

18
LOCALIDAD

Localidad

RAFAEL URIBE URIBE



Diagnostico Local con Participación Social 2009-2010



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Localidad
**RAFAEL
URIBE URIBE**



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

CRÉDITOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Clara López Obregón

Alcaldesa(e) Mayor de Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Jorge Bernal Conde

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá

Ana Zulema Jiménez Soto

Directora de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

Secretaría Distrital de Salud

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

ESE Hospital Rafael Uribe Uribe

Referente de Análisis:

Andrea Cristancho Amaya

Equipo Base de Gestión Local:

Coordinadora Gestión Local:

Ana Sánchez Moreno

Juan Pablo Castro Isidio

Neleyi Guaraca Penagos

Marcela Galindo

Referentes de etapa de ciclo vital:

James Fernando Beltrán

Luis Armando Morales García

Gabriel Clavijo Martin

Johanna Neira Ayala

Referente GESA:

Freddy Barón

Alcaldía Local de Rafael Uribe

Instituciones y autoridades locales

Equipo técnico de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

AGRADECIMIENTOS

Equipo técnico del PIC de la ESE: vigilancia en salud pública, equipos de ámbitos, transversalidades y proyectos de desarrollo de autonomía, equipo de medio ambiente.

Subgerencia de servicios de salud de la ESE, coordinación de salud pública y del PIC de la ESE, planeación de la ESE, participación y atención al usuario, promoción y prevención de la ESE.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

TABLA DE CONTENIDO

| | | | |
|---|----|--|--|
| CRÉDITOS | 5 | | |
| AGRADECIMIENTOS | 7 | | |
| INTRODUCCIÓN | 16 | | |
| MARCO CONCEPTUAL | 18 | | |
| MARCO METODOLÓGICO | 22 | | |
| 1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL | 27 | | |
| DE LAS RELACIONES | 27 | | |
| TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE | 27 | | |
| 1.1 Historia de Poblamiento | 28 | | |
| 1.2 Características Geográficas. | 28 | | |
| 1.2.1 Factores de deterioro ambiental y sanitario | 31 | | |
| 1.2.1.1 Agua | 31 | | |
| 1.2.1.2. Suelo | 32 | | |
| 1.2.1.3. Aire | 32 | | |
| 1.2.1.4. Flora y Fauna | 34 | | |
| 1.2.2 Vigilancia sanitaria | 35 | | |
| 1.2.3 Factores de protección ambiental | 38 | | |
| 1.2.3.1. Relaciones salud ambiente | 38 | | |
| 1.3. Características Político Administrativas | 41 | | |
| 1.3.1. Zonas de condición de calidad de vida | 41 | | |
| 1.3.2. Distribución por UPZ | 43 | | |
| 1.3.2.1. UPZ San José | 45 | | |
| 1.3.2.2. UPZ 39 Quiroga | 45 | | |
| 1.3.2.3. UPZ 53 Marco Fidel Suárez | 45 | | |
| 1.3.2.4. UPZ 54 Marruecos | 45 | | |
| 1.3.2.5. UPZ Diana Turbay | 45 | | |
| 1.3.3. Gobierno local | 46 | | |
| 1.3.4. Territorios sociales | 48 | | |
| 1.4 Estructura y Dinámica Territorial | 52 | | |
| 1.4.1 Características sociodemográficas | 52 | | |
| 1.4.1.1 Estructura poblacional | 52 | | |
| 1.4.1.2. Esperanza de vida al nacer | 56 | | |
| 1.4.1.3. Dinámica poblacional | 57 | | |
| 1.4.1.4. Población por estrato socioeconómico | 58 | | |
| 1.4.1.5. Población en condición especial | 59 | | |
| 1.5 Perfil Epidemiológico | 62 | | |
| 1.5.1 Mortalidad | 62 | | |
| 1.4.6.6. Mortalidad en menores de cinco años | 63 | | |
| 1.5.1.1 Mortalidad en el ciclo vital juventud y adultez | 65 | | |
| 1.5.1.2 Mortalidad en el ciclo vital vejez y envejecimiento | 65 | | |
| 1.5.1.3 Mortalidad Materna | 65 | | |
| 1.5.1.4 Mortalidad Perinatal | 66 | | |
| 1.5.1.5 Mortalidad por EDA | 67 | | |
| 1.5.1.6 Mortalidad por neumonía | 67 | | |
| 1.5.1.7 Mortalidad evitable en territorios de Salud a su Casa | 68 | | |
| 1.5.1.8 Mortalidad por suicidio | 68 | | |
| 1.5.1.9 Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años | 69 | | |
| 1.5.2 Morbilidad | 70 | | |
| 1.5.2.1. Eventos de notificación obligatoria | 70 | | |
| 1.5.2.2 Eventos de salud mental | 73 | | |
| 1.5.2.3 Morbilidad atendida | 76 | | |
| 1.5.2.4 Salud Sexual y Reproductiva | 77 | | |
| 1.5.2.5 Análisis del Estado Nutricional | 79 | | |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| 2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES | | 3.1.5.4. NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4 | 139 |
| PRODUCCIÓN CONSUMO – TERRITORIO – POBLACION – AMBIENTE | 85 | 3.2. Territorio 1802 Colinas | 143 |
| 2.1 Organización Social y Productiva del Trabajo en el Territorio | 86 | 3.2.1. Etapa infancia | 149 |
| 2.1.1 Necesidades básicas insatisfechas (NBI) | 86 | 3.2.2. Etapa juventud | 152 |
| 2.1.2 Índice de calidad de vida (ICV) | 86 | 3.2.3. Etapa adultez | 154 |
| 2.1.3 Índice desarrollo Humano Urbano (IDHU) | 86 | 3.2.4. Etapa vejez y envejecimiento | 157 |
| 2.2 Condiciones Concretas de Desarrollo de los Procesos de Trabajo y su Impacto en Salud. | 88 | 3.2.5. Núcleos problemáticos que afectan al territorio Colinas: | 159 |
| 2.3 Condiciones y calidad de acceso o restricción a bienes y servicios | 90 | 3.2.5.1. Núcleo problemático 1 | 159 |
| 2.3.1. Servicios públicos y vivienda | 90 | 3.2.5.2. Núcleo problemático 2 | 165 |
| 2.3.2. Estado nutricional y seguridad alimentaria | 90 | 3.2.5.3. Núcleo problemático 3 | 169 |
| 2.3.2.1. Disponibilidad | 90 | 3.2.5.4. Núcleo problemático 4 | 176 |
| 2.3.2.2. Acceso | 91 | 3.3. TERRITORIO 1803 SAMORE | 181 |
| 2.3.2.3. Consumo | 91 | 4. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DESDE LA RESPUESTA SOCIAL | 217 |
| 2.3.2.4. Aprovechamiento biológico | 92 | 1.1.1 ETAPA INFANCIA | 244 |
| 2.3.3 Educación | 92 | 1.1.2 ETAPA CICLO ADULTEZ | 268 |
| 2.3.4 Movilidad | 94 | 1.1.3 ETAPA PERSONA MAYOR | 278 |
| 2.3.5. Recreación y cultura | 94 | CONCLUSIONES | 296 |
| 3. PROFUNDIZACION DEL ANALISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL | 99 | | |
| 3.1. Territorio 1801 Diana-Marruecos | 100 | | |
| 3.1.1. Etapa infancia | 109 | | |
| 3.1.2. Etapa juventud | 113 | | |
| 3.1.3. Etapa adultez | 115 | | |
| 3.1.4. Etapa vejez y envejecimiento | 118 | | |
| 3.1.5. Núcleos problemáticos que afectan al territorio Diana Marruecos | 120 | | |
| 3.1.5.1. Núcleo problemático 1 | 120 | | |
| 3.1.5.2. Núcleo problemático 2 | 126 | | |
| 3.1.5.3. Núcleo problemático 3 | 134 | | |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Riesgos en la localidad Rafael Uribe 2009 | 34 |
| Tabla 2. Distribución Porcentual de la Población por grandes grupos de edad. Localidad de Rafael Uribe Uribe 2005-2009 | 55 |
| Tabla 3. Indicadores demográficos localidad Rafael Uribe. 2005-2015 | 56 |
| Tabla 4. Comportamiento Indicadores Demográficos para Rafael Uribe y Bogotá. Periodo 2005-2015 | 57 |
| Tabla 5. Población por estrato socioeconómico localidad Rafael Uribe. 2009 | 59 |
| Tabla 7. Mortalidad general comparativo localidad Rafael Uribe– Bogotá 2005-2007 | 62 |
| Tabla 8. Mortalidad perinatal localidad Rafael Uribe. 2005-2010 | 66 |
| Tabla 9. Morbilidad por Eventos de Notificación Obligatoria, Localidad 18 Rafael Uribe, 2010 | 72 |
| Tabla 10. Intento de suicidio (2006-2008) y suicidio consumado (2005-2008) | 73 |
| Tabla 11. Prevalencia de desnutrición año 2010. Localidad Rafael Uribe Uribe | 82 |
| Tabla 12. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses. SASC 2008 | 82 |
| Tabla 13. Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU) 2007. Localidad Rafael Uribe | 86 |
| Tabla 14. Indicadores de fuerza laboral 2007. Localidad Rafael Uribe | 87 |
| Tabla 15. Grados promedio de educación cursada Rafael Uribe comparado con Bogotá. 2007 | 93 |
| Tabla 16. Población en edad escolar, asistencia e inasistencia localidad Rafael Uribe comparado con Bogotá 2007 | 93 |
| Tabla 17. Infraestructura Vial 1994-2007 | 94 |
| Tabla 18. Parques y zonas verdes por UPZ/ha localidad Rafael Uribe Uribe | 95 |
| Tabla 19. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio Territorio Diana Turbay- Marruecos. Localidad 18 | 112 |
| Tabla 20. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio Diana Turbay- Marruecos. Localidad 18 | 113 |
| Tabla 21. Condición final de los eventos notificados al Sivigila 2008. Etapa Adultez. Territorio Diana Marruecos. Localidad Rafael Uribe Uribe. Año 2008 | 118 |
| Tabla 22. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio Colinas. Localidad 18 | 151 |
| Tabla 23. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio. Territorio Colinas. Localidad 18 | 151 |
| Tabla 25 Distribución de población por etapa de ciclo. UPZ 39 Rafael Uribe. | 183 |
| Tabla 26. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio. Territorio Samoré. Localidad 18. | 188 |
| Tabla 27. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio. Territorio Samoré. Localidad 18. | 189 |
| Tabla 28. Distribución de la población según régimen de afiliación al sistema de salud. | 221 |
| Tabla 29. Porcentaje de cumplimiento de metas por biológico localidad Rafael Uribe.2009 | 222 |
| Tabla 30. Rendimiento en el servicio de urgencias trimestral. Hospital Rafael Uribe 2007-2009 | 223 |
| Tabla 31. Número de familias caracterizadas por el programa Salud a su Casa 2008 a 2010 | 244 |
| Tabla 32. Cobertura de la Red Social Materno Infantil. | 246 |
| Tabla 33. Visitas de campo a familias gestantes en riesgo Psicosocial. | 251 |
| Tabla 32. Distribución de consultas de pacientes crónicos por Centro de atención. Hospital Rafael Uribe 2009 | 273 |

INDICE DE GRAFICAS

| | |
|--|-----|
| Gráfica 1. Distribución de equipamientos localidad Rafael Uribe. 2005-2006 | 31 |
| Gráfica 2. Índice de Vulnerabilidad de las UPZ priorizadas por Entornos saludables. Salud a su Casa Localidad Rafael Uribe. 2008 | 40 |
| Gráfica 3. Pirámide Poblacional Localidad Rafael Uribe. 2010 | 54 |
| Gráfica 4. Pirámide Poblacional Rafael Uribe 2015 | 55 |
| Gráfica 5. Esperanza de vida al nacer por sexo localidad Rafael Uribe. 2010-2015 | 56 |
| Gráfica 6. Tendencia de los nacimientos en la localidad Rafael Uribe comparado con Bogotá. 2003-2007 | 58 |
| Gráfica 7. Población por grupo étnico según sexo, Rafael Uribe 2005. | 60 |
| Tabla 6. Población en condición de discapacidad por etapa de ciclo y sexo. Rafael Uribe Uribe 2005-2007 | 60 |
| Gráfica 8. Población con Discapacidad por nivel educativo localidad Rafael Uribe Uribe 2005. | 61 |
| Gráfica 9. Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones. Localidad Rafael Uribe 2005-2007 | 61 |
| Gráfica 10. Tasas de mortalidad por grupo de edad, comparación Rafael Uribe – Bogotá 2007 | 63 |
| Gráfica 11. Tendencia de la Mortalidad en menores de cinco localidad Rafael Uribe. 2005 a 2010 | 63 |
| Gráfica 12. Tendencia de la Mortalidad Materna, comparativo Bogotá Rafael Uribe 2005 – 2009. | 66 |
| Gráfica 13. Tendencia Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años. Rafael Uribe. 2000 – 2009 | 67 |
| Gráfica 14. Tendencia mortalidad por neumonía en menores de 5 años, comparativo Bogotá y Rafael Uribe 2005– 2010 | 68 |
| Gráfica 15. Tendencia de la mortalidad por suicidio en la localidad Rafael Uribe. 2005 a 2009 | 69 |
| Gráfica 16. Tendencia de la Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad Rafael Uribe. 2005 a 2009 | 70 |
| Gráfica 17. Comportamiento de la violencia intrafamiliar según tipo (tasa x 100,000 habitantes) Localidad 18 Rafael Uribe- año 2008 | 74 |
| Gráfica 18. Tendencia de la frecuencia en el uso de sustancias psicoactivas por sexo. Localidad Rafael Uribe 2005-2009 | 76 |
| Gráfica 19. Nacimientos localidad por edades simples 2008 | 78 |
| Gráfica 20. Nacidos vivos en madres adolescentes. Localidad de Rafael Uribe, 2008. | 79 |
| Gráfica 21. Comportamiento de los indicadores del estado nutricional en niños y niñas menores de 10 años. Localidad Rafael Uribe. 2007 al 2009 | 80 |
| Gráfica 22. Tendencia de la prevalencia del bajo peso al nacer en la localidad Rafael Uribe comparado con Bogotá | 81 |
| Gráfica 23. Indicadores de fuerza laboral. Localidad Rafael Uribe Uribe | 88 |
| Gráfica 24. Tasa de analfabetismo Localidad Rafael Uribe Uribe 2005 | 93 |
| Gráfica 25. Tipo de vivienda familias caracterizados SASC sin condición especial. Territorio Diana Marruecos –Localidad Rafael Uribe | 107 |
| Gráfica 26. Material de la vivienda familias caracterizadas SASC. Territorio Diana Marruecos –Localidad Rafael Uribe. | 108 |
| Gráfica 27. Estado de la vivienda en familias caracterizadas SASC. | |

| | |
|--|-----|
| Territorio Diana Marruecos. Localidad Rafael Uribe | 108 |
| Gráfica 28. Tipo de vivienda familias caracterizados SASC sin condición especial. Territorio Colinas. Localidad Rafael Uribe | 147 |
| Gráfica 29. Material de la vivienda familias caracterizadas SASC. Territorio Colinas. Localidad Rafael Uribe. | 148 |
| Gráfica 30. Estado de la vivienda en familias caracterizadas SASC. Territorio Colinas. Localidad Rafael Uribe | 148 |
| Gráfica 31. Material de la vivienda familias caracterizadas SASC. Territorio Samoré –Localidad Rafael Uribe. | 185 |
| Gráfica 32. Tipos de violencia en personas mayores localidad Rafael Uribe. | 198 |
| Gráfica 33. Producción Urgencias Hospital Rafael Uribe 2007 – 2008 – 2009 | 224 |
| Figura 1. Enfoque del Modelo de Prestación de Servicios. Hospital Rafael Uribe Uribe | 220 |
| Figura 2. Experiencias exitosas. Hospital Rafael Uribe | 225 |
| Figura 3. Esquema Seguridad del Paciente. Hospital Rafael Uribe.2009 | 226 |
| Figura 4. Programa salud a su casa Hospital Rafael Uribe 2009 | 230 |
| Figura 5. Programa salud al colegio. Hospital Rafael Uribe | 236 |

INDICE DE MAPAS

| | |
|--|-----|
| Mapa 1. Mapa general localidad Rafael Uribe Uribe | 30 |
| Mapa 2. Factores de riesgo Físicos. Localidad Rafael Uribe | 33 |
| Mapa 3. Problemáticas y amenazas medio ambiente localidad Rafael Uribe Uribe. 2010 | 37 |
| Mapa 4. Zonas de Condición de calidad de Vida. Localidad Rafael Uribe | 42 |
| Mapa 5. Distribución por UPZ localidad Rafael Uribe Uribe | 44 |
| Mapa 6. Territorios Sociales localidad Rafael Uribe | 51 |
| Mapa 7. Población por unidad de planeamiento zonal localidad Rafael Uribe 2009. | 53 |
| Mapa 8. Casos de mortalidad infantil localidad Rafael Uribe 2009. | 64 |
| Mapa 9. Eventos de Violencia intrafamiliar localidad de Rafael Uribe 2009. | 75 |
| Mapa 10. Territorio Diana Marruecos | 101 |
| Mapa 11. Equipamientos actividad Física | 105 |
| Mapa 12. Problemáticas ambientales en territorios sociales en la localidad Rafael Uribe 2010 | 131 |
| Mapa 13. Territorio Colinas | 144 |
| Mapa 14. Territorio Samoré. | 182 |
| Mapa 15. Instituciones educativas localidad Rafael Uribe | 237 |
| Mapa 16. Oferta Institucional en el sector salud localidad Rafael Uribe | 238 |
| Mapa 17. Trabajo infantil Ámbito Laboral. Localidad Rafael Uribe | 248 |
| Mapa 18. UTIS Ámbito Laboral. Localidad Rafael Uribe | 271 |

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico local con participación social es un ejercicio de análisis participativo sobre la realidad local, a través de la identificación de necesidades y problemáticas, la respuesta institucional y comunitaria a estas necesidades, con el fin de comprender en toda su dimensión los factores protectores y deteriorantes como la complejidad de la salud y la calidad de vida en la localidad Rafael Uribe, para avanzar en la reducción de brechas y situaciones intolerables e invertir con equidad los recursos sociales, contribuyendo a modificar las condiciones de vida de las poblaciones.

En ese sentido se constituye en una herramienta fundamental para la toma de decisiones en el nivel local, al brindar elementos para los procesos de Planeación Distrital y Local. Es así como, la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado de las localidades del Distrito, en este caso el Hospital Rafael Uribe Uribe, realizan la actualización del diagnóstico local de forma anual que se presenta a continuación.

La participación en diferentes espacios y actividades tanto a nivel de la ESE como a nivel local ha permitido que cada etapa de ciclo se acerque a la comunidad, que se lleven las políticas en materia de infancia, juventud y vejez, siendo espacios fundamentales donde se generan inquietudes al respecto.

El trabajo incipiente en las mesas territoriales se ha consolidado desde la identificación de problemáticas más sentidas en las comunidades en materia de seguridad, educación y violencias.

A nivel de las etapas de ciclo vital se partió de las políticas vigentes, para dar un enfoque armonizado de acciones en los diferentes espacios de trabajo mencionados anteriormente. En la etapa infancia, la política de infancia y adolescencia y las recomendaciones dadas en el plan de implementación de la misma para el sector salud, permitieron un abordaje apropiado desde el análisis de lecturas de necesidades desarrolladas en los ámbitos de vida cotidiana, proyecto de desarrollo de autonomía (PDA) y transversalidades, así como el ejercicio desarrollado en el encuentro de calidad de vida de niños y niñas de la localidad, foros y grupos focales entre otros.

De las problemáticas identificadas a partir de un proceso de priorización desarrollado conjuntamente con las instituciones, programas, profesionales y personas de la comunidad que asisten a los espacios de Red de Buen Trato, subcomité de infancia y familia en Rafael Uribe Uribe y mesa inter local de salud materno infantil se definieron 9 núcleos de problema primordiales

de acuerdo con los ejes de la política de infancia y adolescencia: 7 núcleos correspondientes a niños y niñas y 3 núcleos respecto a la situación de las gestantes, los cuales fueron insumo para la priorización final en el espacio de grupo funcional.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se abordó con énfasis en aquellas personas mayores en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género, cuyo propósito común fue visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019, incidiendo de manera activa, a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los viejos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada.

Como resultado del análisis realizado en el equipo funcional de juventud basado en la política pública de juventud, se conceptualizaron las narrativas, los determinantes, los núcleos problemáticos. Dicha redefinición de núcleos busca identificar las condiciones que inciden de forma más contundente en las problemáticas de los jóvenes, superando el análisis tradicional de los problemas que actúan como “síntomas” y cuyas alternativas generalmente se dirigen a implementar respuestas “de forma y no de fondo”.

Este documento pretende aportar a la comprensión de las dinámicas y realidades que viven las diferentes etapas de ciclo en los territorios y las formas en que los déficits planteados generan consecuencias directas en su calidad de vida; la forma en que se relacionan con las diferentes categorías de análisis ambiente, producción, consumo e igualmente pretende detallar la situación de calidad de vida y salud desde cada territorio, en este caso los definidos desde la estrategia de Gestión Social Integral (GSI), aportando en la visualización de los principales núcleos problemáticos como insumo para la formulación de respuestas integrales y propuestas para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2011; sin dejar de lado los aspectos positivos o factores protectores presentes en las población.

MARCO CONCEPTUAL

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

El paradigma social plantea que para entender las causas de salud enfermedad, las incorpora como parte de las políticas sociales, por lo que tiene que desarrollarse conjuntamente con una perspectiva biomédica, psicosocial y ecológica; este enfoque genera una visión sistémica de la salud que ya no es solo asistencial sin desconocer la importancia que se tiene para la vida de los sujetos.

De acuerdo con la forma de organizarse, de lo social, a la estructura productiva, se establece un patrón de transformaciones; es así como se determinan tres niveles de análisis que interactúan entre ellos y posibilitan entender el proceso de salud enfermedad desde lo que se les ha denominado como dominios y que a continuación se describen:

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

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

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

De esta manera, los determinantes sociales de la salud, apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios¹.

La estrategia promocional de calidad de vida y salud, planteó una serie de retos para el sector salud, que supuso una serie de cambios y transformaciones en la manera tradicional de entender al sujeto en su condición humana, en su relación con los otros y cómo esto repercutía en su individuo,

su colectivo y por ende en su situación física, mental y de bienestar.

¹ OMS. Organización Mundial de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Noviembre de 2004

Desde esta estrategia, se reconocen los derechos sociales bajo tres principios fundamentales; la equidad, la integralidad y la universalidad. Este pensamiento busca reducir las brechas entre las poblaciones, dando respuesta a sus necesidades bajo unos criterios de autonomía, entendiendo esta última como: “el ejercicio pleno de la libertad y por ende permite la emancipación política. Las personas deciden lo que les conviene frente a la vida, la democracia y el espacio público como expresión social”²

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

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

En términos generales la Gestión Territorial inmersa en la Gestión Local Integral de la Salud, debe articular las apuestas Nacionales y Distritales en materia de salud, valiéndose de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Estrategia de Gestión Social Integral, entendiendo este proceso como una estrategia que busca articular los recursos del Estado, puestos en acciones sectoriales y trasponiéndose en discusiones transectoriales, para el desarrollo de procesos que afecten la calidad de vida de los sujetos en los escenarios locales y buscando maximizar el impacto de la inversión social³.

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

De esta manera, los procesos de descentralización local reconocen el territorio y sus particularidades, partiendo de una noción específica del territorio⁴. En términos generales, el territorio se asume como una construcción social, que se hace a partir de las relaciones, interacciones y apropiaciones que los sujetos realizan con relación a un espacio, sin importar sus delimitaciones. De esta manera, el territorio supera la noción de lugar y/o espacio físico, para enmarcarse como

² GARCIA Sarria, Alex. *Estrategia promocional de Calidad de Vida y Pedagogía. Experiencia de la Escuela popular de Líderes en Salud en la localidad de Suba. Fundación Fergusson. Congreso Salud Pública. Salud y Sociedad. Universidad Pontificia Javeriana. Bogotá. 2006*

³ *Universidad Nacional de Colombia. Definición Gestión Social Integral. Secretaría de Integración Social. Bogotá. 2006.*

⁴ *El territorio se concibe como el escenario donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente; en este sentido, se identifican dos condiciones primordiales del territorio, como:*
- *Escenario Social: donde se puede visualizar la totalidad de la población, donde se identifican las condiciones diferenciadas de calidad de vida de quienes lo habitan, donde se reconocen las necesidades desde los derechos y sus respectivas inequidades.*
- *Escenario Político: Donde se detecta la arquitectura para la acción transectorial y su articulación con la acción social, los actores estratégicos, las asimetrías de poder y las reglas de interacción entre los actores. En este escenario se determina la necesidad de fortalecer la estructura del Estado en los territorios y las sinergias entre sus actores para lograr legitimidad y gobernanza local. Convenio Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Arco Iris. Secretaría de Integración Social/ Secretaría Distrital de Salud. “Taller de Acuerdos Conceptuales” Gestión Social integral. Bogotá. 2009.*

aquel espacio en donde se crean y recrean los recursos materiales y simbólicos, adquiriendo un sentido político.

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

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

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

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

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

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

Para poder avanzar, el Hospital Rafael Uribe, parte desde su proceso histórico de lo local y de la situación actual que a continuación se describe para poder organizar una respuesta acorde con las normas vigentes y al paradigma actual.

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

“La descentralización administrativa por la transferencia de funciones, recursos y capacidades y de proceso gerencial y administrativo puede ser: administrativa, fiscal y política; “⁵. A continuación se describen algunos conceptos de descentralización:

- Descentralización fiscal: transferencia de responsabilidades de generación, asignación y desembolso de recursos desde las instancias centrales a los locales, siendo administrativo y político.
- -Descentralización política tiene como objetivo la democratización de la gestión local mediante la ampliación de espacios de participación y redistribución del poder político desde el centro a los niveles regionales y locales.

Descentralización hacia el mercado (Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Desarrollo Territorial. 2002 Evaluación de la descentralización municipal en Colombia - Balance de una década Tomo I. Marco conceptual y resultados de progreso municipal; pagina 14 a 16) que surge dentro de una política neoliberal que surge de la transferencia de la responsabilidad del estado hacia particulares siendo este un mecanismo de privatización.

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

Se presenta como ventaja: Desarrollo económico de acuerdo con el territorio (por escalas), fácil organización de la oferta de servicios, fácil control y seguimiento, respuesta de acuerdo con las realidades sociales ya no determinada por un lineamiento centralizado por la S.D.S. lo cual no es coherente con las necesidades de los grupos y que al crearse de acuerdo con el grupo de trabajo facilita un mejor acercamiento a la realidad social con mayor satisfacción social; luego las intervenciones obedecen a una necesidad sentida y no a una uniformidad de intervención que varía de un territorio a otro determinado por las diferencias desarrollo social de producción y de consumo.

Desventaja: Sensación de lejanía desde los entes centrales, sensación de pérdida de responsabilidad de estos, se necesita una inversión real y diferente en la intervención; el gobierno local tiene a priorizar de acuerdo con los interés políticos alejándose de la realidad de los territorios, generando menor posibilidad de satisfacción social y por lo tanto se requiere una mayor complejidad en el control y seguimiento y autonomía en el manejo de los recursos.

Se sugiere que la gerencia de la gestión local en salud brinde las herramientas para la construcción del conocimiento y de posicionamiento político; la vigilancia de salud y en salud ambiental es el que brinda los indicadores para dar cumplimiento con los objetivos del milenio como de los planes de Desarrollo.

MARCO METODOLÓGICO

Para la elaboración de este documento se llevó a cabo un proceso que incluyó cuatro fases:

La primera, denominada **alistamiento y convocatoria**: donde se realizaron la contextualización los diferentes actores, se autoevaluó el proceso el diagnóstico anterior, se efectuaron acuerdos conceptuales y metodológicos y se logró articulación con diferentes ámbitos y grupos funcionales del hospital.

En la segunda fase se realizó el proceso de **recolección de la información** con inventario de fuentes primarias y secundarias de la ESE y otros sectores, así como la recolección, validación y clasificación de la misma. La recolección de fuentes primarias se hizo a partir de los diferentes ejercicios de lecturas de necesidades que realizaron las diferentes instituciones de la localidad con organizaciones o grupos comunitarios durante el año 2008, incluidos los grupos de los diferentes ámbitos del PIC.

En la tercera fase **análisis descriptivo y explicativo** se trabajó en la construcción Plan de Análisis con la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se analizaron las lecturas de necesidades por etapa de ciclo y la información cuantitativa de diferentes sistemas de información con acceso local y distrital.

Por último en la cuarta fase se realizó el análisis crítico de la información, intentando profundizar en las relaciones de producción consumo ambiente en el contexto territorial y desde cada etapa de ciclo vital, con el fin de establecer las prioridades en términos de núcleos problemáticos, que permitan asignar los recursos de PIC 2011 y presupuestos locales de una manera más equitativa para cubrir las necesidades de la población. Para el logro de los objetivos en esta fase se realizaron reuniones en los espacios de los grupos funcionales y unidades de análisis, donde se realizó un ejercicio de reorientación y validación de los determinantes de la salud partiendo de la situación de salud encontrada cuantitativa y cualitativa para, al final, priorizar núcleos problemáticos y establecer temas generadores para el diseño de nuevas propuestas integrales.

Se realizaron también dos talleres de cartografía social a finales del 2008 por parte de la Red del buen trato para las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez como soporte de situaciones y conflictos sociales.

Se estableció una metodología para avanzar en el proceso cartográfico y de referenciación geográfica de los equipamientos, las principales necesidades y respuestas, integrando a la ESE (ámbitos y componentes del PIC) y la validación de información por parte de la comunidad.

Para el capítulo 3, profundización del análisis poblacional y territorial, el documento contempla el resultado de los ejercicios de análisis poblacional por territorio y por etapas del ciclo vital, en el marco de los enfoques definidos por la Secretaría Distrital de Salud en la Guía técnica entregada para orientar dicho proceso. Para lograr la cualificación y profundización de los análisis se realizan los ajustes metodológicos necesarios con la aprobación o consenso del equipo de Gestión Local y Coordinador de Salud Pública, seguido de la respectiva validación por parte de los Ámbitos y Componentes del PIC; posteriormente se procede al desarrollo de los equipos técnicos poblacionales por etapa de ciclo y unidades de análisis poblacionales por territorio, en la cuales se realizan las siguientes actividades en su orden:

1. Reconocimiento de los núcleos problemáticos identificados en el Diagnóstico Local 2009 desde cada Proyecto de Desarrollo de Autonomía (PDA), Transversalidad, Ámbitos y Componentes del PIC.
2. Validación de fuentes primarias 2009 desde los enfoques poblacional, territorial y diferencial.
3. Taller para estructuración de plan de análisis profundo y requerimiento de fuentes secundarias a diferentes actores en el Hospital.
4. Cualificación de las narrativas por cada núcleo problemático por etapa de ciclo desde los enfoques poblacional, territorial y diferencial.
5. Contrastación de las fuentes primarias y secundarias que permitan explicar las situaciones evidenciadas y profundizar en los análisis.

El ejercicio de actualización ha representado un reto por la naturaleza de su abordaje desde el enfoque territorial y el enfoque diferencial ya que desde los ámbitos y componentes del PIC los sistemas de información, no cuentan con variables que permitan realizar este tipo de análisis. Sin embargo, el interés desde la Gerencia y Coordinación de Salud Pública - PIC del Hospital es asumir este reto con miras a fortalecer el posicionamiento político en los diferentes espacios locales y aportar insumos necesarios para el proceso de la gestión social integral (G.S.I) en la localidad Rafael Uribe. Se espera en este sentido que con los resultados del análisis realizado por etapa de ciclo presentados a continuación, se contribuya para el planteamiento de respuestas integrales lo más aproximadas posible al concepto de transectorialidad en el marco de la G.S.I. donde prime el mejoramiento a corto, mediano y largo plazo de las condiciones de calidad de vida y salud de la población habitante de la localidad.

Para el capítulo 4 se realizó análisis de las respuestas, en el marco de los espacios considerados en la Guía Técnica y los acordados en el Hospital para la actualización de los Diagnósticos Locales 2010, como fueron: La reunión de gestión ampliada, equipos técnicos poblacionales, unidades de análisis poblacionales por territorio y comité de salud pública; se dieron los procesos de validación de diseño metodológico, consistente en:

Parte 1.

- Diseño y validación de matriz de respuestas institucionales y sectoriales, donde se recolectó información por etapa de ciclo por núcleo problemático.

- Construcción de narrativas sobre de brechas y esbozo de propuestas PIC 2011 (ejercicio realizado por cada ámbito, PDA y transversalidades).
- Ajustes y validación de narrativas de respuestas (con aportes de referentes asistentes a diferentes espacios).
- Fusión de núcleos por afinidad de intervenciones.
- Organización de grupos por etapa por núcleos problemáticos acordados.
- Cada grupo trabajó sobre las propuestas de respuestas integrales en formato entregado.
- Desde la Coordinación de Salud Pública y el PIC, se ajustaron y viabilizaron técnicamente las propuestas formuladas.

Parte 2.

- De acuerdo con directrices de la Secretaría Distrital de Salud, se trabajó en la consolidación de toda la información adelantada en la parte 1, en una matriz diseñada para tal fin. Para el logro de este objetivo se organizaron mesas de trabajo con el componente de gestión local, en las cuales se realizaron ajustes a la definición de los núcleos problemáticos, se replantearon los temas generadores y se realizó la división territorial de las propuestas, en tres grupos: desde la ESE, desde sectores y desde la comunidad.

1.

1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE

1.1 Historia de Poblamiento

La Localidad Rafael Uribe Uribe se conforma a partir de las haciendas y fincas: Llano de Mesa, Santa Lucía, El Porvenir, La Yerbabuena, San Jorge, El Quiroga, Granjas de San Pablo, Granjas de Santa Sofía, Los Molinos de Chiguaza y La Fiscala. Posee una parte plana, prolongación de la Sabana de Bogotá, donde se concentran las viviendas más antiguas de la localidad y otra parte de media montaña, territorio quebrado y pendiente de crecimiento acelerado y desordenado, de mal uso urbanístico y explotación de canteras y chircales. Sus terrenos, poblados desde la Colonia, inician su verdadera expansión hacia los años cuarenta y cincuenta, cuando se producen las grandes migraciones de población que huye de la violencia del campo hacia la ciudad. Esto llevó a que los inmigrantes construyeran sus viviendas en las partes altas, al oriente del sector.

Se reconocen históricamente tres etapas en la conformación de este territorio, que hoy se define bajo el nombre de Rafael Uribe Uribe. La primera abarca los años de 1925-1950, con el surgimiento de barrios obreros como el Santa Lucía, Olaya (1925), El Libertador (1930), Bravo Páez, Marco Fidel Suárez, San Jorge (1932) y Centenario (1938) y, a lo largo de la década del cuarenta, El Claret, El Inglés y Murillo Toro.

Para los años de 1950-1980 nacieron urbanizaciones planificadas por el Estado, como Quiroga (1952) y asentamientos ilegales como la primera invasión masiva que tuvo la ciudad, en 1961, hoy conocida como Las Colinas. Luego, barrios populares como Villa Gladys (reconocido por sus polvoreras), Los Chircales, Socorro, El Consuelo, Molinos, Palermo Sur, Mirador, San Agustín. Inicialmente, la zona hizo parte de la actual Localidad de Antonio Nariño, pero por el Acuerdo 007 de 1974 del Concejo del Distrito, fue apartada de esta, dándole el número 18 dentro de la nomenclatura distrital.

Para 1979, Alfredo Guerrero Estrada, uno de los mayores urbanizadores ilegales del sur de Bogotá, promueve la creación del barrio Diana Turbay, ubicado en la parte media y alta. Para 1988 y 1999 surgen treinta nuevos asentamientos subnormales que aumentan los índices de población. En el terreno que hoy ocupa la localidad, se generaron grandes leyendas como la del legendario "Matatigres", contrabandista y vendedor de chicha; y la de la muerte de Efraín González, revolucionario de la época. En sus predios se encuentra la Hacienda Los Molinos, de la familia Morales Gómez, terrero chircalero, con un permanente problema de ocupación de tierras. Su nombre surge cuando, en el año 1974, Hipólito Hincapié, secretario de gobierno oriundo de Santa Rosa de Osos, propone al Alcalde Mayor, Alfonso Palacio Rudas, bautizar el sector con el nombre del abogado, ideólogo notable del partido liberal colombiano y mártir antioqueño, Rafael Uribe Uribe, quien murió asesinado Bogotá en 1914.⁶

1.2 Características Geográficas.

La localidad Rafael Uribe se encuentra ubicada desde los 2.600 hasta los 2.800 metros sobre el nivel del mar, con un clima frío (temperatura promedio de 14.6°C) y una humedad relativa de 75%, típicas de la zona media de la ciudad.

En la localidad se distinguen cuatro zonas geomorfológicas:

- Zona de areniscas en el sector de La Regadera, poco a medianamente resistentes, presentes en los pisos inferior y superior de la formación Usme, donde se ubican las explotaciones subterráneas de arenas.
- Zona de *arcillositas*: de relativamente buena estabilidad natural, pero susceptibles a deslizamientos ligados a inadecuadas prácticas de explotación de arcillas y manejo de aguas.

⁶ Ficha técnica turística op. cit. pp. 22-23.

- Zona de arcillas poco consolidadas de la formación Tiltatá: de topografía plana o suavemente ondulada. No presenta problemas geotécnicos especiales.
- Zona de terrazas bajas de la Quebrada Chiguaza: parcialmente inundables.

En el sector plano se encuentran desarrollos urbanísticos antiguos y en el sector quebrado, ubicado al oriente, asentamientos humanos ilegales; donde se presentan en muchos casos altos niveles de vulnerabilidad por amenaza natural debido al elevado grado de erosión y desgaste del suelo, deforestación de la zona y pérdida de la capa vegetal, sumado a la ausencia de canalización de las aguas negras y aguas lluvias.

La localidad Rafael Uribe tiene una extensión de 1.388 hectáreas clasificadas como suelo urbano; no existe área rural. Del total de área urbana 1.250 corresponden a suelo urbano y 138 a áreas protegidas del orden Distrital. Está conformada por 201 barrios y 2.868 manzanas, lo que la ubica en un nivel intermedio comparada con las demás Localidades de Bogotá.⁷

Las zonas de protección de la localidad que por sus características geográficas, paisajísticas o ambientales tiene restringida la posibilidad de urbanizarse son: La Quebrada Chiguaza, El parque Entrenubes (Cuchilla del Gavilán), La quebrada Chiguaza, Parque Metropolitano Bosque de San Carlos, Corredor Ecológico de Ronda, Canal Albina y Zona Canal Río Seco. Las principales problemáticas evidenciadas en estas zonas tienen que ver con mal manejo y disposición de residuos sólidos domésticos y de residuos producidos por los talleres de mecánica automotriz y paraderos de buses en los Canales Río Seco y La Albina; La Quebrada Chiguaza y su área de influencia en el sector de los Puentes y Molinos II, se caracteriza por presentar riesgo de inundación, avalancha, deslizamiento y derrumbe.⁸

La localidad Rafael Uribe Uribe se encuentra ubicada al sur oriente de Bogotá D.C. Colinda por el oeste con la localidad de Tunjuelito, por el sur con la localidad de Usme, por el este con la localidad de San Cristóbal y por el norte con la localidad Antonio Nariño. Limita al Norte con la Av. Primera de Mayo, al sur con las calles 46, 47, 54 y la vía a Usme, al oriente la carrera 10 y el parque Entre Nubes y al occidente con la Avenida 27 y la carrera 33.

La Localidad 18 cuenta con 303 parques que equivalen a 1.267.177 metros cuadrados. El indicador de parque por habitante para el 2009 se encuentra con (3.4 metros cuadrados), lo que la ubica en un nivel intermedio con relación a las localidades del Distrito.

El Departamento Administrativo de Planeación, en el 2002 reportó 341 hectáreas (ha) urbanizadas; en el 2004 esta cifra bajó a 62 ha de nuevos asentamientos ilegales; lo más preocupante para el Distrito es que, de estos asentamientos, 85 ha en 2004 afectaron la estructura ecológica de los cerros orientales o rondas de quebradas; igualmente el Departamento Administrativo del Medio Ambiente (DAMA, hoy Secretaría Distrital de Ambiente) en 2004 reportó 15 puntos de urbanización (1 ha) ubicados en zona de alto riesgo.⁹

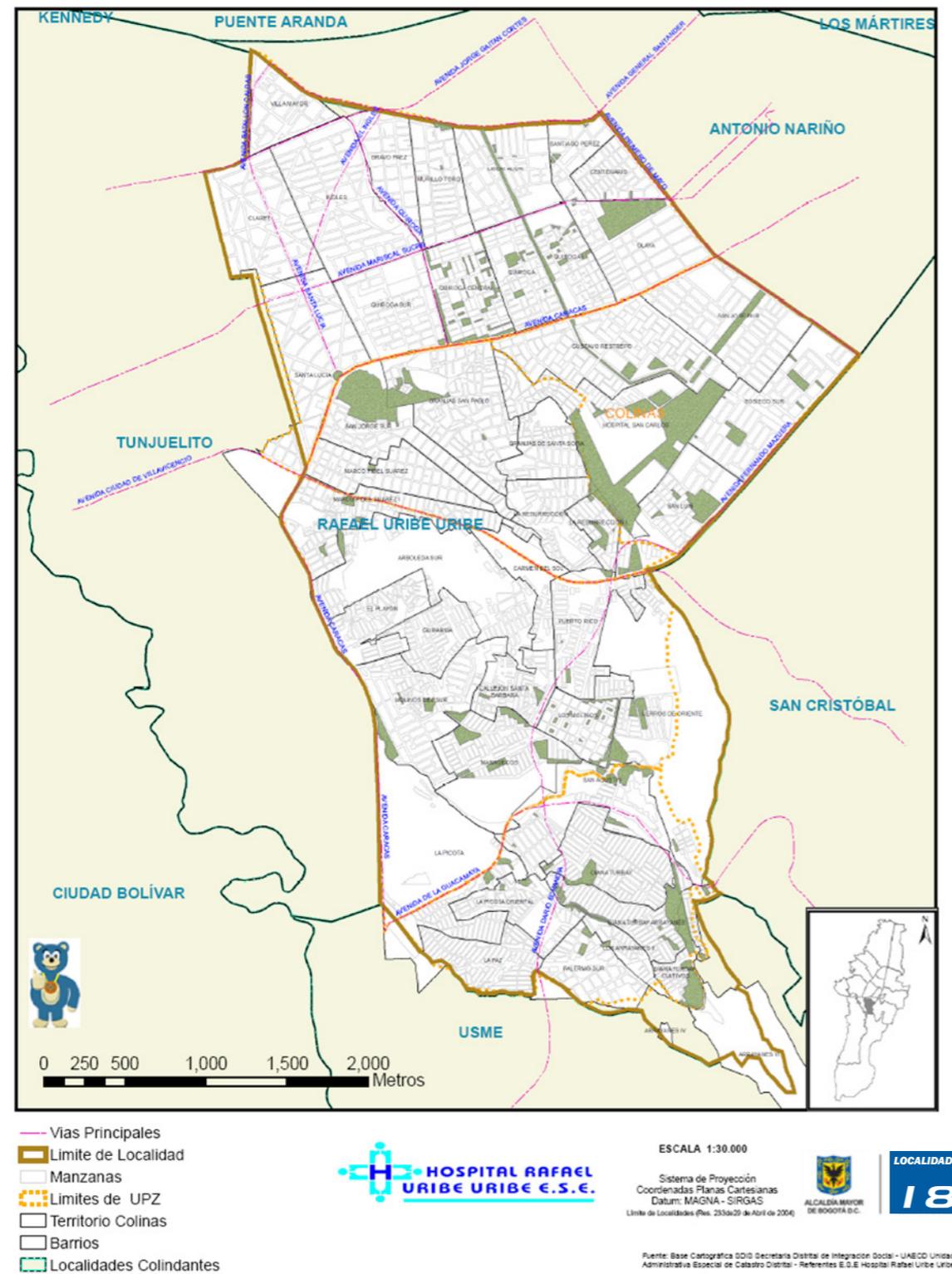
En cuanto al uso del suelo es destinado principalmente para viviendas, en la mayoría para equipamiento urbano y destinación con énfasis en establecimientos comerciales. El Plan de Ordenamiento territorial (POT) en el año 2000 le asignó a la localidad uso del suelo residencial, con algunas zonas de comercio tradicional.

