hizo canalización a experiencias para el fortalecimiento de la familia como red primaria y al fomento de la participación en redes sociales de apoyo, todo encaminado a la inclusión social de la familia en situación de discapacidad como sujeto de derechos. Canalización y seguimiento de la familia a las otras intervenciones de RBC, de BAT, del PIC u otros programas de participación social.

Se realizaron acciones en unidades de trabajo informal con trabajadores (informales) en condición de discapacidad, para el reconocimiento de las barreras dentro de los lugares de trabajo, la reducción de las mismas, la sensibilización de todos los trabajadores en la aceptación de la diferencia y el respeto hacia los trabajadores en condición de discapacidad; todo enfocado en el fortalecimiento de acciones que le permitan realizar un trabajo más productivo, con un menor riesgo y con un mayor autocuidado.

Las familias intervenidas demostraron empoderamiento para implementar su plan de acción para el cambio; esto gracias a un mayor dominio en el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, en movilidad, relaciones, comunicación, aprendizaje, actividades de la vida diaria y motivación. Se evidencia, por ende, que las familias beneficiadas de la oferta están actuando como red primaria de apoyo. Se activaron redes de apoyo para las personas con discapacidad, en articulación no solo con la familia sino a nivel interinstitucional con DILE, SLIS, entre otros.

Pese a ello, algunas familias no se encuentran con disposición para el cuidado de la PCD ya que tienen múltiples ocupaciones laborales y familiares que les impide dedicar el tiempo completo al cuidado de la persona; además hay PCD que no tienen familia y dependen del apoyo de la comunidad.

6.10 Información sexual y reproductiva [101]

Con el fin de garantizar la atención en salud , el hospital invirtió en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos centrados en la prevención de los embarazos, la maternidad y la paternidad no deseadas, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el aborto y demás eventos que afectan la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. Fue necesario, en consecuencia, realizar seguimiento a la demanda

inducida efectiva a las usuarias potenciales para toma de Citología realizada desde Atención al Usuario y los Ámbitos del Plan de intervenciones Colectivas -PIC a través de re-inducción permanente y seguimiento a canalizaciones.

Una de las estrategias, fue mantener el último día viernes de cada mes en todos los puntos de atención para la toma de citología a libre demanda con educación en temas de salud sexual y reproductiva; de igual forma se hizo seguimiento a las metas de las Citologías en todos los puntos de atención con realimentación a Coordinadores y Subgerencia de Servicios de Salud. Se brindó asesorías en VIH a toda la población en riesgo, asesorías integrales individuales y grupales en salud sexual y reproductiva que incluían la entrega de 11 preservativos y la información sobre todas las actividades de anticoncepción y laboratorios pertinentes. Se ofreció asesoría y control en métodos de anticoncepción, en derechos sexuales y reproductivos, control gestacional pre y pos.

Fue considerado pertinente informar a las y los estudiantes sobre los efectos no deseados del uso de la pastilla del día después, ya que puede generar riesgos en la salud (manejo responsable del consumo de licor en la rumba-relaciones sexuales-métodos de auto-cuidado, prevención ETS, embarazo). Se contó con espacios como la Feria de servicios “jornada materna” y “jornada del hombre”.

Desde el hospital, el trabajo con jóvenes frente a la prevención del embarazo adolescente, temas de salud sexual y reproductiva en los colegios, se buscó dar cobertura al mayor número de adolescentes por medio de la utilización de ayudas lúdicas, videos para educar y sensibilizar a los jóvenes en este tipo de temas que son relevantes en la edad escolar y por los cambios hormonales y crecimiento de su cuerpo, esta información fue acompañada de temas como proyecto de vida, toma de decisiones, autoestima, entre otros.

Se presenció dificultad en las reuniones con los docentes para la socialización de las temáticas en salud, se tuvo una falta de continuidad del programa, profundizado por los pocos espacios para trabajar con padres de familia (cancelaciones) y las sesiones educativas. No obstante, el posicionamiento de las acciones de la ESE en el escenario de las IES fue de corto tiempo de operación (3 meses); el reconocimiento del proceso en las universidades permitió la posibilidad del acceso a los contactos de las instituciones de educación superior.

6.11 Promoción y prevención en salud bucal [102]

Existe una alta demanda de tratamiento, los adultos trabajan lo que traduce una dificultad de atención. Siendo esto último el problema más representativo, se logra de una manera proporcional, un fortalecimiento de los conocimientos en salud oral y un mejoramiento de las prácticas de higiene oral, especialmente de la técnica de cepillado.

En caso de salud oral, SISVESO vigiló seis eventos: gingivitis, caries, lesión mancha blanca, lesión mancha café, flurosis, y periodontitis; controló tres alertas epidemiológicas: componente cariado, pérdida por caries, cálculo, sangrado o bolsa periodontal; y notificó, del mismo modo, toda población identificada con placa bacteriana, estado periodontal, hábito de higiene. Todo junto a los aportes de las UPGD.

A su vez, se realizaron caracterizaciones y seguimientos, tratamientos de prótesis, visitas de seguimiento a las UPGDs, alertas epidemiológicas. En las atenciones y asesorías se enfocaron temas sobre pautas de autocuidado, a través del reconocimiento de los elementos de Higiene Oral, las técnicas correctas de cepillado, los factores que influyen en la enfermedad periodontal y formación de caries, los hábitos de alimentación saludable que ayudan a mantener una buena salud oral y la importancia de la asistencia a los servicios de Salud Oral; socializando los beneficios y derechos en atención de Promoción y Desarrollo que como pacientes cuentan por lo establecido en la Resolución 412 (Control de placa bacteriana a mayores de 2 años, aplicación de Flúor a población de 5 a 19 años dos veces al año, aplicación de sellantes de 3 a 15 años según necesidad y detartraje supragingival a mayores de 12 años una o dos veces al año).

Existe una alta demanda de tratamiento, pero los adultos trabajan, lo que se traduce en una dificultad de atención. Siendo esto último el problema más representativo, se logra de una manera proporcional, un fortalecimiento de los conocimientos en salud oral y un mejoramiento de las prácticas de higiene oral, especialmente de la técnica de cepillado (realizado y enfocado más que todo a la población de niños, niñas y jóvenes de instituciones escolares).

6.12 Evaluación

El hospital y muchas otras instituciones trabajan en conjunto para mitigar las necesidades y problemáticas de la población; contando con el apoyo de otros sectores comunitarios (fundaciones, asociaciones, hogares, organizaciones, centros, escuelas,

institutos, albergues); sin embargo, el éxito de los servicios, con respecto a una necesidad, debe basarse principalmente en su oferta y demanda.

La oferta, en salud, puede entenderse como “el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea de forma gratuita o por una cantidad determinada de dinero” [98]. Mientras que la demanda hace referencia al determinado número de unidades de un bien o servicio que los usuarios o pacientes están dispuestos a adquirir, por necesidad, bajo ciertos parámetros: costos⁹, calidad, gusto, etc.

Es común la prestación de un servicio en la localidad puesto que existe una población vulnerable que exige atención de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación. En esta medida, y como se hizo conocer en el documento, el estado de salud de la comunidad depende de la tecnología, de los recursos materiales, humanos e institucionales disponibles en el sector.

Se tuvo, a pesar de la variedad de acciones y ofertas, una baja en la cobertura de algunos de los programas y metas establecidas. La “cobertura” se entiende como el porcentaje de la población atendida o que accede a los bienes y servicios. Esto fue así porque lo importante para promover la demanda recae en la concientización del beneficiario en la necesidad y en la urgencia por satisfacerla, es decir, educar en salud al individuo y a la comunidad.