⁷ Boletín Bogotá ciudad de estadísticas. Edición especial "Conociendo las Localidades de Bogotá". Julio de 2009

⁸ Agenda Ambiental Localidad 18 Rafael Uribe Uribe 2009.

⁹ Agenda Ambiental Localidad Rafael Uribe. UN Hábitat. U. Nacional. Bogotá positiva.2009

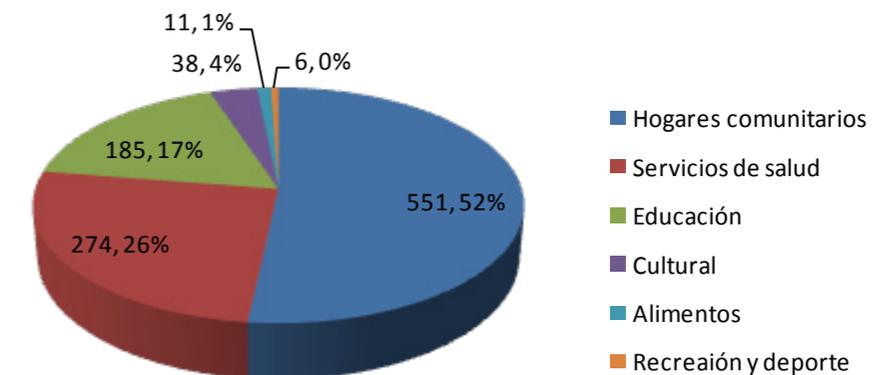
Mapa 1. Mapa general localidad Rafael Uribe Uribe



Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAEC - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe.

Sobre la cantidad de equipamientos con que cuenta la localidad y la población beneficiada por estos, ha aumentado en número con respecto al año 2003, debido principalmente a la ejecución de los "Planes maestros de equipamientos" elaborados entre los años 2005 y 2006, lo cual mejoró el inventario de los dotacionales. Según datos de la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) 2005-2006, la localidad de Rafael Uribe Uribe cuenta con un total de 1.104 equipamientos, con una concentración de 342 personas por equipamiento, lo cual la ubica en el octavo puesto con respecto a las otras localidades de Bogotá. La mayoría de equipamiento está representado en los sitios de tipo bienestar social- hogares comunitarios (551), seguido de salud (274) y educación (185); existe insuficiente equipamiento de tipo cultural (38), recreación y deporte (6) y abastecimiento de alimentos (11). A continuación se presenta la distribución porcentual de los equipamientos en la localidad.¹⁰

Gráfica 1. Distribución de equipamientos localidad Rafael Uribe. 2005-2006



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación 2005-2006

1.2.1 Factores de deterioro ambiental y sanitario

En cuanto a los servicios públicos, la localidad ofrece una buena cobertura y calidad en la prestación de los servicios; sin embargo, los barrios ilegales no tienen acceso a los servicios y existen diferencias en cuanto al servicio de alcantarillado y aguas lluvias en las UPZ. La recolección de basura es deficiente en las partes altas debido a deficiente acceso y a la falta o mal estado de las vías.

Según información del Diagnóstico Ambiental de la localidad Rafael Uribe, la gestión sanitaria y ambiental para la salud del 2008 y la Agenda Ambiental de la Localidad 18 de 2009, se encuentra una síntesis de la localidad en cada uno de sus ejes ambientales principales, relacionados a continuación:

1.2.1.1 Agua

Los cuerpos de agua se encuentran contaminados por actividades del ser humano y las actividades industriales informales presentes en los barrios de la zona alta. Uno de los cuerpos de agua más contaminados es la quebrada Chiguaza por el vertimiento de aguas negras y lluvias a través del canal que recoge las aguas negras de barrios como Diana Turbay, Villa Ester, Reconquista, Serranía, Palermo Sur y Zona de los Puentes.

1.2.1.2. Suelo

En el sector ubicado en la zona de montaña se encuentran la mayoría de las áreas clasificadas como de riesgo inminente por remoción en masa, debido a que el aspecto generalizado del suelo, es de un alto grado de erosión y desgaste por la extracción y explotación de materiales para la construcción (arena, piedra, arcilla).

El barrio La Paz y sus sectores entre los que se cuentan los Naranjos, La Maya, La Torre, Cebadal, Caracas y El Portal, ubicados en el extremo sur de la localidad, se caracterizan también por presentar deslizamientos e inundaciones causadas por la quebrada la Hoya debido a que parcialmente está canalizada y aún no se terminan las obras del colector, incrementándose el problema por los vertimientos de aguas negras y lluvias.

La localidad Rafael Uribe Uribe por encontrarse aledaña a los cerros orientales se ve seriamente afectada por fenómenos de remoción en masa que afectan significativamente a familias de escasos recursos que habitan en UPZ como Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez, donde son comunes los deslizamientos en épocas de invierno.

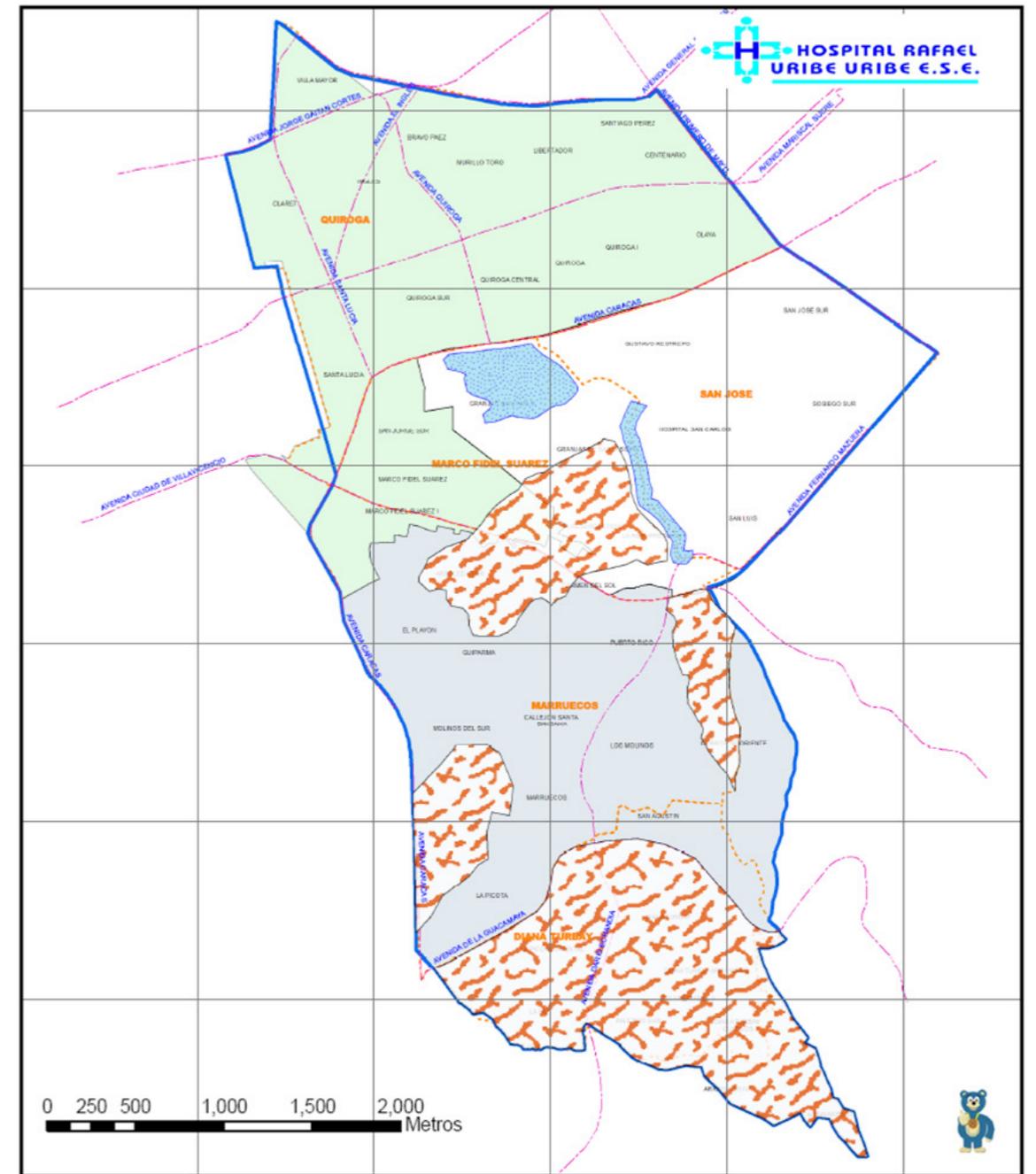
Las inundaciones en la localidad afectan a barrios tanto de las UPZ Marco Fidel Suárez como San Jorge, en las cuales la zona plana tiene problemas de alcantarillado y desagüe, pues las tuberías son de baja capacidad; además, la disposición inadecuada de residuos sólidos en las calles, taponan los sumideros y generan el estancamiento de aguas, las cuales ingresan a las viviendas y se convierten en factor de riesgo para la aparición de vectores, malos olores y posteriores enfermedades (Ver mapa 2).

1.2.1.3. Aire

Se presenta contaminación por partículas en suspensión como producto de los procesos extractivos en las canteras de las montañas y chimeneas de chircales, además de emisión de partículas debido al parque automotor, siendo las vías más afectadas la Avenida Caracas, carrera 30, calle 22 sur, carrera 10, carrera 24 y la vía a Usme; existe contaminación por ruido en las vías principales de la localidad debido al tráfico vehicular y al sector comercial en la Avenida Caracas, carrera 30, calle 22 sur, carrera 10 y avenida 44 sur; actividades industriales en zonas residenciales como talleres de mecánica y ornamentación entre otras actividades, las cuales generan altos niveles de ruido y emanan considerables cantidades de partículas en suspensión.

El Decreto 417 de octubre /2006 declaró a Rafael Uribe, Tunjuelito, Engativá y parte de Suba como aéreas - fuente de contaminación alta por partículas suspendidas; según el reporte de la estación de monitoreo el Tunal 2006 el promedio de PM10 para 24 h superó la norma; por otra parte la producción de gases y malos olores producto de los botaderos de basura a cielo abierto, en quebradas y caños, son fuente importante de contaminación atmosférica.

Mapa 2. Factores de riesgo Físicos. Localidad Rafael Uribe



| | | | |
|--|------------------|--|---------------------|
| | Remoción en Masa | | COLINAS |
| | Inundación | | SAMORE |
| | | | DIANA - MARRUECOS |
| | | | Limite de Localidad |
| | | | Limite de UPZ |

ESCALA 1:30.000

Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Limite de Localidad (Res. 233a/29 de Abril de 2004)

ALCALDIA MENOR DE BOGOTÁ D.C.

LOCALIDAD 18

Fuente: Base Cartográfica DIO Secretaría Distrital de Integración Social - UAECO Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Retenientes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

1.2.1.4. Flora y Fauna

La principal dificultad radica en el déficit de zonas verdes en las UPZ Diana Turbay, Marco Fidel Suárez y Marruecos. En estas UPZ la urbanización no ha dado espacio para el esparcimiento y contemplación de la naturaleza. Así mismo quedan pocas especies de aves típicas como mirlas y Copetones, debido a la expansión urbana, niveles de ruido y partículas contaminantes.

Frente a las condiciones de vulnerabilidad, se cuenta con información en la agenda ambiental local 2009; se reconoce el riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un evento, natural o de origen antrópico (concerniente a la naturaleza humana), que pueda afectar la vida o los bienes de la población; en el contexto de la localidad Rafael Uribe Uribe, varios factores de riesgo actúan simultáneamente; la mayoría de factores de riesgo ambiental se presentan en la zona alta, caracterizada por el predominio de un proceso de urbanización desordenado; existe un área total de 1,5 ha, catalogada como zona de alto riesgo no mitigable, que se distribuye entre las UPZ Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez.

A continuación se identifican tipos de riesgo que se pueden encontrar en la localidad, la tabla 1 permite conocer los escenarios relevantes en la localidad e identificar los riesgos asociados a ellos.

Tabla 1. Riesgos en la localidad Rafael Uribe 2009

| Escenario | Riesgos Asociados | Ubicación Espacial |
|-----------|--|---|
| Ladera | <p>Remoción en Masa causada por: El talud no cuenta con medidas de contención ni protección adecuadas, tampoco tienen un adecuado manejo de aguas de escorrentía superficial y subsuperficial. Rellenos antitécnicos realizados para el emplazamiento de las viviendas. Ausencia de medidas adecuadas para mitigar el riesgo y controlar el avance de dicho proceso. Acciones antrópicas debido a que en el pasado se desarrollaron actividades mineras sin implementar la recuperación morfológica y ambiental de los terrenos explotados y a la acción de agentes externos como la lluvia.</p> | <p>Bosques de la Hacienda, Colinas, Diana Turbay, El consuelo, Granjas de San Pablo, La Marqueza, La Paz, Los Molinos, Luís López de Mesa, Marco Fidel Suárez, Mirador del Sur I y II, Nueva Esperanza Playón Playita - La Merced Sur- Urb. Molinos de las Cadas, Río de Janeiro, Urbanización San Cayetano, Villas del Recuerdo.</p> |

| Escenario | Riesgos Asociados | Ubicación Espacial |
|-----------|--|---|
| Aluvial | <p>Inundación causada por: La estructura se colmata periódicamente ocasionando desbordamiento en la Quebrada La Guairita. Adicionalmente con la contaminación del sedimentador se tienen también problemas sanitarios. Socavación del muro de contención ubicado en la margen derecha e izquierda de la Quebrada y de entregas inadecuadas de alcantarillado no oficial en el punto.</p> | <p>Rincón del Valle Los puentes, Molinos II Sector, El Rosal, Bochica, Molinos I Playón, Playita, La Merced Sur.</p> |
| | <p>Encharcamiento causado por: Redes de alcantarillado insuficientes para el manejo de las aguas de los barrios, esto por el crecimiento de la población generando unos volúmenes de agua mayores a los diseñados para las redes. La obstrucción del desarenador de la Urbanización por residuos arrojados desde el Barrio La Merced Sur, genera taponamiento del sistema de alcantarillado y en el evento de una lluvia fuerte. Taludes del Canal Albina han fallado con lo que se deposita material en el cauce.</p> | <p>Los puentes, Molinos de la Caracas II Sector, El Rosal, Bochica, Molinos I, Rincón del Valle, Marco Fidel Suárez, Urbanización Molinos Quiroga, Gustavo Restrepo, Bosques de San Carlos.</p> |
| Sectorial | <p>Daño en redes de Acueducto: Viviendas ubicadas sobre la tubería de la Empresa de Acueducto de Bogotá, pone en riesgo las familias y sus habitantes. Filtraciones de agua en muro.</p> | <p>La Resurrección.</p> |
| | <p>Baja cobertura de servicios públicos. No cuenta con vías de acceso pavimentadas ni con las especificaciones para ingreso. Problemas de desagüe. Inadecuada disposición de residuos sólidos. Presencia de vectores y roedores. Ausencia de servicios de acueducto y alcantarillado.</p> | <p>San Martín, San Ignacio, La Arboleda, La Paz, Naranjos, La Arboleda.</p> |

Fuente: DPAAE. Plan local de prevención y atención de emergencias localidad Rafael Uribe. 2008. P 42.

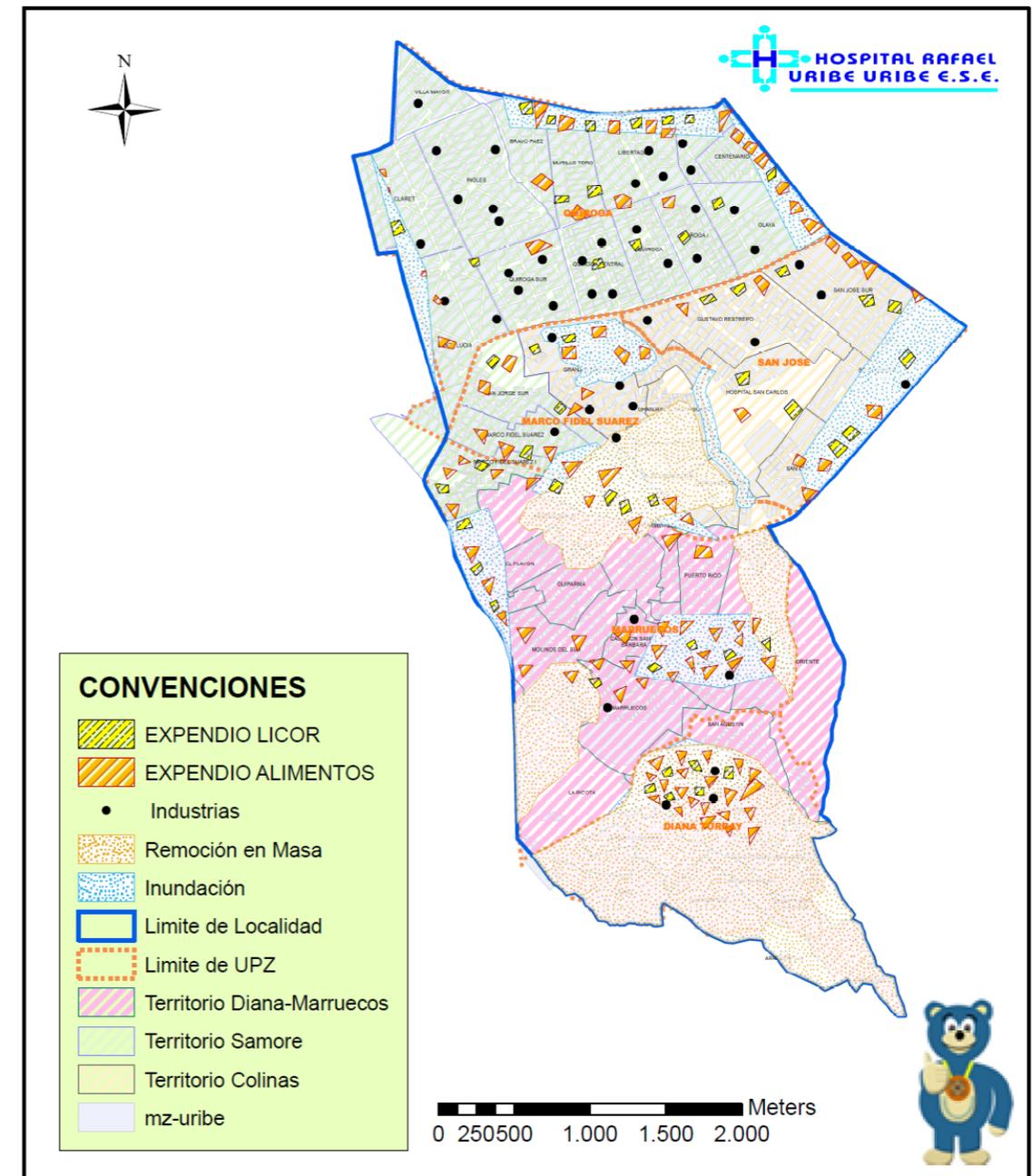
1.2.2 Vigilancia sanitaria

La línea de seguridad alimentaria del componente medio ambiente en el Hospital Rafael Uribe Uribe, (HRUU), la cual adelanta actividades de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a plazas de mercado, comedores comunitarios, cafeterías, panaderías restaurantes, fábricas, depósitos y expendios y consumo de licor, reportó que en el año 2008, de las 7.024 visitas realizadas, el porcentaje de establecimientos que cumplieron con todas las normas Sanitarias fue del 10,9% siendo favorables (27,2%), pendientes (71,2%) y desfavorables (0,34%).

La línea servicios de salud actúa en la prevención de problemas relacionados con el uso de medicamentos, productos fitoterapéuticos y productos farmacéuticos en general. Los conceptos sanitarios emitidos durante el 2008 por la oficina de medio ambiente a las droguerías, tiendas naturistas, distribuidoras de cosméticos y depósitos fueron favorables (176), pendientes (348) y desfavorables (34), de los pendientes y desfavorables el mayor número corresponden a droguerías de alto riesgo. Desde la línea de saneamiento básico se realizan visitas de Inspección Vigilancia y Control (IVC) a establecimientos educativos y establecimientos catalogados de alto impacto, encontrándose para el año 2008 conceptos sanitarios favorables en un 26,2%, pendientes 70,7% y desfavorables 0,49%.

La línea de industria y ambiente encargada de acciones de vigilancia para el control de los determinantes de origen químico, originados en procesos de producción, manejo, almacenamiento y comercialización de sustancias químicas, reportó que en el año 2008, las principales causas para la emisión de conceptos desfavorables hacen referencia a condiciones higiénicas sanitarias inadecuadas por no dar cumplimiento a las exigencias dejadas en visitas anteriores (locativas, señalización, aseo, uso de electos de protección personal, así como la falta de suministro de agua potable a las unidades sanitarias). Para los centros de estética la emisión de conceptos pendientes tiene como causas más importantes: La inadecuada disposición de residuos biosanitarios y la no afiliación a una empresa avalada para la recolección de estos, así como en algunos casos no se realiza el debido procedimiento para la esterilización de utensilios de trabajo. A continuación se presenta la ubicación de los expendios de alimentos, industrias y expendios de licor objeto de vigilancia y control por representar riesgo para la salud en la población de la localidad (ver Mapa 3).

Mapa 3. Problemáticas y amenazas medio ambiente localidad Rafael Uribe Uribe. 2010



ESCALA 1:35.000



Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Limite de Localidades (Res. 233ae29 de Abril de 2004)

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECD Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECD – Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

1.2.3 Factores de protección ambiental

Los suelos de protección son los constituidos por terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural o de expansión, que por sus características geográficas paisajísticas o ambientales tiene restringida la posibilidad de urbanizarse; son parte de los suelos protegidos la estructura ecológica principal, parques y zonas de ronda del sistema hídrico, las zonas declaradas de alto riesgo, las zonas reservadas a las plantas de tratamiento y la expansión del relleno sanitario.

Rafael Uribe Uribe cuenta con 89 ha de suelo de protección en el área urbana porque no tiene área rural; esto corresponde al 6.4 de la zona urbana de la Localidad; el POT incluye espacios ecológicos como el parque Metropolitano Bosques de San Carlos, Parque Metropolitano Santa Lucia, Quebrada la Chiguaza; los canales Albina y Rio Seco con sus rondas, forman parte del suelo de protección.

La zona de manejo especial el parque Entrenubes fue declarada como parque ecológico Distrital mediante el decreto 619 del 2.000 por el cual se adoptó el POT del Distrito Capital; tiene una extensión de 623 hectáreas de las cuales el 10% se encuentra en la Localidad Rafael Uribe Uribe; es compartido con las localidades San Cristóbal y Usme y se encuentra ubicado en el extremo sur Oriental de Bogotá; está conformado por los cerros de Guacamayas, Juan Rey y Cuchilla del Gavilán¹¹.

En la localidad existe una historia frente a la conservación de zonas verdes que ha recobrado su importancia en los últimos años; cuenta con algunas estructuras ecológicas como el Parque Entrenubes, la Hacienda los Molinos, la Quebrada Chiguaza, entre otros, los cuales son objeto de varios planes de mejoramiento, conservación y adecuación, con el fin de generar espacios de recreación y zonas verdes que permitan la sostenibilidad del ambiente en la zona. En la Localidad se ha formulado un Plan Ambiental Local que surgió después de un análisis exhaustivo del contexto local y el estado del ambiente en la localidad. El plan ambiental local dota de un perfil y una visión ambiental a la localidad, con el consecuente establecimiento de objetivos y estrategias para solucionar los problemas identificados. En la Asamblea Local Constituyente, publicada en el 2010, se realiza un trabajo relacionado con el núcleo del *Derecho al Ambiente Sano*; en la ponencia, Rafael Uribe Uribe se destaca como Modelo Ambiental en la Región Central, donde se recalca, con relación a los objetivos: “generar un cambio en la cultura ambiental de la ciudadanía en la localidad” enfocando los esfuerzos y recursos en la intervención ambiental a corto, mediano y largo plazo, que permitan una transformación del entorno ambiental local; adicional a esto buscar la solución a los problemas relacionados con la calidad ambiental que proporcione a los ciudadanos, desde el accionar de las instituciones, mecanismos para la construcción de un desarrollo sostenible que mejore la calidad de vida¹².

1.2.3.1. Relaciones salud ambiente

La localidad de Rafael Uribe Uribe posee unas características especiales en cuanto a su dinámica y desarrollo, siendo esta la de mayor densidad poblacional del Distrito¹³, hecho que es fácilmente evidenciable en UPZ como Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez donde la distribución de viviendas en los barrios es altamente confinada y el hacinamiento interno es evidente.

A nivel de la comunidad, ha llegado mucha población en condición de desplazamiento forzado, la cual migran hacia la zona periférica de la localidad; en razón a su precaria condición económica y de seguridad deben acomodarse en lugares de hacinamiento, muchas veces sin el acceso a servicios públicos; traen consigo además sus costumbres y arraigo cultural como la compañía de animales,

¹¹ Agenda ambiental Localidad Rafael Uribe Uribe 2009

¹² Documento Diagnóstico Universidad Nacional 2010.

¹³ Agenda Ambiental Local Rafael Uribe 2.009

la medicina tradicional y alimentación en general la cual choca con los parámetros actuales y costumbres de la ciudad.

Las actuales condiciones de empleo y recesión económica no son la excepción en la localidad, en la cual el subempleo y las necesidades básicas insatisfechas están presentes en el diario vivir de la población; se observan ventas ambulantes en las vías principales; se comercializan todo tipo de productos, siendo de importancia en salud pública la venta de alimentos perecederos y de alto riesgo como derivados cárnicos y productos de la pesca.

La población está expuesta a múltiples factores de contaminación ya sea proveniente de la atmósfera, producto de la quema incompleta de combustibles como en el transporte, las actividades industriales que arrojan partículas al aire local, la inadecuada disposición de residuos sólidos domiciliarios e industriales que se depositan en las calles, zonas verdes y cuerpos de agua, diseminando vectores plaga y enfermedades entre la población.

La utilización de sustancias químicas por parte de la industria formal e informal aporta contaminación al suelo, a los cuerpos de agua y es determinante directo en la salud de los trabajadores y su familia, pues una problemática identificada es la falta de elementos de protección personal o el uso indebido de los mismos, evidenciándose la falta de conciencia por parte de empleados y empleadores quienes dejan de lado la prevención y asumen como obligaciones que se pueden evadir.

Los hábitos arraigados entre la población en materia de consumo y desecho de medicamentos parcialmente consumidos pueden perturbar la salud de la población en el sentido de la automedicación y la de continuar con prácticas riesgosas como consumir productos esotéricos en lugares que no son objeto de vigilancia sanitaria por no estar normalizado.

Se calcula que el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales.¹⁴

De las 102 principales enfermedades, grupos de enfermedades y traumatismos incluidos en el Informe sobre la salud en el mundo del año 2004 (World Health Report in 2004), los factores de riesgo ambientales contribuyeron a la carga de morbilidad (años de vida sana perdidos) en 85 categorías. La fracción de morbilidad atribuible específicamente al medio ambiente variaba de manera notable entre las diferentes enfermedades. Se calcula que en todo el mundo el 24% de la carga de morbilidad y aproximadamente el 23% de todas las defunciones (mortalidad prematura) son atribuibles a factores de riesgo ambiental.

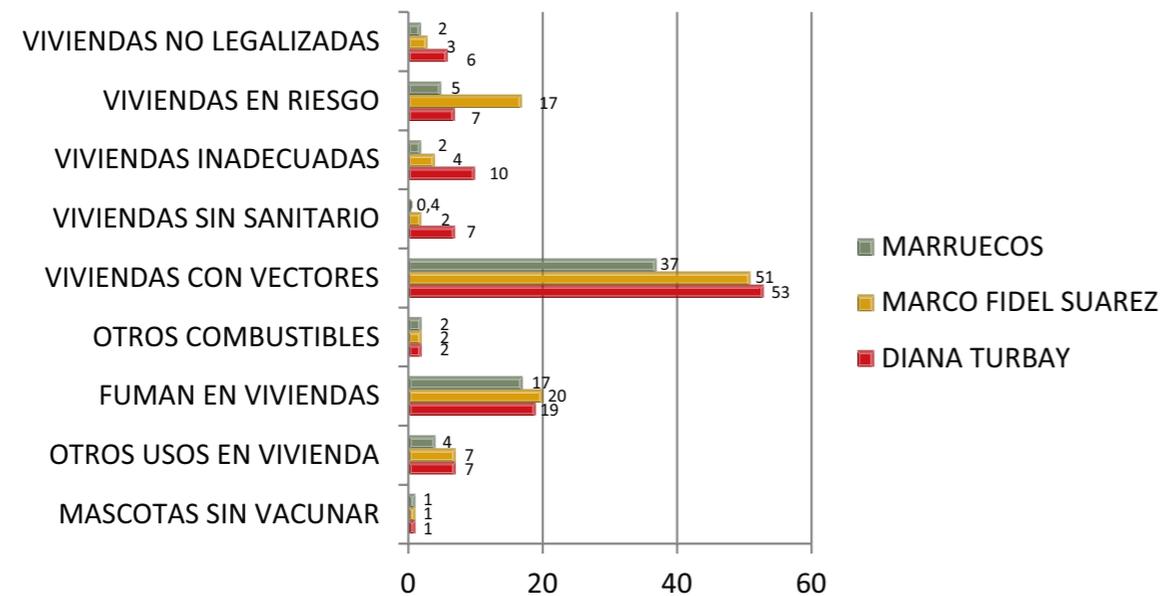
Los eventos de salud pública notificados al Sivigila 2008 que se destacan por estar directamente ligados a carga ambiental de la enfermedad o asociados a condiciones sanitarias inadecuadas son: exposición rábica, hepatitis A, Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Enfermedad Similar a Influenza – Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG) y Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA).

La diseminación de virus y bacterias en gran porcentaje está asociada a la exposición directa a los factores del ambiente, condiciones sanitarias deficientes, hacinamiento y consumo de agua o alimentos en mal estado, siendo una condición recurrente en las UPZ de la zona alta, las cuales han sido catalogadas como de alta vulnerabilidad, por sus condiciones socioeconómicas, topográficas y del ambiente. Estas últimas se han dejado evidenciadas en los informes de la transversalidad de ambiente (Vigilancia, GESA y Entornos Saludables) durante el periodo actual y años anteriores entre otros como insumo para los diagnósticos locales y los planes integral de entornos saludables.

¹⁴ Informe “Ambientes Saludables y Prevención de las Enfermedades”. OMS 2.006.

Se observa que la UPZ con mayor cantidad de eventos es Marco Fidel Suárez, seguida de Marruecos y con especial cantidad de eventos la UPZ Quiroga, la cual no ha sido reconocida como vulnerable. La UPZ San José sigue siendo una de las menos vulnerables de la localidad 18, en razón a que las condiciones de su entorno y las unidades habitacionales predominantes tienen espacios más amplios y la cantidad de personas por unidad habitacional es menor, comparada con las viviendas de la zona alta.

Gráfica 2. Índice de Vulnerabilidad de las UPZ priorizadas por Entornos saludables. Salud a su Casa Localidad Rafael Uribe. 2008



Fuente: Planes Integrales de entornos saludables 2.008. SASC Hospital Rafael Uribe Uribe

En las gráficas 2 se muestran los resultados de algunos de los datos obtenidos en la caracterización realizada por el Programa Salud a su Casa del Hospital Rafael Uribe Uribe desde los inicios de la estrategia en 2.005 en la cual se tuvieron en cuenta las condiciones estructurales de la vivienda, condiciones de saneamiento básico, hábitos de vida cotidiana, usos de la vivienda y acceso a servicios públicos de las tres UPZ anteriormente mencionadas siendo estas las más vulnerables por estar ubicadas en la zona de condición de vida y salud crítica, de pobreza acumulada.

Después de realizar la calificación de los criterios definidos para establecer el índice de vulnerabilidad, las UPZ catalogadas de alta vulnerabilidad por reunir en mayor cantidad los parámetros determinados por la Secretaría Distrital de Salud para calcular los índices de vulnerabilidad¹⁵ fueron: UPZ Diana Turbay (297 puntos), Marco Fidel Suárez (281 puntos) y Marruecos (195 puntos), en términos de proporción de viviendas, para los territorios sociales atendidos por la estrategia Salud a Su Casa. Los parámetros definidos incluyen: Proporción de viviendas no legalizadas, proporción de viviendas en pieza, carpa, refugio, otro, proporción de viviendas en sectores de riesgo por remoción en masa o inundación, proporción de viviendas con estado inadecuado, proporción de viviendas sin servicio sanitario, proporción de viviendas con vectores, proporción de viviendas sin acueducto o sin recolección de basuras o sin energía, proporción de viviendas que cocinan con gasolina o leña, proporción de viviendas en las que fuman, proporción de viviendas con otros usos de la vivienda, proporción de viviendas que conviven con perros o gatos no vacunados.

15 Secretaría Distrital de Salud. Índice de Vulnerabilidad, 2.008

1.3. Características Político Administrativas

1.3.1. Zonas de condición de calidad de vida

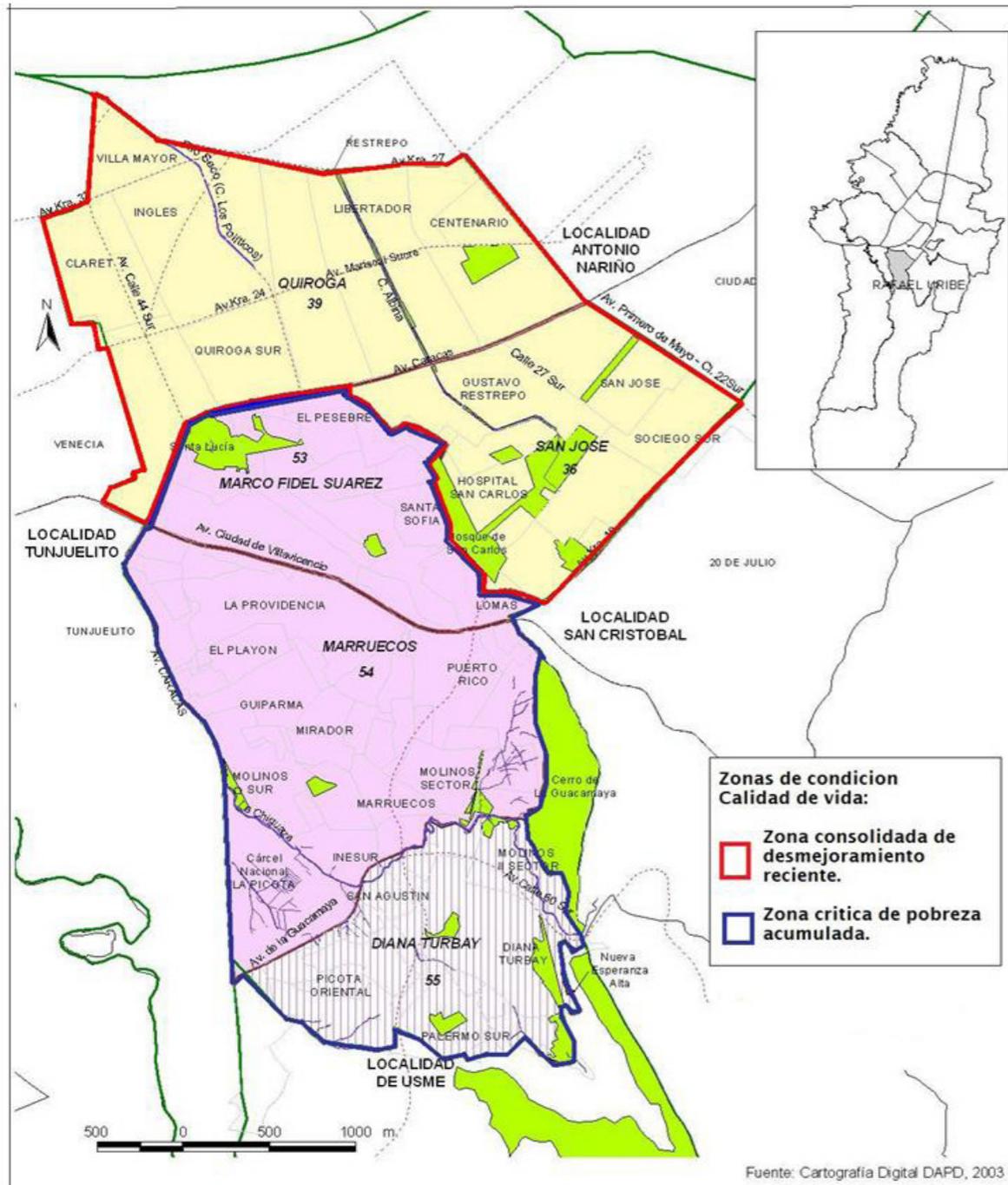
En la localidad, de acuerdo con las características comunes del territorio y del modo de vivir de las personas en el año 2003, se definieron dos zonas. A la primera zona, se le dio el nombre de “zona consolidada de desmejoramiento reciente”. A la segunda, se le dio el nombre de “zona crítica de pobreza acumulada” (ver mapa 3).

A la “zona consolidada de desmejoramiento reciente”, compuesta por las UPZ Quiroga y San José, de estrato 3, se le da el nombre, debido a que este territorio ha presentado un deterioro en las condiciones de vida en los últimos años, siendo una de las problemáticas más preocupantes la violencia intrafamiliar y maltrato infantil, especialmente en la UPZ Quiroga. Según información recolectada en el año 2008, de los diferentes grupos focales tales como cartografía social, entre otros, realizadas en las UPZ que conforman esta zona, se puede establecer por ciclo vital que: de un total de 379 jóvenes de los cuales el 52% pertenecía al sexo masculino y 47% al femenino, se presentan barreras de acceso físicas y en la prestación de servicios de salud para jóvenes con discapacidad, lo cual repercute a nivel económico y la posibilidad de acceder a ayudas técnicas; en las diferentes instituciones educativas existen pocos cupos disponibles para personas mayores de 18 años con discapacidad cognitiva y mental y falta de actividades para ocupación del tiempo libre; en los barrios se observa intolerancia, discriminación, exclusión y estigmatización por sus pares y por parte de familiares, principalmente en el ámbito escolar y en comedores. Los jóvenes en condición de desplazamiento carecen o tienen deterioro de las redes de apoyo social; existen barreras de acceso a servicios de salud, exposición a violencia y falta de reconocimiento de cultura de origen. De 57 adultos distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres, se encontró: exposición a contaminantes químicos y biológicos, los cuales pueden producir reacciones de tipo alérgico o inmunológico, lo cual genera úlceras en piel, infección pulmonar o neumonía entre otros. Persiste la falta de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de mujeres y hombres del sector informal y por tanto no reciben atención médica oportuna; no existen las condiciones adecuadas para el desarrollo de la actividad productiva; se evidencia la ausencia de políticas contundentes en materia de desarrollo económico y social para el sector productivo que permitan la incorporación de los adultos al sector productivo; faltan servicios de rehabilitación integral para población con discapacidad y los existentes incluyen solo a la población vinculada; las Violencias (sexual, psicológica, económica) contra las mujeres reflejan las relaciones basadas en un ejercicio de poder desigual entre hombres y mujeres y la mortalidad materna por causas prevenibles, es una de los índices que demuestran las inequidades presentes en esta población, asociadas a deficiente estado nutricional, estrés, fatiga, violencias de género, baja calidad de la atención en los servicios de salud, falta de adherencia a los programas y poca importancia en el manejo de signos de alarma. De 114 personas mayores distribuidos en 10 hombres y 104 mujeres, se encontraron las siguientes características: priman los intereses particulares sobre los generales que reducen posibilidades de mejora de la calidad de vida de gran parte de las personas; escasos espacios de participación lúdico recreativos aptos para su condición; poca tolerancia por parte de conductores de servicio público; aumento de la deshumanización en la atención en salud, que conlleva a una masificación en los diagnósticos y desconocimiento de las características del envejecimiento; no existen posibilidades de empleo acordes a capacidades de las personas mayores; desnutrición debido a la falta de ingresos para la adquisición de alimentos.

Los principales núcleos problemáticos en gestantes son: situaciones de sufrimiento, enfermedad o muerte que pueden ser evitadas; estado de nutrición deficiente e inseguridad alimentaria; debilidad de redes de apoyo social.

En niños y niñas: situación de desplazamiento; estado de nutrición deficiente e inseguridad alimentaria; afectación de la esfera emocional y mental; violencia y soledad; conducta suicida y consumo de Sustancias Psico-Activas (SPA).

Mapa 4. Zonas de Condición de calidad de Vida. Localidad Rafael Uribe



Fuente: Cartografía digital DAPD, 2003. Diagnóstico Local de Salud. Localidad Rafael Uribe Uribe.2008

La “Zona crítica de pobreza acumulada” está compuesta por las UPZ Marco Fidel Suárez, Marruecos y Diana Turbay; se definió así por la crítica situación socioeconómica de la población de este territorio de estratos 1 Y 2 y presenta las siguientes características y principales problemáticas por ciclo vital, según hallazgos de lecturas de necesidades realizadas durante 2008.

De 2.490 jóvenes 49,8% hombres y 50% mujeres, se encontró que: existen grupos que no realizan ningún deporte y dedican su tiempo libre a la cibernética, la televisión o los videojuegos, lo cual causa sedentarismo y a futuro problemas como el sobrepeso, la obesidad que pueden generar Enfermedad Cardio-Vascular (ECV). Lo que ellos argumentan es que el IDRD y la Alcaldía Local no ofrecen programas acordes con las edades en el caso de mayores de 18 años y los espacios no están adecuados para practicar deportes extremos de su gusto. La mayores problemáticas en las Instituciones Educativas Distritales (IED) son: la violencia escolar manifestada en las constantes agresiones tanto físicas como verbales entre los estudiantes y la falta de respeto a la diferencia en el caso de población desplazada que se siente avergonzada de su condición y las ideas y conductas suicidas, problemas de comportamiento y de aprendizaje, uso de SPA y adolescentes gestantes.

Desde el ámbito familiar del programa salud a su casa (SASC) caracterizados en el 2007, se identifica un 29 % de jóvenes no asegurados, 62% sin asistencia a consulta médica en el último año, 73% sin asistencia a consulta odontológica en el último año y 35% de embarazadas sin control prenatal. De 100 Adultos distribuidos 44 hombres y 56 mujeres, se encontró: Incidencia de problemáticas tales como las violencias, la idea y conducta suicida. Se cuenta con pocas zonas de actividad física dentro de la localidad (parques, zonas verdes y de recreación).

Para la población en condición de desplazamiento se presenta inseguridad, amenazas y persecuciones y presencia de actores armados, así como falta de capacitación técnica laboral; insuficiencia de oportunidades, bajo nivel escolar; en los grupos étnicos existe debilitamiento de las prácticas de medicina tradicional, pérdida de la consolidación de formas de economía solidaria, junto con el deterioro del proyecto político territorial, que implica la pérdida o reducción del poder de control social y territorial, por la imposición de los actores armados en sus territorios;

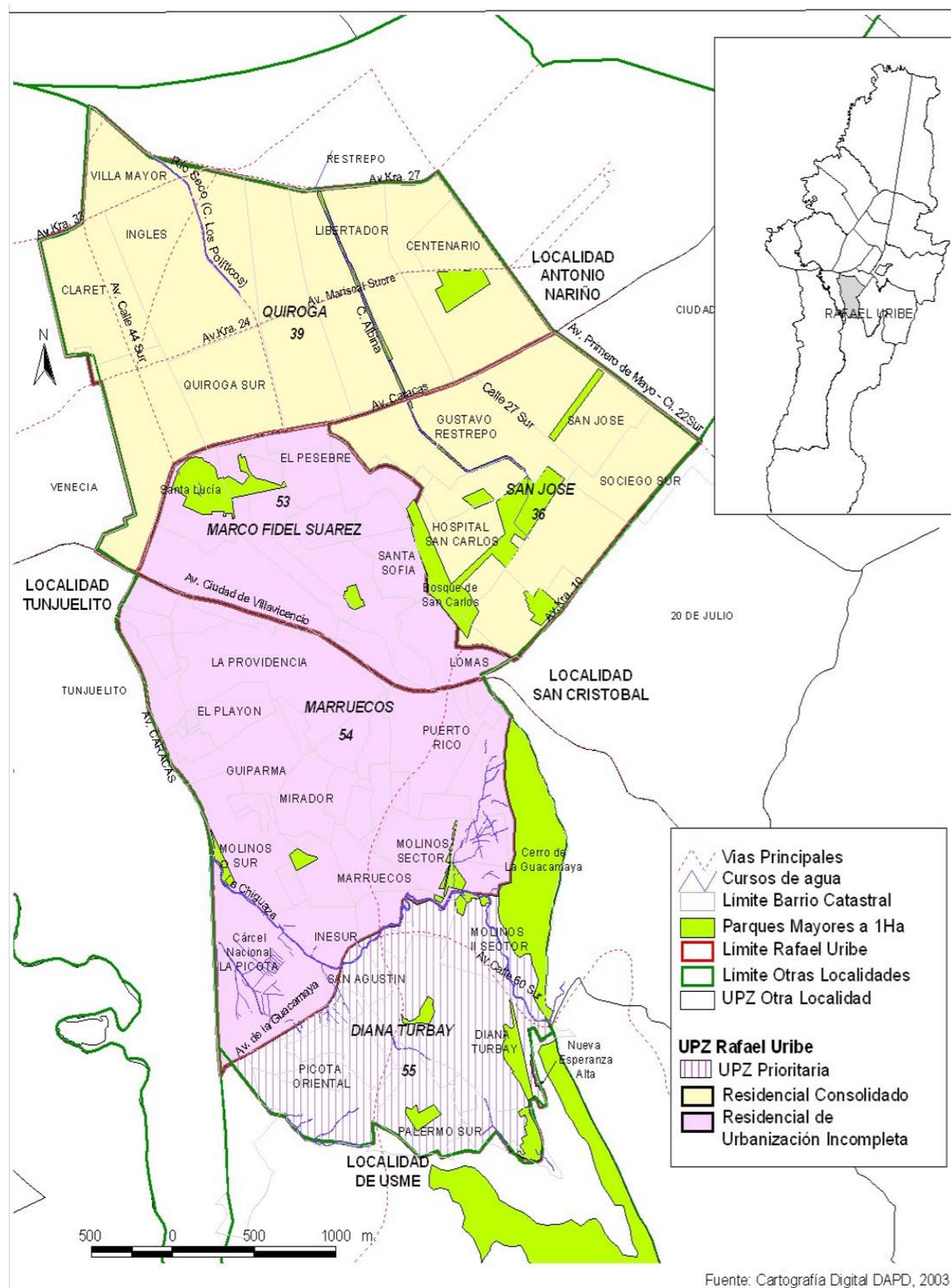
Escaso acceso al agua potable y disposición de desechos sólidos y líquidos deficiente.

Para las personas mayores : en los niveles 3 del Sisben existe baja cobertura en los programas dirigidos a personas mayores en condición de discapacidad; presencia constante de ratas, artrópodos y vectores; inadecuada disposición de residuos sólidos, debido a que se observan dispuestos en cuerpos de agua, zonas verdes y dispersos por las calles.¹⁶

1.3.2. Distribución por UPZ

La localidad está integrada por cinco UPZ: UPZ 36 San José, UPZ 39 Quiroga, UPZ 53 Marco Fidel Suárez, UPZ 54 Marruecos y UPZ 55 Diana Turbay.

Mapa 5. Distribución por UPZ localidad Rafael Uribe Uribe



Fuente: Cartografía digital DAPD, 2003. Diagnóstico Local de Salud. Localidad Rafael Uribe Uribe.2008

1.3.2.1. UPZ San José

Se ubica en el centro oriente de la localidad y es de tipo residencial consolidada, con zona comercial alrededor de las vías principales. La mayoría de su población se encuentra en estrato medio bajo (96%), un 3% en bajo y 1% sin estrato por ilegalidad barrial. Tiene un total de 5 barrios. No cuenta con territorios caracterizados por el programa SASC. Dentro de las problemáticas ambientales se encuentran: disposición inadecuada de residuos sólidos en algunas calles, vías principales y zonas verdes, tenencia inadecuada de animales (mascotas) al interior de las viviendas y en zonas comunes, las cuales dejan excrementos y son portadores de enfermedades zoonóticas, manejo inadecuado de alimentos por deficientes prácticas higiénico sanitarias en algunos establecimientos, contaminación atmosférica asociada al tránsito constante de vehículos de alto cilindraje, contaminación visual y sonora.

1.3.2.2. UPZ 39 Quiroga

La UPZ Quiroga se ubica al extremo noroccidental de la localidad y es del tipo residencial consolidado, con bastante comercio alrededor de sus vías principales entre las cuales se destacan la Avenida Primero de Mayo y la Avenida 27. La mayoría de su población se encuentra en estrato medio bajo (98%) y el 2% sin estrato por ilegalidad barrial. Tiene un total de 14 barrios. No cuenta con territorios caracterizados por el Programa SASC. Comparte similares problemáticas ambientales encontradas para la UPZ San José.

1.3.2.3. UPZ 53 Marco Fidel Suárez

Ubicada en la parte central de la localidad 18, la atraviesa de oriente a occidente, entre la Avenida Caracas y la Carrera 10 y desde los cerros de Chircales hasta la Zona Quebradas del Barrio las Colinas. Pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada. Es una de las más densamente pobladas de la localidad y su expansión urbana ha llegado a su máxima expresión en todos los sectores que la conforman; la mayoría de sus barrios presentan dificultades en el acceso y la movilidad en cuanto a que buena parte de sus calles se encuentran construidas mediante interminables escaleras. La mayoría de su población se encuentra en estrato bajo (74%), seguido de estrato medio bajo (25%). Tiene un total de 30 barrios. Cuenta con 11 territorios caracterizados por el Programa SASC desde el año 2004 (quinto, séptimo, octavo, noveno, decimo, once, dieciséis, veintidós, veintiséis, treinta y seis y treinta y siete. Los dos últimos se caracterizaron en 2008) cada uno con 1.200 familias.

1.3.2.4. UPZ 54 Marruecos

Ubicada en la parte sur de la localidad 18, la atraviesa de oriente a occidente, entre la Avenida Caracas y la Avenida Darío Echandía y Cerros de Oriente; y desde los Cerros de Chircales hasta la Quebrada la Chiguaza y la Penitenciaría de la Picota. Pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada. La mayoría de su población se encuentra en estrato bajo (83,8%), seguido de estrato bajo-bajo (12%) y sin estrato (3,2%) por ilegalidad de barrios. Tiene un total de 39 barrios. Cuenta con 10 territorios caracterizados por el Programa SASC desde el año 2004 (dieciocho, veintitrés, veinticuatro, veinticinco, veintisiete, veintiocho, veintinueve, treinta, treinta y tres, treinta y cinco el cual inició en 2008) cada uno con 1.200 familias.

1.3.2.5. UPZ Diana Turbay

Ubicada en la parte sur de la localidad 18, entre la Avenida Caracas y los Cerros de Oriente y el Parque Entrenubes y desde la Quebrada la Chiguaza hasta los límites con la localidad de Usme. Pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada y concentra amplio volumen de población desplazada. Por sus características topográficas, económicas y ambientales es la UPZ donde mayormente se concentran Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en la población. La mayoría

de su población se encuentra en estrato bajo (64%), seguido de estrato bajo- bajo (34%) y sin estrato (1.68%) por ilegalidad de barrios. Tiene un total de 27 barrios. Cuenta con 12 territorios caracterizados por el Programa SASC desde el año 2004 (uno, dos, tres, cuatro, trece, catorce, quince, diecinueve, veinte, veintiuno, treinta y dos y treinta y cuatro) cada uno con 1200 familias.

1.3.3. Gobierno local

Despacho de la Alcaldesa Local

El Alcalde Local es la primera autoridad de la localidad; de su despacho depende la gestión local. Por esto y para prestar un eficiente servicio a la comunidad, cumple y hace cumplir la Constitución Nacional, las normas nacionales aplicables, los acuerdos distritales y locales, así como las demás decisiones de las autoridades competentes. Ejecuta las funciones que le fijen y deleguen el Concejo Distrital, las Juntas Administradoras Locales y otras autoridades distritales. Junto con la comunidad concertaron y aprobaron por unanimidad el plan de desarrollo de Rafael Uribe Uribe 2009-2012, territorio de derechos. La meta es lograr un lugar con mayor accesibilidad a servicios que favorezcan unas mejores condiciones de vida para sus habitantes. “Este plan local está orientado bajo la línea y de acuerdo con los objetivos estructurales del Plan de Desarrollo ‘Bogotá Positiva: para vivir mejor’. La Alcaldía Local se encuentra conformada por dos grupos de trabajo: el grupo de gestión administrativa y financiera y el grupo de gestión jurídica; la JAL está integrada por 11 ediles pertenecientes a diferentes partidos políticos.¹⁷

- Grupo de Gestión Administrativa: reglamenta los respectivos acuerdos locales, coordina la acción administrativa del Distrito en la localidad. Vela por la tranquilidad y seguridad ciudadana conforme a las disposiciones vigentes, contribuye a la conservación del orden público en la localidad y con ayuda de las autoridades nacionales y distritales lo restablece cuando es perturbado. Vigila el cumplimiento de las normas vigentes sobre desarrollo urbano, uso del suelo y reforma urbana; de acuerdo con esas normas expide o niega los permisos de funcionamiento que soliciten los particulares; sus decisiones en este materia son apelables ante el jefe del departamento distrital de planeación o quien haga sus veces.

Además dicta los actos y ejecuta las operaciones necesarias para la recuperación y protección del espacio público, al patrimonio cultural e histórico, los monumentos de la localidad, los recursos naturales y el ambiente, con sujeción a la Ley, a las normas nacionales aplicables, a los acuerdos distritales y locales. Conceptúa ante el Secretario de Gobierno sobre la expedición de permisos para la realización de juegos, rifas y espectáculos públicos en la localidad. Conoce de los procesos relacionados con violación de las normas sobre construcción de obras y urbanismo e impone las sanciones correspondientes. El Concejo Distrital puede señalar de manera general los casos en los que son apelables las decisiones que se dictan con base en esta atribución y ante quien expide los permisos de demolición en los casos de inmuebles que amenazan ruina, previo concepto favorable de Planeación Distrital. Vigila y controla la prestación de servicios, la construcción de obras y el ejercicio de funciones públicas por parte de las autoridades distritales o de personas particulares.

- Grupo Normativo y Jurídico: Se encarga de coordinar los asuntos de carácter jurídico, particularmente los relacionados con los asuntos policivos, obras y urbanismo, para ello cuenta con las siguientes oficinas:

. Asesoría Jurídica: Presta apoyo jurídico al despacho del Alcalde Local y tramita las querellas respecto a la recuperación del espacio público y lo relacionado con el funcionamiento de los establecimientos comerciales del sector. De igual manera, entrega registros y certificados de personerías jurídicas para propiedades sometidas al régimen de propiedad horizontal.

. Inspección de Obras: Adelanta todos los trámites pertinentes a violaciones de las normas sobre construcción de obras y urbanismo e impone las sanciones correspondientes.

. Grupo de Eficiencia Institucional: Coordina la ejecución de los procesos necesarios para mejorar la gestión administrativa en la Localidad, tales como control de inventarios, almacén, bienes y servicios, sistemas, archivo y correspondencia. Además, vela por el óptimo trámite de solicitudes, requerimientos, derechos de petición y coordina el apoyo administrativo y logístico necesario para el funcionamiento de la JAL.

. Radicación: Expide certificados de residencia solicitados por la comunidad, así como de buena conducta previo informe de antecedentes policivos. Además recibe toda la correspondencia de las diferentes entidades Distritales y de particulares para, posteriormente mediante reparto, ser entregado al funcionario competente.

. Almacén: Recibe los elementos adquiridos por la Unidad Ejecutiva de Localidades (UEL), con el presupuesto del Fondo de Desarrollo Local (FDL). Posteriormente son dados en comodato al servicio de las instituciones beneficiarias como colegios, hospitales, Estación de Policía, Bomberos y Juntas de Acción Comunal.

. Oficina de Quejas y Reclamos: Recibe, tramita y resuelve las quejas y reclamos interpuestos por los ciudadanos de manera personal, telefónica o escrita, relacionados con la misión de la Alcaldía Local y de las entidades distritales que tienen representación en la Localidad.

. Grupo de Convivencia y Seguridad Ciudadana: Coordina el cumplimiento de las políticas establecidas por la Secretaría de Gobierno en asuntos como la prevención de delitos, contravenciones, problemas de convivencia y seguridad ciudadana, así como las que faciliten la promoción de los derechos humanos, el acceso ciudadano a la justicia y la garantía de los derechos y libertades individuales.

. Comisaría de Familia: Conoce, tramita y decide los asuntos relacionados con la protección a los menores que se hallen en situación irregular, especialmente maltrato y explotación, tomando las medidas de urgencia necesarias. Además, casos de conflicto familiar brindando orientación y asesoría en lo relacionado con dicha problemática.

. Unidad de Mediación y Conciliación: Ofrece a la ciudadanía acceso directo a la resolución alternativa y pacífica de conflictos individuales, familiares y grupales mediante acciones concretas de asesoría, orientación, mediación y conciliación. De otro lado, genera espacios de capacitación y formación grupal y comunitaria para proveer procesos de convivencia.

. Secretaría General e Inspecciones: Recibe querellas por perturbación a la posesión o tenencia, lanzamiento por ocupación de hechos y amparo al domicilio. Igualmente, recibe las comisiones civiles para que por reparto sean asignadas a las inspecciones de policía de la localidad para su correspondiente trámite. Recibe denuncias por pérdida de documentos de identidad. Además, expide las órdenes dirigidas a prevenir y eliminar hechos perturbadores para la salubridad, seguridad, tranquilidad y moralidad pública.

- Estación 18 de Policía: Encargada del tema de seguridad y convivencia de los habitantes de la localidad Rafael Uribe Uribe.
- Secretaría de Integración Social: Responsable en el manejo de las políticas sociales y programas integrales a la población más vulnerable de la localidad.

- Dirección Local de Educación: Responsable por los diferentes programas de formación especialmente para los niños, niñas.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Desarrolla Programas de protección al menor y la familia y cumplimiento de la ley 1098 de 2006 de infancia y adolescencia y programas de prevención y seguridad Alimentaria.
- Unidad de Mediación y Conciliación:
- Junta Administradora local: Conformada por 11 Ediles de la Localidad.
- Personería local: Encargada de la vigilancia y protección de los derechos humanos
- Contraloría local: Encargada del proceso y control de las acciones de las Instituciones.

1.3.4. Territorios sociales

En la localidad Rafael Uribe se han dado avances en materia de trabajo intersectorial para coordinar acciones o intervenciones en los espacios locales e instituciones, donde se ha realizado trabajo encaminado a fortalecer los procesos comunitarios, iniciado la discusión sobre la misma desde el año 2007, e incluyendo el trabajo en los diferentes planes de acción, metodologías, equipos transectoriales para la organización y planeación de las diferentes mesas territoriales.

A nivel Institucional y teniendo en cuenta los lineamientos distritales se planeó la participación integral a nivel local con el equipo de gestión de la ESE, planeación y ámbitos de vida cotidiana, se propuso elaborar una propuesta preliminar de la mesa territorial de calidad de vida, teniendo en cuenta varios factores de condición de vida y salud, lo cual se posiciona en la Unidad de Apoyo Técnico (UAT) y Comité Local Operativo (CLOP) de la localidad, escenarios de discusión sobre el tema de gestión social integral.

En la UAT, en el año 2008, se presentó una propuesta de división territorial para la gestión social integral, retomando el trabajo realizado en el primer semestre del mismo año; es así como se plantearon tres zonas a intervenir:

- Territorio 1 (Zona media) UPZ Marco Fidel y UPZ San José (Estrato 2 y 3).
- Territorio 2 (Zona alta) UPZ Diana Turbay y UPZ Marruecos (Estrato 1 y 2).
- Territorio 3 (Zona Baja) UPZ Quiroga (Estrato 3).

En cuanto a la selección de los territorios sociales, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Caracterización por zonas de condiciones de vida definidas por el Hospital Rafael Uribe Uribe, en los resultados del Programa Salud a su Hogar, ubicadas en la parte alta, media y baja de la Localidad 18.
- Caracterización de problemáticas locales por estudios como el desarrollado para las nuevas pobreza en el territorio de Samoré

- Concentración y distribución de equipamientos de servicios distritales que permiten responder a las demandas de las etapas del ciclo vital de manera transectorial con Salud, CADEL, ICBF, Juntas de Acción Comunal, LIME, Policía Comunitaria y otras entidades y sectores.

• Definición de tres Territorios Sociales: (ver Mapa 5)

- Territorio 1801: UPZ Diana Turbay y Marruecos, está conformada por 66 Barrios con población predominante de estrato 1 y 2.
- Territorio 1802: UPZ Marco Fidel Suárez y San José – Colinas, está conformada por 35 Barrios con población predominante de estrato 2 Y 3.
- Territorio 1803: UPZ Quiroga- Samoré, está conformada por 13 Barrios con población predominante de estrato 3

En el Plan de Acción 2008 diseñado para garantizar una ejecución de actividades articuladas entre los diferentes actores del proceso de GSI, se elabora la metodología para la realización del estado del arte de los espacios institucionales, sociales y comunitarios de participación local, para lo cual se desarrollaron tres jornadas de trabajo donde se aplicó un ejercicio de referenciación geográfica.

Entre los acuerdos y productos del trabajo realizado durante este año se encuentran:

Presentación del convenio Fergusson y la propuesta de Gestión Social Integral en diferentes espacios de la UAT. Se realizó ejercicio de socialización de respuestas institucionales por etapa de ciclo vital y transversalidades, para visibilizar las acciones en los 3 territorios definidos. La consolidación del trabajo realizado fue socializada en el CLOP de diciembre, mediante una matriz que fue el insumo base para iniciar el proceso en el 2009.

En marzo de 2009, se realizó acercamiento a las comunidades a través de la conformación de los grupos de gestores comunitarios, los cuales recibieron programas de formación en temas como: políticas públicas, temas de salud, deberes y derechos de los usuarios y veeduría ciudadana, con el objetivo de promover habilidades y competencias sociales que les permitiera avanzar en el reconocimiento de sus derechos de la autonomía y la cooperación y el ejercicio de ciudadanía. Los actores sociales integrantes de los grupos participaron desde el mes de marzo de 2009 en las Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud (MTCVS), mostrando cada vez más interés en expresar las necesidades sentidas por las comunidades, aportando en el mejoramiento de las metodologías planteadas por los sectores locales participantes y evidenciando la escasa convocatoria, exigiendo a su vez la participación de las diez Secretarías presentes en la localidad, para que se diera respuesta oportuna a lo evidenciado.

Por lo expuesto anteriormente, este proceso, causó la suspensión de las Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud, durante los meses de agosto y septiembre; en octubre se retomó, con la realización de una reunión general donde se socializó la matriz de derechos y lectura de necesidades, las cuales quedaron sin respuestas debido a la cancelación de las mesas territoriales durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2009; se retomó este proceso en el año 2010.

En el primer trimestre del 2010 se organizó el equipo conductor desde la UAT, con apoyo de diferentes Entidades; la Alcaldesa hizo un llamado desde el nivel Distrital a la participación activa en la localidad especialmente en el proceso de mesas territoriales. Desde los equipos transectoriales se ha organizado la metodología de trabajo en las tres mesas territoriales y cuya metodología se centró en: la descripción y presentación de la GSI, la socialización de las lecturas de necesidades y realidades identificadas en la vigencia anterior, acuerdos con la comunidad frente a las lecturas y su complementación; propuesta integral a nivel de territorios y Propuesta de trabajo hasta el mes de junio unificando plan de acción desde cada territorio y organizado desde el equipo conductor y equipos transectoriales.

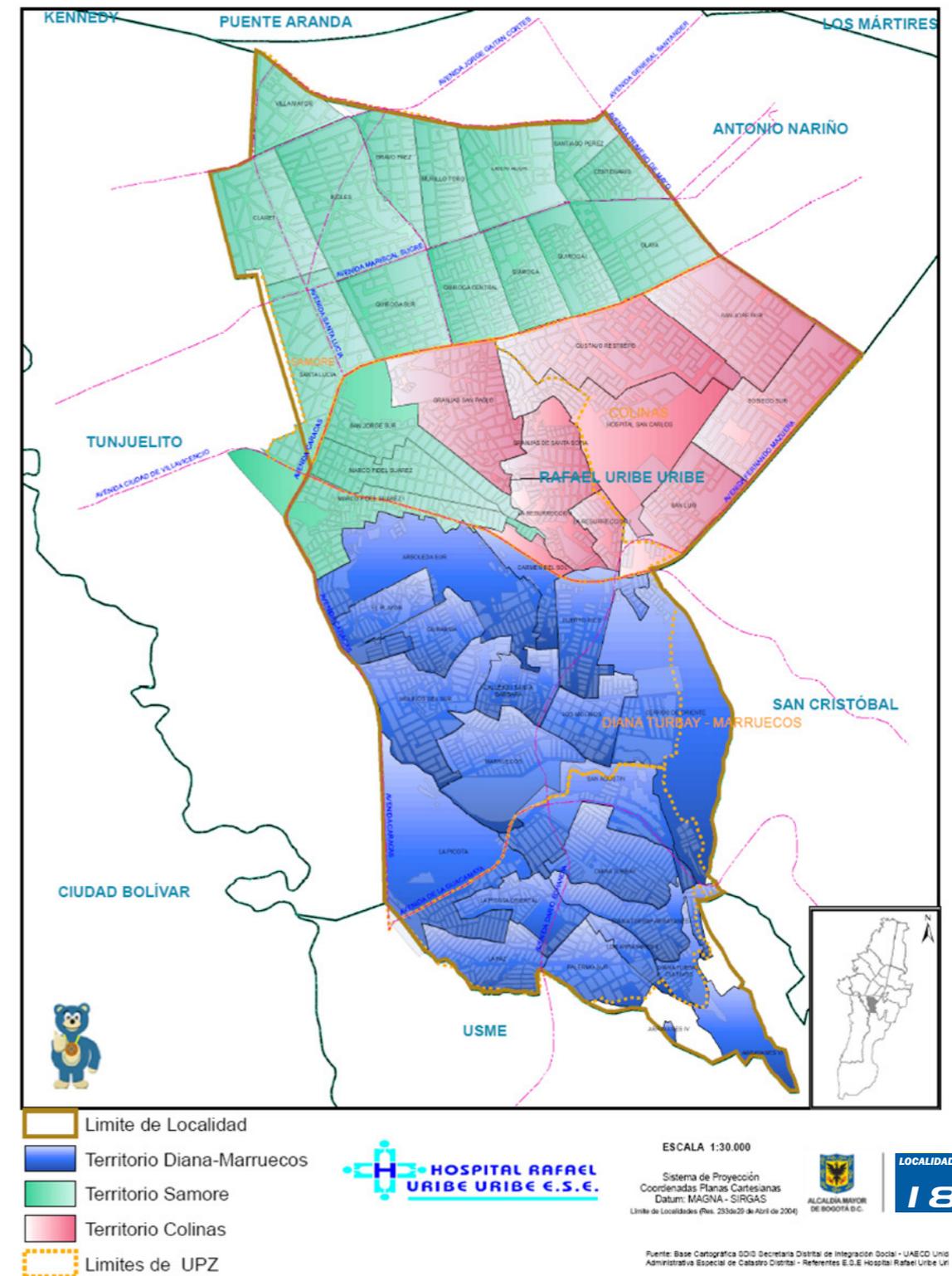
En el segundo trimestre de 2010, se avanzó en la concertación con los diferentes actores locales y distritales dentro de la UAT, Consejo Local de Gobierno, Consejo Local de Planeación, Consejo Local de Política Social, contando con el apoyo del grupo Guillermo Fergusson frente a la presentación del laboratorio social, donde estaban presentes varias instituciones locales, territoriales y de planeación; en este espacio de escenario local se dinamiza la estrategia de GSI, logrando consenso para la intervención de los tres territorios definidos, fortaleciendo las propuestas de respuesta integral, lideradas por la Alcaldesa Local. En los espacios de los tres equipos transectoriales, uno por cada territorio definido, se recibe asesoría por parte del Convenio Fergusson para la construcción de respuestas integrales que fueron incorporadas en el plan de acción, para lo cual es necesario establecer procesos de coordinación entre las instituciones para ajustar encuentros de análisis de la información acopiada y establecer responsabilidades por cada sector. Por otra parte se concertó la metodología a seguir en las MTCVS, que contempla la cualificación de núcleos problemáticos (ubicación geográfica, magnitud del problema y etapa de ciclo más afectada, las respuestas existentes y las propuestas de solución a las situaciones encontradas, todo lo anterior, organizado por derechos).

A nivel operativo, cada territorio cuenta con un grupo de gestores de Hospital y Subdirección Local de Integración Social, instituciones que disponen de un número significativo de servidores en relación con otros sectores como (IDPAC – movilidad – educación – alcaldía - hábitat). Al inicio de las reuniones se evidenciaba un poco de desarticulación local, pero en el mes de mayo se consolidó el proceso entre los diferentes sectores y generando acuerdos con los mismos donde se han definido responsabilidades por territorio y por mesas, es importante resaltar los diferentes compromisos y la articulación con la comunidad para generar las diferentes lecturas de realidades y potencialidades.

La información recolectada en las diferentes MTCVS, se analiza al interior de cada equipo transectorial, para la problematización de la información, formulación de núcleos problemáticos y definición de temas generadores, siendo necesaria la comparación de oferta de servicios y balance de los recursos disponibles para inversión en cada entidad y observar los posibles cruces entre entidades en relación con los servicios instalados, con vistas a una acción concertada; identificación de la deuda social que se tiene con el territorio para guiar las respuestas hacia la superación de este. Se generó un proceso de articulación de las acciones de los actores en los territorios, ordenamiento y direccionamiento de la acción Transectorial, comunitaria y social, constituyéndose en un Plan de Trabajo Integrado.

En la actualidad se dispone de tres equipos transectoriales y tres mesas territoriales, desarrollando un proceso de formación, construcción de conocimiento, identificación de necesidades; generando propuestas de respuestas integrales y generando un trabajo intersectorial y de acuerdos desde las mesas territoriales, cuyas propuestas y acuerdos han sido liderados por la Alcaldesa Local, como es el caso de presupuestos participativos y mesas de trabajo para la Construcción del Plan Operativo anual (POA) 2011.

Mapa 6. Territorios Sociales localidad Rafael Uribe



Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECO – Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

1.4 Estructura y Dinámica Territorial

1.4.1 Características sociodemográficas

1.4.1.1 Estructura poblacional

La población total de la localidad de Rafael Uribe Uribe a 2010, según proyecciones DANE, es de 377.836 habitantes, equivalente al 5,19% de la población de Bogotá para el mismo período; se observa que el 25,5% de los habitantes de la localidad se ubica en la UPZ Marruecos, seguida de la UPZ de Quiroga con 23%, la UPZ Diana Turbay con el 21%, la UPZ Marco Fidel Suárez con el 17% y por último la UPZ San José con el 13% del total poblacional. La distribución por sexo solo tiene una pequeña diferencia a favor de las mujeres que representan 51% de la población y los hombres 49%. El grupo de edad más representativo es de 25 a 59 años seguido del grupo de edad de 10 a 24 años (Ver Mapa 7).

La distribución de la población por grupo quinquenal evidencia que la población entre 0 a 29 años, es quien concentra la mayor proporción de habitantes con el 9% del total poblacional para cada grupo quinquenal en este rango de edad, seguido por el grupo de 30 a 34 años con 8 %; la menor proporción poblacional se observa en la población mayor de 70 años con el 1%. Por otra parte se presenta una reducción importante en el grupo 35 a 39 años, marcado en el sexo femenino, lo que puede indicar un proceso de emigración de población hacia otros lugares en busca de posibilidades.

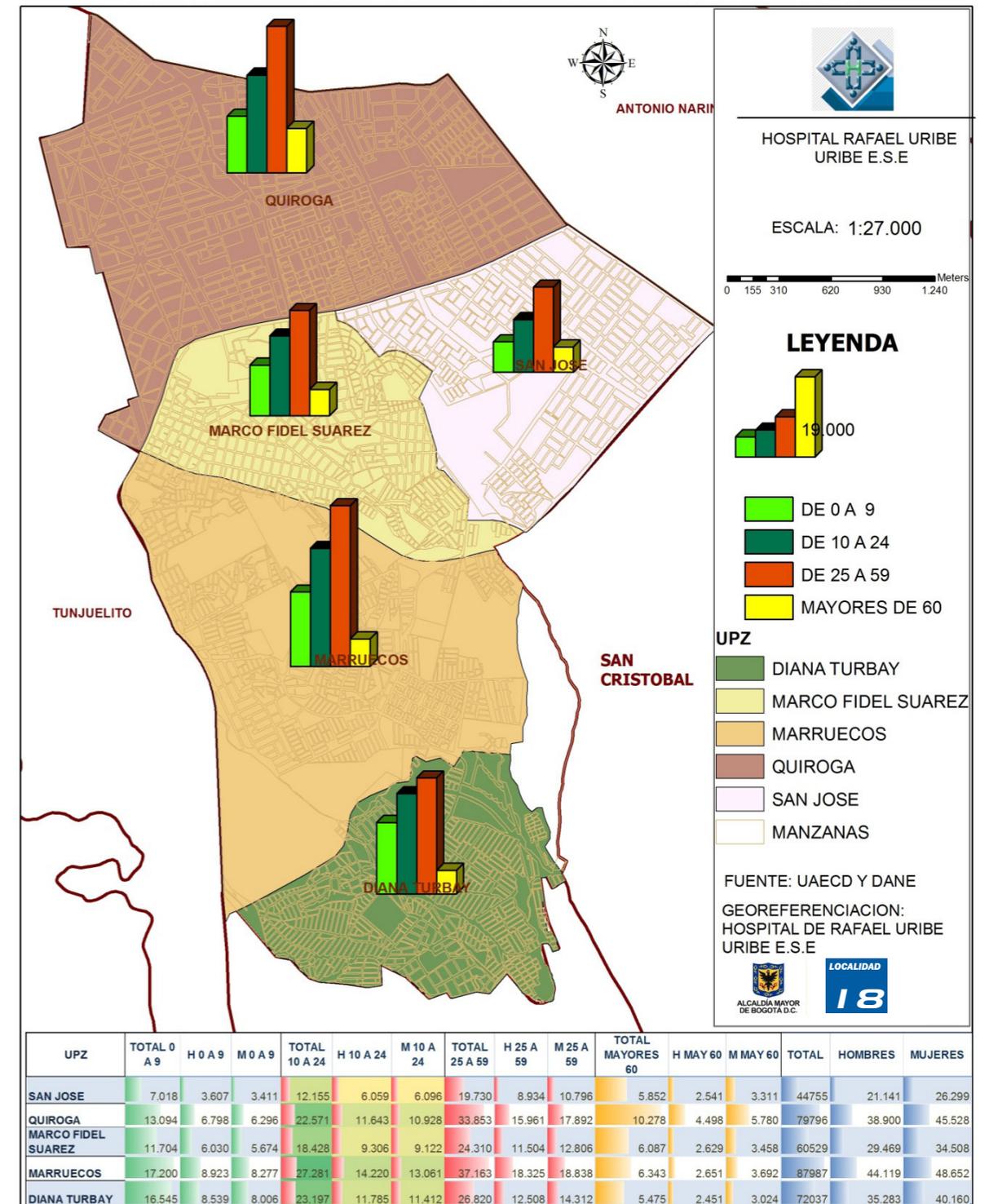
La población por ciclo vital más representativa es la de la adultez (46%), de los cuales el 24% son mujeres y el 22% son hombres; seguido la etapa de ciclo juventud (27%) que corresponde a la cuarta parte de la población total, con distribución equitativa entre mujeres y hombres; la etapa de ciclo Infancia representa el 17% y la etapa ciclo persona mayor alcanza un 9% del total de la población.

En la UPZ Marco Fidel Suárez, según información de SASC, la población predominante pertenece al ciclo adultez (entre el 38 al 48%), seguido del ciclo jóvenes (entre el 29 al 34%), el ciclo infancia representa el 14% y las personas mayores alcanzan un porcentaje alto en la mayoría de territorios por encima del 10% hasta el 13%.

En la UPZ Marruecos, según información de SASC, la población predominante pertenece a la etapa del ciclo adultez, seguido juventud; el ciclo vital de infancia representa el 14,5% y las personas mayores alcanzan un porcentaje promedio del 7%.

En la UPZ Diana Turbay, la población predominante pertenece a la etapa ciclo adultez, seguido de jóvenes; la etapa del ciclo infancia representa el 15,4% y las personas mayores alcanzan un porcentaje promedio del 7%.

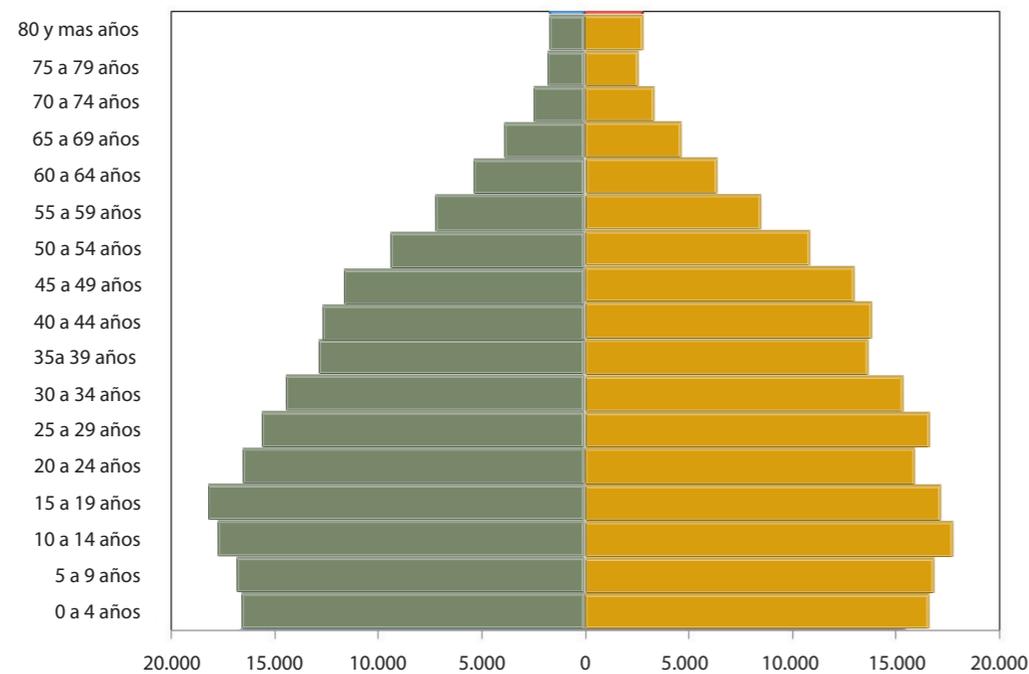
Mapa 7. Población por unidad de planeamiento zonal localidad Rafael Uribe 2009.



Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Planeación SDP – DANE.

Al observar la pirámide poblacional refleja una base más reducida, de forma rectangular y con menor proporción de niños; por lo tanto con menos posibilidades de crecimiento. Se dice que este tipo de perfil corresponde a poblaciones constrictivas por cuanto se encuentran un menor número de personas en edades menores, que conforman la base y mayor porcentaje de personas en las edades intermedias. Se observa un amplio crecimiento en los jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años; así mismo en las mujeres de 25 a 29 años, lo cual se relaciona directamente con la fuerza laboral. Las mujeres representan mayor proporción en todos los grupos poblacionales excepto de los grupos: 0 a 4 años, 5 a 9, 10 a 14 y 15 a 19, donde número de hombres es mayor comparado con el de las mujeres (Ver gráfica 3).

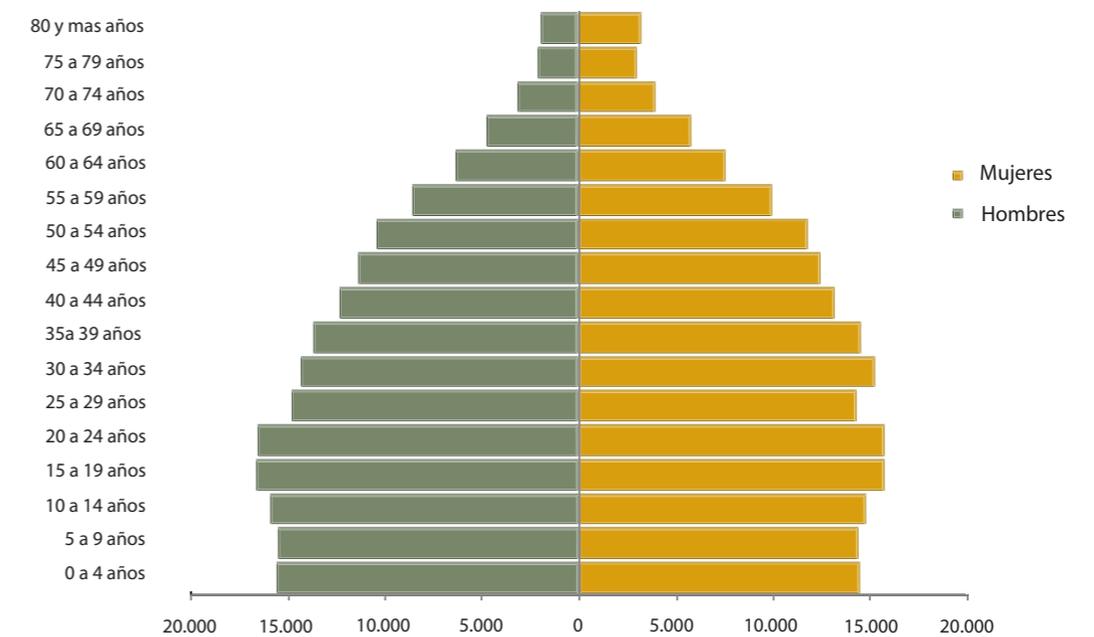
Gráfica 3. Pirámide Poblacional Localidad Rafael Uribe. 2010



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C y localidades DANE y SDP 2005-2015

La proyección a 2015 presenta reducción en 2.597 personas, con representatividad de los grupos poblacionales entre 0 a 14 años, reflejando una disminución en la natalidad y también se observa disminución en los grupos de 15 a 29 años y 40 a 49 años. Por otra parte la población parte de la población adulta a partir de los 50 años y personas mayores de 60 años se aumentará en 14.175 personas (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Pirámide Poblacional Rafael Uribe 2015



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

Al analizar el crecimiento poblacional de la localidad Rafael Uribe en general de 2005 a 2009, se observa que este ha sido de 993 habitantes; el crecimiento poblacional por grupo de edad evidencia que el crecimiento está dado por los habitantes de 15 años en adelante; siendo el grupo de 15 a 64 años el que más crecimiento presenta con 5.935 individuos. Se destaca que la población menor, específicamente el grupo de edad de 0 a 14 años fue el que más descenso en la población presenta con 7.705 individuos. Al analizar el comportamiento con las cifras obtenidas para Bogotá, se observa que la capital presentó aumento poblacional en 419.481 habitantes, el comportamiento por grupo de edad muestra que los niños menores de 14 años disminuyeron en 28.333 individuos y el grupo de 15 a 64 años aumentó en 379.045 habitantes (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución Porcentual de la Población por grandes grupos de edad. Localidad de Rafael Uribe Uribe 2005-2009

| Año | Localidad Vs. Bogotá | 0 a 14 años | Porcentaje | 15 a 64 años | Porcentaje | 65 y más años | Porcentaje |
|------|----------------------|-------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
| 2005 | Rafael Uribe | 108.538 | 28.8 | 248.225 | 66 | 19.948 | 5.3 |
| | Bogotá | 1.856.239 | 27 | 4.609.421 | 67.3 | 374.456 | 5.4 |
| 2009 | Rafael Uribe | 100.833 | 26.7 | 254.160 | 67.2 | 22.711 | 6.0 |
| | Bogotá | 1.827.906 | 25 | 4.988.466 | 68.7 | 443.466 | 6.1 |

Fuente: Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C y localidades 2005-2015

En cuanto al indicador de crecimiento natural o vegetativo, entendido como la diferencia entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población y según proyecciones del DANE para el 2015, la localidad Rafael Uribe, la tendencia es la disminución, a expensas de la reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la tasa de mortalidad en la población de la localidad.