Por otro lado, la “calidad”, entendida como el grado de satisfacción de las necesidades que proporcionan los bienes y servicios ofrecidos, resultó de gran expectativa al evidenciarse un apropiamiento y fortalecimiento de los procesos de trabajo con la comunidad y el agradecimiento de muchos generados a partir de los diferentes espacios de dialogo que fortalecieron la confianza.

⁹ El costo no tiene siempre una connotación explícita (tilde) monetaria, pues puede tratarse de una retribución emocional.

7 CAPÍTULO 4: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES

Según la carta de Ottawa, la promoción de la Salud debe estar basada en unas políticas públicas que propicien: la creación de ambientes sanos, el fortalecimiento de la acción comunitaria en la gestión de la salud, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los múltiples servicios al incremento del bienestar social [103].

Por ende, la promoción de la salud, además de ser un requisito, debe ser el proceso que permita a las personas el control sobre su salud con el fin de mejorar la calidad de vida. En esa medida, no solamente son acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino que son mecanismos que permiten modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

Para ello, se requiere escenarios o ámbitos de intervención que integren los espacios de socialización más habituales y cotidianos de las personas, para así lograr la eficacia de distintos tipos de intervención: consejo y asesoramiento a personas que acuden a una consulta profesional para plantear una demanda o buscar solución a determinados problemas; educación para la salud individual o grupal, consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario o usuarios con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud; información y comunicación (incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información), así como la participación en los medios de comunicación; acción y dinamización social para el desarrollo comunitario; modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos; medidas de abogacía por la salud en la promoción de salud local, para el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas.[104]

Para el caso de Barrios Unidos, la promoción de la Salud se centra en el fomento de estilos de vida saludables que otorguen a las personas una capacidad de control sobre su salud, así como la implementación de condiciones estructurales que hagan posible un bienestar pleno para toda la población.

Resulta menester el esfuerzo coordinado con otros sectores y grupos poblacionales para llevar a cabo soluciones definitivas y de gran cobertura. Por ello se realizan las siguientes recomendaciones y propuestas para los núcleos problemáticos (planteados y desarrollados en el capítulo dos del presente documento) por ciclo vital.

7.1 REQUERIMIENTOS DE RESPUESTAS POR UPZ

Las respuestas que se diseñen a las necesidades de la comunidad perteneciente de la localidad de Barrios Unidos, deben ser implementadas de forma diferenciada y concreta. La localidad dentro de sus generalidades tiene especificidades que hacen necesario puntualizar los planes, programas y proyectos que desde el sector salud y desde cualquier sector se intenten poner en marcha.

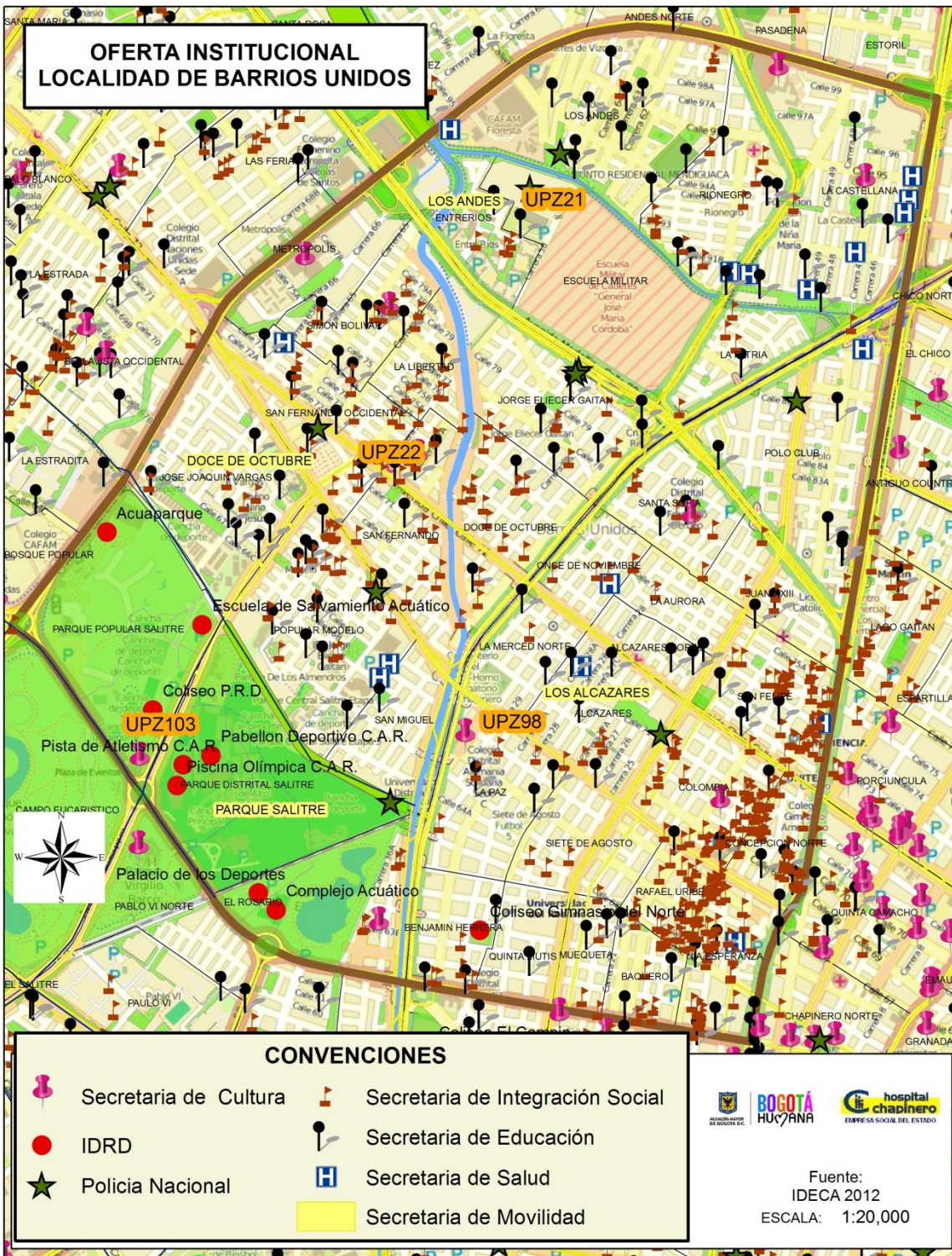
En el mapa número 5 se puede observar la distribución espacial de la oferta institucional con que cuenta la población de la localidad de Barrios Unidos; partiendo de ello y de acuerdo a los núcleos problemáticos esbozados, las características de cada UPZ y, primordialmente, de la comunidad que habita, la UPZ Doce de Octubre es el sector que más atención necesita.

La UPZ Doce de Octubre debe ser vista desde la institucionalidad con mayor cuidado ya que los núcleos problemáticos indican que ha habido desatención sistemática en este lugar de la ciudad: dada en parte por el imaginario de que su localización y su condición de ser centro geográfico le garantiza acceso al trabajo, la educación y la salud. Sus pobladores requieren soluciones concretas en temas de empleo para la juventud, la adultez y la vejez; educación para los jóvenes y adultos; y ocupación del tiempo libre para las personas en todos los ciclos vitales.