Tabla 3. Indicadores demográficos localidad Rafael Uribe. 2005-2015

| Localidad | Tasas | | | | | |
|--------------------|---------------------|-----------|-----------------|-----------|------------------|-----------|
| | Crecimiento natural | | Natalidad bruta | | Mortalidad bruta | |
| | 2005-2010 | 2010-2015 | 2005-2010 | 2010-2015 | 2005-2010 | 2010-2015 |
| Rafael Uribe Uribe | 13,08 | 11,14 | 17,59 | 15,90 | 4,51 | 4,76 |

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

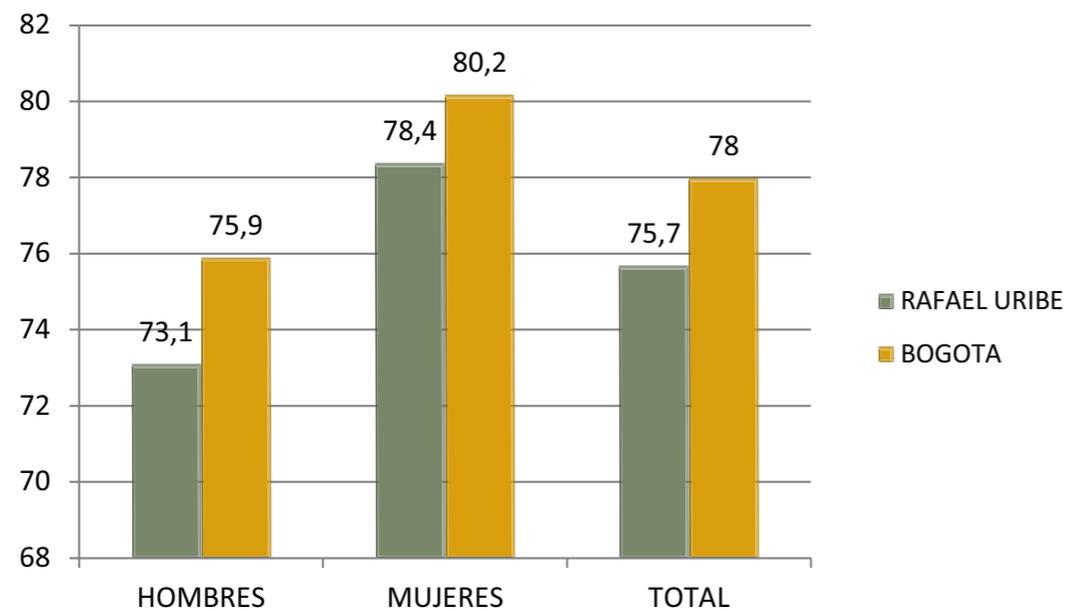
Respecto de la densidad poblacional, en la localidad se identifica que todos los habitantes (100%) residen en la zona urbana. El número de habitantes por hectárea es de 272,1.¹⁸

1.4.1.2. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida general a la que hace referencia al promedio de vida de una persona, para la localidad de Rafael Uribe de 2005 a 2010, es de 74,3 años; al desagregar este indicador para hombres y mujeres, se obtiene que las mujeres tienen la probabilidad de vivir hasta los 77 años, mientras que la esperanza de vida de los hombres es de 71,6 años; al comparar estos resultados con los de Bogotá para el mismo periodo, se obtiene que el promedio de años de vida general, así como el análisis desagregado por sexo, muestra que es mayor en 3 años (Gráfica 4).

Para el 2015, la esperanza de vida general de la localidad aumentará a 75.7 años; el análisis por sexo muestra que el promedio de vida de las mujeres será de 78,4 años y el de los hombres de 73,1 años.

Gráfica 5. Esperanza de vida al nacer por sexo localidad Rafael Uribe. 2010-2015



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

18 DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 - 2015. Decretos 176 de 2007 (zonas urbana) y 304 de 2008 (zonas rural). Población Urbana: (Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 16, Pág. 25) Población Rural: (Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 7, Mayo 2009 - Cuadros 8 a 67)

1.4.1.3. Dinámica poblacional

La tasa general de fecundidad que visualiza el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres, evidencia que en Rafael Uribe este indicador tiende a presentar un comportamiento descendente puesto que pasa en el periodo 2005-2010 de 64,1 nacidos vivos a 59.6 nacidos vivos por 1000 mujeres en el periodo 2010-2015; al comparar los resultados de este indicador con los datos para Bogotá, se observa que la tasa general de fecundidad de Rafael Uribe se encuentra por encima de la cifra para Bogotá y para el caso específico de la ciudad la tasa ha tenido un comportamiento descendente puesto que paso de 58.2 a 56,8 en periodo analizado. La tasa global de fecundidad que analiza el número de hijos por mujer durante el periodo reproductivo, se mantuvo estable en el Distrito y en la localidad bajo 0.1 puntos (ver tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento Indicadores Demográficos para Rafael Uribe y Bogotá. Periodo 2005-2015

| INDICADORES | 2005-2010 | | 2010-2015 | |
|----------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | BOGOTA | RAFAEL URIBE | BOGOTA | RAFAEL URIBE |
| Tasa Bruta de Natalidad | 16,7 | 17,6 | | |
| Tasa General de Fecundidad | 58,2 | 64,1 | 56,8 | 59,6 |
| Tasa Global de Fecundidad | 1,9 | 2,1 | 1,9 | 2,0 |

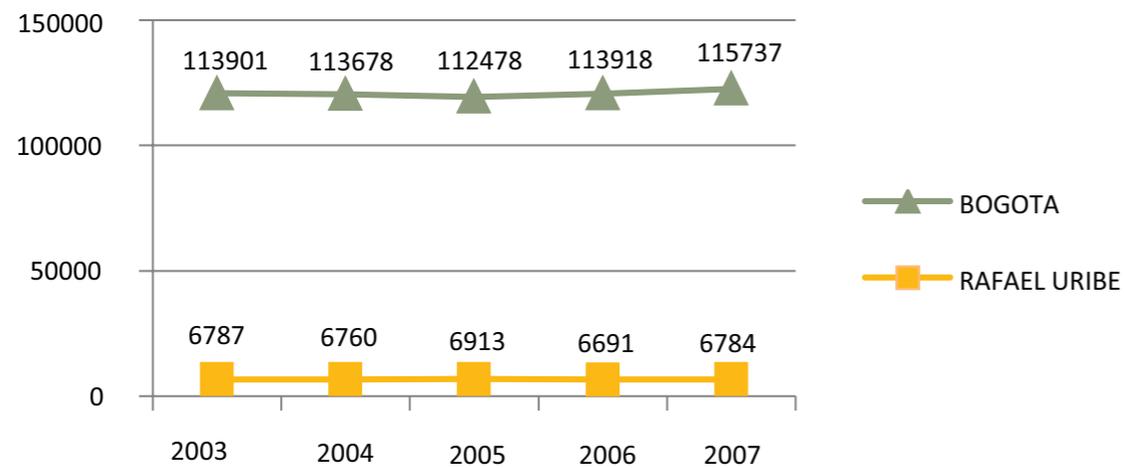
Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2005 – 2015

Según información de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en el periodo 2005 a 2007, la localidad ocupa el sexto lugar dentro de las localidades con mayores tasas de fecundidad globales. Sobre las tasas específicas se encuentra que las edades de 15 a 29 años, con predominio la etapa del ciclo juventud muestran las tasas más altas de nacimientos por cada 1.000 mujeres en capacidad de procrear. Con respecto a la población de alto riesgo en las gestantes adolescentes (10 a 19 años), el comportamiento es ascendente; es importante mencionar que esta localidad, junto con las localidades de Santafé y Usme, para el 2005 presentaron las tasas más altas de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años, lo que pone en alerta los diferentes ámbitos, componentes sectores.

Para las gestantes de la localidad, se han valorado como débiles las redes de apoyo que se encuentran en los entornos cercanos (familia y en especial la pareja – más aun en las situaciones de gestantes adolescentes). En los casos de los adolescentes, por la alta dependencia económica, requieren directamente el apoyo de sus familias, lo que en ocasiones genera conflictos al interior de las familias.

El comportamiento de los nacimientos en la localidad ha variado en el tiempo, presentándose el pico más alto en el año 2005 con 6.913 nacimientos, con un descenso el año 2006 y con tendencia a un leve incremento en el 2007, reportando 93 nacimientos más.

Gráfica 6. Tendencia de los nacimientos en la localidad Rafael Uribe comparado con Bogotá. 2003-2007



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá, Localidades DANE y SDP 2000-2015. Junio 2008

Según información entregada por la Secretaría Distrital de Salud, de los nacimientos ocurridos durante el año 2010 en la localidad Rafael Uribe Uribe, con un total de 6.956 nacimientos, se destacan las edades entre 15 a 39 años con un porcentaje del 95,8% (6.664 casos) de mujeres que tienen hijos; sin embargo, es de anotar que entre las edades de 10 a 14 años se encuentra un porcentaje del 2,49% (30 casos) y con un 3,8% (262 casos) de madres con edades entre los 40 a 54 años que tienen hijos.

Al analizar el comportamiento del peso al nacer en la localidad Rafael Uribe, se observa que el 48,4% (3.364 nacimientos) están con bajo peso al nacer. Dentro de los factores de riesgo con influencia marcada se encuentran la edad de la madre, la cuál es de 35 años o mayor; otro factor es la amenaza de parto prematuro, ruptura de membranas, diabetes mellitus y toxemia; otros factores que influyen son la hipertensión arterial, asma bronquial, hábitos como fumar o el consumo de sustancias psicoactivas, sepsis urinaria y en forma moderada la edad materna inferior a los 20 años.¹⁹ El 0,3% (18 casos) restantes están por encima del exceso de peso.

1.4.1.4. Población por estrato socioeconómico

En la localidad, la mayoría de la población se encuentra en el estrato bajo, seguido del medio bajo, tendencia que es similar para vivienda y hogares. Los estratos van del 1 al 3, con predominio de los estratos 2 y 3; se observa que estas cifras corresponden con los indicadores de Bogotá en cuanto a la clasificación de estrato predominante, sin embargo en la localidad Rafael Uribe se encuentra que el porcentaje de personas en estos estratos supera en un 12,5% los datos distritales, donde el 76% de la población se encuentra ubicada en estratos bajo y medio bajo. Cabe aclarar que en la localidad no existen los estratos medio, medio-alto, ni alto (ver tabla 5).

Tabla 5. Población por estrato socioeconómico localidad Rafael Uribe. 2009

| DETALLE | RAFAEL URIBE | | BOGOTA | |
|--------------|----------------|--------------|------------------|--------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| Sin estrato | 6.927 | 1,8 | 110.714 | 1,5 |
| Bajo-Bajo | 38.841 | 10,3 | 708.740 | 9,8 |
| Bajo | 182.072 | 48,2 | 3.007.437 | 41,4 |
| Medio-bajo | 149.864 | 39,7 | 2.565.779 | 35,3 |
| Medio | 0 | 0,0 | 564.132 | 7,8 |
| Medio-Alto | 0 | 0,0 | 174.065 | 2,4 |
| Alto | 0 | 0,0 | 128.730 | 1,8 |
| Total | 377.704 | 100,0 | 7.259.597 | 100,0 |

Fuente: DANE, SDP-DICE: Proyección de población de Bogotá por localidades 2005-2015

1.4.1.5. Población en condición especial

• Población en situación de desplazamiento

Las personas en condición y situación de desplazamiento en la localidad, se encuentran referenciadas en los datos suministrados por el programa Salud a su Casa (acumulado de caracterizaciones 2004 a julio de 2009), encontrándose un total de 2.566 personas en esta condición, equivalente al 2% del total de individuos caracterizados, de las cuales 53% son mujeres y 47% son hombres. Al revisar los datos de individuos que se encuentran en condición de desplazamiento (certificados por el estado) estos representan el 58% de la población, en tanto que los que se encuentran en situación de desplazamiento o que aun no se han certificado o no reciben ayudas del gobierno equivalen al 42%. El mayor número de personas pertenecen a la etapa del ciclo adultez, seguido del de juventud y población infantil. Según lecturas de necesidades realizadas con la comunidad (17 hombres y 5 mujeres) se evidenció que existe presencia de enfermedades crónicas, barreras de acceso en salud, mortalidad materna, discriminación de los profesionales de salud, falta de humanización del servicio, estigmatización y exclusión en esta población.

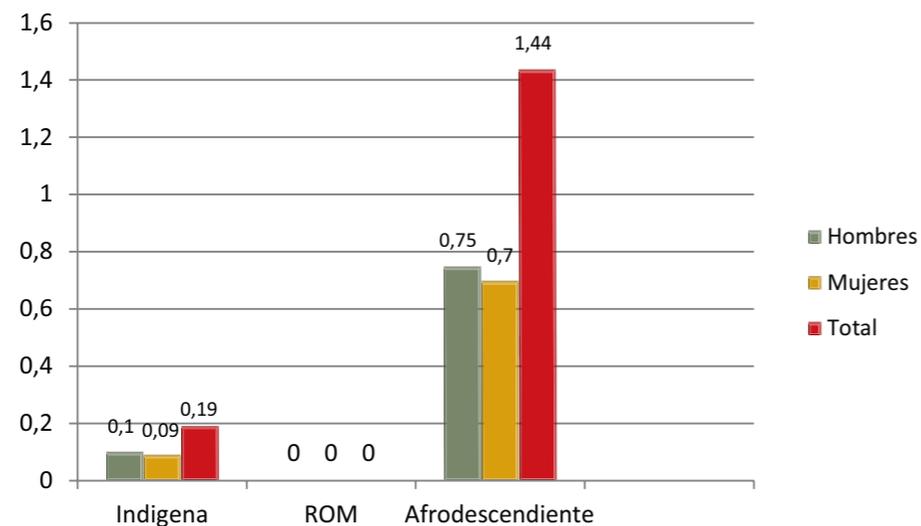
• Población étnica

De acuerdo con el censo DANE 2005, el 1,44% de la población de la localidad pertenecen a la etnia afrodescendiente (negro, raizal, palenquero) y un 0,19% pertenecen a la etnia indígena. La distribución por sexo es equitativa. No se encontraron personas de la etnia ROM Gitano (ver Gráfica 7).

Según información de SASC, a octubre de 2008, existen diferencias con respecto a la población que pertenece a la etnia ROM Gitano, donde se reporta que el 1% de la población caracterizada pertenece a este grupo. Dentro de las principales problemáticas identificadas en la población perteneciente a grupos étnicos se encuentran: Existen barreras de acceso a los servicios de salud, con un déficit que abarca al 29,6% del total de la población, Inadecuada satisfacción de sus necesidades alimentarias y nutricionales; el 27% de la población ha dejado de consumir algunos alimentos, principalmente a causa de la escasez de recursos para adquirirlos y presencia de enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión arterial); el 6,8% de la población se encuentran

afectados por estas patologías, situación que posiblemente esté asociada a causa de los hábitos alimenticios, sedentarismo y falta de educación entre otras.

Gráfica 7. Población por grupo étnico según sexo, Rafael Uribe 2005.



Fuente: DANE – Censo General 2005. Cálculos SDP – SIEE – DICE. (Información tomada de: boletín Informativo: Sistema de información estadístico con información RELEVANTE de Ciudad – Número 1, Noviembre 2008 - Pág. 10)

• **Personas en situación de discapacidad**

Según resultados del registro y caracterización de la población con discapacidad en el periodo 2005 a 2007, se encontraron caracterizadas 19.039 personas en esta condición, entre las cuales predominan las mujeres (64,9%) en relación con los hombres (35%). Con relación a la población de la localidad, de 377.704 personas caracterizadas representan el 5%. Esto no define de ninguna manera el total de población con discapacidad, pues el instrumento se elaboró para recolectar información de manera permanente. La mayor distribución por etapa de ciclo vital corresponde a las personas mayores, seguido de adultos y jóvenes (ver tabla 6).

Tabla 6. Población en condición de discapacidad por etapa de ciclo y sexo. Rafael Uribe Uribe 2005-2007

| GENERO | ETAPA DE CICLO VITAL | | | | | | | | TOTAL | |
|--------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | INFANCIA | | JUVENTUD | | ADULTEZ | | VEJEZ | | | |
| | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % | Frec | % |
| FEMENINO | 259 | 1,36 | 847 | 4,45 | 4.805 | 25,2 | 6.438 | 33,8 | 12.349 | 64,9 |
| MASCULINO | 337 | 1,77 | 870 | 4,57 | 2.192 | 11,5 | 3.291 | 17,3 | 6.690 | 35,1 |
| TOTAL | 596 | 3,13 | 1717 | 9,02 | 6.997 | 36,8 | 9.729 | 51,1 | 19.039 | 100,0 |

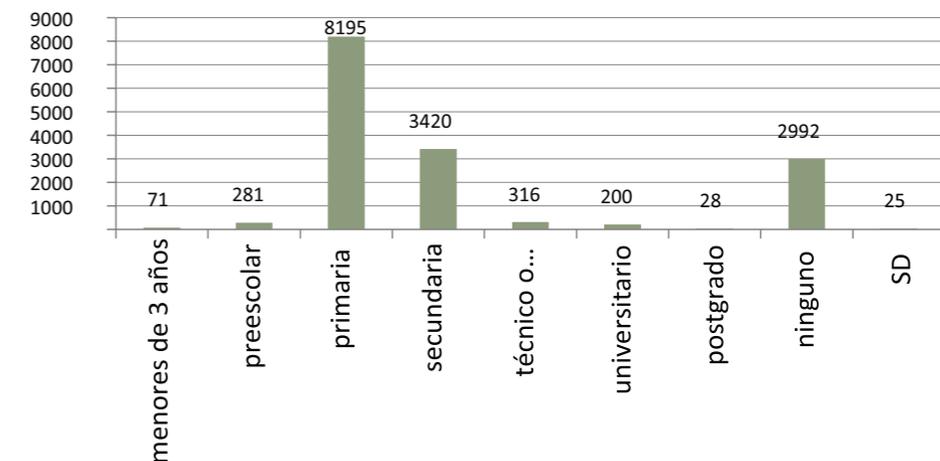
Fuente: Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad. DANE 2005-2007.

En la localidad Rafael Uribe Uribe, la población con discapacidad se concentra en el estrato 2 (8.159) equivalente al 52%, seguido por el estrato 3. Cuando se analiza esta distribución por sexo

se observa que las mujeres de estos estratos son las afectadas en mayor proporción con un 63,4% en el estrato 3 y un 62,8% en el estrato 2.

Más de la mitad de las personas en situación de discapacidad alcanzaron educación primaria con el 58%, seguido de la educación secundaria con un 22%. Un porcentaje considerable, el 19% no tienen ningún nivel educativo (Ver gráfica 8).

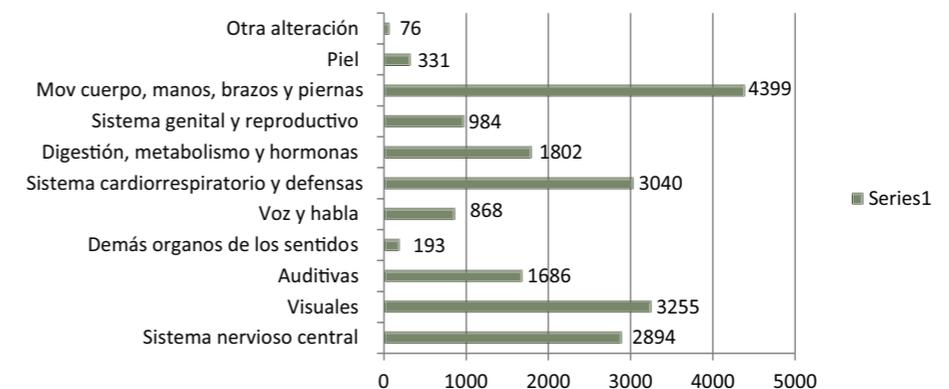
Gráfica 8. Población con Discapacidad por nivel educativo localidad Rafael Uribe Uribe 2005.



Fuente: Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad. DANE 2005-2007.

Las deficiencias más frecuentes en las personas en condición de discapacidad se relacionan con la limitación del movimiento en cuerpo brazos y piernas, seguida de las visuales, las que afectan el sistema cardiorrespiratorio y defensas y por último alteraciones del sistema nervioso central (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones. Localidad Rafael Uribe 2005-2007



Fuente: Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad. DANE 2005-2007.

1.5 Perfil Epidemiológico

1.5.1 Mortalidad

El comportamiento de la tasa de mortalidad general en Rafael Uribe muestra descenso al analizar el dato obtenido en el año 2005, en donde la tasa de mortalidad para la localidad era de 4,58 muertes por cada 10.000 habitantes; para los años siguientes bajó 0.15 puntos. Al comparar los resultados de la localidad con los indicadores para Bogotá, se encuentran por encima entre 0.6 y 0.7 puntos a lo largo del periodo evaluado (Tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad general comparativo localidad Rafael Uribe– Bogotá 2005-2007

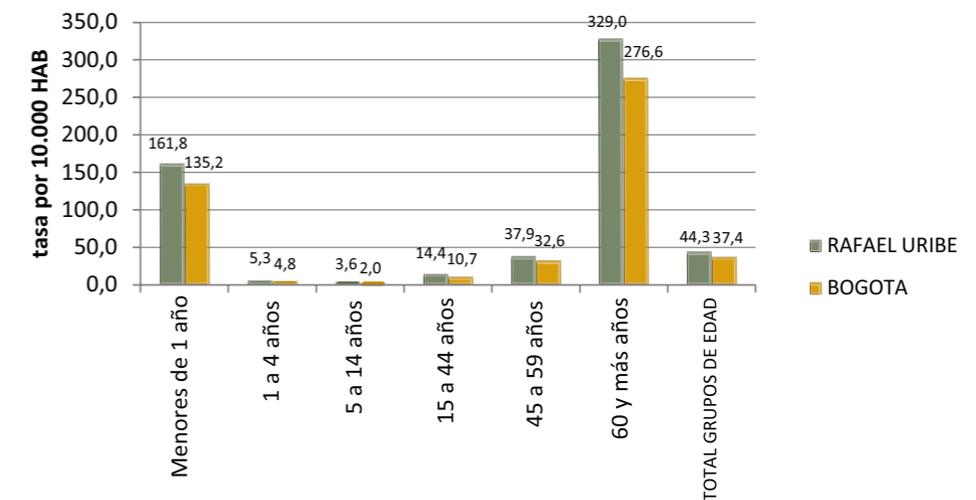
| AÑO | RAFAEL URIBE | | BOGOTA | |
|------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | Número muertes | Tasa por 10,000 Habitantes | Número muertes | Tasa por 10,000 Habitantes |
| 2005 | 1.726 | 4,58 | 26.481 | 3,87 |
| 2006 | 1.669 | 4,43 | 26.649 | 3,84 |
| 2007 | 1.669 | 4,43 | 26.367 | 3,74 |

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

Al analizar el comportamiento de la tasa de mortalidad general por grupos de edad para el año 2007, se observa que los valores más altos se presentan en los grupos de edad extremos de la estructura poblacional como son los niños y niñas menores de 1 año en donde la tasa de mortalidad es de 161,8 muertes y en las personas mayores de 60 años en donde la tasa de mortalidad es de 329; al comparar estos resultados con los obtenidos para Bogotá, se observa que las tasas de mortalidad locales superan a las tasas para Bogotá para el mismo periodo (Gráfica 9).

Según la agrupación de causas de mortalidad por localidad de residencia de la Secretaría Distrital de Salud, se encuentra que para la infancia de un total de 147 ocurridas en el año 2007, en los niños se presenta el mayor número de casos (78) y en las niñas (69); la principal causa de muerte para ambos sexos son: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguido de causas externas en niños y enfermedades transmisibles en niñas. Lo anterior pone en evidencia la presencia de muertes violentas como homicidios u otras que tienen que ver con situaciones de grave negligencia en la población infantil tales como, el ahogamiento, accidentes que obstruyen la respiración y accidentes de tránsito entre otros. Durante los años 2005 al 2007, se observa un mayor reporte de muertes en el sexo masculino, con ligera tendencia al aumento para el sexo femenino.

Gráfica 10. Tasas de mortalidad por grupo de edad, comparación Rafael Uribe – Bogotá 2007



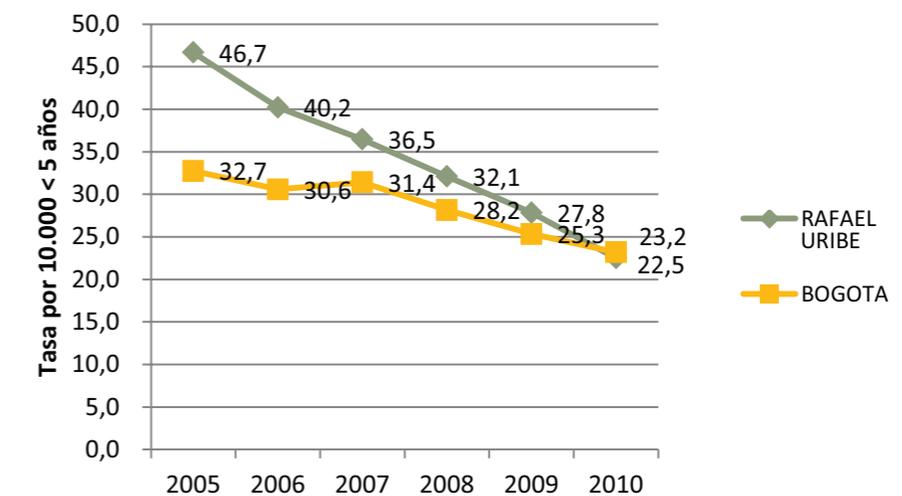
Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales

1.4.6.6. Mortalidad en menores de cinco años

En la localidad Rafael Uribe la tendencia de mortalidad infantil se encuentra por encima de los indicadores Distritales, aunque en los últimos tres años tiene un comportamiento descendente y para el año 2010 se encuentra por debajo 0.7 puntos porcentuales, comparada con la tasa distrital. Sin embargo las implicaciones de estabilidad familiar, social y económica se siguen generando en las familias y a su vez repercuten en la sociedad (ver gráfica 11 / mapa 8)

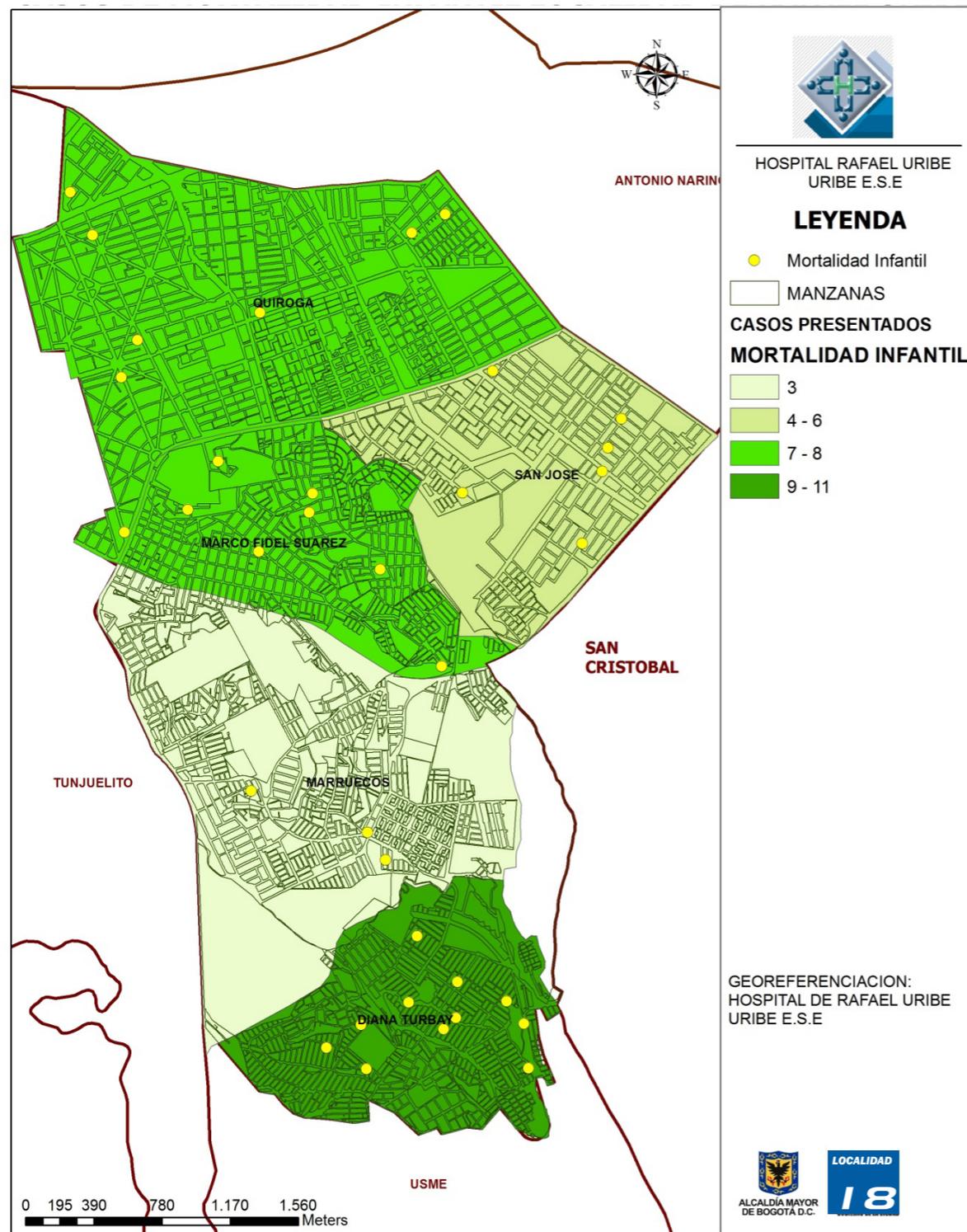
La tasa de mortalidad infantil en menor de 5 años para la localidad en el año 2010 fue de 22,5 por 10.000 menores de 5 años, la cual disminuyó en 5.3 puntos porcentuales con respecto al año anterior y presenta una frecuencia baja comparada con la meta Distrital de menos de 23,7 muertes a 2012.

Gráfica 11. Tendencia de la Mortalidad en menores de cinco localidad Rafael Uribe. 2005 a 2010



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

Mapa 8. Casos de mortalidad infantil localidad Rafael Uribe 2009.



Fuente: Secretaría Distrital de salud, Sistema de vigilancia en salud pública 2009.

1.5.1.1 Mortalidad en el ciclo vital juventud y adultez

En el grupo de 15 a 44 años donde se agrupa gran parte de los y las jóvenes; las causas de muerte que ocupan el primer lugar son las externas; al igual que en la población infantil reflejan graves problemas de violencia y agresiones entre pares, fenómenos que se enmarcan en las diferencias marcadas y falta de tolerancia entre culturas urbanas y en el caso específico de los LGBT y barras bravas, entre otros; las neoplasias o tumores con predominios en mujeres y las enfermedades trasmisibles infecciosas en los hombres. En este grupo, durante los años 2005 al 2007, se observa una tendencia al aumento para ambos sexos, con mayor reporte de casos en el sexo masculino.

Los y las personas adultas presentan como causas de muertes principales las enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias de colon, mama, cuello uterino, estomago y próstata derivada de los malos hábitos alimentarios, consumo de alcohol y sedentarismo. La tendencia de la mortalidad en este grupo desciende notoriamente en las mujeres a partir del año 2006 y en los hombres se mantiene en tiempo.

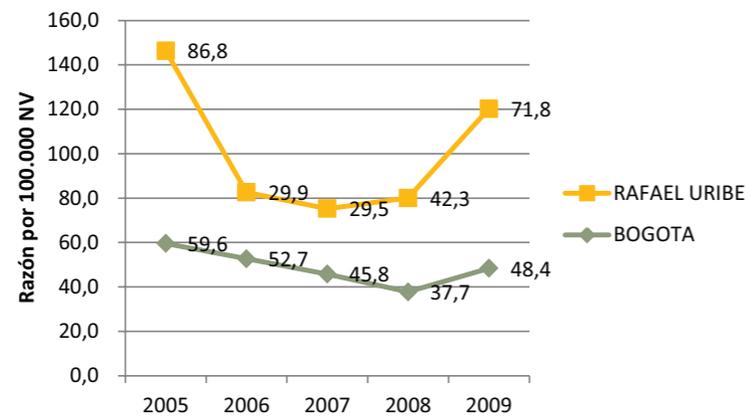
1.5.1.2 Mortalidad en el ciclo vital vejez y envejecimiento

En los y las personas en etapa de vida de vejez y envejecimiento, las principales causas relacionadas con muertes son enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y enfermedades transmisibles, resaltando la presencia de muertes por causa externa en este grupo de más vulnerabilidad, donde la violencia no discrimina dichas condiciones. Las muertes tienden al aumento en los hombres y se mantienen estables en las mujeres mayores. Es de anotar que la localidad Rafael Uribe, es coherente con los estudios demográficos y de género, donde se conoce el fenómeno de la feminización de la vejez, pues existe una mayor proporción de mujeres que de hombres; este desbalance es causado por una mayor mortalidad de los hombres en todas las edades y es frecuente en la sociedad un falso estereotipo, el " rol sin sexo", según el cual entre personas mayores las características femeninas y masculinas se aproximan, la edad no elimina las diferencias debidas al género y son tan evidentes como en otros grupos de edad, aunque desde el punto de vista de la apariencia, después de los 80 años, existe una tendencia a parecerse.

1.5.1.3 Mortalidad Materna

En la localidad Rafael Uribe la tendencia de mortalidad materna se cruza con los indicadores distritales, presentándose dos picos en el año 2005 y 2009; su tendencia es al aumento desde el año 2007 al 2009, lo cual no favorece el cumplimiento de las metas distritales, dado que la tasa para el 2009 fue de 71,8 por mil nacidos vivos 32 veces mayor que la meta Distrital (de 40 muertes maternas), desencadenando el deterioro social y económico de una comunidad cuando ocurren estos casos, sumado a los hechos que demuestran dificultades en la calidad de la prestación de los servicios de salud a las maternas e adecuados seguimientos, según información reportada en las unidades de análisis de dichos casos. Así mismo se deben establecer las posibles causas de aumento de este indicador (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Tendencia de la Mortalidad Materna, comparativo Bogotá Rafael Uribe 2005 – 2009.



Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales, los datos del 2007 son preliminares. Fuente 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS.- Nacimientos DANE y RUAF preliminar. Base estadísticas vitales SDS 2010

En el año 2010, según la base de datos de estadísticas vitales de la Secretaría Distrital de Salud, no se presentaron muertes prevenibles, lo cual sugiere la eficacia de las acciones de mejora propuestas a partir de las diferentes unidades de análisis realizadas.

1.5.1.4 Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal en Rafael Uribe de 2005 a 2010, ha estado por encima de las cifras obtenidas para Bogotá, a excepción del año 2007 y 2010. En el año 2007, se presentó el punto más alto con 22,8 y 23,2 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos para Rafael Uribe y Bogotá, respectivamente. Al comparar este indicador con el cumplimiento de la meta distrital a 2012 de menos de 16 muertes perinatales por mil nacidos vivos, entre los años 2009 y 2010 la tasa de mortalidad perinatal disminuyó al pasar de 16.2 casos a 15.2 X 1.000 nacidos vivos (Tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad perinatal localidad Rafael Uribe. 2005-2010

| LOCALIDAD | | RAFAEL URIBE | BOGOTA |
|-----------|---------------------|--------------|--------|
| 2005 | Muertes Perinatales | 148 | 166 |
| | Tasa por 1000 NV | 21.8 | 21.1 |
| 2006 | Muertes Perinatales | 155 | 178 |
| | Tasa por 1000 NV | 22.5 | 22.0 |
| 2007 | Muertes Perinatales | 163 | 2832 |
| | Tasa por 1000 NV | 22.8 | 23.2 |
| 2008 | Muertes Perinatales | 113 | 1690 |
| | Tasa por 1000 NV | 15.9 | 14.5 |
| 2009 | Muertes Perinatales | 107 | 1609 |
| | Tasa por 1000 NV | 16.2 | 14.1 |
| 2010 | Muertes Perinatales | 106 | 1961 |
| | Tasa por 1000 NV | 15.2 | 17.1 |

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

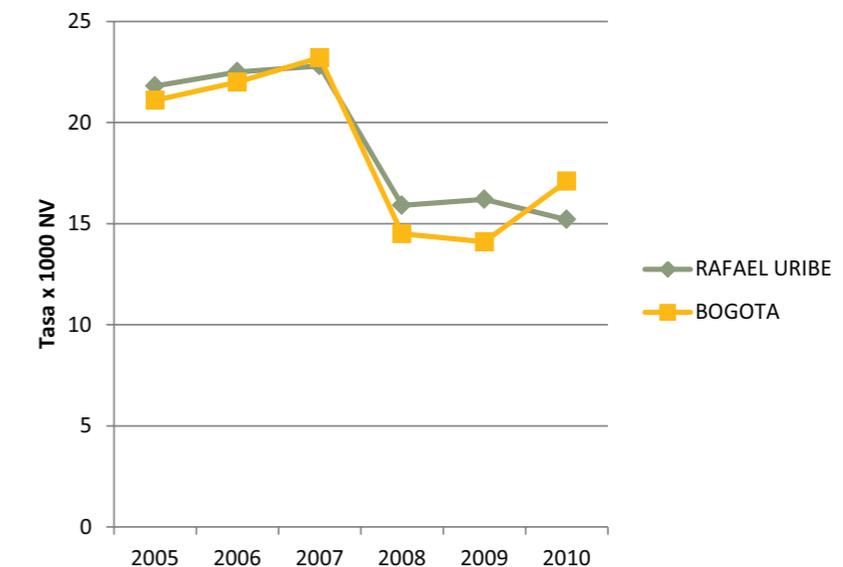
1.5.1.5 Mortalidad por EDA

La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años en Rafael Uribe, en los últimos cinco años ha presentado casos en los años 2005 y 2009; al comparar el resultado de este indicador para el año 2009, versus meta distrital se puede evidenciar que fue dos veces mayor en comparación con la meta Distrital de uno por 100.000 nacidos vivos (ver gráfica 13). Durante el año 2010 no se presentaron casos de muertes por EDA.

1.5.1.6 Mortalidad por neumonía

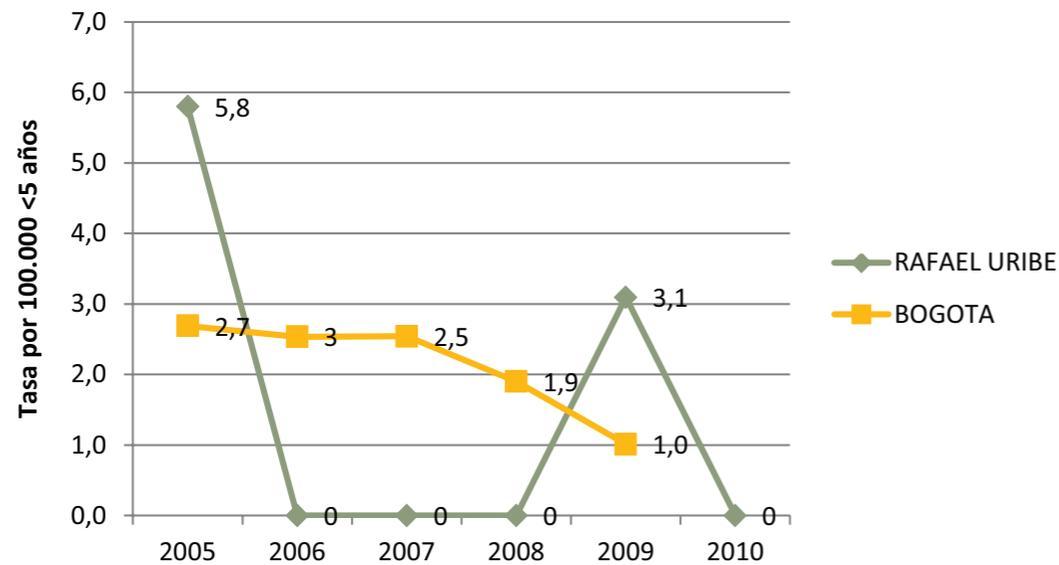
El comportamiento de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en Rafael Uribe ha sido irregular; en el año 2005 se presenta la cifra más alta con una tasa de 31,9 muertes por 100.000 menores de 5 años; posteriormente este indicador desciende hasta repuntar en el año 2008 con 30,6 muertes; en los años siguientes 2009 y 2010, se observa disminución en las tasas llegando a 21,7 y 12,6 muertes por 100.000 menores de 5 años. Al comprar estos resultados con los del Distrito Capital, se observa que la localidad ha mantenido tasas por encima de las de Bogotá, excepto en el año 2007 durante el cual la localidad registró una tasa inferior a la de la ciudad; en el año 2010 cruza con las cifras del distrito. El indicador en la localidad ha disminuido entre los años 2008 a 2010 al pasar de 30.6 a 12.6 casos por 100.000 menores de 5 años. (Ver gráfica 14).

Gráfica 13. Tendencia Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años. Rafael Uribe. 2000 – 2009



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

Gráfica 14. Tendencia mortalidad por neumonía en menores de 5 años, comparativo Bogotá y Rafael Uribe 2005–2010



Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. Fuente 2008, 2009, 2010: Bases de datos defunciones SDS.

1.5.1.7 Mortalidad evitable en territorios de Salud a su Casa

En los territorios caracterizados por Salud a su Casa, durante el año 2008 se presentaron un total de 13 casos de muertes evitables, siendo en la UPZ Marruecos donde ocurrieron el mayor número de casos, seguido de la UPZ Marco Fidel Suárez y Diana Turbay. De acuerdo con análisis institucionales y distritales se realizaron planes de mejora con los Equipos de SASC a fin de garantizar asistencia oportuna a los servicios de salud. De los casos de mortalidad, se presenta peso porcentual en territorios de SASC y causas relacionadas:

Muertes perinatales: correspondieron al 21% del total.

Muerte por EDA: Se presentó una, donde se evidenciaron causas relacionadas con la primera demora por debilidades en el seguimiento por parte de la EPS, no canalización al servicio de nutrición para manejo de la desnutrición y en la 3ª demora no se aplicó estrategia AIEPI en la primera consulta.

Muertes por ERA: De 15 muertes totales, 2 equivalentes al 13% corresponden a territorios de SASC, las causas de la primera demora se relacionan con la atención a signos de alarma en problemas respiratorios, asistencia oportuna a centros de salud e inicio tardío de controles.

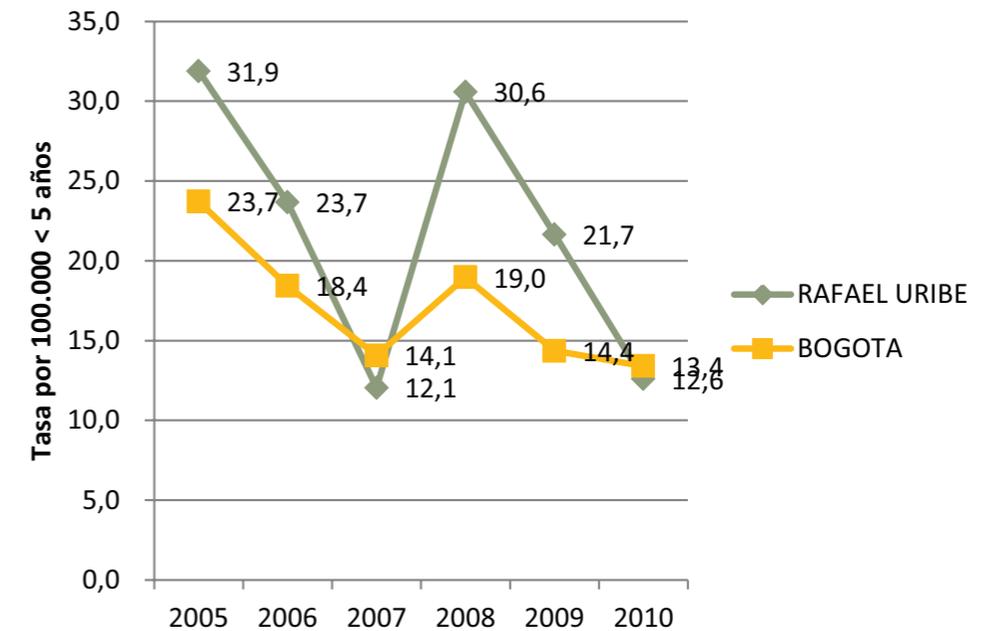
1.5.1.8 Mortalidad por suicidio

Las alteraciones en la salud mental de la población, son un fenómeno que se encuentra en aumento y que se constituye en una prioridad de Salud Pública por las implicaciones sociales que acarrea; los casos de suicidio consumado de 2005 a 2009 en Rafael Uribe fueron de 75 casos, equivalentes al 6,1% del total reportado en este mismo periodo para Bogotá. La tasa de mortalidad por este evento para la localidad se ha mantenido por encima de la tasa de mortalidad para Bogotá,

a excepción de los dos primeros años, donde se reportaron tasas inferiores. En el año 2007 y 2009 se presentaron las cifras más elevadas de los casos y de las tasas de mortalidad siendo de 5,3 y 4,8, respectivamente (ver gráfica 15).

La localidad Rafael Uribe, en suicidio consumado ocupa el sexto lugar en el distrito, con una tasa de 4,8 por 100,000 habitantes, por encima de la tasa distrital (3,5).

Gráfica 15. Tendencia de la mortalidad por suicidio en la localidad Rafael Uribe. 2005 a 2009

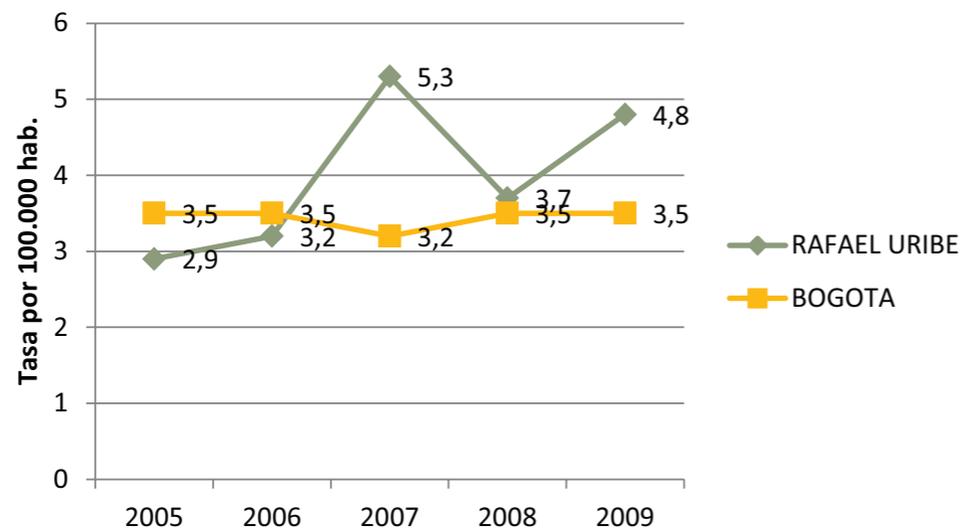


Fuente: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU). Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS. Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. Los datos del 2007 son preliminares

1.5.1.9 Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

El comportamiento de la mortalidad por desnutrición en la localidad Rafael Uribe ha sido fluctuante en los últimos cinco años, presentando las tasas más altas en los años 2006, con 11,8 muertes por 100.000 habitantes y 2008, con 12,2 muertes por 100.000 habitantes, para descender a 3,1 casos en el 2009, siendo el único año donde se encontró por debajo de la tasa distrital. En Bogotá esta mortalidad ha disminuido progresivamente hasta mantenerse estable en los últimos tres años. La tendencia general de este indicador es a la reducción. Lo anterior revela la grave situación de inseguridad alimentaria, en primer lugar reflejo de una deficiente condición económica en las familias, sumado a condiciones ambientales precarias en muchos casos; también puede existir interrelación entre las muertes por EDA y ERA y esta causa de muerte en los niños y las niñas (ver gráfica 16).

Gráfica 16. Tendencia de la Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.
Localidad Rafael Uribe. 2005 a 2009



Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales, los datos del 2007 son preliminares. Fuente 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

Durante el año 2010, se presentaron 2 casos de mortalidad por desnutrición asociada a hidrocefalia y toxoplasmosis congénita como causa básica de muerte.

1.5.2 Morbilidad

1.5.2.1. Eventos de notificación obligatoria

El Decreto 3518 de 2006 en el artículo primero reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila), para la recolección de manera sistemática y oportuna de información relacionada con la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con la finalidad de orientar las políticas, planificar en el campo de la salud pública, para tomar decisiones en la prevención y control de enfermedades, racionalizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en este campo.

De igual manera se reglamenta que todas las acciones del sistema de vigilancia sean prioritarias y de carácter obligatorio. En este sentido, en la localidad, este sistema se fundamenta en la notificación que realizan las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que son catalogadas dentro de la vigilancia como Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), las cuales captan la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública y generan información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

Según análisis de los indicadores establecidos por vigilancia en salud pública para el año 2008 se encontró, que de cinco indicadores obtuvo calificación alta en dos, media en uno y baja en dos relacionados con oportunidad de notificación de eventos y concordancia con la búsqueda activa institucional.

En el año 2010 se reportaron 1.933 eventos de notificación obligatoria al Sivigila de la localidad, de los cuales el 50% fueron eventos correspondientes al ciclo vital de infancia en donde predominaron

los casos de varicela individual y exposición rábica con 64,4% y 9,5% respectivamente. Para el ciclo vital de juventud, el cual concentró el 28,8% de los eventos, se destaca que, aparte de la varicela individual, que fue el evento que mas reporte tuvo en el año, la parotiditis concentró el 19,5% de los casos y la exposición rábica el 14,3%. En los adultos se registró un menor porcentaje de notificación de eventos del 18,2%; sobresale en mayor proporción la exposición rábica (26,7%) la varicela (25%). En las personas mayores la notificación de casos representó el menor porcentaje del 2,6% y la exposición rábica ocupó el primer lugar con mas de la mitad de los casos notificados (54,9%), seguido de la tuberculosis pulmonar con el 11,8% de ocurrencia.

No se presentaron casos confirmados de sarampión o rubéola en la localidad ni en el Distrito. Un evento de importancia en la salud pública de la población, es la presencia de leucemia linfocítica aguda, que para el 2010 tuvo una ocurrencia de 1 caso, en ciclo vital de juventud.

En lo relacionado con la notificación de casos de VIH – SIDA y mortalidad por esta causa, se obtuvo que para 2010, en el Distrito se presentaron 1.465 casos, de los cuales, el 2% residían en la localidad, se observa predominio de los casos en la etapa de ciclo vital de adultez con el 58% de los casos; sin embargo se destaca que en la etapa de juventud se presentaron 8 casos equivalentes al 31% (ver tabla 9).

En el campo de las enfermedades trasmisibles, en Rafael Uribe se notificaron en el 2010, 17 casos de tuberculosis pulmonar, de los cuales 11 casos se presentaron en la etapa de ciclo vital de adultez y 6 casos en personas mayores. Para la tuberculosis extra pulmonar, en Bogotá en el mismo periodo se notificaron 348 casos, de los cuales el 0,9% (6 casos) tenían como lugar de residencia la localidad de Rafael Uribe; al analizar el comportamiento por etapa de ciclo vital, se observa que los casos se distribuyen en las etapas infancia, juventud y adultez (ver tabla 9).

Otro de los eventos de notificación obligatoria es la sífilis gestacional, la cual es considerada un problema de salud pública por su gravedad y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere que se evalúe de manera exhaustiva en lo local y lo central. Para el año 2010, se notificaron en Bogotá 516 casos, de los cuales el 4,5% de ellos residía en la localidad (23 casos). El comportamiento por ciclo vital, evidencia predominio en las jóvenes y adultas gestantes (ver tabla 9).

En el campo de las intoxicaciones alimentarias, en el 2010 se notificaron en la localidad 62 casos, evidenciando que el grupo poblacional mas afectado por estos eventos son los individuos de la etapa de ciclo vital de adultez, con el 43,5%, seguido de la etapa juventud con el 35,4% (ver tabla 9).

Tabla 9. Morbilidad por Eventos de Notificación Obligatoria, Localidad 18 Rafael Uribe, 2010

| EVENTO | INFANCIA | JUVENTUD | ADULTO | VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO | Total general |
|---|------------|------------|------------|------------------------|---------------|
| ANOMALÍAS CONGÉNITAS | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| DENGUE | 0 | 2 | 2 | | 4 |
| ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS | 33 | 0 | 0 | 0 | 33 |
| ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA ESI | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA) | 12 | 22 | 27 | 1 | 62 |
| EVENTO ADVERSO VACUNACIÓN. | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| EXPOSICIÓN RÁBICA | 93 | 80 | 94 | 28 | 295 |
| HEPATITIS A | 2 | 3 | 1 | 0 | 6 |
| HEPATITIS B | 1 | 2 | 6 | 1 | 10 |
| HEPATITIS C | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS | 13 | 23 | 12 | 4 | 52 |
| INTOXICACIÓN POR METANOL | 1 | 4 | 2 | 0 | 7 |
| INTOXICACIÓN MONÓXIDO DE CARBONO | 3 | 6 | 4 | 0 | 13 |
| INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS | 1 | 12 | 3 | 1 | 17 |
| INTOXICACIÓN POR SOLVENTES | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS | 2 | 11 | 14 | 3 | 30 |
| INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 0 | 7 | 3 | 0 | 10 |
| LEISHMANIASIS CUTÁNEA | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| LEPTOSPIROSIS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| LESIONES POR PÓLVORA | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| MALARIA VIVAX | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| MALNUTRICIÓN | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| MENINGITIS POR NEUMOCOCO | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| MENINGITIS TUBERCULOSA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| MORTALIDAD PERINATAL | 0 | 14 | 12 | 0 | 26 |
| MORTALIDAD POR IRA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS) | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PAROTIDITIS | 39 | 109 | 32 | 1 | 181 |
| RUBEOLA | 44 | 4 | 1 | 0 | 49 |
| SARAMPIÓN | 54 | 3 | 4 | 0 | 61 |
| SÍFILIS CONGÉNITA | 11 | 3 | 0 | 0 | 14 |
| SÍFILIS GESTACIONAL | 0 | 13 | 10 | 0 | 23 |
| SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| TOS FERINA | 19 | 3 | 2 | 0 | 24 |
| TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 |
| TUBERCULOSIS PULMONAR | 0 | 0 | 11 | 6 | 17 |
| VARICELA INDIVIDUAL | 627 | 214 | 88 | 1 | 930 |
| VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA | 0 | 8 | 15 | 3 | 26 |
| Total general | 973 | 557 | 352 | 51 | 1933 |

Fuente: Sivigila. Secretaría Distrital de Salud. 2010.

1.5.2.2 Eventos de salud mental

• Conducta suicida

El suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda de atención en salud en los servicios de urgencias, por lo que se considera de vital importancia el monitoreo y seguimiento de los casos que se reportan. A continuación se presentan los datos de las notificaciones presentadas de conducta suicida en la localidad.

Tabla 10. Intento de suicidio (2006-2008) y suicidio consumado (2005-2008)

| DETALLE | RAFAEL URIBE | | BOGOTÁ | | |
|---------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|-------|
| | Número de personas | Tasa por 100,000 Habitantes | Número de personas | Tasa por 100,000 Habitantes | |
| INTENTO DE SUICIDIO | 2006 | 38 | 9,84 | 735 | 10,15 |
| | 2007 | 23 | 5,96 | 994 | 13,47 |
| | 2008 | 107 | 28,35 | 1.950 | 26,43 |
| SUICIDIO CONSUMADO | 2005 | 11 | 2,92 | 238 | 3,48 |
| | 2006 | 12 | 3,18 | 245 | 3,53 |
| | 2007 | 20 | 5,30 | 228 | 3,23 |
| | 2008 | 14 | 3,71 | 261 | 3,54 |

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

Como se observa en la tabla anterior, la problemática del intento de suicidio va en aumento; se parte de 38 casos reportados en la localidad en el año 2006 hasta llegar a 107 casos en el año 2008; igual comportamiento se observa en Bogotá. Al analizar las tasas de intento se observa que Rafael Uribe maneja tasas inferiores a las Distritales a excepción del año 2008, donde fue superada la cifra distrital. (Tabla 10)

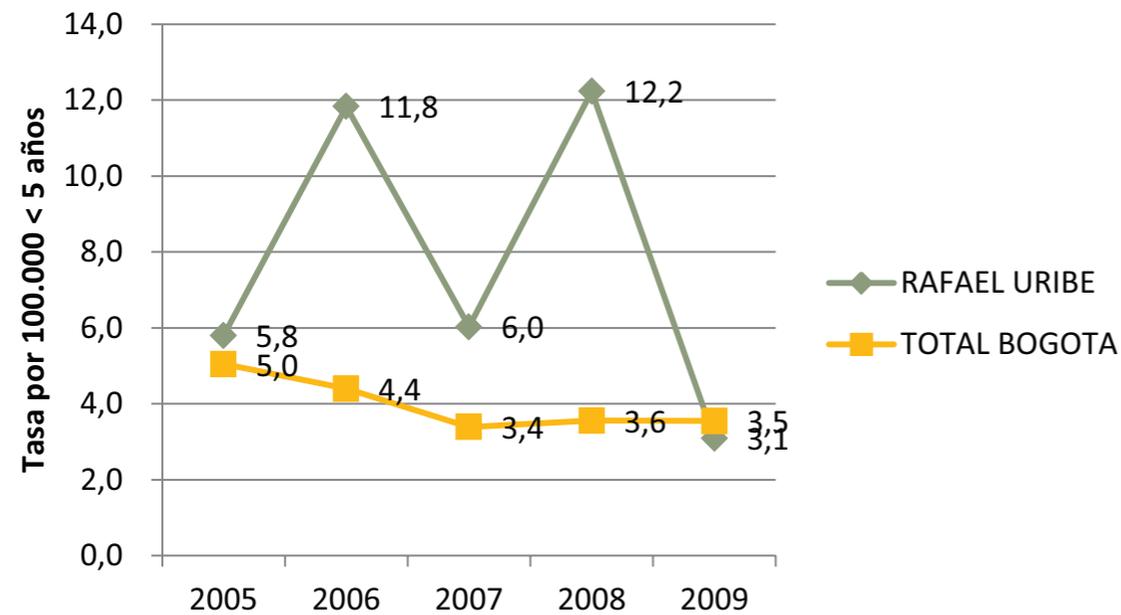
El comportamiento del suicidio consumado es un tema que cobra relevancia y que se agudiza a partir de la adolescencia, presentándose a nivel Bogotá con la tasa más alta en la etapa adolescencia-juventud. En el año 2008, en la localidad, las tasas superaron el promedio distrital, dado que en Bogotá la tasa fue de 3,5 por cada 100.000 habitantes. (Tabla 10)

• Violencia intrafamiliar

Otra de las problemáticas que afecta la salud mental de la población son las agresiones y en general la violencia intrafamiliar que es un fenómeno de ocurrencia mundial, en el cual las mujeres y los niños tienden a ser los grupos más vulnerables. Para el año 2008, al analizar las tasas por tipo de violencia, se observa que es la violencia emocional la que presenta mayor valor, con 593 casos de violencia por 100.000 habitantes; sin embargo se aclara que este comportamiento se puede dar por que este tipo de violencia es transversal a todas las agresiones.

Se observa que la negligencia y descuido se ubica en segundo lugar con 3.716,9 casos por 100.000 habitantes y la violencia física se encuentra en tercer lugar, con una tasa de 329.7 casos por 100.000 habitantes; las agresiones sexuales se presentan en mayor proporción en las mujeres, con una tasa por 100.000 habitantes de 140,3. (Gráfica 17)

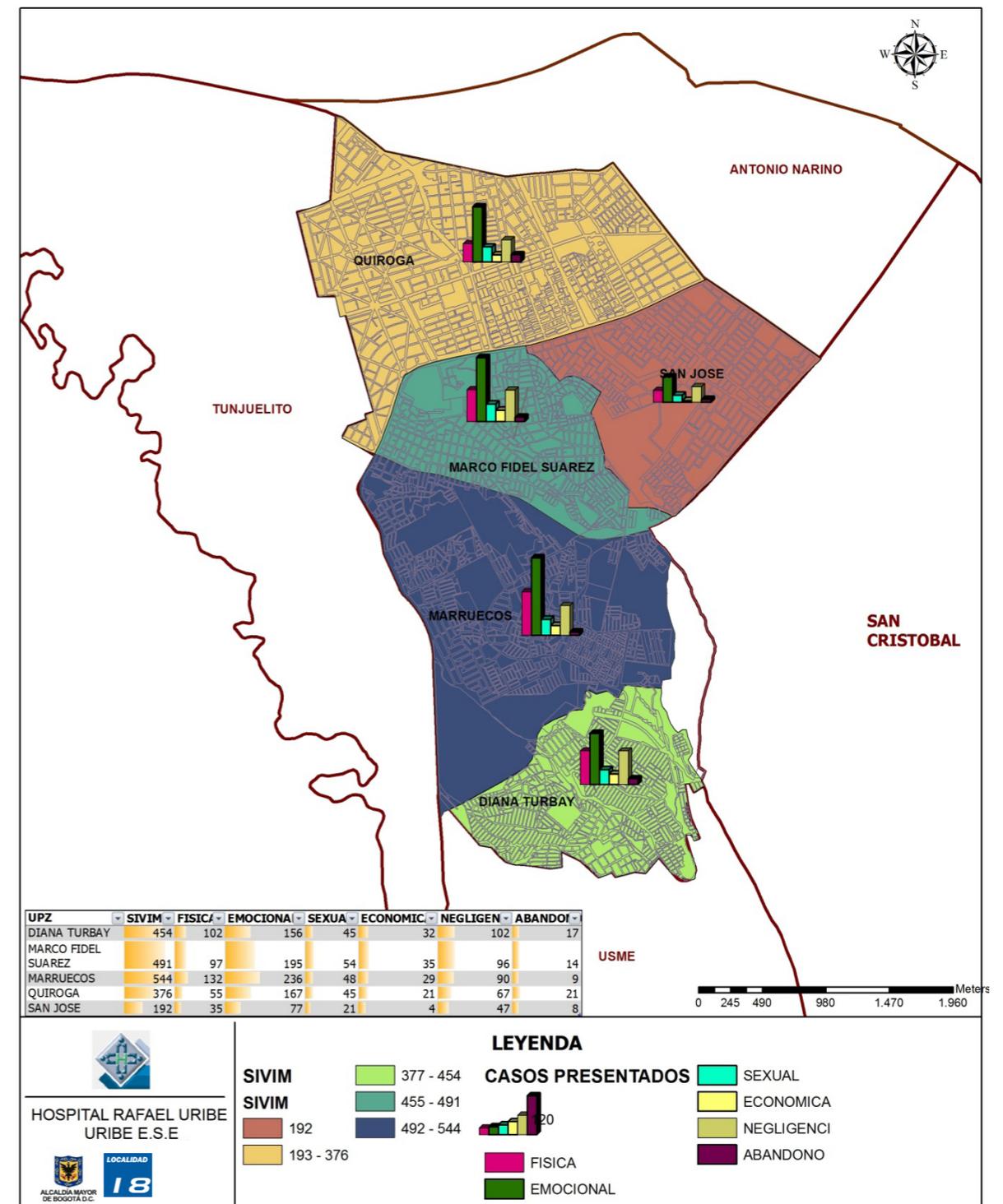
Gráfica 17. Comportamiento de la violencia intrafamiliar según tipo (tasa x 100,000 habitantes)
Localidad 18 Rafael Uribe- año 2008



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

Sobre el comportamiento de los eventos de violencia intrafamiliar por UPZ, según información distrital del programa Sivim 2009, se puede observar que el mayor número de casos los reporta la UPZ Marruecos con 577 casos, seguido de la UPZ Marco Fidel Suárez con 491 casos y en tercer lugar la UPZ Diana Turbay con 454 casos. La violencia que predomina es la de tipo emocional seguido de la violencia física. La violencia física se presenta con el mayor número de casos en su orden en la UPZ Marruecos (236 casos), UPZ Marco Fidel Suárez (195 casos) y UPZ Quiroga (167 casos) (ver mapa 9).

Mapa 9. Eventos de Violencia intrafamiliar localidad de Rafael Uribe 2009.

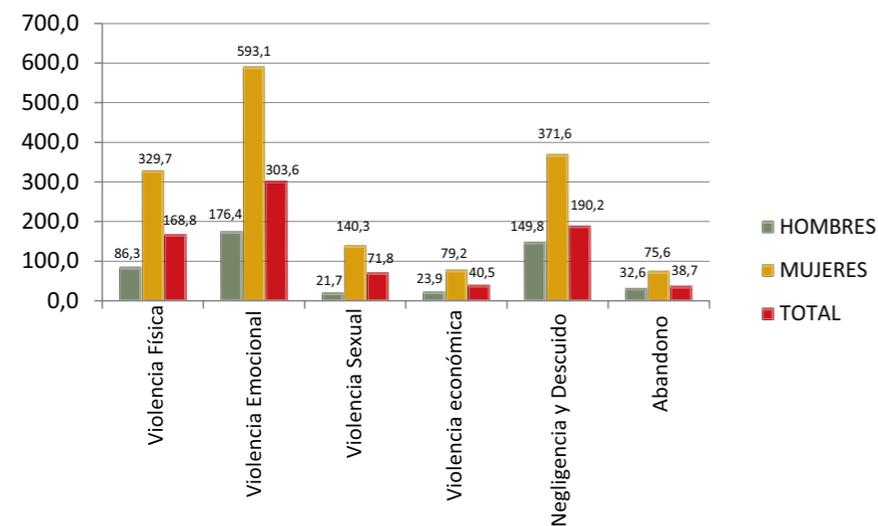


Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsistema de vigilancia en salud pública Sivim 2009.

• **Uso de Sustancias Psicoactivas**

De acuerdo con información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, sobre el uso de sustancias psicoactivas (SPA) en la población general, se puede observar una mayor frecuencia de este evento en el sexo masculino en los años 2005 a 2007, invirtiéndose esta situación para los 2 años siguientes en las mujeres. Los porcentajes más altos del uso de SPA ocurrieron durante el año 2006 en hombres y 2008 en mujeres (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Tendencia de la frecuencia en el uso de sustancias psicoactivas por sexo. Localidad Rafael Uribe 2005-2009



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Según información de la Secretaría de Salud de Bogotá, sobre las drogas de inicio en la población durante el 2008 -2009 se encuentran que las de mayor consumo en el 2008 fueron en orden de frecuencia: Para hombres, La Marihuana (cannabis), el Alcohol con mayor consumo en mujeres, el Tabaco con mayor consumo e mujeres, el Bazuco y en ultimo Inhalantes (mayor en mujeres). Para las mujeres: Alcohol, Tabaco, Marihuana (cannabis), Inhalantes y Bazuco. Al comparar esta información con el año 2009, se observa que bajo la frecuencia de consumo para bazuco en hombres, subió el consumo de tabaco en mujeres casi al doble, bajando el de marihuana y Bazuco.

1.5.2.3 Morbilidad atendida

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe por fuente Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) 2007, se encuentran las siguientes causas de morbilidad en los niños y niñas, según el servicio donde fueron atendidos por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en las UPZ San José y Marco Fidel Suárez.

En los niños menores de un año las principales causas de morbilidad por consulta externa fueron los trastornos de la acomodación y de la refracción (34%), seguido de deformidades congénitas de la cadera (25%), afectando más a las mujeres y otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores que ocupen el tercer lugar con un 10% de prevalencia afectando en mayor proporción a los niños. Las anteriores causas pueden relacionarse con situaciones ocurridas durante el embarazo y parto. En el grupo de edad de 1 a 4 años se presenta de manera adicional la helmintiasis y trastornos

de los dientes y de sus estructuras de sostén en un 5 y 4% respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años los trastornos de la acomodación y de la refracción, seguido de helmintiasis y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos ocupan los tres primeros lugares en esta población, principalmente en los niños. Los factores causales de estas enfermedades pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de higiene que producen contaminación de alimentos y del agua y son potenciales transmisores de parásitos, virus y bacterias, generando un círculo de desnutrición y otro tipo de enfermedades infectocontagiosas.

Teniendo en cuenta la información cuantitativa de las causas de morbilidad en consulta externa, en las personas mayores, se encuentra en mayor relevancia las enfermedades del sistema circulatorio, predominando en el sexo femenino y constituyendo el primer lugar; en su orden le siguen: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, enfermedades del ojo y de sus anexos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema respiratorio, con mayor relevancia en los hombres mayores de 60 años y las enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario presentando mayor incidencia en las mujeres.

En cuanto a la morbilidad en hospitalización, en primer lugar encontramos Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, con mayor relevancia en los hombres, esto da respuesta a los estudios biológicos del proceso de envejecimiento, donde se conoce que los dos sistemas que más se deterioran con este proceso; es el renal y respiratorio debido a sus hábitos y estilos de vida, no adecuados que llevaron durante el transcurso, entre otras condiciones que han determinado esta situación de salud, le sigue la neumonía, Hipertensión esencial (primaria) Dolor abdominal y pélvico, con igual incidencia tanto para hombres y mujeres mayores de 60 años y Otras enfermedades del sistema urinario, con mayor relevancia en el sexo masculino.

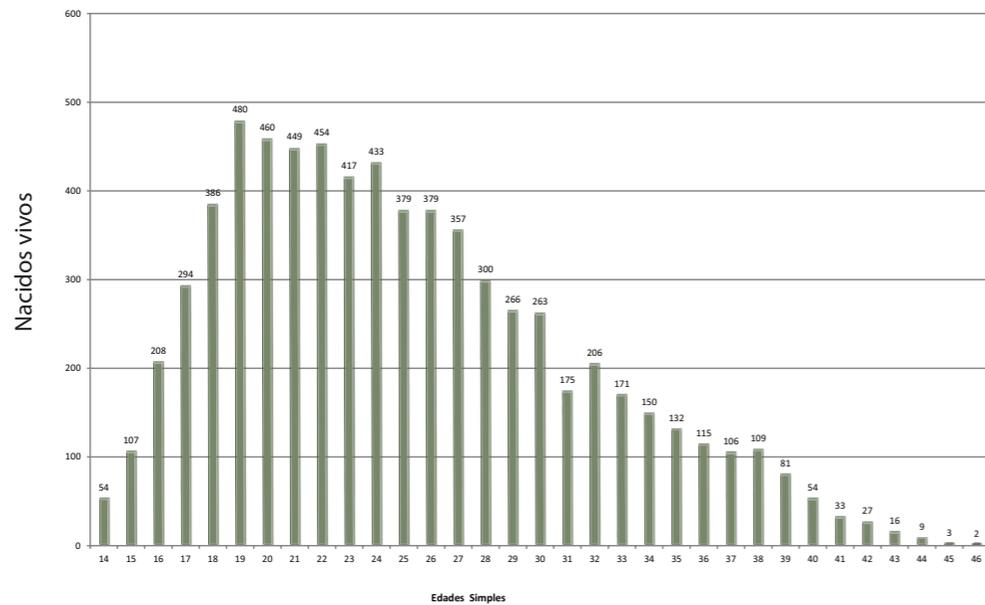
En morbilidad en el servicio de urgencias para las personas mayores, predominan otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, relevante tanto para hombres y mujeres mayores de 60 años, seguido de hipertensión esencial (primaria), bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, siendo estas más relevantes en las mujeres, dolor abdominal y pélvico; otros traumatismos de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, se hacen más relevantes en los hombres y le sigue la diabetes mellitus, diarrea y gastroenteritis, de presunto origen infeccioso; estas con mayor incidencia en las mujeres.

Teniendo en cuenta la morbilidad en consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital Rafael Uribe, se evidencia que las mujeres mayores de 60 años, de la localidad Rafael Uribe presentan mayor incidencia; se podría pensar que obedece a la predominancia del sexo femenino, el cual juega un papel muy importante o a la idea cultural que el hombre es “el sexo fuerte” y poco recurren al médico. Estas son patologías que tienen larga evolución, episodios de exacerbación frecuente y requieren constantemente servicios de atención en salud, lo cual obliga a establecer estrategias diferentes a las utilizadas en otros grupos poblacionales.

1.5.2.4 Salud Sexual y Reproductiva

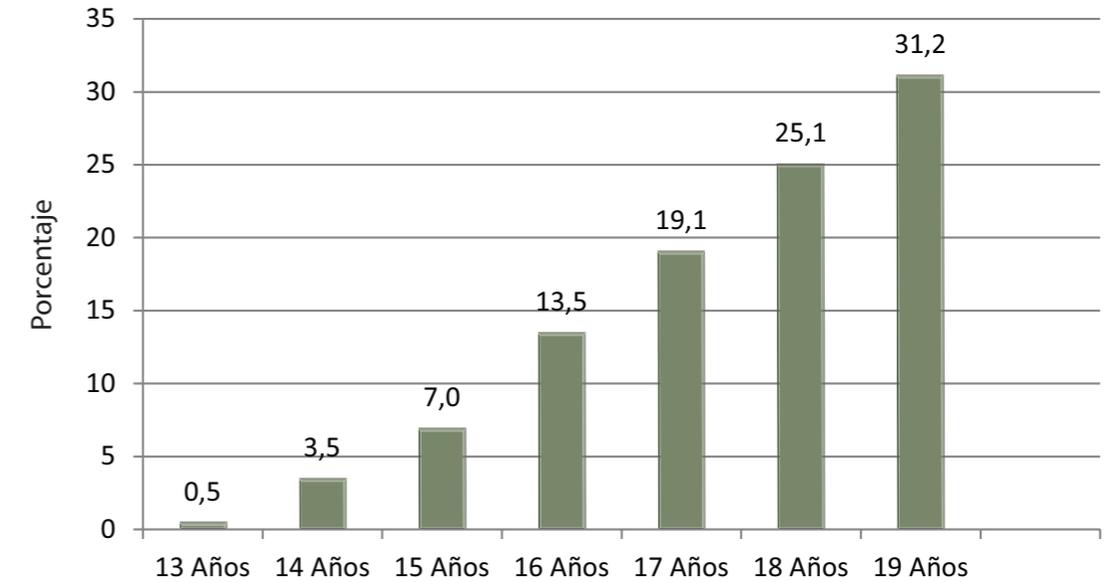
En el año 2008 se presentaron 7.095 nacimientos, equivalentes al 6,1% del total de nacimientos para Bogotá en el mismo periodo. Al analizar los nacimientos por edad de la madre se observa que las mujeres de 19 años son las que presentan el mayor número de nacimientos con 480 casos, equivalentes al 6,7%, seguidos de las mujeres de 20 años con 460 nacimientos, equivalentes al 6,4%. (Ver gráfica 19)

Gráfica 19. Nacimientos localidad por edades simples 2008



Fuente: Base de Nacido Vivo DANE - RUAF (H. El Tunal, H. Kennedy, H. Suba, H. La Samaritana, Fundación Santafé de Bogotá); datos preliminares

Gráfica 20. Nacidos vivos en madres adolescentes. Localidad de Rafael Uribe, 2008.



Fuente: Base de Nacido Vivo DANE - RUAF (H. El Tunal, H. Kennedy, H. Suba, H. La Samaritana, Fundación Santafé de Bogotá); datos preliminares

Al analizar los nacimientos por etapa de ciclo vital, se observa que son las mujeres adolescentes las que presentaron el mayor número de nacidos vivos, puesto que concentraron el 63,5% del total nacimientos, seguido del ciclo vital de adultez con el 36,5%.

Del total de nacidos de las mujeres de 19 años y menos, las mujeres de 19 años son las que concentran la mayor proporción con el 31,2% (480 nacimientos), seguidos de las mujeres de 18 y 17 años con el 25,1% y 19,1% respectivamente (ver gráfica 20).

Según información suministrada por el Programa Salud a su Casa- SASC del Ámbito Familiar, corte a 2009, de un total 839 gestantes identificadas por los equipos de SASC, se encontró que la mayor proporción mujeres en etapa de gestación se encuentra entre los 18 a 35 años con el 68%, seguido de gestantes adolescentes 15 a 18 años con el 23%; las mujeres mayores de 35 concentraron el 7% y las gestantes entre los 10 a 14 años representaron el 2%.

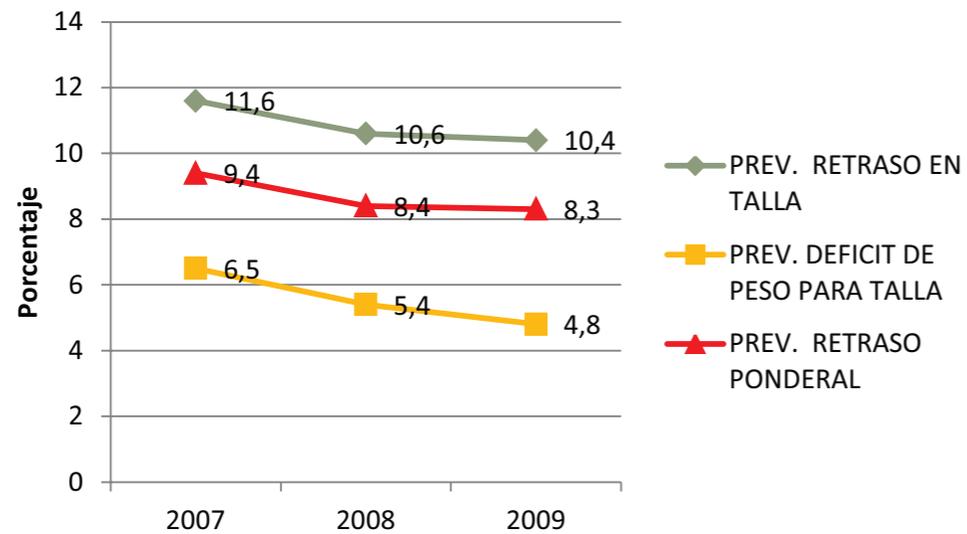
Según los resultados obtenidos por los proyectos UEL, de un total de 250 gestantes adolescentes entre los 14 y 20 años de edad, el 27% cursaban con una gestación de alto riesgo. Lo más grave de esta situación es que hasta un 18% viven en entornos de familias disfuncionales, lo que deteriora su capacidad de respuesta frente a estos riesgos. Llama la atención además que una de cada 3 de estas adolescentes perciben que tienen redes de apoyo negativas a nivel de sus familias y su entorno cercano y hasta 1 de cada 5 sienten que no tienen en quien apoyarse a ningún nivel, lo que se relaciona con el hecho de que 1 de cada 4 de esta gestantes no cuenta con redes de apoyo en sus hogares.

1.5.2.5 Análisis del Estado Nutricional

Los indicadores del estado nutricional para la población infantil menor de 10 años durante un periodo de 3 años atrás, han mantenido los porcentajes más altos para la prevalencia de retraso en talla antes desnutrición crónica, seguido de la desnutrición global o retraso ponderal; entre los menores porcentajes de prevalencia se encuentran los casos de prevalencia de déficit de peso para la talla antes desnutrición aguda. Según notificación de casos al Sisvan, se presenta un comportamiento descendente para los tres indicadores y se encuentran por debajo de las cifras distritales, a excepción del indicador déficit de peso para la talla, el cual supera la cifra de Bogotá en 0.8 puntos porcentuales (ver gráfica 21).

Al revisar el comportamiento de los indicadores del estado nutricional en menores de 10 años, en el año 2009, se puede evidenciar lo siguiente: El indicador Talla edad, reporta una prevalencia del 10,4%, con reducción de 0.3 puntos porcentuales, comparado con el año anterior; se observa por debajo del indicador distrital (12,2%). La prevalencia de desnutrición aguda bajó 0.6 puntos porcentuales, respecto del año anterior, encontrándose en 4,8%, por encima del indicador distrital del 4,0%. La prevalencia de desnutrición global bajó 5 puntos porcentuales con respecto al indicador en el año 2008; se encontró en el 8,3%, alcanzando al indicador distrital; esto puede dar cuenta del impacto de las acciones integrales de salud que se han ofrecido la población infantil en la localidad, desde el PIC, POS y sectores que la intervienen.²⁰

Gráfica 21. Comportamiento de los indicadores del estado nutricional en niños y niñas menores de 10 años. Localidad Rafael Uribe. 2007 al 2009



Fuente: Secretaría Distrital de salud: Sistema de Vigilancia alimentaria y nutricional - Sisvan

De la mano al estado nutricional de una población va la disponibilidad del consumo de los alimentos y el grado de aprovechamiento por el organismo de los mismos, el cual está determinado por múltiples factores como la edad, sexo, género, situación psicológica y social y grado de estudio. Un indicador nutricional que Sisvan tiene en cuenta por su sensibilidad de medición en la intervención y el análisis del estado nutricional de los niños y niñas menores de 10 años es el peso y la talla.

• **Indicador peso/talla**

Para el año 2008, los niños y las niñas menores de 10 años, presentaron un estado nutricional normal en un 60%, un riesgo de desnutrición en un 19%, sobrepeso en un 10% y obesidad en un 4%; estos últimos diagnósticos sugieren riesgo a futuro para adquirir enfermedades crónicas no transmisibles. La prevalencia de desnutrición aguda para el año 2008 fue del 7%, la cual, comparada con la prevalencia distrital se encuentra un 2,6% por encima. Al evaluar la edad más afectada por el bajo peso se encuentra que corresponde a los menores de 3 años (8,3%), en la cual, los antecedentes de la lactancia materna exclusiva, calidad e inicio de la dieta complementaria y enfermedades prevalentes en esta edad, son determinantes del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.

• **Estado nutricional de las gestantes**

El análisis del estado nutricional muestra que para la localidad, la prevalencia de bajo peso es del 31%, siendo las menores de 19 años quienes presentan mayor proporción de bajo peso gestacional. Se demuestra una vez más que, entre más joven sea la mujer en estado de embarazo, será más alta la incidencia de bajo peso gestacional. Esta cifra comparada con el nivel Distrital se encuentra un 3,9% por encima.

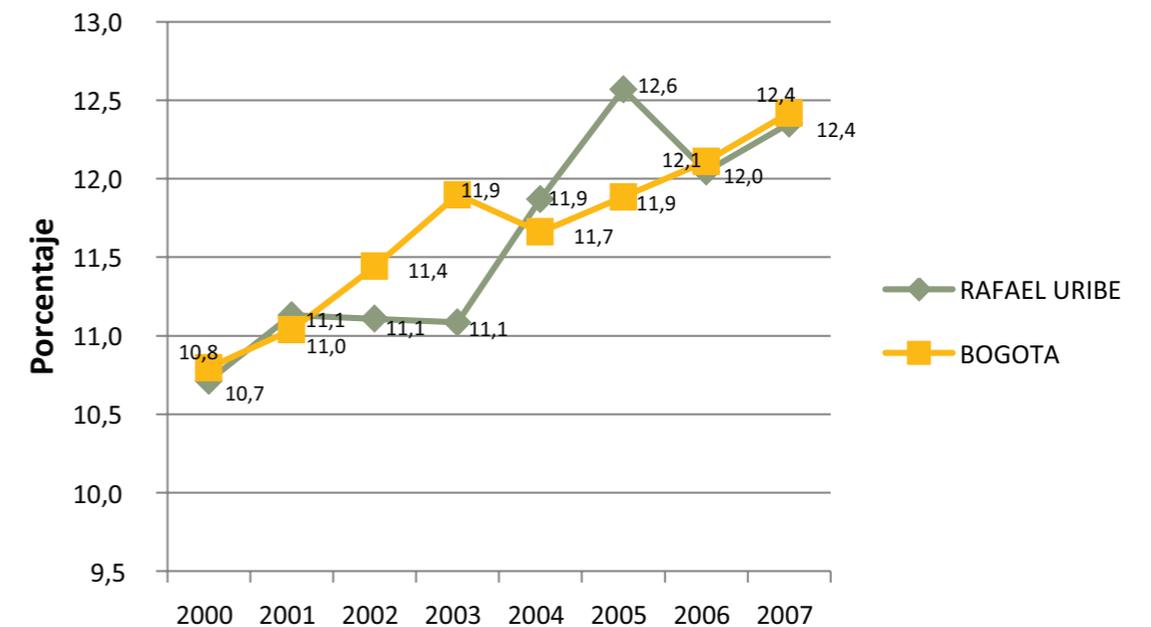
Este comportamiento encontrado en este año 2008 fue contrario al que se obtuvo retrospectivamente hace un año (2007), donde se observó que las jóvenes mayores de 19 años hasta los 26 años fueron quienes presentaron peso bajo para su edad de gestación.

Durante el año 2008, de acuerdo con el diagnóstico nutricional y el régimen de salud, se observó que de la notificación para el régimen particular tuvo el porcentaje más alto de mujeres gestantes con bajo peso (41,7%), seguido de las vinculadas y afiliadas al régimen subsidiado (34 y 32% respectivamente). Esto quizás es debido a que las usuarias del régimen particular, al asumir los gastos derivados de su atención, descuidan su alimentación por no contar con suficientes recursos para garantizar una dieta en calidad y cantidad adecuada.

En la población intervenida con acciones de investigación epidemiológica de campo (IEC), se estableció la zona crítica de pobreza acumulada de la localidad Rafael Uribe Uribe con un total de 668 IEC iniciales y 569 casos cerrados.

El comportamiento del bajo peso al nacer (menos de 2.499 g), durante la realización de los controles a los recién nacidos, permite evidenciar cambios en el estado nutricional de la población intervenida con relación a la notificación o a la visita anterior. En la gráfica No. 22 se observa en la localidad una tendencia ascendente a partir del año 2003, con descenso en el 2006 y se cruza con Bogotá en el año 2007.