La UPZ Los Alcázares centra la necesidad de atención en el sector de los talleres de mecánica y autopartes de la cual hacen parte los barrios La Paz, Benjamín Herrera, Siete de Agosto y La Merced. En este sector de la UPZ se concentran problemáticas que afectan tanto a habitantes de los barrios, trabajadores, clientes y personas que por variadas razones deben recorrer estos lugares. Temas fundamentales como el espacio público, la contaminación ambiental en sus diferentes expresiones, la seguridad y los usos del suelo precisan del trabajo mancomunado de las secretarías de la alcaldía, e instituciones como la policía, el ICBF, y la contraloría, entre otros.

Las UPZ Parque el Salitre y Los Andes requieren indudablemente que se realicen actividades a fin de implementar las políticas públicas y lograr dar respuesta a las necesidades de la comunidad de estas UPZ de la localidad. El Barrio el Rosario del sector del Parque el Salitre y el barrio Rionegro en la UPZ Los Andes, requieren atención prioritaria en temas de salud, empleo y actividades para la ocupación del tiempo libre, de acuerdo a lo que se refleja en los núcleos problemáticos encontrados en el presente análisis.

Mapa 5. Oferta Institucional en la Localidad.



7.2 Infancia

Con relación a la salud nutricional de los niños y las niñas se propone una intervención educativa basada en la explicación y comprensión de los alimentos y su cantidad a consumir por comida, así como la necesidad de implementar el ejercicio físico en los hábitos cotidianos de vida.

Sin embargo, ya que los problemas de nutrición de la Localidad (especialmente los relacionados a desnutrición) se deben a la falta de conocimiento y de recursos económicos, se plantea la creación de un “kiosko nutricional”, es decir, una tienda donde se venda el paquete de alimentos organizados nutricionalmente: almuerzos, desayunos, onces (a un costo accesible para la población). Estos productos pueden ser preparados y elaborados por la misma comunidad generando ingresos a un banco común para la reinversión en otras propuestas.

Dicha estrategia, además de requerir medidas de acción como estudios de viabilidad, requiere de una socialización y acompañamiento no solo con los actores beneficiados (comunidad en general) sino de los sectores involucrados, es decir, de las instituciones responsables (en menor y mayor grado) como lo sería: Secretaria de Integración Social, Secretaria de Desarrollo Económico, Secretaria de educación, Secretaría de Salud y Alcaldía Local; actores que proporcionarían la promoción y el presupuesto para que la propuesta pueda llegar a ser efectiva.

De igual forma se formula un Centro de nutrición para la localidad, que brinde todos los servicios relacionados a la buena alimentación y al mantenimiento de esta por medio de asesorías, dietas, comidas, ejercicios, tratamientos, toma de muestras, etc. Es decir, un centro de servicios nutricionales al alcance de la comunidad analógico a un centro de estética (spa), que cuente con profesionales idóneos que brinden los servicios.

Esta medida requiere de la articulación con las aseguradoras de salud y del apoyo de instituciones ya mencionadas (Secretaria de Integración Social, Secretaria de Desarrollo económico, Secretaria de educación, secretaria de Salud, Alcaldía Local, entre otras); especialmente centrar el trabajo en la UPZ Doce de octubre debido por un lado a la presencia del problema con mayor número de casos y, por otro lado, a causa de la gran presencia de los actores y equipamientos educativos del territorio.

Para la Lactancia materna se piensa la creación de “salas de lactancia” en los lugares de trabajo y centros de atención, en donde las madres que hayan cumplido con los tres meses de licencia de maternidad, puedan ser asesoradas y capacitadas para la

extracción y mantenimiento de la leche (en neveras con los criterios técnicos para tal fin), garantizando la adecuada nutrición del recién nacido.

Esta intervención ha tenido éxito en Localidades como la de Rafael Uribe Uribe y aunque en Barrios Unidos existen algunos jardines infantiles que cuentan con el espacio, la estrategia no ha sido difundida o informada a la comunidad en el nivel requerido. Por ello, se sugiere capacitaciones para la sensibilización y conocimiento de las personas [105]. Realizado en conjunto con el sector privado, la estrategia habilitada por resolución y bajo ciertas especificidades, ayudara a reducir impuestos a las empresas y mayores beneficios sociales.

Para lo anterior, es necesario fortalecer las estrategias de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMI- y Atención Integrada para las Enfermedades de Prevalencia en la Infancia – AIEPI-, lo que se resume en la sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud que atienden pacientes sobre temas de cómo educar a las gestantes. Esto puede ser un logro por medio de cursos obligatorios y periódicos y tratando de conservar la continuidad del talento humano.

Por otro lado, para el núcleo definido por el abandono y negligencia en la etapa infantil, se sugieren procesos psicoterapéuticos en contextos apropiados (definidos según el caso) y con psicólogos experimentados en intervención clínica que favorezcan el afrontamiento del posible trauma y las secuelas que se puedan generar ante estos eventos, además de violencias, abusos y maltratos.

Encabezado por el sector salud y la Alcaldía Local, este proceso debe solventar los diferentes tipos de maltrato presentes en la infancia de Barrios Unidos y debe ser monitoreado por indicadores como los cambios pre y pos dentro de los procesos psicoterapéuticos, la cantidad de sesiones realizadas y el intervalo entre ellas, la cantidad de personas impactadas, la cantidad de personas vinculadas a los procesos psicoterapéuticos, de acuerdo al rol dentro de la familia, la permanencia de los usuarios en los procesos.

Así mismo, se deben realizar acciones preventivas no solo desde el Sector Salud o Alcaldía Local, sino de otras instituciones como la Secretaria Local de Integración Social, ICBF, la Casa de Igualdad y Oportunidades –CIO-, DILE, etc. Acciones enmarcadas en la prevención de todos los tipos de violencias orientadas al empoderamiento de la población generando diferentes alternativas para cada ciclo vital y rol asumido dentro de los ámbitos familiar y escolar, en las que se definan líneas estratégicas y se vincule a la comunidad, generando líderes que permitan el mantenimiento de dichas acciones.

Se deben tener en cuenta la cantidad de sesiones realizadas y el intervalo entre ellas (deben ser las necesarias para generar los cambios en las personas que les permita superar el problema, ya que el número de consultas ofrecidas actualmente resultan ser insuficientes en la mayoría de casos); la cantidad de personas impactadas; la permanencia de los usuarios en los procesos; diversidad de temas abordados y tiempo destinado a cada uno de ellos y el porcentaje de vinculación de líderes que ayuden a mantener, liderar y convocar a la comunidad.

Las acciones deberían desarrollarse en las UPZ Doce de octubre y Alcázares ya que muestran un equipamiento cultural adecuado y suficiente, con la presencia oportuna de entidades como la secretaria de educación o secretaria de cultura, así como de la misma temática.

7.3 ADOLESCENCIA

En cuanto a los efectos de las familias multiproblemáticas, la ruptura de redes de apoyo y la adopción de conductas de riesgo, al igual que se mencionaba en párrafos anteriores, se recomienda generar procesos terapéuticos alternativos de larga duración a través del arte, deporte y la resignificación de realidades con profesionales experimentados. Puede ser una alternativa acompañada de “escuelas de tiempo libre” que son espacios en los que se les brinda a los niños, niñas, jóvenes y adolescentes actividades que potencialicen sus competencias y generen otro tipo de prácticas en torno a su tiempo libre; ayudando a contrarrestar las problemáticas de consumo de SPA, eventos de salud mental y menor trabajador.