Gráfica 22. Tendencia de la prevalencia del bajo peso al nacer en la localidad Rafael Uribe comparado con Bogotá



Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe: Sistema de Vigilancia alimentaria y nutricional - Sisvan

Con la información suministrada por el Sisvan Local, para el año 2010 en los menores de 10 años la mayor prevalencia de desnutrición es para la de tipo crónico, seguido de la desnutrición global y aguda.

Tabla 11. Prevalencia de desnutrición año 2010. Localidad Rafael Uribe Uribe

| MENORES DE 10 AÑOS - NOTIFICACIÓN AÑO 2010 | | | |
|--|--------------|-------------|--|
| RAFAEL URIBE | | | |
| | No | % | |
| DX | | | |
| DNT AGUDA | 973 | 4% | |
| RIESGO | 3971 | 16,40% | |
| NORMAL | 18342 | 75,70% | |
| SOBREPESO | 671 | 2,80% | |
| OBESIDAD | 257 | 1,10% | |
| TOTAL | 24214 | 100% | |
| DX | No | % | |
| DNT GLOBAL | 1918 | 8% | |
| RIESGO | 5927 | 24,50% | |
| NORMAL | 15774 | 65,10% | |
| SOBREPESO | 394 | 1,60% | |
| OBESIDAD | 201 | 0,80% | |
| TOTAL | 24214 | 100% | |
| DX | No | % | |
| DNT CRONICA | 2459 | 10% | |
| RIESGO | 6128 | 25,30% | |
| NORMAL | 15627 | 64,50% | |
| TOTAL | 24214 | 100% | |

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe: Sistema de Vigilancia alimentaria y nutricional - Sisvan

Sobre la prevalencia de la lactancia materna reportada por la aplicación de escala de vulnerabilidad aplicada a las familias caracterizadas por el programa Salud a Casa en el año 2008 se observa que es mayor de los 0 a 3 meses de edad y menos del 50% de los niños la reciben hasta los seis meses de forma exclusiva, lo que se encuentra determinado por la obligación laboral de las madres para alcanzar el cubrimiento de las necesidades básicas, es así como es indispensable ahondar en el cumplimiento de las normas en materia laboral para las mujeres lactantes (ver tabla 12).

La duración de la lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses para el año 2009 fue de 1.2 meses y para el 2010 de 1.4 meses, según información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud.

Tabla 12. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses. SASC 2008

| LM Exclusiva | Frecuencia | % |
|--------------|------------|------------|
| 0-3 meses | 243 | 54 |
| 3-6 meses | 207 | 46 |
| Total | 450 | 100 |

Fuente: Escala de vulnerabilidad SASC. 2008

2.

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

2.1 Organización Social y Productiva del Trabajo en el Territorio

2.1.1 Necesidades básicas insatisfechas (NBI)

De acuerdo con la Encuesta de calidad de vida 2007, se encontró que el 7,3% de los hogares de la localidad 18 se consideran en pobreza por NBI y el 0,3% en condiciones de miseria, datos que se encuentran un 2,6% por encima en el indicador pobreza para Bogotá. De acuerdo con los factores que determinan el NBI, 0,9% de los hogares de la localidad habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, 0,3% no cuentan con servicios públicos adecuados, 4,2% viven en condiciones de hacinamiento crítico; en 0,1% hay inasistencia escolar y en 2,4% hay condiciones de alta dependencia económica. Estos indicadores se encuentran por encima del total Distrital a excepción de la inasistencia escolar.

La evolución 2003 al 2007 ha sido favorable para el indicador de pobreza por NBI en hogares: bajó 0.2 puntos.

2.1.2 Índice de calidad de vida (ICV)

Rafael Uribe aparece ubicada como una de las más pobres de acuerdo con el ICV para el 2007, sin embargo al comparar el resultado con el 2003 registra avances que redundan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, principalmente en las variables educación promedio (ECH) en mayores de 12 años, 5 y 11 años que asisten al colegio y tamaño y composición del hogar (menos de 6 años y 4 personas por cuarto).

2.1.3 Índice desarrollo Humano Urbano (IDHU)

El IDH es un indicador propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para medir el nivel de desarrollo humano de un territorio. El IDH se basa en tres indicadores

- Longevidad, medida en función de la esperanza de vida al nacer.
- Nivel educacional, medido en función de una combinación de la tasa de alfabetización de adultos (ponderación, dos tercios) y la tasa bruta de matrícula combinada de primaria, secundaria y superior (ponderación, un tercio)
- Nivel de vida, medido por el PIB real Per cápita (PPA en dólares)
- Los resultados del informe de desarrollo Humano 2008 del PNUD, arroja indicadores para la localidad similares a los de Bogotá, a excepción de los que tienen que ver con el ingreso disponible y el índice urbano, los cuales son inferiores a los del Distrito capital (ver tabla 13).

Tabla 13. Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU) 2007. Localidad Rafael Uribe

| Localidad | Índice ingreso disponible | Índice educación | Índice sobrevivencia niños | Índice Urbano | IDHU |
|--------------|---------------------------|------------------|----------------------------|---------------|-------|
| Rafael Uribe | 0,753 | 0,844 | 0,98 | 0,36 | 0,734 |
| Bogotá | 0,891 | 0,863 | 0,985 | 0,5 | 0,81 |

Fuente: Informe desarrollo humano 2008. PNUD

En la plataforma empresarial de la localidad se evidencia que según el volumen de activos, las ramas productivas de mayor importancia son el sector Industrial, con una participación del 33,8% dentro del total de activos, seguido por el sector comercio, restaurantes y hoteles, con una participación del 20,9% y en tercer lugar el sector servicios comunitarios, sociales y personales con un 12,6%. Otros sectores cuya participación se destaca son los de transporte, almacenamiento y comunicaciones (9,8%), servicios financieros, inmobiliarios y empresariales (7%) y el sector agropecuario (5,4%). La Localidad se ubica en el nivel 2 de jerarquía por manejo de activos.

El sector informal predomina en la localidad, pues como lo señala la Secretaría de Salud, de acuerdo con los registros y la experiencia de terreno del equipo de saneamiento ambiental, se estableció que un 89,2% de las personas que trabaja en la localidad pertenece al sector informal, por lo cual carecen de seguridad social. Sin embargo, es importante resaltar las acciones en salud pública adelantadas por el área de salud ocupacional del hospital San Jorge (hoy Rafael Uribe Uribe) condujeron a que un 4,6% de la población informal se vinculara al régimen subsidiado en salud y un 6,2% al régimen contributivo.

La población en edad de trabajar (PET) para Bogotá se conforma por 5'828.578 personas, representando el 82,85% de la población total. De estas personas, 2'772.976 manifestaron haber utilizado la mayor parte de su tiempo de la semana anterior a la encuesta, trabajando; mientras que 233.787 informaron haberse dedicado a buscar trabajo, lo cual corresponde al 47,6% y 7,8% de la PET, respectivamente.

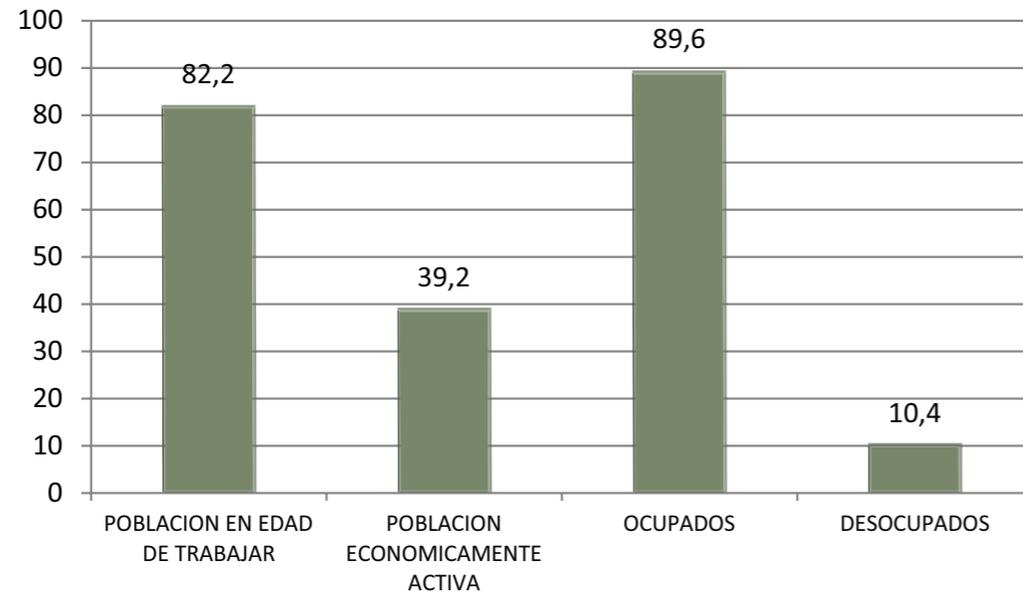
La tasa de desempleo en la localidad ascendió a 10,45% durante el año 2007, con lo cual Rafael Uribe Uribe se ubica como la segunda localidad con la mayor tasa de desempleo entre las localidades del Distrito, antecedida solamente por Kennedy. Así, aunque el desempleo constituye actualmente una problemática recurrente en todo el Distrito, adquiere mayor relevancia en la localidad por lo que es urgente la necesidad de promover alternativas que permitan atenuarlo. La tasa de ocupación de Rafael Uribe es la tercera más baja de la ciudad (42,66%) del total de la población (ver tabla 14 y gráfica 23).

Tabla 14. Indicadores de fuerza laboral 2007. Localidad Rafael Uribe

| Localidad | Población edad trabajar | Población económica-activa | Tasa global participación | Ocupados | Tasa ocupación | Desocupados | Tasa desempleo |
|--------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------|----------------|-------------|----------------|
| Rafael Uribe | 310.100 | 147.717 | 47.64 | 132286 | 42.66 | 15430 | 10.45 |
| Bogotá | 5.828.578 | 3.006.763 | 51.59 | 2.772.176 | 47.58 | 233.787 | 7.78 |

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2007

Gráfica 23. Indicadores de fuerza laboral. Localidad Rafael Uribe Uribe



Fuente: DANE-SDP Encuesta de Calidad de vida de Bogotá 2007

Los estratos que sobresalen en la localidad son el bajo con el 48,20%, estando localizado en las UPZ Marruecos con el 21,41%, Diana Turbay con el 13,44% y Marco Fidel Suárez con el 12,97%. El estrato medio bajo incorpora el 39,18%, en el Quiroga (22,64%) y San José (12,48%). En relación con el Distrito, los porcentajes para la localidad se encuentran por encima, sobre todo para estratos 2 y 3.

Las empresas comerciales son de gran importancia en la estructura empresarial de Rafael Uribe. El 25% del comercio al por menor, en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente de alimentos, se concentraron en los barrios Diana Turbay, San José, Santa Lucía, Gustavo Restrepo y Marco Fidel Suárez. El 24%, productos nuevos de consumo doméstico en los barrios Gustavo Restrepo, Palermo Sur, San José y Santa Lucía; el 14%, alimentos, bebidas y tabaco en los barrios San José, Santa Lucía y Marco Fidel Suárez y el 12%, otros nuevos productos de consumo, en los barrios Olaya, San José y Santa Lucía.

En el sector industrial de Rafael Uribe, se identificaron en el 2006, 14 subsectores que reúnen un total de 1.604 empresas. Se destacaron por su participación el 13% fabricación de prendas de vestir, preparado y teñido de pieles; el 6%, fabricación de muebles; el 4% industrias manufactureras.

2.2 Condiciones Concretas de Desarrollo de los Procesos de Trabajo y su Impacto en Salud.

De Febrero a Julio de 2008, en la localidad Rafael Uribe se intervinieron 65 unidades de trabajo informal priorizadas por el ámbito laboral del hospital ubicadas en los barrios San José, Gustavo Restrepo, Olaya y Quiroga (UPZ). En la caracterización se encontró: las actividades económicas desarrolladas por las personas fueron: fabricación de calzado, partes de calzado, fabricación artículos de viaje y producción, transformación y conservación de carne.

El total de personas que recibieron asesoría fueron 368, con predominio del género masculino en un 64%; cabe aclarar, que en la actividad de producción, transformación y conservación de carnes es notoria la participación del género femenino. Según ciclo vital, la participación de adultos

fue del (66%), jóvenes (27%) y personas mayores (5%). Predominó la actividad de fabricación de calzado y sus partes con respecto a las demás, alcanzando un 66% del total. En cuanto a los factores de riesgo priorizados para las dos actividades económicas se evidencia en primera instancia el riesgo por carga física (levantamiento y transporte de cargas que en ocasiones superan los límites máximos adecuados); en segundo lugar el riesgo mecánico (uso de cuchillos, leznas, bisturí, pulidora, quemadores, martillos, etc.) y en tercer lugar el riesgo químico (tintes, disolventes, activadores, pegantes, desengrasantes, gas natural, gas propano), con porcentajes por encima del 50%. En aspectos demográficos de los trabajadores informales un 17% tiene entre 3 y 11 hijos y un 15% tiene 3 hijos. Solo un 2% presenta alguna condición de discapacidad. Es preocupante encontrar que el 81% de las personas trabajan más de las 8 horas establecidas por día, lo que evidencia una carga laboral excesiva, sumado al hecho de que no cuentan con contrato laboral. En cuanto al nivel de ingresos mensuales se evidencia que más de la mitad de las familias, obtiene un salario mínimo. En segundo lugar, entre uno y dos salarios, en tercer lugar menos de un salario, lo cual no permite destinar dinero para actividades de recreación y pago de servicios de salud. En cuanto a condiciones de salud: el 28% son fumadores, (de uno a doce cigarrillos al día). Enfermedad profesional diagnosticada con afectación del sistema osteo-muscular el (21%) y el 80% de las personas, aducen haber sufrido algún tipo de lesión a causa de un accidente de trabajo.

Los niños y las niñas trabajadores que se identificaron, caracterizaron e intervinieron por el ámbito laboral en el primer semestre de 2008, son un total de 200, de los cuales 138 estaban escolarizados (as) y 62 desescolarizados (as); los jóvenes caracterizados fueron 24 desescolarizados y 18 escolarizados, de los cuales más de la mitad de las mujeres están entre los 5 a 10 años; 37% de 10 a 14 y 11% menores de 5 años; los hombres se distribuyen así: 90% entre 5 a 14 años y solo el 10% menores de 5 años. Sobre el lugar de residencia, el 62% pertenecen a la UPZ Diana Turbay, seguidos de la UPZ Marco Fidel Suárez, con 28% y un 7% se ubican en la UPZ Quiroga. La actividad económica principal es la venta ambulante, reciclaje y comercio de alimentos. En el análisis de condiciones salud y trabajo los principales problemas y riesgos que se observan son: el 46% residen en arriendo, en su mayoría en inquilinatos o bajo condiciones bastante precarias y de hacinamiento. Con relación a la condición de vulnerabilidad, el 54% de los niños y niñas y el 20% de los jóvenes se encuentran en explotación laboral y por largas jornadas o actividades que realizan. Sobre la forma de pago, el 58% de los niños y niñas no reciben ninguna remuneración, el 31% reciben dinero (el 80% tiene ingresos mensuales inferiores a \$ 100.000), mientras que el 12% reciben pago en especie; a diferencia de los jóvenes donde el 60% reciben dinero, 21% sin pago y 19% en especie. Los principales riesgos laborales están relacionados con exposición a polvos y humos, ruido y radiaciones ultravioleta, polvos y humos por calles destapadas, contagio por microorganismos como bacterias, virus y hongos en ocasiones por manipulación inadecuada de alimentos, manejo inadecuado de cargas, que pueden a futuro producir daños o secuelas como riego social; el principal es el robo en las zonas de trabajo. La percepción de su estado de salud es buena aunque un 15% de los niños y niñas han sufrido caídas o golpes.

Sobre la población especial, se cuenta con información del censo de discapacidad 2006 y documento de análisis de determinantes, transversalidad de trabajo 2008. De la población en condición de desplazamiento, el 48% son desempleados, 40% empleados y 12% no reportaron; según datos de SASC actualización 09/2007, el tipo de empleo predominante son trabajadores independientes y empleados; se encuentra 4% de menores trabajadores. La posición ocupacional se distribuye en independiente, trabajador familiar sin remuneración y obrero de patrón particular.

Con las personas en situación de discapacidad: trabajan más los hombres que las mujeres, quienes se dedican más a las actividades del hogar (40%). Entre el 25 y 30% de la población entre 15 a 59 años trabaja, pero el 20% está incapacitado para trabajar y no recibe pensión. La situación de las personas mayores es más preocupante; un 30% están incapacitados para trabajar y no reciben pensión y solamente 10% de los incapacitados para trabajar recibe pensión, el resto depende de

renta propia o de sus familias. La actividad económica principal es el comercio y servicios y en un menor porcentaje, industria.

2.3 Condiciones y calidad de acceso o restricción a bienes y servicios

2.3.1. Servicios públicos y vivienda

En la localidad existe buena cobertura en los servicios de acueducto, energía eléctrica, aseo y alcantarillado. Sin embargo, el gas natural alcanza un cubrimiento en promedio del 87,9%. En los 36 territorios caracterizados por SASC, las viviendas cuentan con cobertura mayor al 98% de los servicios de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y energía a excepción de los servicios de gas natural y teléfono, donde los porcentajes de cobertura se encuentran entre el 87 y 90%.

Al analizar las diferencias que existen en las coberturas de servicios públicos en la población en condición de desplazamiento caracterizada durante el año 2008, se encuentra muy por debajo del porcentaje general: entre el 54 al 58% para todos los servicios. Aun es menor para la población en situación de desplazamiento, cuyas características de vulnerabilidad son mayores: entre el 42 al 46%.

• Vivienda

En la UPZ Marco Fidel Suárez, las familias que habitan en pieza se encuentran entre el 2 y 14%, lo que fomenta el hacinamiento crítico, que alcanza un 7% en la UPZ y los riesgos de presentarse abuso sexual a menores de edad. Existe en promedio un 2% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o acumulación de agua en las paredes, techos y pisos y otro 2% con materiales inadecuados, lo cual ponen en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes.

En la UPZ Marruecos, las familias que habitan en pieza se encuentran en promedio en el 4,4%, lo que fomenta el hacinamiento crítico que alcanza un 3,5% en la UPZ. Existe en promedio un 0,8% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o acumulación de agua en las paredes, techos y pisos y 0,42% con materiales inadecuados (cerramientos en teja de zinc, alfombra, latas, laminas plástico, cartón, tela asfáltica, escombros y piso de tierra), lo cual pone en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes.

En la UPZ Diana Turbay, se presenta el mayor porcentaje de hacinamiento crítico que alcanza un 14%. Existen territorios con altos porcentajes de viviendas con materiales inadecuados (4,6% a 42,7%), lo cual pone en un riesgo mayor de presentar enfermedades a sus integrantes.

Según información de SASC con corte a agosto de 2008, se encuentra un bajo porcentaje de viviendas con cerramientos en teja de zinc, alfombra, latas, laminas plástico, cartón, tela asfáltica, escombros y piso de tierra, equivalente a los 2,2% del total caracterizadas en la localidad. Lo cual afecta principalmente a niños y niñas como personas mayores al presentar mayor prevalencia de enfermedades respiratorias.

2.3.2. Estado nutricional y seguridad alimentaria

De acuerdo con determinantes del estado nutricional contemplados en la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), se encontró:

2.3.2.1. Disponibilidad

En la localidad Rafael Uribe Uribe, en cuanto a los determinantes estructurales, se ha presentado un incremento de ventas ambulantes y del costo de los alimentos debido a la cadena de intermediarios del comercio, por la inexistencia de un centro de acopio en la localidad, sobre todo

en las UPZ Marco Fidel Suárez, Marruecos y Diana Turbay. La inadecuada cobertura del servicio de acueducto y alcantarillado, inclusive en zonas legalizadas es otra situación evidenciada. En cuanto a los determinantes intermedios, sólo existe una plaza de mercado ubicada en el Barrio Inglés, la cual no supe las necesidades de disponibilidad de alimentos ni el acceso a otras UPZ de la zona alta de la localidad. Por otra parte, la población recurre a la compra en los establecimientos más cercanos o a la venta ambulante, que no garantizan condiciones óptimas para el consumo de alimentos.

2.3.2.2. Acceso

No existen suficientes proyectos productivos que den respuesta a corto y mediano plazo a las problemáticas de las familias, pues el presupuesto destinado es mínimo y no garantiza permanencia y continuidad de las instituciones encargadas de ejecutarlos; además no se tienen presentes las iniciativas comunitarias en el momento de reformular el Plan de Desarrollo Local. De otra parte, se ha evidenciado una insuficiente oferta de programas de apoyo alimentario según la demanda de la localidad. Como determinantes intermedios, para el ciclo de infancia se beneficiaron 66.344 usuarios de las instituciones de la Secretaría de Integración Social (SDIS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y CADEL; el porcentaje de apoyo alimentario proporcionado por ICBF y SDIS y diferenciado por UPZ, contempla que el 41,7% se destina a la UPZ Diana Turbay; 22% a la UPZ Marco Fidel Suárez; 20,9% a la UPZ Marruecos; 10,8% a la UPZ Quiroga y 4,6% a la UPZ San José; siendo realmente bajo el apoyo para esta dos últimas, aún cuando se conoce que las cifras de desnutrición para las UPZ Quiroga y San José están aumentando. Para el ciclo de juventud, se han beneficiado 281 jóvenes con acciones dirigidas por IDIPRON. Para el ciclo adultez y persona mayor, esta población está inmersa en los programas que van dirigidos a la comunidad en general, tales como comedores comunitarios que cubren cerca de 6.329 usuarios como madres gestantes, niños y niñas desescolarizados, persona mayor sin bono y personas en condición de discapacidad. Para personas en condiciones especiales como discapacidad, la cobertura es 166 cupos y desplazados 200 cupos; para los niños, niñas y jóvenes entre 6 a 17 años con discapacidad cognitiva moderada y grave, se ofrece atención en el Centro Crecer de Rafael Uribe, a donde asisten 30 niños; al Centro Crecer de Molinos asisten 36 niños, siendo insuficiente la cobertura para la demanda existente. En los determinantes particulares, la falta de dinero es un limitante del acceso a los alimentos en la población de la localidad; existe un 9% de las familias que deja de consumir alguna de las comidas por falta de dinero y hasta un 6% de las familias que restringen la alimentación a los niños menores de 5 años. En las familias desplazadas según Salud a su Hogar el 40,1% de las familias dejó de consumir alimentos, el 39,9% redujo la cantidad de alimentos y al 36% le faltó dinero para comprar alimentos.

2.3.2.3. Consumo

Los determinantes estructurales que afectan el consumo son los relacionados con la unificación de criterios institucionales sobre lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación saludable, que generan confusión en los usuarios. Para los determinantes intermedios, las intervenciones de educación y promoción no logran la participación por falta de compromiso de la comunidad y de profesionales que no logran implementar estrategias que despierten interés y permanencia en los grupos. Para el ciclo de infancia, se logró para el 2008, brindar información a 6.039 cuidadores de niños menores de 5 años en temas como lactancia materna, prevención de la desnutrición, importancia de la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo, prácticas de higiene y seguridad alimentaria. A 1.274 gestantes se les ha brindado educación sobre alimentación, cuidados durante la gestación, importancia del control prenatal, toma de suplementos nutricionales durante la gestación, lactancia materna y alimentación complementaria a través del Programa Salud a su Casa. Por otro lado, se realizaron en el año 2008, actividades educativas en colegios y a nivel familiar, para el fortalecimiento de patrones de consumo alimentario saludables. 2.946 personas capacitadas, de las cuales 2.250 son padres de familia, 262 padres de familia y docentes y

165 niños capacitados en las aulas de clase. Para el ciclo de juventud, adultos y personas mayores, se trabajó con 13 comedores comunitarios de la localidad: Resurrección, Granjas de San Pablo, Triunfo, La Paz, Govarova, Colinas, Danubio Sur, Lanceros, Chircales, Luis López de Mesa, Puerto Rico, Providencia Alta y Esperanza Baja, en donde participaron 416 niños, 212 jóvenes, 162 adultos y 50 adultos mayores en temas relacionados con la alimentación. En los determinantes particulares, según notificación de Sisvan en el año 2008, de 181 niños y niñas menores de 1 año, 129 menores fueron alimentados con lactancia materna exclusiva lo que equivalente al 71,2%. En los niños y niñas mayores de 6 meses y menores de 2 años, de 141 mujeres visitadas, solo el 12% brindaron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, el 12% no continuaron la práctica de lactancia materna exclusiva, 38,3% continuaron con lactancia materna y alimentación complementaria y 37,6% la suspendieron. Para el año 2007, en niños y niñas menores de 6 meses, la lactancia materna exclusiva fue de 42%, para niños de 6 a 24 meses 27,1%, sin continuidad de lactancia materna en esta edad. Las UPZ donde se evidenció menor lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses fueron Diana Turbay con 22%, Quiroga con 39,7%, San José con 46,6%, Marco Fidel con 50,9% y Marruecos con 52,3%. La lactancia complementaria sigue siendo más baja en Diana Turbay con 11,1%, seguida de Quiroga con 23,7%, Marco Fidel con 32,7%, Marruecos 34,3%; la situación mejoró especialmente en San José, donde aumentó a 70,7%.

2.3.2.4. Aprovechamiento biológico

En los determinantes estructurales, se identificó la falta de acceso a servicios públicos en algunas zonas de la localidad, especialmente agua potable y alcantarillado, situaciones que afectan el estado de salud de los habitantes llevando a intoxicaciones alimentarias y enfermedades infecciosas por vectores, entre otros. Por otra parte, los programas de suplementación con micronutrientes es bastante limitada ya que se restringe por canalización insuficiente de recursos desde la Secretaría de Salud y no es posible dar cobertura sino a limitados colegios y jardines. En los determinantes intermedios, la inadecuada disposición de residuos predispone a la presencia de roedores, plagas y perros callejeros, influyendo en la disponibilidad y aprovechamiento de los nutrientes. En los determinantes particulares, existe problema de hacinamiento en los hogares de la localidad; 11% de los hogares tiene de más de 6 miembros, superando en 2% la proporción de Bogotá. El indicador número de hogares en cada vivienda muestra que la UPZ Marco Fidel Suárez registra un promedio superior a 2, de 2.23 hogares en cada vivienda, en contraste con las demás UPZ, en las cuales este indicador registra entre 1 y 2 hogares/vivienda.

2.3.3 Educación

De acuerdo con el sistema de matrícula de la Secretaría de Educación Distrital (SED) 2008, en el sector oficial se encuentran matriculados un 52,9% de mujeres y 47,1% de hombres. De estos, 36.044 cuentan con SISBEN, entre los cuales, la mayoría se ubican en estratos 1 y 2; 41.338 se encuentran sin SISBEN. En cuanto al nivel de escolaridad se distribuye así: 6.87% en preescolar, 41,9% en primaria, 36,7% en secundaria y 14,4 en media. Se encuentran 1.745 personas víctimas de conflicto, de los cuales, el 86,7% está en situación de desplazamiento, el 10,5% desvinculados de grupos armados y el 2,6% son hijos de adultos desmovilizados. En el sector privado se encuentran matriculados 28.300 alumnos, de los cuales cursan 18% preescolar, 39,9% primaria, 29% secundaria y 12,9% media. Entre los años 2004 y 2008 la tasa de cobertura educativa bruta se comportó de forma ascendente, a excepción del 2008 que bajó 0.9 puntos, quedando en 115,2, siendo mayor a la de Bogotá.

Según resultados de la Encuesta de Calidad de Vida de 2007, el promedio de grados de educación de la población de Bogotá, de 20 a 34 años de edad, que constituye el grupo más escolarizado, es de 11,9; la localidad Rafael Uribe Uribe se ubica por debajo de este promedio, como lo muestra la tabla 15.

Tabla 15. Grados promedio de educación cursada Rafael Uribe comparado con Bogotá. 2007

| Localidad | 20 a 34 años | 35 y más años |
|--------------|--------------|---------------|
| Rafael Uribe | 10,2 | 7.1 |
| Bogotá | 11,9 | 9.7 |

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

Al analizar la asistencia de la población en edad escolar en la localidad, se observa que solo el 6,4% de la población entre 5 y 17 años no se encuentra matriculado en alguna institución educativa de la localidad. Este comportamiento es similar al de Bogotá (ver tabla 16).

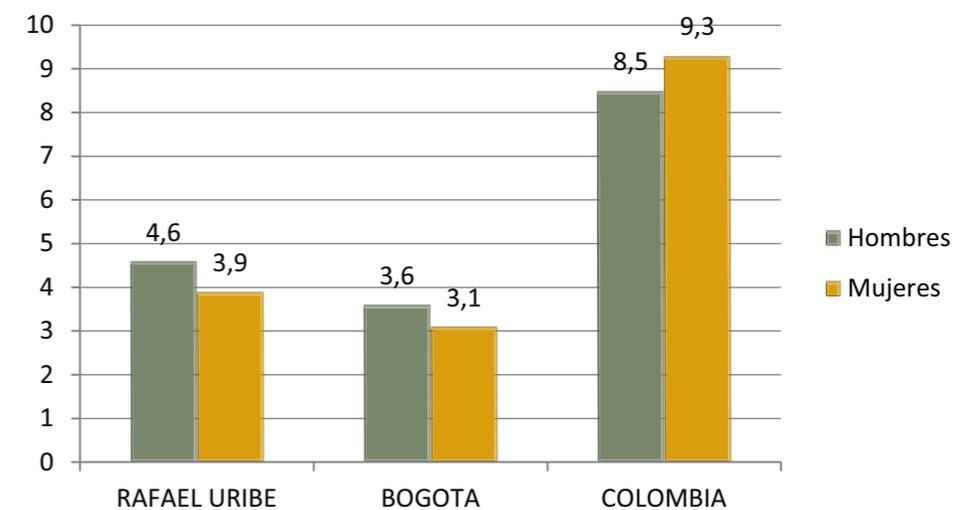
Tabla 16. Población en edad escolar, asistencia e inasistencia localidad Rafael Uribe comparado con Bogotá 2007

| Localidades | Población en Edad Escolar | Asistentes entre 5 y 17 años | No Asisten entre 5 y 17 años | % sobre Población en Edad Escolar |
|--------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Total Bogotá | 1.625.131 | 1.523.580 | 101.551 | 6,3 |
| Rafael Uribe | 94.902 | 89.600 | 5.302 | 6,4 |

Fuente: DANE-DAPD. Encuesta de calidad de vida Bogotá 2003. DANE-SDP. Encuesta de calidad de vida Bogotá 2007
Cálculos: Dirección de Planeación. Secretaría de Educación del Distrito

Rafael Uribe presenta una tasa de analfabetismo de 4,2%, cifra que se encuentra por encima de la tasa para Bogotá que es de 3,4%; el análisis desagregado por sexo para la localidad, evidencia que el analfabetismo es mayor en hombres (4,6%) que en mujeres (3,9%); con respecto al país, las cifras se encuentran por debajo.

Gráfica 24. Tasa de analfabetismo Localidad Rafael Uribe Uribe 2005



Fuente: DANE Censo general 2005. Cálculos SDP-SIEE-DICE

2.3.4 Movilidad

Las vías vehiculares, ciclo rutas y pasos peatonales son parte del espacio público. El sistema vial de Rafael Uribe Uribe, está compuesto por la Avenida Caracas, la carrera Décima y la Avenida Primero de Mayo, que sirven de columna vertebral para todas las ramas viales de la localidad, otras vías de gran importancia local son las calles 27 sur, 36 sur, 44 sur, la vía a Usme y la carrera 24. Se puede afirmar que el servicio de transporte público cubre efectivamente la localidad. En la Avenida 27 y la calle 22 sur o Avenida Primero de Mayo, es frecuente encontrar congestión debido a la confluencia de vehículos públicos, particulares y de tráfico pesado. En la Tabla 17 se presenta la dinámica de usos del suelo entre 1994 y 2007.

Tabla 17. Infraestructura Vial 1994-2007

| | |
|------------------------------|---|
| Agenda ambiental 1994 | <p>La Agenda Ambiental refiere 22 km de calzada de vías principales, las mismas actuales; 20,1 km de vías secundarias y 179,8 km de vías conectoras o locales.</p> <p>En la parte alta de la localidad en 1994 se presentaba una situación crítica con relación a la inexistencia o mal estado de las vías de acceso y de comunicación entre los barrios.</p> |
| 2007 | <p>La infraestructura vial existente en Rafael Uribe Uribe representa el 5,34% de la malla vial de la ciudad, que equivale a 772 kilómetros carril de vía.</p> |

Existen dos elementos importantes para destacar: la legalización paulatina de barrios ha facilitado la construcción de vías en las partes altas, ello ha mejorado el transporte local. El segundo elemento es la entrada en funcionamiento del sistema Transmilenio por la Avenida Caracas y sus rutas alimentadoras. Sin embargo se mantiene la necesidad de hacer mantenimiento de buena calidad a las vías secundarias ya que se encuentran deterioradas hace años.

Así mismo, la comunidad manifiesta problemas de movilidad por falta de transporte público en los barrios como Cerros de Oriente, Arboleda Sur, la Paz y Marco Fidel Suárez. Según SASC, el Sistema vial y de transporte de la localidad posee vías que se encuentran sin pavimentar, con pendiente y sin andenes en su mayoría. Las vías principales se encuentran pavimentadas. Existen algunos barrios que no cuentan con sistema formal de buses, busetas y colectivos.

Según el POT algunos parques se han destinado para usos temporales como mercados, ferias y eventos deportivos, culturales y recreativos. La localidad hace parte de del sistema de ciclorrutas en la ronda del parque San Carlos, en la ronda del Canal de la Albina y en la Avenida Mariscal Sucre.²¹

En la localidad encontramos como vías principales la carrera 10ª, la Avenida Caracas, la carrera 24 y varias vías secundarias; sin embargo en algunos barrios existen vías sin pavimentar y en algunos casos, callejones y caminos de herradura.

2.3.5 Recreación y cultura

En una ciudad tan grande y densa como Bogotá, su estructura ecológica, sus zonas verdes y sus parques barriales y metropolitanos se convierten en escenarios muy importantes, ya que son espacios muy importantes que le permiten al habitante reencontrarse con su entorno natural, permitiéndole cambiar la concepción de lo urbano como sinónimo de contaminación. En Rafael Uribe los parques zonales cuentan con mobiliario urbano, canchas deportivas, zonas de juegos infantiles, espacios verdes arborizados y senderos peatonales.

21 Agenda Ambiental localidad Rafael Uribe 2009.

Desde las mesas de trabajo realizadas en la localidad con niñas y niños, se ha encontrado que no cuentan con espacios físicos adecuados y sólo practican la actividad física que se les brindan en las instituciones educativas. No tienen acceso a los clubes deportivos por falta de recursos económicos o por escasos cupos de ingreso.

En los jóvenes una de las situaciones presentada es la inactividad, relacionada con el uso de juegos electrónicos. Faltan en los parques adecuaciones, para la práctica de deportes extremos. De otro lado, la ubicación de pandillas en los parques impide la práctica deportiva por temor a enfrentamientos, destacándose la violencia como uno de las problemáticas más frecuentes.

Una parte del Espacio Público corresponde a las áreas de parque de la localidad. Es necesario aclarar que, en las cuentas oficiales de malla verde de la localidad sólo se contabiliza la que se encuentra en espacios públicos de uso público en el área urbana.

En la localidad hay dos parques Metropolitanos, Bosque de San Carlos y Santa Lucía. Parques zonales: Diana Turbay, Los Molinos, Molinos II y Quiroga.

Incluyendo los “parques de bolsillo” o de barrio, actualmente hay 251 parques que ofrecen 110,4 ha de zona verde y que corresponden a 2,9 m² de parque y zona verde por habitante, muy inferior al promedio de Bogotá que está en 4,73 m² y aún más lejos de la recomendación de Naciones Unidas de 10 m²/ha en áreas urbanas (Ver tabla 18).

Tabla 18. Parques y zonas verdes por UPZ/ha localidad Rafael Uribe Uribe

| UPZ | Número | Área total ha |
|--------------------|------------|---------------|
| San José | 45 | 35.9 |
| Quiroga | 76 | 20.4 |
| Marco Fidel Suárez | 25 | 18.4 |
| Marruecos | 65 | 18.3 |
| Diana Turbay | 40 | 17.1 |
| Total | 251 | 110.4 |

Fuente. IDRD, DAPD 2004

Principales parques zonas verdes:

- Bosque de San Carlos: Parque de orden Metropolitano situado en la Calle 27 sur con carrera 13 A hasta la 12 B bis. Es declarado patrimonio ecológico de la ciudad mediante la aprobación del Acuerdo 050 de Noviembre 7 de 1997. El bosque contaba con 10,8 hectáreas (de las iniciales 44,5 hectáreas) y aproximadamente 18.000 árboles de acacias, eucaliptos y pinos.
- Cerro Guacamayas: Es el límite natural con la localidad de San Cristóbal. Este espacio de reserva natural ha sido invadido en su ladera, por un proceso desordenado e ilegal de urbanización que ha deteriorado el ambiente natural.
- Parque Diana Turbay: Parque zonal en la carrera primera A este calle 48 R sur. Se encuentra ubicado en una colina del barrio y tiene una extensión de 4 ha aproximadamente.
- Parque Entre Nubes: En 1989, fue presentado a la administración distrital y al Concejo un plan que incluía dentro de las propuestas la creación de un parque de carácter zonal que

estaría ubicado en el área, circundado por los barrios Juan Rey, La Belleza, Libertadores, República del Canadá, Antioquia, Santa Rita, Canadá, Güira y El Triunfo, con una extensión de ochenta hectáreas. Esta reserva natural hace parte del páramo de Sumapaz y en su interior se encuentran el Cerro de Guacamayas, Juan Rey y la Cuchilla Gavilán.

- Quebrada La Chiguaza: Nace en el cerro de Zuque, Páramo de la Tempestad. Esta quebrada alimentaba una pequeña laguna ubicada en lo que hoy se conoce como el barrio Molinos II.

3.

3. PROFUNDIZACION DEL ANALISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

Cabe aclarar que para efectuar el proceso de división territorial de la información en algunos casos, principalmente en materia de condiciones ambientales, riesgos, etc. se adecuó la información disponible por UPZ en el territorio respectivo, lo cual se constituye un sesgo para los Territorios Colinas y Samoré ya que existen barrios que comparten UPZ en los territorios.

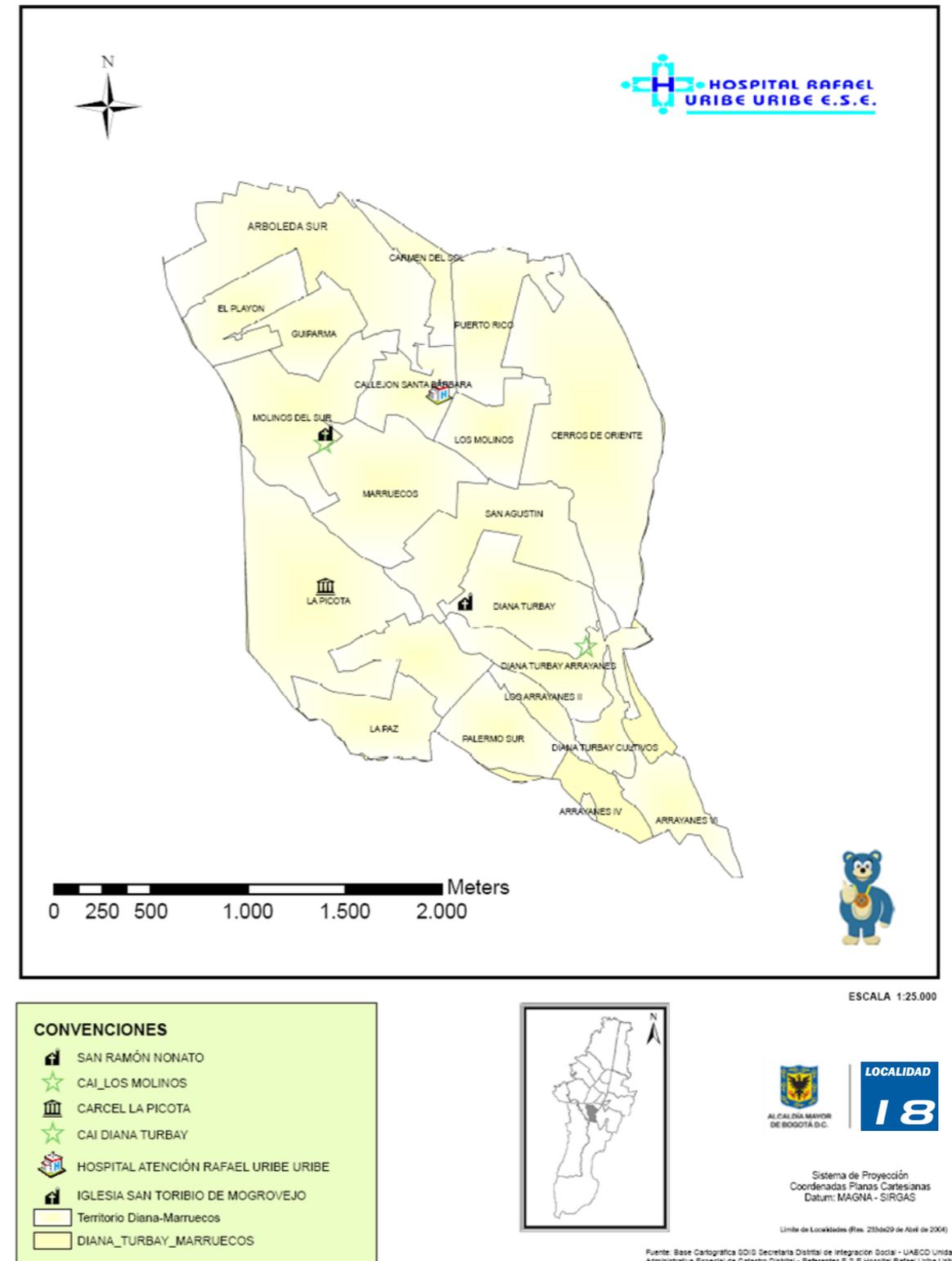
A continuación se presenta en primer lugar la descripción de los Territorios sociales desde lo geográfico, ecológico y medioambiental, seguido del abordaje por cada etapa de ciclo: infancia, juventud, adultez y vejez y envejecimiento, de aspectos que tienen que ver con: consecuencias de la interrelación territorio-población, en sus manifestaciones, económico, productivo, cultural y ambiental; expresiones de la relación territorio población, donde se visibilizan las expresiones individuales en la etapa de ciclo vital que han generado daños a la salud, por condición o situación, (expresados en enfermedades y/o traumas) y sus consecuencias; por último, los núcleos problemáticos priorizados por etapas desde el análisis de la determinación social, los cuales serán insumo para el análisis de respuestas integrales.