Este tipo de propuestas deben ser asumidas y continuadas en un completo compromiso por instituciones como ICBF, IDR, ONG, Centro Amar, Centro Crecer, Comisarías, la Alcaldía, Local entre otras, en sesiones establecidas y deben ser centradas a su vez en la Familia. Centrar esfuerzos en la familia, desde la gestación, con programas integrales de concientización y asesoramiento (valores y principios, normas y límites, autoridad y roles, pautas de crianza), con el fin de lograr cambios a largo plazo que conduzcan a una comunicación y una red de apoyo estable y fortalecida. Esto, a través de espacios lúdicos y no simples talleres, donde se propicie la autoimagen, los grupos de par de los niños, adolescentes y jóvenes, que posiblemente aumentará su participación.

Por otra parte, el trabajo en menores se debe mitigar por medio de espacios para la ocupación de tiempo libre con programas que fomenten y fortalezcan los procesos participativos de los niños, niñas y adolescentes que se dedican a la venta ambulante

en la localidad, así como brindar la posibilidad, tanto a los NNA como a sus familias, de tener contacto con profesionales de psicología, psicopedagogía y trabajo social, para orientar sus diferentes inquietudes, diferencias, conflictos y demás situaciones de violencia. La atención psicosocial se debe realizar a través de sesiones de atención inicial o de orientación en los niveles: individual, familiar y grupal.

Lo anterior debe ser competencia de la Secretaria de Salud y otros sectores como IDRDR o SLIS y su seguimiento puede ser medido mediante el número de NNAT participantes en las intervenciones propuestas y el número de NNAT desvinculados de la actividad laboral.

La prevención de los problemas derivados de las conductas de riesgo puede ser mitigados de una forma más eficaz al visibilizar y promocionar los diferentes escenarios de formación artística, deportiva y aquellos que permiten que los niños y jóvenes de la Localidad inicien el proceso de formación de habilidades promoviendo los hábitos y estilos de vida saludable a través de la actividad física, la alimentación saludable y el control del consumo de SPA.

La actividad física o artística resultan un gran aliado en el esfuerzo por disminuir los problemas en adolescentes y jóvenes, por ello es necesario empezar a promover y divulgar los escenarios de formación. Las instituciones como el IDRDR, Casa de la Cultura, Policía Nacional, Alcaldía, entre otras., pueden promover proyectos o cursos permanentes para el uso de tiempo libre no solo a nivel personal sino también familiar. Las propuestas deben centrarse en las zonas verdes y parques de las UPZ, así como en los establecimientos educativos de los sectores.

7.4 JUVENTUD

Para los problemas educativos, laborales y de oportunidades se aconseja replicar los centros de escucha. Un centro de escucha es un servicio (equipo, programa operativo, recursos para la operación, sede operativa y territorio de trabajo, etcétera) de fácil acceso para la escucha inmediata, la orientación y acompañamiento. El objetivo de un centro de escucha es dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población, de una comunidad local gravemente excluida y en particular de los miembros del grupo de interés.

Un centro de escucha puede constituir la fase final de un proceso de prevención primaria.

Entre los pasos esenciales para su construcción se encuentran: la realización de acciones de prevención primaria y de enganche, la elaboración de Sistema de Diagnóstico Estratégico -SIDIES- , la construcción de una red de líderes de opinión, la construcción de un equipo de trabajo, una red operativa y la construcción de una red de recursos comunitarios e institucionales. [106]

No es una estrategia nueva, pero puede ser una herramienta relevante para el trabajo con los jóvenes en los diferentes espacios como en los servicios colectivos tanto fijos como itinerantes, en las UPAS y UBAS del Hospital, en los colegios y centros comunitarios. Dicha medida debe ser realizada bajo la responsabilidad de los profesionales de territorio en acompañamiento de gestión de políticas y programas del Hospital. Realizarlo en las UPZ Doce de Octubre y Alcázares debido a su gran presencia de actores y de establecimientos.

Inicialmente, dicha metodología requiere capacitar a los profesionales sobre la estrategia y la importancia de la misma para la prevención primaria de problemáticas de los jóvenes. Para que la estrategia funcione es importante realizar la actividad de escucha una vez a la semana de manera individual y grupal de acuerdo a la necesidad de los jóvenes. Esta puede ser evaluada a través del número de asistentes a las sesiones, el número de centros de escucha, temáticas y metodología implementada.

Por otro lado, en cuanto a una movilización de la salud sexual y reproductiva mediante un canal de información seguro y confiable, se deben fortalecer los servicios amigables teniendo en cuenta que son espacios fijos que pueden incluir a los adolescentes y jóvenes hombres en estas actividades, ya que siempre las mujeres son las que mayormente participan y esta es una responsabilidad compartida.

Se deben pensar en actividades que involucren no solo planificación sino temas como amor propio, autoestima, toma de decisiones, sentido de vida, entre otros. Se garantiza su profundidad capacitando a los profesionales en temas de Salud Sexual y Reproductiva, en cómo abordar estos temas con los adolescentes y jóvenes; así como sensibilizar a los demás profesionales del Hospital y docentes para generar estos espacios donde se encuentra dicha población. Se debe programar una vez a la semana mínimo, con actividades lúdicas para el trabajo con jóvenes y puede ser calificada por el número de actividades realizadas y el número de jóvenes participantes.

Se sabe que han habido experiencias educativas con resultados dispares para tratar de prevenir tanto los embarazos no deseados como las enfermedades de transmisión sexual –ETS-, puesto que varias circunstancias hacen que los mensajes educativos no

lleguen de forma efectiva a los jóvenes o adolescentes: la escasa percepción del riesgo en este grupo de edad, la rebeldía hacia los mensajes procedentes de sus “mayores”, la consideración por parte de los jóvenes del preservativo como un “elemento externo” que resta espontaneidad a la relación, etc.

Por esta razón en España se organizaron concursos de mensajes publicitarios (a modo de anuncios para prensa, radio y televisión) que debían ser elaborados por los propios estudiantes, “agrupados en «talleres de salud» (de entre 5 y 8 estudiantes) y tutelados por un profesor” [107]. Esto fue realizado en cada centro educativo y con el apoyo docente (participante); fue supervisado por dos médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que se ocuparon de aportar material gráfico y documental, así como de impartir dos charlas educativas monográficas de unos 50 minutos de duración sobre cada uno de los temas (anticoncepción y ETS): En la primera se hacía una demostración de la técnica correcta de utilización del preservativo. Para comprobar la marcha de los trabajos se mantuvo una comunicación periódica con los profesores responsables de los grupos¹⁰.

Así mismo, es importante iniciar un abordaje de la Sexualidad desde la infancia, en un trabajo conjunto de formación e información con padres, pares, tutores, docentes, y otros profesionales, desde donde se aborde esta sexualidad más allá de la genitalidad y reconociendo la importancia de los valores, el auto respeto y reconocimiento de sí mismos, como una primera etapa de trabajo en cuanto a Salud Sexual. Lo importante es la coherencia entre las propuestas de los diferentes actores Locales y Distritales, si el objetivo es frenar los embarazos no deseados, no es consecuente con la entrega de subsidios a madres adolescentes por parte de otras instituciones Distritales. En este sentido el enfoque será la coherencia entre las propuestas y una educación formativa en el reconocimiento de potenciales individuales y proyecciones psicosociales a futuro en la infancia, la adolescencia y la juventud.

Para ello es relevante comenzar a cambiar esquemas de pensamiento idealistas y no realistas, repetición de patrones de comportamiento asociados a la baja oportunidad de desarrollo académico y económico y situaciones de violencia en especial emocional que se repite en los grupos familiares.

Para el caso específico de las mujeres se recomienda, por un lado, la canalización y el seguimiento a servicios como Casas de Igualdad de Oportunidades de cada localidad;

¹⁰ Antes de la intervención se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima, construida para esto, que constaba de 20 preguntas sobre hábitos sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, conocimientos y actitudes acerca de los mismos y ETS/sida.

por otro lado, el posicionamiento de la política pública de mujer y género con la participación de las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité Operativo Local de Mujer y Género –COLMYG-, para así promover las acciones que den respuesta al derecho a la salud plena de las mujeres, una vida libre de violencias y paz en el plan de desarrollo local.

7.5 ADULTEZ

Para los problemas ambientales y de inseguridad una intervención intersectorial entre la Secretaria de Salud, Secretaria Distrital de Ambiente, Secretaria de Gobierno, Secretaria de Distrital de Educación, Jardín Botánico, FOPAE, IDPAC, ONG, miembros de la JAL, representantes de la academia, Policía Ambiental, Acueducto, etc., debe ser enfocada en los puntos críticos con el mejoramiento del entorno como podría ser la recuperación del Río Salitre y la “reverdización” de su ronda, en la UPZ Doce de Octubre; campañas de recuperación del espacio público y acciones ecológicas en el micro territorio de San Fernando.

Es pertinente fortalecer la mesa de residuos sólidos para caracterizar a recicladores y habitantes de calle que laboran en la Localidad. Las Jornadas de apropiación del territorio con sentido de corresponsabilidad comunitaria, los comparendos ambientales, la socialización de compromisos a la comunidad y la identificación y uniformización de los recicladores de la zona, resultan ser alternativas para solventar problemas.

Por otro lado, la dinámica de la localidad (y del país) coloca de forma continua nuevas situaciones de convivencia para mejorar las condiciones de seguridad que exigen una revisión de los valores y conductas sociales de forma permanente. Este hecho es particularmente significativo en este momento en el que las sociedades cada vez son más interculturales y que las diferencias entre los pueblos y las personas se presentan con mayor nitidez. El reto de lograr una sociedad más igualitaria y justa determina que los programas de educación para la ciudadanía y la convivencia constituyan una tarea permanente que implica a todos y en todo momento. [108]

Sumado a lo anterior, y como se mencionaba párrafos atrás, es importante la canalización y seguimiento a servicios como Casas de Igualdad de Oportunidades para la mujer y el posicionamiento de la política pública mujer y género, pues son las principales víctimas de actos violentos (robo, atraco, abusos y maltratos). Así mismo, se recomienda una presencia de policía Nacional en la UPZ Alcázares.

En cuanto a los relacionados con problemas de salud oral, se propone seguir fortaleciendo a los profesionales de territorio (Equipos ERC y ERI) en los procesos de canalizaciones para que los servicios de cuidado bucal sean oportunos, efectivos y de calidad. Dichos procesos deben ser acompañados por una sensibilización a los profesores y cuidadores quienes son los que están en contacto directo con los padres de familia (en el caso de los colegios y jardines infantiles); y a la comunidad en general en el caso de las visitas domiciliarias. Es importante además de promover las charlas de autocuidado, resaltar la importancia de solicitar la cita y asistir al servicio para ser atendido según las necesidades identificadas en el momento de la visita.

Esto puede llevarse a cabo desde la gestión local con la programación de reuniones mensuales articuladas a los equipos ERI y ERC, y ser medido por el comportamiento de las canalizaciones recibidas y efectivas.

Se deben evaluar los horarios de atención en servicios odontológicos para los adultos (horas y días), puesto que no siempre cuentan con el tiempo disponible para asistir en horarios laborales, así como implementar alternativa para movilizar a las viviendas odontólogos que puedan hacer un diagnóstico rápido e incluso una intervención oportuna si es posible o de lo contrario canalizar al paciente al punto de atención.

La intervención propuesta requiere desarrollar aspectos logísticos que suministren los insumos adecuados para la atención, pues la limpieza profesional incluye raspado y pulimento, lo cual involucra el uso de varios instrumentos o dispositivos para aflojar y remover los depósitos de los dientes.

No obstante, debe promoverse la salud dental en la infancia para reducir los problemas en la adultez, desarrollando servicios dentales escolares y la fluorización del agua, como pretende desarrollar Australia [107].

Finalmente, es menester seguir participando en los espacios de coordinación local como el Comité Operativo Distrital para la Adultez –CODA- para la concertación, de los planes de políticas, la socialización de la política pública de y para la adultez. Resulta necesario estar en la búsqueda constante de los diferentes espacios locales donde se pueda socializar esta política favoreciendo en el conocimiento y apropiación de la misma por parte de las adultas y adultos de la Localidad.

7.6 VEJEZ

Para las personas en condición de discapacidad es necesario la restitución del derecho al trabajo: “Inclusión laboral y fortalecimiento a organizaciones de personas en

condición de discapacidad de la localidad de Barrios Unidos”. El Hospital, el IPES y la Alcaldía Local pueden realizar una caracterización de las personas en condición de discapacidad que se encuentren en edad productiva de la localidad, para identificar el perfil ocupacional que permita la identificación de capacidades y habilidades para favorecer la inclusión laboral y la conformación de unidades productivas que permitan mejorar las condiciones de salud, trabajo y autonomía.

Así mismo, se propone el proyecto de escuelas deportivas o lúdicas para las personas en condición de discapacidad en cada ciclo vital, ya que aunque existen Centros que ofrecen estos servicios, no promueven un enfoque diferencial [105].

De igual manera, se invita a generar proyectos para el fortalecimiento de organizaciones productivas en espacios permanentes para el desarrollo de las actividades económicas. Para ellos se requiere la participación de instituciones como el Instituto para la economía social –IPES, la Alcaldía Local, empresas del sector privado, Cámara y comercio.

En general, se debe sensibilizar a la comunidad en la importancia del respeto por la diferencia, y la equiparación de oportunidades frente a las personas con discapacidad. Desarrollar estrategias como campañas, jornadas en colegios, parques, eventos locales, que visibilicen la importancia de la no discriminación frente a las personas con discapacidad.

Así como otro tipo de alternativas de inclusión como: el manejo asertivo en las oficinas de comunicaciones de las diferentes entidades o sectores locales, concientizando a los profesionales de estas áreas en el lenguaje y comunicación inclusiva hacia las personas con discapacidad, para que en los comunicados, piezas, folletos, videos, televisión comunitaria y demás espacios, se manejen técnicas de lenguaje como: el braille, lengua de señas, pictogramas y demás.

Para afectar las barreras identificadas, es necesario seguir realizando y fortaleciendo los procesos de sensibilización y formación a los y las profesionales del sector salud, es decir por cada IPS (públicas y privadas) local sobre las normatividades vigentes que hablan sobre la disminución de barreras de acceso, de las rutas de intervención y de las construcciones que se han desarrollado en las instituciones del sector salud en el distrito. Es un derecho que no puede ser vulnerado, y que debe ser valorado a través de la efectividad de las canalizaciones.