3.1. Territorio 1801 Diana-Marruecos

Está conformado por 114 Barrios²² pertenecientes a las UPZ Diana Turbay y Marruecos, a excepción de los barrios La Esperanza y El Socorro pertenecientes al territorio Samoré (UPZ Marruecos), con población predominante de estratos 1 Y 2.

Los barrios que integran el Territorio 1801 son: La Fiscala Norte, Playón la Playita III, Cerros de Oriente, San Cayetano, Esperanza, Nueva Esperanza, Danubio del Sur, San Martín (Villa Neiza), Arrayanes III, IV y V, Palermo Sur, la Serranía sector cultivos, Callejón de Santa Bárbara III etapa, Mirador de Barroco, La Carolina, Villa Gladys II, Nuevo Pensilvania Sur, Villa Esperanza, Los Chircales, Los Molinos I Sector, Antonio Morales II, Antonio Morales Galvis, Urbanización Hacienda los Molinos, Puerto Rico, Mirador II, Bosques de la Hacienda, Villa Morales, Príncipe de Bochica, Puerto Rico, Cerros de Oriente, el Rosal, Marruecos II sector, Marruecos, Callejón de Santa Bárbara Suroriental, el Pensil, Arboleda Sur, Zarazota I, Molinos del Sur, el Bosque de los Molinos, Buenos Aires, la Esperanza, Parcela la Fiscala, la Picota Oriental, el Portal, la Paz (el Cebadal), la Reconquista, la Reconquista (Villa Esther), Diana Turbay S.C., San Agustín, Palermo Sur el Triángulo, Palermo Sur, Oswaldo Gómez, Palermo Sur, San Marcos, la Marquesa, Palermo Sur los Arrayanes, Palermo Sur Santa Fonseca, los Arrayanes II, los Puentes, Palermo Sur, Brisas, Villa del Sol, la Providencia Media, Macondo II, Villa Gladys, la Providencia, Villa Carolina, el Consuelo S.C., Arboleda Sur, el Cerrito, la Esperanza Alta, el Playón, la Arboleda II, Arboleda sur, la Merced Sur, la Merced Sur, San Ignacio, Providencia Alta, San Félix, Avenida Caracas II, Govaroba, Govaroba II, San Miguel, Rincón de los Molinos, Mirador los Molinos II Sector, el Mirador, el Mirador Sector Molinos del Sur, los Molinos Parcelación 80 y 81, Callejón de Santa Bárbara II, Callejón de Santa Bárbara Sur, el Consuelo, Playón la Playita Villas del Recuerdo, Arboleda Sur, Macondo el Carmen, Avenida Caracas, Guiparma, Urbanización Guiparma, Urbanización Madrid, el Mirador Sur I y II, Hacienda los Molinos, los Molinos II Sector, Bosques de San José, Marruecos, San Agustín, Molinos del Sur, la Picota, San Agustín II Sector, Nueva Silvanía Sur, el Portal II Sector, la Paz, Diana Turbay, San Agustín, Diana Turbay Cultivos, Diana Turbay Arrayanes, Palermo Sur las Brisas, Mirador de Marrocos, Molinos del Sur, Puente de San Bernardo, Villas del Recuerdo, la Paz (el Cebadal), Palermo Sur Sana Fonseca, Serranía Sector Cultivos (ver mapa 10).

Mapa 10. Territorio Diana Marruecos



3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

La delimitación del territorio se describe a continuación:

Por el Norte: Barrio La Resurrección; por el Sur: Localidad de Usme; por el Este: Localidad San Cristóbal y por el Oeste: Localidad de Tunjuelito.

El territorio Diana - Marruecos corresponde a la zona alta de la localidad, cuya urbanización ha sido predominantemente desarrollada desde la segunda mitad del siglo XX y en varios casos por loteo y venta pirata de lotes e invasiones con construcción ilegal de viviendas con grandes dificultades para obtener la prestación de servicios públicos básicos. Para 1979, Alfredo Guerrero Estrada, uno de los mayores urbanizadores ilegales del sur de Bogotá, promovió la creación del barrio Diana Turbay, ubicado en la parte media y alta. Entre 1988 y 1999 surgieron treinta nuevos asentamientos subnormales adicionales a los ya existentes, lo que aumentó las deficiencias de infraestructura y servicios que caracterizan esta zona²³.

En los últimos 10 años fueron legalizados la mayoría de barrios ilegales; por ello, en la actualidad sólo hay en proceso de legalización en el territorio cuatro barrios: Puentes de San Bernardo, Rincón del Zea, Esperanza Alta y Serranía.

Este territorio es catalogado por el Plan De Ordenamiento Territorial como zona “residencial de urbanización incompleta²⁴, conformada por áreas de la periferia de la ciudad en las que se localizan barrios de origen informal que presentan deficiencias en infraestructura de servicios públicos, accesibilidad, equipamientos y espacio público.”²⁵; es un sector con tendencia a la densificación no planificada y al cambio de usos del suelo, predominantemente residencial con presencia de familias de estratos socio- económicos 1 y 2.

Según el Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD) para en el año 2003, se tenían casi 7 personas en promedio por vivienda; incluso hay sectores del territorio donde se supera este promedio de hogar por vivienda, por la gran cantidad de inquilinatos existentes en barrios como Marruecos. Según los datos del Censo 2005 la mitad de las familias del territorio residen en apartamentos, situación similar al promedio de la ciudad; la tercera parte en casas, por debajo del promedio de la ciudad y 15% en cuartos, por encima del promedio de la ciudad. Estos datos sobre el promedio de personas por hogar implican hacinamiento, especialmente para las familias que viven en cuartos, además de que la mayoría de éstas deben utilizar el mismo espacio para cocina, situación que implica riesgos en la convivencia de niños, niñas y adultos y de accidentes especialmente para los niños.

El área de actividad que predomina es la residencial; sin embargo se puede observar en algunas estructuras actividad económica; las viviendas pueden albergar dentro de su propia estructura arquitectónica usos de comercio y servicios clasificados como actividad económica limitada (comercio y servicios profesionales de escala vecinal, entre las cuales se encuentran peluquerías, panaderías, misceláneas, etc.²⁶). Diana Marruecos ocupa el último lugar a nivel local en cuanto a conglomerado empresarial se refiere; sin embargo en el barrio Diana Turbay se presenta la mayor concentración empresarial.²⁷

A nivel de accesibilidad, en la localidad Rafael Uribe Uribe existen muchas barreras que impiden el desplazamiento de las personas en condición de discapacidad situación que se evidencia en el **barrio Govaroba**.²⁸

23 Presentación UAT Territorio Molinos, Diciembre 2 de 2008: Elaborada por la Secretaría Técnica CLOPS – UAT.

24 DAPD, PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL, Decreto No. 619 del 2.000, Título V, Capítulo 2, página 296, Bogotá D.C.

25 Ibid. Pág. 295

26 Perfil Económico y Empresarial: Localidad Rafael Uribe Uribe; Cámara de Comercio De Bogotá, 2007

27 Ibid., Pág. 41 - 43

28 Informe Transversalidad Discapacidad, ámbito IPS. Hospital Rafael Uribe 2009

Los barrios donde se han observado barreras arquitectónicas se encuentran en los territorios de la zona alta como en Diana Marruecos; en estos barrios las construcciones se realizan siguiendo la forma de las montañas y dificultan el tránsito de personas con alguna discapacidad o en este caso de avanzada edad, pues los pisos no son uniformes o se constituyen en escaleras, los cuales impiden desde la movilidad de las personas hasta el ingreso de vehículos de salud o rescate.

En el territorio Diana Turbay - Marruecos habita un total aproximado de 162.886 personas con distribución del 49% para el sexo masculino y 51% del sexo femenino. El total de habitantes de este territorio representa el 43% del total de la población de la localidad. La etapa de ciclo adultez es la más representativa (45%), seguido de la etapa juventud (29%), infancia (20%) y por último persona mayor (6%).²⁹ En este territorio se encuentra evidenciada una de las mayores densidades poblacionales junto con el territorio Colinas, donde la distribución de viviendas en los barrios es altamente confinada y el hacinamiento interno es evidente, ubicando a la Localidad Rafael Uribe como una de las de mayor densidad poblacional en el Distrito.

En este territorio se ubican las zonas más apartadas de la localidad; está atravesado por la Quebrada Chiguaza, cuerpo de agua contaminado que recoge las aguas negras de barrios como Diana Turbay, Villa Ester, Reconquista, Serranía, Palermo Sur y Zona de los Puentes; por recibir afluentes de la localidad San Cristóbal y la utilización de sustancias químicas provenientes de la industria formal e informal se incrementa la contaminación a este cuerpo de agua y al Canal del Río Seco. Los desbordamientos de la quebrada la Chiguaza causan inundaciones en los barrios Molinos II y Los Puentes

Se han identificado problemas por residuos sólidos y proliferación de caninos callejeros a lo largo y ancho del territorio; asociado a la cultura de poseer animales de compañía, no solo como mascotas sino también con fines de explotación (cerdos, bovinos y equinos). La convivencia con animales en las familias en condición de desplazamiento se presentó en el 19%, en situación de desplazamiento fue del 28%, mientras que para las familias sin ninguna condición especial fue mayor del 34%³⁰; estas situaciones tienen como consecuencia la presencia de eventos de notificación obligatoria en fase de eliminación, como es la exposición rábica, el cual después de verificar el reporte en el Territorio según base del Sivigila local año 2008, se observa que para la etapa persona mayor ocupa el primer lugar, para las etapas juventud y adultez el segundo puesto en notificación y para la etapa infancia el segundo lugar en incidencia. Un determinante singular que se evidencia como factor que afecta esta situación es la no divulgación masiva de las normas en materia de tenencia de mascotas, como es el código de policía y su cumplimiento; a nivel particular los recursos limitados para la atención y seguimiento a las agresiones por animales mordedores, así como bajas coberturas en educación con respecto a la tenencia de mascotas y control de natalidad animal (esterilización canina y felina).

Otro factor determinante adicional a las condiciones de pobreza son los riesgos ambientales como deslizamientos en puntos críticos ubicados en el territorio (Rincón del Valle, Nueva Esperanza, Rincón del Zea, El Valle, San Ignacio, Palermo, la Paz, la Torre, Buenos Aires), pues tradicionalmente el territorio ha recibido migración de personas en condición de desplazamiento forzado que llegan a las zonas periféricas y construyen, sin importar los peligros que allí se encuentran.

El comercio informal de alimentos es constante al no tener la localidad una plaza de mercado oficial en condiciones adecuadas de funcionamiento.

Los malos hábitos de higiene y el hacinamiento deterioran la salud de la población residente por vivir en lugares poco adecuados y con muchas personas en sus núcleos familiares.

29 Proyecciones DANE 2008.

30 Programa Salud a su Casa acumulado 2004 a 2009. Hospital Rafael Uribe

En este territorio se evidencia concentración de establecimientos en las vías principales, entre los que se destacan el comercio de víveres y alimentos en general al por menor, talleres y actividades industriales informales, ventas informales de alimentos, calzado, ropa y artículos de ferretería. a través de las visitas de Inspección Vigilancia y Control (IVC), que realiza la oficina de medio ambiente se evidencian los riesgos derivados del gran número de expendios de alimentos vs la falta de cobertura universal; esto se refleja en la frecuencia de incidencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), debido a la falta de condiciones higiénicas, especialmente en adultos y jóvenes por el no conocimiento de las normas vigente o por falta de concientización; se establecen así, los siguientes porcentajes: etapa infancia en un 1%, etapa juventud (4,6%), etapa adultez (7%) y etapa vejez y envejecimiento (3,7%).

La cadena textil y confección de Rafael Uribe Uribe se encuentra a lo largo de toda la zona urbana de la localidad, especialmente en las vías principales de los barrios tradicionales y cerca de los centros de comercio. De las cuatro zonas empresariales, la tercera y cuarta se localizan al sur de la localidad, en los barrios, Marruecos, Molinos sur y Diana Turbay.

Según el censo de unidades productivas informales realizado por el Instituto San Pablo Apóstol en el 2006, la distribución de estas Unidades en la UPZ Diana Turbay es del 15,2% y en UPZ Marruecos 29,7%. Las actividades económicas más prominentes a las que se dedican estas unidades informales son confecciones con un 29,2% de unidades, calzado 13,3%, confecciones satélites 12,9%, carpintería 10,16% y metalmecánica 6,8%; el 27,6% representa otros sectores.

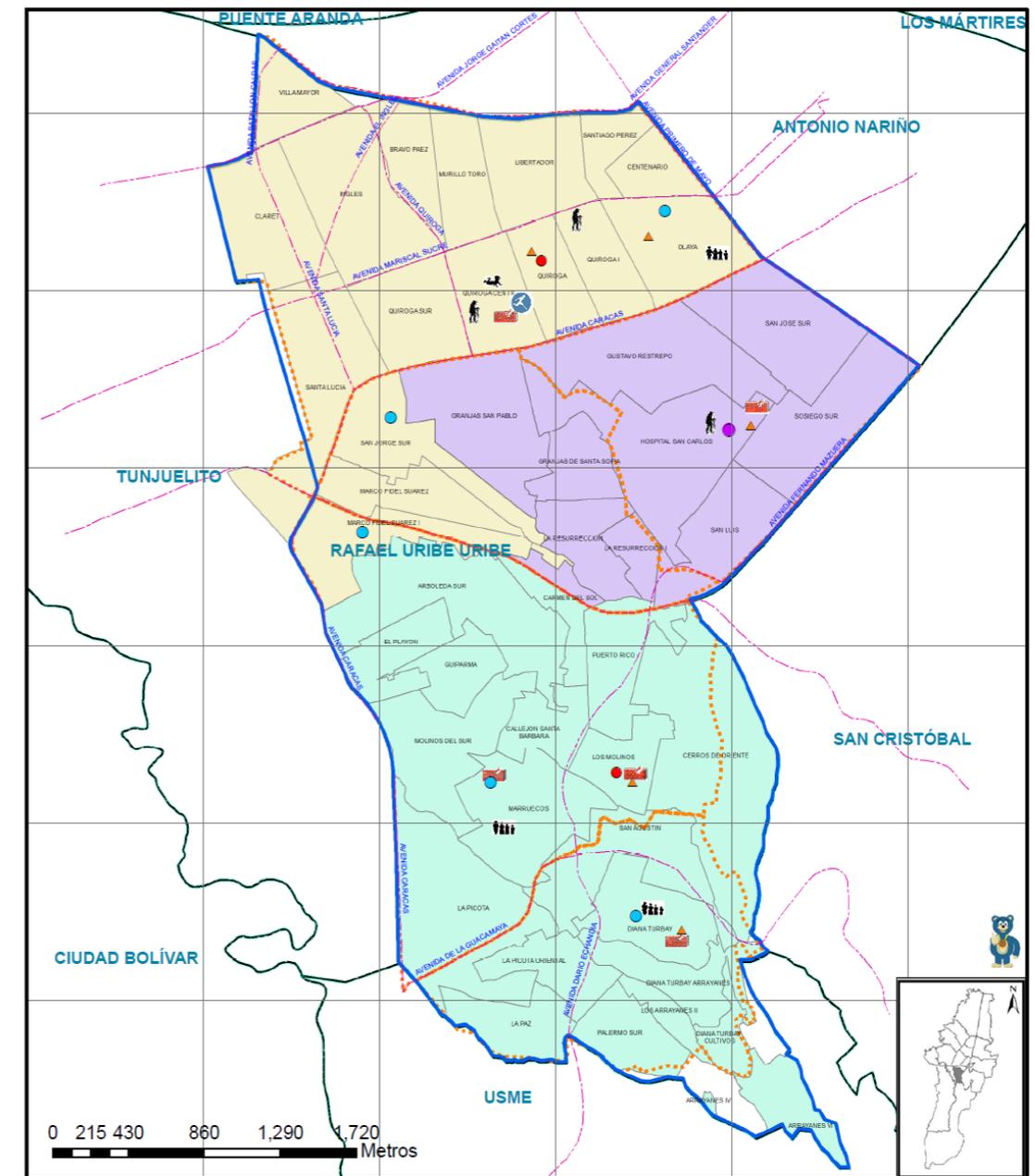
Las unidades empresariales de la localidad tienen niveles de productividad muy bajos, niveles elevados de informalidad, bajos niveles de asociación o corporación empresarial, escaso capital de trabajo y difíciles condiciones de acceso al crédito. Muchos empresarios desconocen los beneficios de tener afiliados a sus empleados al Sistema de Seguridad Social, presentándose accidentes de trabajo, donde deben vender todas sus máquinas y cerrar su negocio para poder cubrir todos los gastos que dicho accidente le acarrea.

Cuenta con 10 territorios caracterizados por el Programa SASC en la UPZ Marruecos y 12 en la UPZ Diana Turbay. Presenta partículas en suspensión como producto de los procesos extractivos en las canteras de las montañas y chimeneas de chircales, 30% vectores y 15% fumadores en viviendas.

La comunidad reconoce que no se cuenta con los suficientes espacios que promuevan la actividad física; aquí solo reconocen:

- El parque Polideportivo Molinos II: carrera 5 con calle 48 P sur; comenzó su funcionamiento el 4 de julio de 1997, luego de adicionar el antiguo coliseo cubierto; cuenta con patinódromo, zona de juegos infantiles, dos canchas de microfútbol y una de baloncesto; este espacio es reconocido como el lugar donde se realizan los eventos masivos en la localidad. También es importante mencionar que algunas personas no lo sienten como propio porque lo ven cerrado y consideran que no pueden entrar allí.
- El Parque Diana Turbay: se encuentra ubicado en la carrera 1 A este calle 48 R sur, tiene una extensión de 40.000 m2 aproximadamente y es un parque zonal. Cuenta con una zona infantil, espejo natural de agua, cancha de baloncesto, senderos peatonales, microfútbol, alameda, espacio de recreación pasiva, caminatas de contemplación de la naturaleza y reuniones familiares. Allí mismo realiza sus prácticas el grupo Luna Ondulante que son jóvenes que tienen expectativas claras encaminadas a la promoción del arte a través de escuelas de formación en Capoeira, danza contemporánea, break dance, teatro, gimnasia y arte circense. Así mismo existe otro grupo llamado Raperos dedicado a promover el Break Dance como estrategia de manejo del tiempo libre (ver mapa 11).

Mapa 11. Equipamientos actividad Física



| | | | |
|------------------------|---|------------------------------|--|
| ● Parque Zonal | 👤 Grupo Persona Mayor | 📐 UPZ Rafael Uribe Uribe | |
| ● Polideportivo | 👶 Infancia | 🟩 Territorio Diana-Marruecos | |
| ● Parque Metropolitano | 👦 Juventud | 🟪 Territorio Samore | ESCALA 1:30.000 Sistema de Proyección Coordenadas Planas Cartesianas Datum: MAGNA - SIRGAS Límite de Localidades (Res. 233de29 de Abril de 2004) |
| ▲ Escuela Deportiva | 👨‍👩‍👧‍👦 Todas las Etapas de Ciclo Vital | 🟫 Territorio Colinas | |
| 🏠 Deterioro | 👤 Adulto | 🔵 Límite de Localidad | |
| 🚶 Vías Principales | | | |

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

Las personas mayores de la localidad dedican su tiempo libre a practicar diferentes actividades y aseguran que lo hacen con el fin de distraerse y olvidar la rutina. Resulta muy común en este tipo de población el gusto por juegos como el tejo y la rana independientemente del género. Se reconoce como escenario deportivo más representativo del territorio el polideportivo Molinos II. Sin embargo, afirman que existen escasos espacios de participación lúdico recreativos aptos para las personas mayores haciendo referencia a que los parques o lugares en donde realizan sus actividades no cuenta con una infraestructura adecuada; así mismo, estos espacios han sido utilizados para actividades delincuenciales, lo que genera inseguridad en las personas mayores del territorio.

Por otro lado, el IDRDR también desarrolla múltiples actividades en pro del bienestar de este tipo de población; dentro de dichas actividades se encuentra canita al juego, actividad física para adultos mayores, vacaciones recreativas, pasaporte vital y la celebración del mes del adulto mayor que se realiza en agosto. Los escenarios para el desarrollo de las actividades antes mencionadas son el Salón comunal San Agustín, Salón Comunal la Paz, Salón Comunal Providencia Alta, Polideportivo Molinos, Salón Comunal Barrio Vencedores, Salón Comunal Av. Caracas, Barrio el Portal. En cuanto a las costumbres, las personas mayores realizan actividades que buscan fomentar la integración y rescate de costumbres ancestrales; entre las que se encuentran: Las danzas, canto individual y grupal, elaboración de instrumentos e interpretación musical, cuidado y conservación de cultivos, actividades turísticas, manualidades con material reciclado, técnicas de fomi, elaboración de máscaras, antifaces, maquillaje facial, rescate de la memoria histórica.

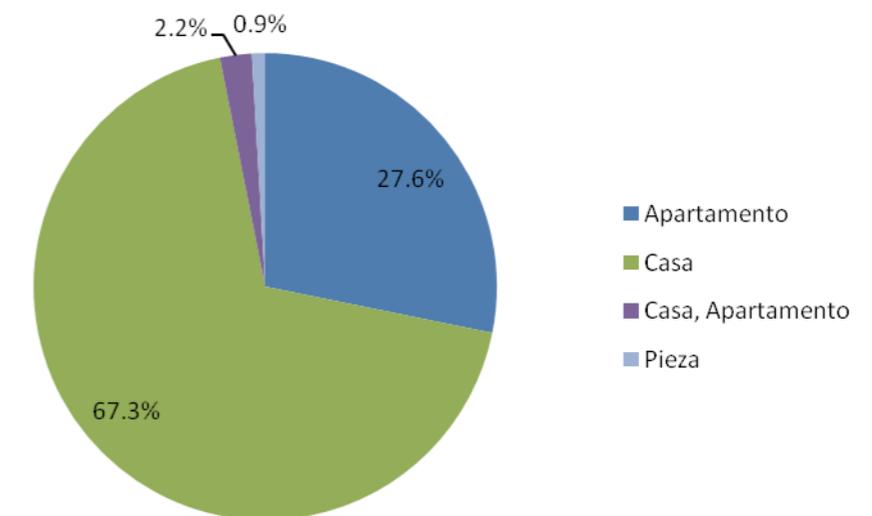
Como un factor protector para la salud se encuentra el Parque Entre Nubes: Esta reserva natural hace parte del páramo de Sumapaz y en su interior se encuentran el Cerro de Guacamayas, Juan Rey y la Cuchilla Gavilán. Durante el período 1996 - 1999, las organizaciones y habitantes de las tres localidades, Rafael Uribe Uribe Uribe, San Cristóbal y Usme, detectaron la necesidad de contar con una organización que respondiera a las necesidades de gestión distrital y nacional. Este proyecto dio paso a conformación de la Corporación Parque Entre Nubes, el 26 de junio de 1996. También se cuenta con los parques de: Bochica, Ibari y Marruecos.

Como espacios utilizados también tienen en cuenta algunos salones comunales de los barrios El Portal, La Paz, Comuneros, Ayacucho, Palermo y los parques de San Agustín (cancha), Parque San Agustín, Diana Turbay, Portal, Danubio y la Marquesa. Por otro lado, manifiestan que hacen falta escenarios deportivos en la parte alta de la localidad como los barrios Palermo, La Paz y Nueva Esperanza. En este territorio se evidencia que hay algunos factores que determinan la baja utilización de los espacios físicos como presencia de pandillas en un alto índice, drogadicción y alcoholismo. Estas situaciones de violencia, robos y atracos a mano armada es evidenciada por la comunidad en los barrios la Paz, Portal, Rincón, Diana Turbay, Molinos I y II entre otros sectores.³¹

Como espacios utilizados también tienen en cuenta algunos parques como el del barrio Marruecos y el Salón Comunal del Barrio Ibari, Providencia Alta y Parque de Molinos y los salones comunales Mirador, Chircales, y Molinos. En cuanto a espacios disponibles y que no se utilizan de la mejor forma, se encuentran el parque Marruecos debido a que en este lugar se presta para el consumo de drogas; Providencia Alta y Parque Molinos. Otros factores que determinan la baja utilización de los espacios físicos son la presencia de pandillas y deficiente recolección de basuras dentro de la UPZ.

En relación con el acceso a la vivienda, sigue siendo crítico para la población de algunos barrios del territorio Diana - Marruecos. (Granjas de San Pablo, Providencia, Bochica y Marruecos) en donde existen muchos inquilinatos. El tipo de vivienda que predomina en las familias caracterizadas por el Programa SASC, corresponde a casa seguido de apartamento, sin embargo en esta población que no se encuentra en ninguna condición especial, se observa que el 1% habitan en pieza y 40 de ellas en refugio natural. (Ver gráfica 25).

Gráfica 25. Tipo de vivienda familias caracterizados SASC sin condición especial. Territorio Diana Marruecos –Localidad Rafael Uribe



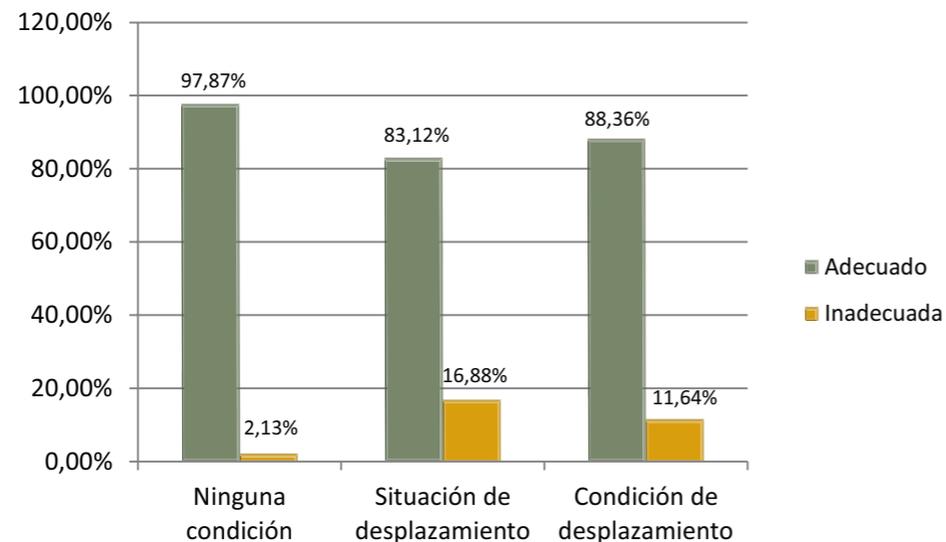
Fuente: Programa SASC acumulado 2004-2009

En contraste con la posibilidad de acceso a una vivienda adecuada para la población que se encontró en situación de desplazamiento, más del 50% viven en casa o apartamento, 31% en pieza y un 5% vive de otras formas que no garantizan condiciones dignas, mientras que las familia en condición de desplazamiento tienen la posibilidad de vivir en casa o apartamento en un 80%, 18% habitan en pieza y un 2% se alojan en vivienda móvil, refugio natural o carpa.

En el territorio Diana Marruecos, con respecto a los materiales de la vivienda se encontró que en un 2,3% de las viviendas existen problemas en relación a los materiales de construcción de las mismas. Las diferencias entre las viviendas de las familias que presentan condición o situación de desplazamiento con respecto a las que no presentan estas condiciones son notorias; las familias en situación de desplazamiento presentan en un 17% sus viviendas con materiales inadecuados como cerramientos en teja de zinc, alfombra, latas, láminas, plástico, cartón, tela asfáltica, escombros y piso de tierra; en las familias en condición de desplazamiento los materiales inadecuados se dan en el 11,6%, lo cual pone en riesgo la salud y bienestar de todos sus integrantes (ver gráfica 26).

31 Mesa Territorial Diana Marruecos. 2010

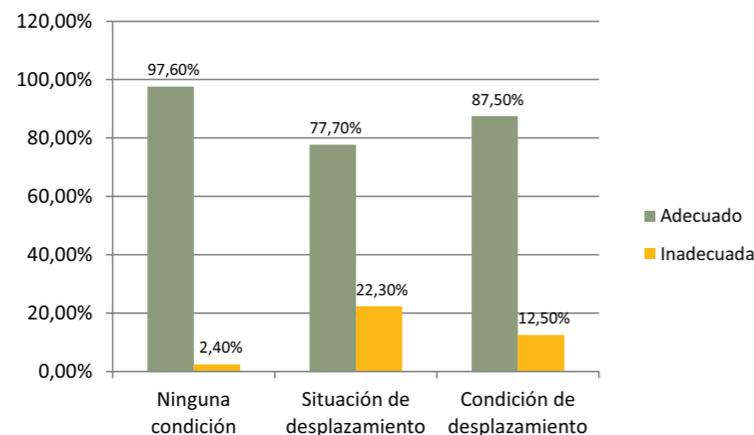
Gráfica 26. Material de la vivienda familias caracterizadas SASC. Territorio Diana Marruecos – Localidad Rafael Uribe.



Fuente: Sistema de información APS en línea. Programa SASC. Acumulado a 2009.

Así mismo, sobre el estado inadecuado de las viviendas, consistente en la presencia de agrietamiento, humedad o acumulación de agua en las paredes, techos y pisos, se encontró que las familias en situación de desplazamiento presentan más evidente este problema con una frecuencia del 22,3%, comparadas con las que se encuentran en condición de desplazamiento y las que no sufren ninguna situación de este tipo (ver gráfica 27).

Gráfica 27. Estado de la vivienda en familias caracterizadas SASC. Territorio Diana Marruecos. Localidad Rafael Uribe



Fuente: Programa SASC acumulado 2004-2009

La presencia de vectores como ratas, artrópodos y zancudos predominan en las viviendas o lotes cercanos con una la prevalencia promedio entre el 30% y 55%, siendo la población infantil menor de 5 años los más afectados por mordeduras de roedores e infecciones a causa de picaduras; de igual

forma, la presencia de fumadores en la vivienda está presente entre el 15% y 18% y afecta a todas las etapas de ciclo³², por considerarse un factor de riesgo para la aparición de enfermedades como tuberculosis, principalmente en adultos y adultos mayores, así como prevalencia de enfermedades respiratorias similares a la influenza en población infantil menor de 10 años.³³

Entre los factores de protección se nota una buena adherencia al programa de control prenatal general y de las gestantes adolescentes del 80 al 100%, según información del programa Salud a su Casa

Respecto al acceso a servicios públicos domiciliarios, dado que muchos de los barrios habitados en este territorio han tenido inicio como ilegales, todavía hay algunos que no cuentan con todos los servicios públicos, como alcantarillado ni suministro de gas y en estos muchas veces se cocina aún con gasolina. La comunidad ha señalado el riesgo derivado del suministro de gas con pipetas en la UPZ Diana Turbay (sector Arrayanes); pese a haber cobertura de agua potable, la comunidad refirió problemas con el suministro de agua en el barrio Callejón de Santa Bárbara.

3.1.1. Etapa infancia

La población de esta etapa representa el 20% del total de la población que habita en el territorio Diana Marruecos (162.886 personas). En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio, según caracterización del programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 144 niños y niñas caracterizados, que equivalen al 2,4% del total de la población caracterizada; en condición de desplazamiento se encontraron 53, con predominio de hombres (60%) con respecto de las mujeres (40%) y en situación de desplazamiento se registran 91, con distribución equitativa entre hombres y mujeres.

Sobre el acceso al sistema de salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: los niños y niñas en condición y situación de desplazamiento no cuentan con afiliación al sistema de salud, en el 13% y 21% respectivamente. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. Más de la mitad de esta población accede al SGSSS a través de la carta de Sisben; solo entre un 7% y 8%, cuentan con régimen subsidiado y el 19% y 15% de niños y niñas en condición y situación de desplazamiento poseen régimen subsidiado, respectivamente.³⁴

Lo anterior permite comparar la situación de los niños y niñas sin esta condición de vulneración de derechos, entre los cuales el 77% pertenecen al régimen contributivo o subsidiado; un 12% al vinculado, 8% de ellos no cuentan con ningún tipo de afiliación y un 2,5% acceden al régimen especial, por trabajar con las Fuerzas Armadas o docencia.

La vinculación temprana de los niños y niñas al trabajo, se observa en el territorio como resultado de factores sociales, económicos, culturales y familiares que promueven dicha condición. Entre las formas de trabajo se asumen roles de cuidadores, venta ambulante, servicio doméstico y cuidadores de otros menores; la distribución por sexo y edad arroja que en la UPZ Diana Turbay el 9. 6% de niñas y 6,5% de niños son trabajadores, cuyas edades oscilan entre los 5 y 11 años; mientras en la UPZ Marruecos el 8,7% son niñas y 13% niños trabajadores en el mismo rango de edad.

Durante el año 2009 la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral identificó y caracterizó a 177 niños, niñas y adolescentes en la localidad; para poder hacer un análisis de la información se establecieron cinco grupos, uno por cada uno de los tres territorios de gestión

32 Programa SASC Acumulado 2004-2008

33 Sivigila 2008 HRUU

34 Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

social integral, uno de niños, niñas y adolescentes que trabajan en la localidad pero viven en Antonio Nariño y otro de niños, niñas y adolescentes que trabajan en la localidad pero viven en otras localidades de la ciudad. En este territorio se identificaron 208 niñas, niños y adolescentes trabajadores correspondientes al 46.53% del total de los identificados en la localidad. La distribución por sexo del rango de 5 a 14 años fue de 86 niñas y 95 niños³⁵.

Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados, están afiliados a salud en el régimen subsidiado, el 4.32% no están afiliados. El 60.57% de los niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados en este territorio viven en estrato 2 y el 39,4% viven en estrato 1. Se encontraron 24 niños y niñas en situación de desplazamiento en este territorio, correspondientes al 11.53% del total identificados. En cuanto a la forma de pago el 75.96% de los niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados en este territorio no reciben ningún pago por su trabajo, el 23.55% recibe pago en dinero y un menor porcentaje dice recibir pago en especie.

Esta situación aumenta los riesgos para la salud física de los niños y niñas, presentándose en primer lugar de prevalencia el riesgo químico (77,6%), debido a exposición a polvo, gases y vapores, principalmente; en segundo lugar el riesgo biológico con 73% de frecuencia, donde predomina la contaminación por bacterias y hongos, muchas veces por inadecuada manipulación de alimentos; el riesgo mecánico con el 56,6% causada con mayor frecuencia por elementos cortantes, punzantes y contundentes y por último el riesgo físico (49,4%), donde la primera causa encontrada es por ruido seguido de radiaciones no ionizantes.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC en la cual, de los niños y niñas caracterizadas, menos del 1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentaron desnutrición de algún tipo correspondió al 3%, de los cuales se encontraron 15 niños y niñas en condición o situación de desplazamiento.

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en menos del 1% de la población, encontrándose 4 niños y niñas en condición o situación de desplazamiento.³⁶

La seguridad alimentaria de los niños y las niñas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. Del total de las familias donde habitan niños y niñas el 9,7%, redujeron la cantidad de alimentos a los menores de 5 años; de estas, las que estaban en condición de desplazamiento, redujeron la cantidad de alimentos en un 38,8%, las que se encuentran en situación de desplazamiento lo hicieron en el 50,4% y las que no presentaban esta condición redujeron alimentos a los menores en un 9%.

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe, de fuente RIPS 2007, se encuentra las siguientes causas de morbilidad en los niños y niñas, discriminado por grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

En los niños menores de un año las principales causas de morbilidad por consulta externa fueron los trastornos de la acomodación y de la refracción (34%); seguido de deformidades congénitas de la cadera (25%), afectando más a las mujeres y otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, que ocupan el tercer lugar, con un 10% de prevalencia, afectando en mayor proporción a los niños. Las anteriores causas pueden relacionarse con situaciones ocurridas durante el embarazo y parto. En el grupo de edad de 1 a 4 años se presenta de manera adicional la helmintiasis y trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén en un 5 y 4% respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años los trastornos de la acomodación y de la refracción, seguido de Helmintiasis y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos ocupan los tres primeros lugares en esta

35 Base de datos Trabajo Infantil 2009. Ámbito Laboral. Hospital Rafael Uribe

36 Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

población principalmente en los niños. Los factores causales de estas enfermedades pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de higiene que producen contaminación de alimentos y del agua y son potenciales transmisores de parásitos, virus y bacterias, generando un círculo de desnutrición y todo tipo de enfermedades infectocontagiosas.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al Sivigila en el territorio Diana Marruecos, fueron en su orden: varicela, hepatitis a, exposición rábica, enfermedad similar a la influenza (ESI) - IRA grave, parotiditis, mortalidad perinatal, sífilis congénita, ETA, Evento adverso seguido a la vacunación e intoxicación por fármacos. Cabe resaltar la ocurrencia de Intoxicaciones por sustancias químicas, solventes y plaguicidas en esta etapa, en la cual se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos obedecen a inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica; eventos como la hepatitis A ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva se presentaron 12 casos de sífilis congénita que de acuerdo con investigaciones científicas, se puede relacionar con más del 50% de las muertes perinatales, lo cual amerita un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis y por ende a la formulación de planes de mejora, mas aterrizados a las causas reales del problema.

La calidad e inocuidad de los alimentos está afectada en algunos casos por la deficiente calidad de las materias primas, la presencia de microorganismos patógenos y sustancias contaminantes de riesgo para la salud humana, el cumplimiento parcial de las Buenas Prácticas Agrícolas (BPA) y de Manufactura (BPM) en los diferentes eslabones de la cadena agroalimentaria, el deterioro del medio ambiente o por inadecuadas técnicas de manipulación, conservación y preparación. Los problemas en la inocuidad de los alimentos son los que ocasionan en la población las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) uno de los mayores factores que influyen en la morbilidad y mortalidad infantil dentro de la localidad.

Al revisar la condición final de los casos reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que: ocurrieron un total de 19 muertes en menores de un año en el territorio Diana Marruecos, 18 casos de muertes perinatales y 1 caso de muerte por IRA. La mortalidad perinatal ocupó el segundo lugar con respecto a los demás territorios sociales. En los grupos de edad de 1 a 4 años y 5 a 9 años no se presentaron casos de mortalidad.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral, Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo infancia fue una de las más bajas (1,7%), comparada con las etapas juventud y adultez. En relación a los demás territorios GSI de la localidad, ocupa el segundo lugar de prevalencia y el género más afectado es el femenino. Es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. La mejor prevención de esta enfermedad es una correcta higiene bucal, un cepillado por lo menos tres veces por día y la utilización de hilo dental. Una vez establecida la gingivitis tal vez sea necesario un tratamiento odontológico que corresponde a una eliminación del sarro de las superficies cervicales de los órganos dentarios. Se encontró una prevalencia del 1,2% de periodontitis, lo cual corresponde a uno de los porcentajes más bajos y se puede relacionar con una periodontitis agresiva, la cual en edades tempranas indica que el factor etiológico ha causado daños considerables en un periodo corto de tiempo. Implica, así mismo, una infección por bacterias muy virulentas o un sujeto muy susceptible. Y en muchas ocasiones, una manifestación oral de una condición sistémica. Es muy importante la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades periodontales en niños y adolescentes ya que las enfermedades periodontales incipientes en los niños pueden acabar desarrollando una enfermedad periodontal avanzada en los

adultos (Oh, 2002). Los profesionales de la salud dental deben estar al día de la elevada frecuencia, diagnóstico y manejo de las enfermedades periodontales de los más jóvenes. Se presentaron 2 casos de niñas con presencia de fluorosis, equivalente al 1.48% en el territorio. Lo anterior se debe a una excesiva ingesta de Flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, causando la hipo mineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad.

Sobre la lesión de mancha blanca y café, se encontró en el 1% de los casos en el territorio. La mancha blanca representa la más primitiva evidencia macroscópica de caries; la superficie del esmalte que cubre esta lesión está intacta y correctamente mineralizada, sin que pueda detectarse diferencia al tacto con una sonda de exploración. Lo anterior se relaciona con las malas prácticas de higiene oral en la población estudiada.³⁷

En el territorio Diana Marruecos se intervinieron 5 Instituciones educativas IED con un número total de 7.349 escolares, pertenecientes al grado 0º a 5º de primaria con un promedio de edad entre 5 a 11 años. En el primer triage realizado (valoración general) se encontraron con caries 3.753 niños y niñas, a los cuales se les realizó su respectiva remisión y seguimiento; en el segundo TRIAGE se evidenció que 1.501 escolares se encuentran con caries, demostrando cumplimiento a la consulta odontológica, con una disminución significativa de 1.116 niños y niñas con tratamiento en boca. La prevalencia caries en las IED intervenidas en el territorio fue del 36% en el primer triage y del 20% en el segundo triage (Ver tabla 19).

Tabla 19. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio Territorio Diana Turbay- Marruecos. Localidad 18

| Colegio | No. de escolares intervenidos | 1er triage | 2do triage | No. de escolares que disminuyeron índice de caries en la 2da valoración |
|---------------------|-------------------------------|-------------|-------------|---|
| SAN AGUSTÍN | 1807 | 412 | 265 | 147 |
| MARRUECOS Y MOLINOS | 1270 | 217 | 183 | 34 |
| LA PAZ | 557 | 164 | 82 | 82 |
| PALERMO SUR | 1317 | 646 | 424 | 222 |
| COLOMBIA VIVA | 2398 | 1178 | 547 | 631 |
| Total | 7349 | 2617 | 1501 | 1116 |

Fuente: *Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009*

Por otra parte se observó una disminución del porcentaje de placa bacteriana en 5.100 escolares, correspondiente al 69,3% del primer al último monitoreo en las IED del territorio (Ver tabla 20).

Tabla 20. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio Diana Turbay- Marruecos. Localidad 18

| Colegio | No. de escolares intervenidos | Número de escolares que disminuyeron % de Placa Bacteriana |
|---------------------|-------------------------------|--|
| SAN AGUSTIN | 1.807 | 1.164 |
| MARRUECOS Y MOLINOS | 1.270 | 834 |
| LA PAZ | 557 | 324 |
| PALERMO SUR | 1.317 | 1.014 |
| COLOMBIA VIVA | 2.398 | 1.764 |
| Total | 7.349 | 5.100 |

Fuente: *Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009*

3.1.2. Etapa juventud

La población de esta etapa representa el 29% del total de la población (162.886 hab.) que habita en el territorio Diana Marruecos. En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 243 jóvenes de ambos sexos caracterizados, que equivalen al 2% del total de la población caracterizada, de los cuales en condición de desplazamiento se encontraron 94, con predominio de hombres (54%) con respecto de las mujeres (46%); y en situación de desplazamiento se registran 146, con predominio de las mujeres (56%) con respecto de los hombres (44%).