A modo de conclusión, las Familias deben seguirse trabajando en su conjunto y convertirse en el centro de atención de las diferentes formas de intervención, pues de ésta depende la enseñanza temprana que permite efectos reales y duraderos logrando una estabilidad en los sujetos, echando raíces en centros o espacios en el que se cuente con un sentido de identificación y unos valores de pertenencia y convivencia¹¹. Gran parte de las propuestas y recomendaciones conllevan a un necesario cambio de mentalidad tanto del Estado como de la sociedad civil, ya que la preocupación debe ser compartida y debe conducir a nuevos mecanismos democráticos. Los esfuerzos deben ser centrados en estructuras de participación quizás de manera analógica a los cuadrantes de policía implementados actualmente, es decir, centrado en un número de Barrios, familias o individuos a los que se les exija su intervención; dicha convocatoria debe imponerse a la comunidad por medio de incentivos o castigos para tener un carácter obligatorio¹², garantizando la participación de la comunidad y la información conjunta.

¹¹ Como es el caso de Japón.

¹² Como es el caso de China.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Secretaria distrital de salud dirección de salud pública, área en vigilancia en salud pública. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. Anexo 4. Diagnóstico Local con Participación Social 2012 Segunda Fase. Programa Territorio Saludable. Periodo Marzo 2013 - Febrero 2014
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/ Consultado 10 de abril de 2013
- (3) Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud: Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la equidad. 2005; 9 :17
- (4) Duy Nguyen, Leigh J. Bernstein, Megha Goel. Asian-American elders' health and physician use: An examination of social determinants and lifespan influences. Health Vol.4, No.11. 2012; 1106:1115.
- (5) Z. Gant, M. Lomotey, H.I. Hall, X. Hu, X. Guo and R. Song. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States, 2006-2008. The Open AIDS Journal No 6. 2012; 1:7
- (6) Guimarães, Maria Cristina Soares., Silva, Cícera Henrique., Noronha, Ilma Horsth. El acceso a la información como determinante social de la salud. Salud Colectiva, vol. 7, núm. 1. Argentina, 2011; 9:18
- (7) Jadue, Liliana. Definiendo equidad en salud. Iniciativa chilena de equidad en salud. Disponible en: <http://www.slideshare.net/anpagaru/definiendo-equidad-salud> Consultado el 11 de abril de 2013
- (8) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf> Consultado el 11 de Abril de 2013
- (9) Romero, Román Vega. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol8_n_16/editorial_vol8_n16.pdf Consultado el 11 de abril de 2013

- (10) Eslava Schmalbach, Javier. Guarnizo Herreño, Carol Cristina. Hernández Álvarez, Mario Esteban. Equidad en salud: posiciones e implicaciones. Revista de Salud Pública, vol. 10, núm. 1, diciembre. Colombia, 2008; p. 1.
- (11) Castillo Martínez, Alcira. Determinantes sociales e inequidades en salud. Una mirada a la salud en Costa Rica. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/04%20Determinantes%20sociales.pdf> Consultado el 11 de Abril de 2013
- (12) Evcı (Kiraz) Emine Didem, Ergin Filiz, Okur Orhan, Saruhan Gulnur and Beser Erdal. Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2012
- (13) Lafaurie, María Mercedes. Perspectiva de derechos. Disponible en <http://www.slideshare.net/tuttyk/perspectiva-derechos-10208921> Consultado el 2 de Julio de 2013 (Cita de Ortiz 2005 tomada de esta presentación)
- (14) Lafaurie, María Mercedes. Fundamentación teórica y contextualización. Disponible en <http://www.slideshare.net/tuttyk/enfoque-diferencial> Consultado el 2 de Julio de 2013
- (15) Joan Benach. Neoliberalismo, Determinantes Sociales e Inequidad en Salud. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=U2Bo-KMPeO8> Consultado el 12 de abril de 2013.
- (16) Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2. Colombia, 2003; 161:164.
- (17) Avila, Carlos. Velarde, Elizabeth. Evaluación de la calidad de vida Salud Pública de México, vol. 44, núm. 4, julio-agos. México, 2002
- (18) Reseña realizada con base en el documento "Bogotá: Panorama turístico de 12 localidades" del Instituto Distrital de Cultura y Turismo, página 15

- (19) Secretaría de Integración Social. Localidad de Barrios Unidos. Disponible en <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=776> Consultado el 16 de abril de 2013.
- (20) SDP. Revisión del POT. Localidad de Barrios Unidos. Secretaria Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá 2012. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/POT/QueEs> Consultado el 14 de Abril de 2013.
- (21) Anexo Proyección poblacional Barrios Unidos 2013-2015. Basado en las proyecciones poblacionales 2005-2015 realizadas por el DANE.
- (22) Hospital Chapinero ESE. Vigilancia en Salud pública. Diagnostico local con participación social 2010-2011. Colombia.
- (23) Bogotá cómo vamos. Calidad de vida local. Resultados por Localidades. Disponible en http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LO%20CALIDADES/archivos_web/ Consultado el 14 de Julio de 2013.
- (24) Basado en las estadísticas realizadas en “21 monografías de las localidades” con base en el DANE. Disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Documentos/An%E1lisis/12%20Barrios%20Unidos%20Monografia%202011.pdf> Consultado 17 Abril 2013.
- (25) Esther L. Moreno C. Desempeño ocupacional: dimensiones en los ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle. Umbral Científico junio, número 002. Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.
- (26) Caracterización de la población ciudadano habitante de calle. Ámbito comunitario. Septiembre 2010-Enero 2011
- (27) Censo General 2005 - Información Básica – Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE –Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE. 2007.
- (28) Cámara de Comercio de Bogotá. Dirección de estudios e investigaciones. Perfil económico Barrios Unidos y Teusaquillo. Colombia 2009. Disponible en:

<http://www.ccb.org.co/contenido/categoria.aspx?catID=650> Consultado 17 de Abril de 2013.

- (29) Cámara de Comercio de Bogotá. La inversión pública y la calidad de vida en Barrios Unidos. 2011. Disponible en http://camara.ccb.org.co/documentos/8926_inversion_publica_calidad_de_vida_barrios_unidos_2011.pdf Consultado el 17 de Abril de 2013.
- (30) Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial, localidad Barrios Unidos. 2012. Disponible en http://empresario.com.co/recursos/page_flip/compromiso_colectivo/Perfil_economico_empresarial_localidad_barrios_unidos/#/8/zoomed Consultado 18 de Abril de 2013.
- (31) Bogotá cómo vamos. Calidad de vida local. Resultado por Localidades http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDADES/archivos_web/ Consultado el 14 de Julio de 2013.
- (32) Secretaría Distrital del Hábitat. Encuesta multipropósito Bogotá 2011. Indicadores información sectorial. Última Revisión: Noviembre 29 de 2011. Disponible en https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.habitatbogota.gov.co%2Fsdht%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D571%26Itemid%3D76&ei=0i_jUdDRO6PUygGyy4CAAw&usq=AFQjCNGGanRNubNaRtMGeZCnj9U2ZPSYtQ&sig2=dmio2tdtErwtJn8i3pXrAg&cad=rja Consultado el 10 de Julio de 2013
- (33) Bogotá cómo vamos. Coeficiente Gini de Barrios Unidos. Disponible en <http://www.bogotacomovamos.org/sectores/pobreza-y-equidad/coeficiente-de-gini?localidad=barrios-unidos> Consultado el 12 de Julio de 2013
- (34) Ministerio de Desarrollo social. Encuesta CASEN. Preguntas frecuentes. ¿cómo se mide la pobreza? Disponible en http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/preguntas_frecuentes.html Consultado el 14 de Julio de 2013.
- (35) DANE - SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Cuadro 1. Bogotá D.C. Viviendas, hogares y personas, según localidad en el sector urbano. 2011

- (36) Allergy & Asthma Network. Enfermedades respiratorias en menores de 5 años. Disponible en: <http://www.aanma.org/faqs/welcome-to-precious-breathers/enfermedades/> consultada el 22 de abril de 2013
- (37) Agencia de noticias UN. Barreras de acceso a servicios de vacunación en Bogotá. Bogotá D. C., jun. 18 de 2013. Disponible en <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/ndetalle/article/barreras-de-acceso-a-servicios-de-vacunacion-en-bogota.html> Consultado el 2 de agosto de 2013.
- (38) Lahuerta, Carol., Borrell, Carme., Rodríguez-Sanz, Maica., Pérez, Katherine., y Nebo, Manel. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000200003&script=sci_arttext Consultado el 18 abril de 2013.
- (39) Areiza, Yuliana. Posibles causas del intento de suicidio y del Suicidio en niños y adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis», Junio 2008.
- (40) Organización Mundial de la salud (OMS). ¿Qué es la salud mental?. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/> consultado el 18 de abril de 2013.
- (41) Hospital Chapinero ESE. Diagnóstico de las condiciones de salud y trabajo de niños niñas y adolescentes trabajadores. 2012.
- (42) Barrientos Núñez, Luis Adolfo y Tobar Herrera, Verónica Alicia. Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la Hachadura municipio de San Francisco Menéndez departamento de Ahuachapan. Enero a junio 2011. Tesis para optar a título de maestro, universidad de el salvador facultad de medicina maestría en salud pública. 2011.
- (43) Gift, Helen C., Atchison, Kathryn A. Oral Health, Health, and Health-Related Quality of Life. Medical Care, Vol. 33, No 11, Supplement: Oral Health for Aging Veterans: Making a Difference: Priorities for Quality Care. Nov., 1995. 57-77
- (44) SDS – Hospital Chapinero. Base de datos del subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral 2012.

- (45) Dye, Bruce A., Thornton-Evans, Gina. Trends in Oral Health by Poverty Status as Measured by Healthy People 2010 Objectives. Public Health Reports Vol. 125, No. 6 (november/december 2010). 817-830
- (46) Parra Ramirez, Gilberto., y García Castro, Ligia Inés. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. Hacia la promoción de la salud, Vol. 13. 2008. 121-130
- (47) UNICEF Republica Dominicana. Supervivencia y desarrollo infantil. Desnutrición infantil. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm consultado el 24 de abril de 2013.
- (48) Hospital de chapinero ESE, Área de atención al medio ambiente. Boletín epidemiológico informativo, Calidad de aire y salud "chapinero respira". No. 21, Octubre 2012.
- (49) Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes social 113. Política Nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN). 2008. Disponible en <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Normativa/Conpes%20113.pdf> Consultado el 28 de Junio de 2013
- (50) Defensoría del pueblo. Las políticas públicas alimentarias en Colombia. Un análisis desde los derechos humanos. Programa de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer. 2011. Disponible en <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/politicasPubAlimentarias.pdf> Consultado el 28 de Junio de 2013.
- (51) Constitución política de Colombia. http://www.encolombia.com/derecho/Constitucion_Colombia/TITULO_II_CAP2.htm
- (52) Colectivo de Abogados "José Alvear Restrepo". La tierra y el derecho humano a la alimentación. Lunes 13 de junio de 2005. Disponible en <http://www.colectivodeabogados.org/La-tierra-y-el-derecho-humano-a-la> Consultado el 15 de Julio de 2013.
- (53) Código de la infancia y la adolescencia. ley 1098 de 2006, Artículo 27, 29.

- (54) Ley 1295 de 2009. Título II. Modelo de la atención integral. Artículo 5o. Distribución de los actores según la edad.
- (55) Encuesta Nutrición en Colombia ENSIN 2010. Disponible en <http://www.bogotamasactiva.gov.co/?q=node/481> Consultado el 16 de Julio de 2013.
- (56) González Calvo, Valentín. Familias multiproblemáticas, dificultades de abordaje. Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Trabajo Social No. 6, (2004) páginas 145-156 Universidad Nacional de Colombia.
- (57) Valois Núñez, Carmen. Redes de apoyo psicosocial al duelo. Disponible en <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/acompanamiento-duelo-med-paliativa/13-REDES-DE-APOYO-PSICOSOCIAL-%20AL-DUELO-VALOIS.pdf> Consultado el 12 de julio de 2013.
- (58) Gómez, Esteban., Muñoz, María Magdalena y Haz, Ana María. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. Pontificia Universidad de Chile. Revista Psykhe, Vol. 16, Núm. 2, 2007. PP. 43-54
- (59) Constitución y Ciudadanía. La Familia: Núcleo Fundamental de la Sociedad. Publicado el 7 de Mayo de 2008. Disponible en <http://blogjus.wordpress.com/2008/05/07/derechos-sociales-familia/> Consultado el 12 de julio de 2013.
- (60) Guío Camargo, Rosa Elizabeth. El concepto de familia en la legislación y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana. Studiositas, edición de diciembre de 2009, 4(3): 65-81. Disponible en http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/21_3554_studisitas-v4-n3-guio-camargo-.pdf Consultado el 16 de Julio de 2013
- (61) Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes; 2011. Disponible en <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214166//archivo> Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (62) Krauskopf, Dina. Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Disponible en http://prejal.oit.org.pe/prejal/docs/bib/200803130018_4_2_0.pdf Consultado el 17 de Julio de 2013.

- (63) Altamira Gigena, Raúl Enrique., Zarazaga, María Angélica. Desempleo y pobreza: causas y posibles soluciones. Disponible en https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.enduc.org.ar%2Fcomisfin%2Fponencia%2F20103.doc&ei=gBToUZSaEojo8wTmioGYBg&usg=AFQjCNGp5vZUdjgurMO7rxZVUB5Q4Wb8vA&sig2=QDRNrf0h5LpZyM1__tqsiA&bvm=bv.49478099,d.eWU&cad=rja Consultado el 12 de julio de 2013.
- (64) Colectivo de Abogados "José Alvear Restrepo". Derecho al trabajo. Lunes 13 de junio de 2005. Disponible en <http://www.colectivodeabogados.org/Derecho-al-trabajo,61> Consultado el 2 de julio de 2013.
- (65) Sentencia T-015. Enero 23 de 1995 Mag. Pon. Hernando Herrera.
- (66) Procuraduría general de la nación procuraduría delegada para la prevención en materia de derechos humanos y asuntos étnicos. El derecho a la educación: la educación en la perspectiva de los derechos humanos. Colombia 2006. Disponible en http://www.procuraduria.gov.co/imgs/eventos/05052006_libroeducacion.pdf Consultado el 2 de julio de 2013.
- (67) Según el Decreto 1504 de 1998, basado en Documento Conpes. Citado por: programa territorios saludables – salud para el buen vivir Secretaría Distrital de salud – dirección de salud pública guía operativa ámbito espacio público, convivencia y salud. 2013. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/f/f8/Guia_Operativa_%C3%81mbito_Espacio_P%C3%BAblico.pdf Consultado el 18 de julio de 2013.
- (68) Consejo de Estado, República de Colombia, sentencia del 18 de marzo de 2010. C.p. María Claudia Rojas Lasso. Citado por lasprilla Villalobos, Carlos José. La protección jurídica del medio ambiente como derecho colectivo: una apuesta por La dignidad humana. Univ. Estud. Bogotá (Colombia) N° 9: 211-234, enero-diciembre 2012. Disponible en http://www.javeriana.edu.co/juridicas/pub_rev/univ_est/documents/10-REV.UNIVERSITAS-LASPRILLA-LAPROTECCION.pdf consultado el 6 de julio de 2013.

- (69) Vargas-Lorenzo, Ingrid., Vázquez-Navarrete, M. Luisa., y Mogollón-Pérez, Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. 12 (5): 701-712, 2010. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf> Consultado el 19 de julio de 2013.
- (70) Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-012/11. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-012-11.htm> Consultado el 2 de Julio de 2013.
- (71) Organización Mundial de la Salud OMS. Discapacidad y Salud. Centro de Prensa. Noviembre de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> Consultado el 18 de julio de 2013.
- (72) Avaria Saavedra, Andrea. Discapacidad: Exclusión / Inclusión. Independent living institute. 2001. Disponible en <http://www.independentliving.org/docs7/saavedra200109.html> Consultado el 18 de Julio de 2013.
- (73) Palacios Jaramillo, Diego. Educación para la sexualidad: derecho de adolescentes y jóvenes, y condición para su desarrollo. Altablero No. 47, octubre-noviembre 2008. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-173947.html> Consultado el 4 de julio de 2013.
- (74) Hospital Chapinero. Vigilancia en Salud Pública Comunitaria y ASIS. Comité de vigilancia epidemiológico en salud Pública comunitaria COVECOM Barrios unidos Salud oral. Junio 2013.
- (75) Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Política Pública de Salud Oral para Bogotá D. C. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la Caries dental. 2007.
- (76) ASIS Local, Hospital Chapinero. Unidad de análisis Seguimiento de Indicadores. 17 de Julio de 2013. Taller Individual.
- (77) ASIS Local, Hospital Chapinero. Unidad de análisis Diagnostico local con participación social. 3 de Julio de 2013. Taller Grupal, audio.

- (78) Secretaría de Gobierno de Bogotá. Dirección de Prevención de emergencias DEPAE. Disponible en <http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/fopae> Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (79) Secretaría de Movilidad de Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Disponible en <http://www.movilidadbogota.gov.co/> Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (80) Secretaría de Integración Social. Localidad de Barrios Unidos. Disponible en <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=776> Consultado el 15 de Julio de 2013.
- (81) SDP. Revisión del POT. Localidad de Barrios Unidos. Secretaría Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá 2012. Disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/POT/QueEs> Consultado el 14 de Julio de 2013).
- (82) Hospital Chapinero. Diagnostico Local con Participación social. Localidad de Barrios Unidos 2010. Secretaría de Salud de Bogotá. Bogotá 2011.
- (83) Secretaría de Gobierno de Bogotá. Dirección de Prevención de emergencias DEPAE. Disponible en <http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/fopae> Consultado el 17 de Julio de 2013).
- (84) Hospital Chapinero ESE. Análisis Ambiental Barrios Unidos. 2012.
- (85) D'Elia, Yolanda., De Negri, Armando., Huggins Castañeda, Magally., Vega, Mauricio., Bazó, Manuel. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Documento de trabajo. Disponible en: <http://sisov.mppp.gob.ve/estudios/17/Estrategia%20de%20Promocion%20de%20la%20Calidad%20de%20VidaPES3.pdf> Consultado el 10 de octubre de 2013.
- (86) Barten, Françoise., Rovere, Mario., Espinoza, Eduardo. Salud para todos: una meta posible. Pueblos movilizados y Gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la investigación en APS con la sociedad civil. Editorial del Ministerio de Salud. Gobierno de El Salvador. Disponible en: http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/salud_para_todos/salud_para_todos.pdf Consultado el 12 de septiembre de 2013.

- (87) Hospital Chapinero ESE. Informe final Territorios 2012.
- (88) Hospital Chapinero ESE. Equipo ASIS. Unidad de análisis: Diagnostico local con participación social, capítulo 3: Matriz de ofertas. 2013
- (89) Hospital Chapinero ESE. Informe final SAN 2012.
- (90) Hospital Chapinero ESE. Informe final Salud mental 2012.
- (91) Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF. Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes. Directorio institucional. 2011
- (92) Hospital Chapinero ESE. Informe final Actividad Física 2012.
- (93) Hospital Chapinero ESE. Informe final Trabajo 2012
- (94) Hospital Chapinero ESE. Informe final Medio ambiente 2012
- (95) Hospital Chapinero ESE. Informe final proyecto especial: prostitución2012.
- (96) Hospital Chapinero ESE. Informe final Proyecto especial: ciudadano habitante de calle 2012.
- (97) Gómez de Vargas, Inés., y Ramírez Duarte, Ignacio. La oferta y demanda en los servicios de salud. Salud Uninorte. Barranquilla, 1990. 85-88.
- (98) Martínez, Sandra., Carrasquilla, Gabriel., Guerrero, Ramiro., Gómez-Dantés, Héctor., Castro, Victoria., Arreola-Ornelas, Héctor y Bedregal, Paula. Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Salud Pública de México, vol. 53, núm. 2, 2011, pp. S78-S84, Instituto Nacional de Salud Pública. México
- (99) Hospital Chapinero ESE. Informe final Gestión Comunitaria 2012.
- (100) Hospital Chapinero ESE. Informe final Discapacidad 2012.

- (101) Hospital Chapinero ESE. Informe final Salud sexual y reproductiva 2012.
- (102) Hospital Chapinero ESE. Informe final Salud Oral 2012.
- (103) SENA. Centro de servicios de Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jorgeamericopalaciospalacios/carta-de-ottawa-para-la-promocin-de-la-salud> Consultado el 5 de Diciembre de 2013.
- (104) Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Promoción y Educación para la Salud. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/fo rmacion/introduccion.htm> Consultado el 7 de diciembre de 2013.
- (105) Hospital Chapinero. Unidad de análisis diagnóstico capítulo 4. Gestión de Políticas y Equipo ASIS. 10 de diciembre de 2013.
- (106) Efrem Milanese, Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave – Manual de trabajo para el operador, Plaza y Valdés Editores, México 2009.
- (107) Spencer, John and Harford, Jane. IMPROVING ORAL HEALTH AND DENTAL CARE FOR AUSTRALIANS. Prepared for the National Health and Hospitals Reform Commission.2008. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4 CA2574D7001830E9/\\$File/Improving%20oral%20health%20&%20dental%20care% 20for%20Aust.pdf](http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4 CA2574D7001830E9/$File/Improving%20oral%20health%20&%20dental%20care% 20for%20Aust.pdf) Consultado el 10 de Diciembre de 2013.
- (108) Sonsoles Callejas Pérez, Beatriz Fernández Martínez, Paloma Méndez Muñoz, M. Teresa León Martín, Carmen Fábrega Alarcón, Alejandro Villarín Castro, Óscar Rodríguez Rodríguez, Rodrigo Bernaldo de Quirós Lorenzana, Ana Fortuny Tacias, Francisco López de Castro, Olga Fernández Rodríguez. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Revista Española de Salud Pública, vol. 79, núm. 5, septiembre-octubre, 2005, pp. 581-589. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España

(109) Mario De Miguel Díaz. Evaluación de planes y programas de ciudadanía y convivencia Praxis Educativa (Arg), vol. XIII, núm. 13, marzo, 2009, pp. 47-69, Universidad Nacional de La Pampa, Argentina.