Sobre el acceso al SGSSS se encuentran brechas importantes en la afiliación: los y las jóvenes en condición y situación de desplazamiento no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, en el 11% y 14%, respectivamente. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. Más de la mitad de esta población accede al Sistema General en Seguridad Social de Salud (SGSSS) a través de la carta de Sisben; entre un 13% y 22%, cuentan con régimen subsidiado y el 9% y 7% de los y las jóvenes en condición y situación de desplazamiento poseen régimen contributivo, respectivamente.³⁸

Lo anterior permite comparar la situación de los y las jóvenes sin esta condición de vulneración de derechos, de los cuales, el 78,5% pertenecen al Régimen Contributivo o Subsidiado, un 11% al Vinculado y 7% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC donde, de las y los jóvenes caracterizadas, menos del 1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentan desnutrición de algún tipo, corresponden al 1%, de los cuales se encontraron 9 jóvenes en condición o situación de desplazamiento.

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en el 1,1% de la población, encontrándose 7 jóvenes en condición o situación de desplazamiento.³⁹

³⁸ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

³⁹ Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

La seguridad alimentaria de los y las jóvenes se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. De 39.772 familias caracterizadas, en el 15% faltó dinero para la compra de alimentos; de éstas, 140 se encuentran en condición de desplazamiento y 261 en situación de desplazamiento. Esta situación causa la reducción de alguna de las comidas diarias o consumo de menor cantidad de porción diaria recomendada, principalmente del grupo de carnes, lo cual afecta el estado nutricional de los jóvenes, condiciones que se reflejan en cansancio, falta de concentración y presencia de enfermedades, por bajas defensas en su organismo.

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe, de fuente RIPS 2007, se encuentran las siguientes causas de morbilidad en los y las jóvenes, según el servicio donde fueron atendidos, discriminados por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención, a donde, en forma mayoritaria, acuden las personas que viven en esta UPZ.; para este caso, la mitad de los grupos de edad se reflejan en el grupo de 15 a 44 años.

Los porcentajes más altos de consulta externa en esta etapa fueron los trastornos de la acomodación y de la refracción (18%), seguido de trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén (8%) otros trastornos de las vías genitourinarias afectando con un 8,4% al sexo femenino. Los factores causales de estas enfermedades pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de auto cuidado con la visión, la salud oral e higiene personal en muchos casos.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al Sivigila, para la etapa juventud, en el territorio Diana Marruecos, fueron en su orden: varicela, exposición rábica, hepatitis A, ETA, intoxicación por fármacos, intoxicaciones por otras sustancias químicas, VIH/SIDA, sífilis gestacional, parotiditis y dengue clásico. La ocurrencia de intoxicaciones en quinto y sexto lugar, hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos coinciden con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica; eventos como la hepatitis A ocurren comúnmente en instituciones cerradas: colegios e internados, aunque puede aparecer en población abierta.

Al revisar la condición final de los casos reportados en el Sivigila año 2008, se encontró: que no ocurrieron muertes en esta población joven en el territorio Diana Marruecos.

Según información del Sistema de Vigilancia en Salud Oral - Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo Juventud fue la más alta (7,8%), comparada con las demás etapas, pero la más baja con relación a los demás territorios GSI en la Localidad. El género más afectado es el femenino. Esta es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. La mejor prevención de esta enfermedad es una correcta higiene bucal, un cepillado por lo menos tres veces por día y la utilización de hilo dental. Una vez establecida la gingivitis, tal vez sea necesario un tratamiento odontológico que corresponde a una eliminación del sarro de las superficies cervicales de los órganos dentarios. Se encontró una prevalencia del 12,5% de periodontitis, con predominio en mujeres jóvenes, lo cual corresponde al porcentaje más alto en el territorio Diana – Marruecos, comparado con las demás etapas de ciclo, lo cual puede ser el resultado de una periodontitis agresiva a temprana edad. Por tanto es muy importante la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades periodontales en adolescentes, que eviten el desarrollo de una enfermedad periodontal avanzada en la vida adulta. Los profesionales de la salud dental deben estar al día de la elevada frecuencia, diagnóstico y manejo de las enfermedades periodontales de los más jóvenes. Se presentó un 13,3% de prevalencia de fluorosis en los y las jóvenes, con predominio

en las mujeres; este porcentaje es el más alto comparado con las demás etapas en este territorio. Lo anterior se debe a una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, causando la hipo mineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad.

Sobre la lesión de mancha blanca y café, se encontró en el 12% y 8% de la población, respectivamente. La mancha blanca representa la más primitiva evidencia macroscópica de caries; la superficie del esmalte que cubre esta lesión está intacta y correctamente mineralizada, sin que pueda detectarse diferencia al tacto con una sonda de exploración. Lo anterior se relaciona con las malas prácticas de higiene oral en la población estudiada.⁴⁰

3.1.3. Etapa adultez

La población de esta etapa representa el 45% del total de la población que habita en el territorio Diana Marruecos (162.886). En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 207 adultos y adultas caracterizados, que equivalen al 1,2% del total de la población caracterizada (16.555 personas), de los cuales en condición de desplazamiento se encuentran 75, con predominio de mujeres (59%) con respecto a los hombres (41%); y en situación de desplazamiento se registran 132, con distribución de mujeres de más de la mitad (54%) con respecto a los hombres (46%).

Sobre el acceso al sistema de salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: los adultos y las adultas en condición y situación de desplazamiento no cuentan con afiliación al SGSSS, en el 12% y 15%, respectivamente. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. Más de la mitad de las personas en condición de desplazamiento accede al SGSSS a través de la carta de Sisben y un 48% de las que se encuentran en situación de desplazamiento. Entre un 21% y 19%, cuentan con régimen subsidiado y el 5,3% y 17,4% de adultos y adultas en condición y situación de desplazamiento, respectivamente, poseen régimen contributivo.⁴¹

Lo anterior permite comparar los datos anteriores con la situación de los adultos y las adultas sin esta condición de vulneración de derechos, donde el 82% pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, un 9% al vinculado, 6% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

Del total de caracterizados, la condición de desempleo está presente en el 9% de la población adulta; a su vez, de las personas en condición de desplazamiento, el 37%, se encontraron desempleadas y 49% de las personas en situación de desplazamiento asumen esta condición.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC donde, de los adultos y las adultas caracterizadas, menos del 1,2% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentan desnutrición de algún tipo corresponden al 1%, de los cuales se encuentran solo 2 adultos en condición de desplazamiento.

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en el 1,7% de la población, encontrándose 11 adultos en condición o situación de desplazamiento.⁴²

La seguridad alimentaria de los adultos y las adultas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. De 39.772 familias caracterizadas, en el 15%, faltó dinero para la compra de alimentos y de estas 140 se

⁴⁰ Sistema de Vigilancia eventos de salud oral Sisveso. Hospital Rafael Uribe. 2009

⁴¹ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

⁴² Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

encuentran en condición de desplazamiento y 261 en situación de desplazamiento. Esta situación causa la reducción de alguna de las comidas diarias o consumo de menor cantidad de porción diaria recomendada, principalmente del grupo de carnes, lo cual afecta el estado nutricional de los adultos y las adultas, condiciones que se reflejan en cansancio, falta de concentración y presencia de enfermedades, por bajas defensas en su organismo.

La presencia de enfermedades crónicas confirmada por diagnóstico médico fue: diabetes 2% de la población adulta, hipertensión 7,3%; las personas en condición o situación de desplazamiento que presentaron dichas enfermedades es mínima, comparada con el total de caracterizados (16.555).

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe de fuente RIPS 2007, se encuentran las siguientes causas de morbilidad en los y las personas adultas que, para este caso la mitad de los grupos de edad se reflejan en el grupo de 47 a 59 años, según servicio donde fueron atendidos, por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

Los porcentajes más altos de causas de consulta externa en esta etapa en todas las UPZ, en su orden fueron las siguientes: trastornos de la acomodación y de la refracción, hipertensión esencial y trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, obesidad, gastritis y duodenitis, los cuales en gran parte son el resultado de una vida sedentaria, malos hábitos alimentarios, consumo de alcohol, entre otros.

Según información del ámbito IPS, la cobertura de la población de la localidad RUU corresponde al 1,42% para hombres y 2,76% para mujeres menores de 10 años, relacionado entre las consultas de primera vez; según el DANE año 2008 para la localidad RUU, en la población de 27 a 59 años la consulta de primera vez y su continuidad es de 56,85% para hombres y 57,70% para mujeres. De la continuidad de tratamientos terminados corresponde al 56,31% para hombres y 54,11% para mujeres. Corresponde al segundo lugar en demanda de atención resolutive para la etapa de ciclo vital juventud comparada con las demás etapas de ciclo vital. Al evaluar diferencia del año 2008 al 2009, se observa que la continuidad en hombres y mujeres ha mejorado.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo Adultez fue de 6%, siendo el sexo femenino el más afectado. Esta es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. La mejor prevención de esta enfermedad es una correcta higiene bucal, un cepillado por lo menos dos veces por día y la utilización de hilo dental. Una vez establecida la gingivitis, tal vez sea necesario un tratamiento odontológico que corresponde a una eliminación del sarro de las superficies cervicales de los órganos dentarios. Se encontró una prevalencia del 8,9% de periodontitis, con predominio en mujeres, lo cual corresponde al porcentaje más bajo comparado con los demás territorios GSI y obedece al resultado de los malos hábitos en las edades de juventud. Se presentó un 13,3% de prevalencia de fluorosis del 6%, con predominio en las mujeres, este porcentaje es el segundo comparado con los demás territorios GSI. Lo anterior se debe a una excesiva ingesta de Flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, causando la hipo mineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad.

Sobre la lesión de mancha blanca y café, se encontró en el 5,2% y 6,6% de la población, respectivamente. La mancha blanca representa la más primitiva evidencia macroscópica de caries; la superficie del esmalte que cubre esta lesión está intacta y correctamente mineralizada, sin que pueda detectarse diferencia al tacto con una sonda de exploración. Lo anterior se relaciona con las malas prácticas de higiene oral en la población estudiada.⁴³

La anterior situación de salud oral fue analizada en el espacio del comité PDA salud oral, obteniéndose como principales causas de los problemas los siguientes:

A nivel estructural, la población está influida por el desplazamiento e inseguridad, el tiempo que tarda la familia en ubicarse con todas las condiciones, impidiendo el acceso a los servicios de salud.

Las políticas de las EPS subsidiadas asignan IPS en lugares lejanos al sitio de residencia.

A nivel particular, en la política Distrital de Salud Oral, la meta 2010, está dirigida únicamente a cobertura de gestantes y menores de cinco años, afectando el principio de universalidad para cubrir a toda la población. También está limitada a ampliación de cobertura medida por valoración inicial y no a la respuesta real de las necesidades de esta población.

La economía familiar es deficiente, la cual impide tener acceso a las consultas por pago de cuotas moderadoras y transporte para llegar a las IPS.

La promoción de higiene oral se ha enfocado fundamentalmente a enseñanza de técnica de cepillado y algunas recomendaciones. Se deben implementar estrategias pedagógicas donde se hable de residuos alimenticios Vs mugre o basura.

A nivel singular, la salud oral tiene un contrincante real en las fábricas productoras de dulces lo cual incide en la aparición de caries. El consumo de azúcares y dulces es elevado y no existe la cultura del cepillado después de su consumo. La preparación de alimentos se realiza con adición de azúcares refinados, los cuales son altamente cariogénicos. No se ha instaurado una cultura de verdadera higiene oral (uso de la seda dental, cepillo y crema). El adulto no ha apropiado la cultura de la higiene oral para que la trasmite con su ejemplo.

En ninguna de las actividades, fichas de intervención de ámbitos para salud oral, existen variables diferenciales, no hay forma de identificar el estado real de salud oral, solo se arrojan datos sobre % de placa bacteriana.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al Siviigila, para la etapa adultez, en el territorio Diana Marruecos, fueron en su orden: varicela, exposición rábica, VIH/SIDA, ETA, hepatitis A, sífilis gestacional, tuberculosis pulmonar, intoxicación por fármacos, intoxicaciones por otras sustancias químicas y dengue clásico. La ocurrencia de intoxicaciones, hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Se presentó un caso de mortalidad materna en el territorio. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica.

Al revisar la condición final de los casos de adultos y adultas reportados en el Siviigila año 2008, se encontró que en el territorio ocurrieron 5 muertes en esta población. Al calcular las tasas de letalidad de los eventos, referida a la gravedad de las enfermedades, sobre el total de población que enfermó, se observan porcentajes altos de letalidad, lo cual amerita análisis profundo de causas y planes de mejora correspondientes, articulando acciones con el proyecto de desarrollo de autonomía (PDA) de salud mental y con el PDA de salud sexual reproductiva, promoción y prevención (PyP) y servicios asistenciales. Por otra parte es importante informar que en este territorio se presentó el mayor número de muertes, comparada con los territorios de Colinas y Samoré (ver tabla 21).

Tabla 21. Condición final de los eventos notificados al Sivigila 2008. Etapa Adultez. Territorio Diana Marruecos. Localidad Rafael Uribe Uribe. Año 2008

| EVENTO | NÚMERO DE DEFUNCIONES | TASA DE LETALIDAD |
|---|-----------------------|-------------------|
| INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS (8 casos) | 1 | 12,5% |
| VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA (23 casos) | 4 | 17,3% |
| Total | 5 | |

Fuente: Sivigila 2008. Hospital Rafael Uribe

3.1.4. Etapa vejez y envejecimiento

La población de esta etapa representa el 6% del total de la población que habita en el territorio Diana Marruecos (162.886). En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 29 personas mayores de ambos sexos caracterizados, que equivalen al 0,7% del total de la población caracterizada (4.284 personas). La distribución por género es similar.

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: las personas mayores en condición de desplazamiento que no cuentan con afiliación al sistema de salud son 3, mientras que 7 de ellas acceden a través de carta de Sisben. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. De las personas en situación de desplazamiento se encontraron 3 en el régimen contributivo, 8 en el subsidiado, 6 vinculadas, 1 sin afiliación y 1 en régimen especial.⁴⁴

Lo anterior permite comparar los datos anteriores con la situación de los adultos y las adultas sin esta condición de vulneración de derechos, entre las cuales más del 50% pertenecen al Régimen contributivo o subsidiado, un 6,4% al Vinculado y solo el 2,6% no cuentan con ninguna afiliación.

Del total de caracterizados, la condición de desempleo está presente en el 9% de la población de esta etapa; a su vez, de las personas en condición de desplazamiento el 40%, se encuentran desempleadas y 36% de las personas en situación de desplazamiento asumen esta condición.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC en las cuales, de las personas mayores caracterizadas, el 2,19% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentaron desnutrición de algún tipo corresponden al 0.37%, de los cuales no se encontraron personas en condición o situación de desplazamiento.

La situación de analfabetismo es alta en esta etapa de ciclo, se presenta en el 11,8% de la población, encontrándose 5 y 12 adultos en condición y situación de desplazamiento, respectivamente.⁴⁵

La seguridad alimentaria de los adultos y las adultas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. Del 39.772 familias caracterizadas, en el 15%, faltó dinero para la compra de alimentos y de éstas, 140 se encuentran en condición de desplazamiento y 261 en situación de desplazamiento. Esta situación causa la reducción de alguna de las comidas diarias o consumo de menor cantidad de porción diaria recomendada, principalmente del grupo de carnes, lo cual afecta el estado nutricional de los

⁴⁴ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

⁴⁵ Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

adultos y las adultas, condiciones que se reflejan en cansancio, falta de concentración y presencia de enfermedades, por bajas defensas en su organismo.

La presencia de enfermedades crónicas confirmada por diagnóstico médico, fue: diabetes 10% de la población adulta, hipertensión 41%; las personas en condición o situación de desplazamiento que presentaron dichas enfermedades es mínima, comparada con el total de caracterizados (4.284).

Las personas mayores de 60 años de edad, constituyen un grupo que posee características epidemiológicas distintivas. Los cambios en la estructura demográfica y los éxitos en los programas para prevenir y tratar enfermedades parasitarias e infecciosas, han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, tal como se expresa a continuación, teniendo en cuenta las primeras causas de morbilidad por consulta externa, hospitalización y urgencias del hospital Rafael Uribe Uribe.

Del programa para el control de las enfermedades crónicas, se reportan priorizadas en la ESE enfermedades como: EPOC, hipertensión y diabetes. Las cuales corresponden a diabetes (228), hipertensión (2025) y EPOC (287). La hipertensión arterial se encuentra entre las 10 primeras causas de atención en consulta externa y la cuarta causa en urgencias de la institución.

En lo que respecta a los grupos étnicos, en relación con las enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, el 6,8% de la población perteneciente a estos grupos, padecen estas enfermedades; esto puede obedecer a sus patrones alimenticios, culturales y a los inadecuados hábitos y estilos de vida.

Según información del ámbito IPS, la cobertura de la población de la localidad RUU corresponde al 1,42% para hombres y 2,76% para mujeres menores de 10 años, relacionado entre las consultas de primera vez; según el DANE año 2008 para la localidad RUU, en la población de 27 a 59 años la consulta de primera vez y su continuidad es de 56,85% para hombres y 57,70% para mujeres. De la continuidad de tratamientos terminados corresponde al 56,31% para hombres y 54,11% para mujeres. Corresponde al segundo lugar en demanda de atención resolutoria para la etapa de ciclo vital.

Al evaluar diferencia del año 2008 al 2009, se observa que la continuidad en hombres y mujeres ha mejorado.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo persona mayor fue de 1%, siendo el género más afectado el femenino. Esta es una enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. La mejor prevención de esta enfermedad es una correcta higiene bucal, un cepillado por lo menos tres veces por día y la utilización de hilo dental. Se encontró una prevalencia del 1,8% de periodontitis, con predominio en mujeres, lo cual corresponde al porcentaje más bajo comparado con los demás territorios GSI para esta etapa y obedece al resultado de los malos hábitos en las edades de juventud. Sobre la lesión de mancha café y fluorosis, se encontraron prevalencias de menos del 1%.⁴⁶

La anterior situación de salud oral fue analizada en el espacio del comité PDA salud oral, obteniéndose como principales causas de los problemas los siguientes:

A nivel Estructural, la población está influida por el desplazamiento e inseguridad, el tiempo que tarda la familia en ubicarse con todas las condiciones impidiendo el acceso a los servicios de salud.

Las políticas de las EPS subsidiadas asignan IPS en lugares lejanos al sitio de residencia.

⁴⁶ Sistema de Vigilancia eventos de salud oral Sisveso. Hospital Rafael Uribe. 2009

A nivel particular, en la política Distrital de Salud Oral la meta 2010, está dirigida únicamente a cobertura de gestantes y menores de cinco años, afectando el principio de universalidad para cubrir a toda la población. También está limitada a ampliación de cobertura medida por valoración inicial y no a la respuesta real de las necesidades de esta población.

La economía familiar es deficiente, lo cual impide tener acceso a la consultas por pago de cuotas moderadoras y transporte para llegar a las IPS. Así mismo, el tratamiento para las personas de esta etapa es especializado y no responde en muchos casos a la necesidad de los usuarios.

En ninguna de las actividades o fichas de intervención de ámbitos para salud oral existen variables diferenciales, no hay forma de identificar estado real de salud oral solo se arrojan datos sobre % de placa bacteriana.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al Sivigila, para la etapa vejez y envejecimiento, en el territorio Diana Marruecos, fueron en su orden: exposición rábica, tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, Chagas, dengue clásico, ETA, hepatitis A, malaria vivax y VIH/SIDA.

Los problemas en la inocuidad de los alimentos en los diferentes eslabones de la cadena agroalimentaria, el deterioro del medio ambiente o por inadecuadas técnicas de manipulación, conservación y preparación son los que ocasionan en la población las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) uno de los mayores Factores que influyen en la morbilidad dentro del territorio.

Al revisar la condición final de los casos reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que en el territorio no ocurrieron muertes para esta etapa de ciclo.

3.1.5. Núcleos problemáticos que afectan al territorio Diana Marruecos

3.1.5.1. Núcleo problemático 1

El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y adulto mayor, generando expresiones de violencia y problemas de salud mental.

Hay varios componentes que afectan las relaciones humanas y afectivas en los núcleos familiares de la comunidad de este territorio; entre ellos se puede señalar el expendio de SPA (Sustancias Psico Activas), de alcohol y cigarrillos a niños y niñas de la comunidad, a través de las redes de comercialización legal, a través de las tiendas y supermercados, lo que permite a los niños y niñas y jóvenes desde temprana edad acceder a la compra, distribución entre pares, consumo de este tipo de sustancias en grupos o en solitario, fortalecido por la desbordada oferta de productos a través medios publicitarios que señalan modelos de identificación y comportamiento en los cuales se promociona el consumo de SPA legales.

Como hallazgo identificado en el núcleo con características generales y particulares del territorio, se logra identificar que entre las situaciones a las que se ven abocados los niños y niñas, están el desplazamiento forzoso de las familias, la situación de empobrecimiento en sus hogares; esto crea inadecuadas estrategias de afrontamiento, que a su vez promueven la desesperanza y sentimientos de depresión, que en muchas ocasiones llevan a la conducta suicida.

Los bajos niveles educativos se visualizan también como un determinante estructural que se encuentra ligado tanto a los padres como a los cuidadores y a los niños y niñas propiamente dichos. Por un lado, los padres no perciben ni detectan estas conductas de suicidio y consumo de sustancias de manera temprana y legitiman en muchos casos el consumo de alcohol en los niños y niñas, así como no se reconoce la importancia de los sentimientos de sus hijos. No reconocen en

algunos casos la importancia de dialogar con sus hijos, tienen largas jornadas de trabajo, cambios en las relaciones familiares (padrastró, madrastra, otras personas que viven con ellos), Condiciones socioeconómicas que generan acceso a condiciones laborales inadecuadas; lo cual termina afectando también la dinámica familiar.

“La soledad es el resultado del proceso de flexibilización laboral que impone nuevas formas de contratación, horarios más extensos y más dedicación por menos ingresos. Pero también se relaciona con la manera como padres y madres establecen prioridades y reducen al mínimo el tiempo que dedican a sus hijos e hijas”.

Por otro lado, los niños y niñas no encuentran un modelo educativo que supla las necesidades de la población, por lo cual hay casos de deserción escolar y repetición, lo que puede conllevar a un mayor tiempo de ocupación en otras actividades extracurriculares con el riesgo de consumo de SPA, promoción del trabajo infantil (ECSNNA) y desencadena algunas veces la necesidad de integración a grupos de su barrio, con modelos de identificación que afectan tanto positiva como negativamente el desarrollo de la autonomía.

Los diferentes tipos de violencia que identifican determinantes a través de componentes culturales que legitiman la violencia a través de sus componentes social y familiar (maltrato físico, emocional, sexual y económico, abandono y negligencia,) que afectan el desarrollo psicoafectivo adecuado de los niños y niñas de la comunidad, caracterizándola como población en condición de vulnerabilidad de sus núcleos familiares.⁴⁷

Se encuentra como un factor predominante el hecho de que los niños y niñas, permanecen solos mucho tiempo, teniendo la mayor parte del tiempo libertad para compartir con gente que puede incidir negativamente en su desarrollo. Se menciona la ausencia del vínculo afectivo como factor de riesgo para presentar conducta suicida.

“Existe la percepción que la soledad de niños, niñas y adolescentes genera privaciones psicoafectivas con consecuencias impredecibles. Es posible que esté relacionada con el incremento de los suicidios en niños, niñas y adolescentes y es muy probable que se relacione con los accidentes en el hogar. ... niños, niñas y adolescentes que están solos entran en depresiones difíciles de diagnosticar. Con frecuencia se manifiestan como enfermedades psicosomáticas que son subvaloradas por los padres y adultos en general, al punto que sólo cuando implican lesiones o expresiones severas son tenidas en cuenta”⁴⁸. Reducidos procesos pedagógicos diferenciales de educación a niños y niñas: pocos de los programas existentes incluyen a niños y niñas con limitación cognitiva de leve a moderada. Niños y niñas LGBT identificados a los cuales familiares, profesores y orientadores no sabe abordar en su problemática, creando discriminación. Soportar con lectura de necesidades sociales, ámbito familiar y escolar, grupos focales con LGBT, oferta educativa deficiente, datos de niños con discapacidad contrastado con cuantas instituciones hay para la atención y los niños atendidos por el hospital desde la estrategia RBC.

Visto desde salud mental se puede determinar la situación de niños y niñas en el territorio Diana Marruecos, que deteriora las relaciones al interior de la familia y que afecta biopsicosocialmente a los niños y niñas:

- Determinantes Estructurales: difícil situación socioeconómica, desplazamiento, violencia, vulnerabilidad y desconocimiento de las políticas públicas por parte de la comunidad en la promoción y fortalecimiento de los derechos de los niños y las niñas. Programas de atención.

⁴⁷ PDA Salud mental, hospital Rafael Uribe. 2009- 2010

⁴⁸ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. Política por la Calidad de Niñas, Niños y Adolescentes, Bogotá 2004-2008

- Determinantes intermedios: no se cuenta con acceso oportuno y eficaz a servicios (salud, educación, recreación, cultura)
- Determinantes particulares: niños y niñas al cuidado de personas diferentes a sus padres, reducida oferta de programas para la promoción del adecuado manejo del tiempo libre
- Determinantes singulares: deterioro en las relaciones y estructuras familiares, negligencia por parte de los padres al cuidado de personas diferentes a sus padres, modelos de identificación negativa, ausencia del sentido y proyecto de vida, abandono, negligencia, indiferencia familiar frente a la deserción y fracaso escolar.
- Perspectiva de derechos: los determinantes que se han descrito han sido analizados desde la realidad percibida, en la cual se evidencia la vulnerabilidad de derechos de salud, educación, protección, desarrollo, entorno saludable y convivencia pacífica. Con relación a las situaciones descritas, se establece causalidad, compuesta por la falta de comunicación, poca asertividad y desorganización de la comunidad, el uso inadecuado del tiempo libre, negligencia de los padres, desempleo; en esta perspectiva de ideas se identifican los efectos que impactan de forma negativa en las condiciones de calidad de vida y salud de los infantes. Según la unidad de análisis realizada en la Red del Buen trato estos son los determinantes que influyen en el bienestar de los niños, las niñas y adolescentes en este territorio GSI.

Entre las problemáticas expresadas reiteradamente en diferentes contextos en los que el Hospital Rafael Uribe ha desarrollado sus intervenciones de salud pública, se expresan las consecuencias de una formación inestable de vínculos afectivos y una débil conformación de redes de apoyo familiar y social principalmente para la etapa juventud. A continuación se describen situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad, consumo de alcohol y otras SPA, violencia intrafamiliar y social.

Situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad: entre los factores de riesgo se encuentran: comportamientos sexuales de riesgo, bajos niveles de escolaridad y económicos, falta de apropiación de usuarias y prestadores de servicios de la importancia de la citología vaginal como medio eficaz para la detección del Cáncer de Cuello Uterino (CCU) y la falta de continuidad en el proceso diagnóstico y tratamiento⁴⁹

El componente de VIH-ITS para el ámbito IPS evalúa las acciones de que se realizan para el seguimiento y control de los casos positivos de VIH y sífilis, tamizados en la institución con el fin de garantizar un tratamiento oportuno al momento de la confirmación del diagnóstico y garantizar la adherencia al programa respectivo.

En los ejercicios de cartografía social elaborados por el ELAI, los jóvenes identificaron sectores de la localidad en los que se evidencia la prostitución en adolescentes y jóvenes, principalmente en mujeres. En el territorio de Diana-Marruecos se identificaron los barrios La Paz, Palermo, Rincón del Valle y Nueva Esperanza.

En cuanto al embarazo en adolescentes se identificó que los centros de atención que tienen más maternidades en programa de seguimiento son el Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI), Diana Turbay, la UPA San Jorge y el CAMI Chircales. El CAMI Diana Turbay es el centro que presenta más inasistencia a control prenatal y San Jorge es el centro que mejor seguimiento y efectividad tiene para las usuarias que no asisten regularmente al control prenatal.

En cuanto a la mortalidad materna, para el año 2008 se presentaron en la localidad Rafael Uribe Uribe 3 muertes maternas en los territorios sociales de Samoré, Colinas y Diana Marruecos, más específicamente ubicadas en las UPZ Quiroga, Marco Fidel Suárez y Diana Turbay. (Ver Figura 1). Para el año 2009 se presentaron 2 casos en la UPZ marco Fidel Suárez, Una en la UPZ Diana Turbay y una en la UPZ San José⁵⁰

Consumo alcohol y otras SPA: son determinantes para el consumo de SPA, alcohol y otras: manejo del tiempo libre, entorno social por curiosidad, repetición de roles, presión social, baja autoestima, falta de proyecto de vida, modelación de los padres, influencia de pares, relaciones conflictivas, VIF, separación de padres, ausencia de límites y pautas de crianza, falta de aceptación social, ausencia de habilidades sociales (decir no).

Es así como en la cartografía social desarrollada por el ELAI se evidenciaron puntos clave en todos los territorios sociales, con una mayor concentración en la zona alta Diana – Marruecos y Colinas. Los barrios identificados principalmente son la Paz, San Agustín, Picota, Valle, Rincón del valle, Diana sector arrayanes y Cultivos. Los sectores identificados por la comunidad son asociados con eventos de inseguridad como atracos y homicidios, situación que afecta la movilización y el disfrute de escenarios públicos como parques y zonas verdes.

Para el análisis en determinación social de esta problemática se encuentran:

- Determinantes estructurales. explotación laboral, deserción del sistema educativo, poco sentido de pertenencia frente al contexto social, problematización de la adolescencia por parte de los adultos, hace falta mayor aceptación de la sexualidad de los jóvenes por otros ciclos vitales, difícil situación socioeconómica.
- Determinantes intermedios. Incoherencia de los educadores y los padres frente a lo que brindan y esperan. No existen programas preventivos de SPA, teniendo en cuenta el afecto y las emociones.
- Determinantes particulares. Incoherencia de los educadores y los padres frente a lo que brindan y esperan. Influencias negativas que reciben al pertenecerá un grupo.
- Violencia intrafamiliar y social: Para abordar el análisis por territorio de GSI, se describe que en la localidad Rafael Uribe, se encuentra una tendencia creciente en el reporte de casos en Sivim 2008; los territorios donde más se reportaron notificaciones fueron el territorio 3 (Diana Marruecos), con un 56%, el 1 (Samoré) con un 23%; y el territorio 2 (Colinas) con un 21%.

El territorio social que más reportó eventos de salud mental fue el territorio de Diana – Marruecos con 42% y Colinas con un 39%.

Se reportan casos de conducta suicida: se notifican 16 casos entre los 20 y 26 años, basándose que 1 es evento de ideación, 2 equivale a intento y 3 evento consumado. Se revela una situación preocupante debido a que los y las jóvenes están tomando la decisión de terminar con su vida; posiblemente un detonante sea los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión y los trastornos de la conducta, especialmente conductas antisociales. Los resultados muestran que los/as jóvenes presentan altos niveles de depresión y ansiedad, pero los que intentan suicidarse tienen mayores niveles de agresión. El territorio Diana Marruecos es el más afectado por este fenómeno con un 43% de los casos reportados.

49 Documento red social materno infantil situación en salud 2009

50 Vigilancia en Salud Pública Rafael Uribe Uribe 2009

Conviene decir que, considerar la violencia contra las mujeres como una violación a sus derechos humanos (ley 1257 de 2008), implica para el estado un cambio importante en cuanto a su responsabilidad en la problemática. En relación con los derechos humanos, los Estados tienen el deber de la debida diligencia que implica la obligatoriedad de desplegar labores y esfuerzos en materia de prevención, atención, investigación, sanción, reparación y garantías de que los hechos no se vuelvan a presentar.

Los casos asociados al fenómeno de violencias en este territorio, son originados en su mayor parte por los conflictos producidos por la baja estabilidad económica, así como el bajo acceso a los servicios pertenecientes a la economía formal y al bajo nivel de escolaridad presente en los adultos habitantes del territorio, que hace que aún existan prejuicios y concepciones culturales acerca del rol de la mujer y del papel que ésta lleva dentro de la relación de pareja y la construcción de la estructura básica del hogar.

De acuerdo con la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), correspondiente a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que atienden usuarios del régimen subsidiado y vinculados, se observa que para el periodo comprendido entre 2005 – 2009, se presentó un total de 242 casos, siendo la etapa de ciclo vital adultez en la que se diagnosticaron más casos de trastornos mentales.

Los factores desencadenantes que más predominan según la intervención psicosocial son problemas relacionados con el empleo y el desempleo, síndromes del maltrato, haciendo referencia al maltrato físico, emocional; económico, sexual y negligencia; problemas relacionados con pobreza extrema, otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares; problemas en la relación entre esposos o pareja; problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia, problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa; problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.

Desde la etapa de vejez y envejecimiento las necesidades en redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes estructurales ,en cuanto a que existe la exclusión de las personas mayores debido a que no se tienen en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo el cual reconoce “la optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental para extender la esperanza de vida saludable, productiva y calidad de vida de las personas mayores”⁵¹

De igual forma, la falta de políticas que conlleven a planteamientos de beneficios reales y dignos para las personas mayores, hace que no se cuente con un respaldo legal para exigir sus derechos.

Así mismo pasa por ser un determinante particular debido a la falta de respuesta oportuna de las instituciones en cuanto a la satisfacción de necesidades y a la falta de articulación desde el nivel distrital y local de las instituciones que llevan procesos con las personas mayores; de igual modo, la falta de continuidad, pertinencia y oportunidad en los programas hace que las personas mayores se sientan utilizados y sin respuestas concretas a sus necesidades.

Por otra parte se presenta como un determinante singular debido a la configuración que hace la familia en cuanto a la persona mayor que en algunos casos es de negligencia y/o abandono; de igual forma la pérdida del rol de generador de saberes hace que la percepción de la persona mayor sea la de abandono e inutilidad lo que conlleva a la reducción de la autonomía y bienestar de la persona mayor.

La información que aporta LGBTI muestra que la realidad de las personas mayores lesbianas, gays, **bisexuales y transgénero** es aún desconocida en este territorio. Se asegura que en otros países se

51 Fundación Foro Cívico, Manual para cuidadores y dinamizadores en la atención a personas mayores dependientes. Varios Autores. Bogotá. 2008

ha dificultado mostrar la realidad de esta población y que no se han planteado en serio la pregunta sobre la “vejez y la orientación sexual”; se determina que no se debe desconocer y por tanto estar atento a las necesidades de este sector de la población LGBT, cuyas necesidades no distan mucho de la población heterosexual. Esta situación pasa por ser un determinante estructural.

Se identifica que en el territorio, las personas mayores en condición de discapacidad carecen de redes sociales y de apoyo emocional que promuevan el desarrollo e inclusión. Se define como determinante singular debido a que se evidencia en algunos casos el abandono por parte de algunos familiares a las personas con discapacidad, lo cual aumenta el sentido de vulnerabilidad de la persona mayor, pasando a afectar lo particular en el sentido de oportunidad de respuesta por parte de las instituciones, las cuales en ocasiones no son pertinentes en sus intervenciones; así mismo, la falta de operar la política de discapacidad pasa por ser un determinante estructural y afecta en cuanto a la falta de programas y proyectos que potencialice capacidades y no se limite a acciones asistencialistas que van en contravía de lo expuesto en la política.⁵²

La situación de las personas mayores en situación de desplazamiento en este territorio se enmarca como determinante particular en la ausencia de redes de apoyo social, falta de participación en organizaciones comunitarias, ausencia de redes de apoyo intrafamiliar. Falta de tolerancia, existe estigmatización y exclusión⁵³. A nivel singular se ven afectados en las relaciones intrafamiliares debido a la discriminación en el mismo núcleo familiar y en ocasiones existe abandono de las personas mayores. Así mismo, son discriminados en los barrios por su condición de desplazados⁵⁴. De esta manera se evidencia la dificultad para la inclusión social de las personas mayores en el contexto social y el debilitamiento de la calidad de vida familiar y deterioro de la red de apoyo social producto de las condiciones de desplazamiento que determinan el aislamiento de la persona mayor. Así mismo se evidencia la falta de reconocimiento de las construcciones sociales y culturales propias de los lugares de procedencia.

De esta manera se evidencia la dificultad para la inclusión social de las personas mayores en el contexto social y el debilitamiento de la calidad de vida familiar y deterioro de la red de apoyo social, producto de las condiciones de desplazamiento que determinan el aislamiento de la persona mayor. Así mismo se evidencia la falta de reconocimiento de las construcciones sociales y culturales propias de los lugares de procedencia.

La situación en cuanto a la salud mental de las personas mayores de este territorio se ve representada en la falta de reconocimiento, cuidado adecuado y oportuno en sus hogares, lo que genera sentimientos de tristeza y reduce la toma de decisiones y de autonomía. Situación que pasa por ser un determinante particular

De igual forma, se manifiesta que en las personas mayores lo más frecuente son los problemas de salud, enfermedades crónicas, abandono, soledad, sienten que son un estorbo, sufren de depresión, abuso, son cuidadores pero no infunden el respeto que deben tener y no son tenidos en cuenta. Lo que se enmarca en un determinante singular.

El tipo de violencia que predomina es el emocional, con 29 casos notificados, siendo el 37%, seguido de violencia por negligencia con un 24%. Como se puede observar en la siguiente gráfica no se detectan casos de violencia sexual, se demuestra que la violencia por abandono es de 12% y finalmente esta la violencia económica con un 10%⁵⁵

52 Transversalidad de discapacidad. Hospital Rafael Uribe. 2009

53 Documento Actualización Diagnóstico Local. Desplazados. Gestión Local. 2010.

54 Ibid.

55 Informe Actualización Diagnóstico local. PDA Salud Mental. Gestión Local. 2010. Págs. 49-50

Es así como se analiza que personas mayores continúan siendo víctimas de otros, vulnerando así sus derechos consagrados en las normas. Las implicaciones legales y sociales de este fenómeno deben trascender a otras determinaciones en el ámbito gerontológico para iniciar un estudio en el marco legal, social y económico y porque no en lo político; que tenga una mirada desde la perspectiva del ciclo vital, que realice el énfasis en la complejidad del proceso y de sus diversos.

Los factores desencadenantes que más predominan según la intervención psicosocial son los problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado; problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar; problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia; problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa; problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital; problemas relacionados con persona que vive sola y síndromes del maltrato, haciendo referencia al maltrato físico, emocional, económico, sexual y negligencia.

Según la unidad de análisis realizada en la Red del Buen Trato, los determinantes que influyen en el bienestar de los y las personas mayores en el territorio⁵⁶ se relacionan con determinantes estructurales por las condiciones laborales de explotación y falta de reconocimiento de estas personas, debido a falta de políticas en esta materia; esta situación se empeora al encontrar que no hay acceso a una pensión de vejez o discapacidad, lo cual genera dependencia económica y familiar que a su vez propician rechazo de la familia por considerarlos una carga; este hecho se puede corroborar con lo manifestado por el grupo de personas mayores del barrio la Paz Caracas “que no hay corresponsabilidad por parte de la familia; en algunos casos viven de la caridad y son víctimas del abandono por parte de sus familiares; no se evidencian redes comunitarias adecuadas.”⁵⁷

Entre los determinantes singulares, se evidencian problemas de salud como las enfermedades crónicas, que a su vez generan discapacidad, problemas de depresión y baja autoestima en las personas mayores, los cuales se ven empeorados por la falta de programas para la ocupación de tiempo libre o adaptación de los existentes según condiciones propias de este grupo poblacional.

Los hombres y mujeres líderes representantes de las personas mayores en el comité de persona mayor, manifiestan que los reducidos y manipulados espacios de participación para la persona mayor no permiten la incidencia en la toma de decisiones y trascender del conocimiento de sus derechos y deberes.

3.1.5.2. Núcleo problemático 2

Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

Entre las condiciones medio ambientales que inciden negativamente en la calidad de vida de la niñez, se encuentra señalado en el territorio Diana – Marruecos indirectamente el modelo económico de flexibilización del mercado laboral, precarización del empleo, difícil inserción del adulto al campo laboral; mirado desde lo estructural hace que los niños y niñas se involucren a temprana edad en el mundo laboral. La situación socioeconómica de las familias con necesidades básicas insatisfechas, presencia de población en condición de desplazamiento. Por lo cual se puede determinar como particularidad, la baja oferta institucional para ocupación del tiempo libre o un lugar donde se guíen las tareas y se cuiden a niños y niñas mientras los padres trabajan.

Desde la una perspectiva socio- cultural, el trabajo ayuda en la formación de individuos de bien; sin embargo, los modelos de contratación y pagos desfavorables limitan las posibilidades de desarrollo para los trabajadores y a su vez generan barreras a sus familias para acceder al Sistema

⁵⁶ Unidad de análisis Red del Buen Trato 2009.

⁵⁷ Ámbito comunitario, intervención fortalecimiento a grupos y organizaciones. 2009

General de Seguridad Social afectando en forma general la calidad de vida de los niños y las niñas, especialmente los que se encuentran en condición de discapacidad física y mental.

Para resolver la situación de inseguridad alimentaria, se han puesto en marcha proyectos productivos a través de la Alcaldía Local y diferentes instituciones y organizaciones; no obstante, estos proyectos no son suficientes para dar solvencia a esta problemática y se ha percibido que no dan respuesta a los intereses de la comunidad. En materia de proyectos se ha incursionado en agricultura urbana siendo múltiples las intervenciones frente al tema de forma desarticulada por parte de diferentes instituciones, muchas veces interviniendo el mismo territorio. Los proyectos están diseñados para trabajar con pequeños núcleos y por periodos muy cortos.

Por otro lado, según el grupo focal realizado en el año 2009, se encuentra que los niños aun no reconocen las consecuencias que conlleva el trabajo en menores; por esta razón ven el trabajo como una alternativa para salir de la pobreza y como la mejor alternativa para poder acceder a los alimentos.

El incremento de ventas ambulantes y el costo de los alimentos por la cadena de intermediarios, se manifiesta, entre otras causales, por la inexistencia de centros de acopio en la localidad. Actualmente el territorio Diana – Marruecos no cuenta con una plaza de mercado, por lo tanto la accesibilidad geográfica es difícil e incrementa costos de los alimentos que son distribuidos a través de pequeños negocios y carretas ambulantes a donde llegan los alimentos en mínimas condiciones de calidad e inocuidad.

Se identifica elevado riesgo de deslizamiento, teniendo en cuenta el elevado número de viviendas construidas y el hacinamiento de las mismas, la capacidad de carga de la zona, sumado a la carente cobertura vegetal adecuada, que puede generar inestabilidad del terreno y el riesgo de deslizamientos de tierra. La elevada población de mascotas en el territorio Diana – Marruecos y la falta conciencia de los habitantes frente a la tenencia de mascotas, en especial con el manejo de excretas, incrementan el riesgo de propagación de virus y enfermedades en los niños y niñas del territorio.

En el desarrollo del análisis cualitativo desde cada transversalidad, PDA, ámbito y componente, se obtuvieron los siguientes aportes que fortalecen la información cuantitativa y permiten hacer un análisis real de la situación de la infancia en este núcleo problemático:

Gestión sanitaria y ambiental (GESA): desde sus intervenciones ha logrado identificar como determinante particular, que la mayoría de instituciones educativas no presentan óptimas condiciones sanitarias para sus estudiantes, generando enfermedades relevantes en la infancia; también se puede visualizar que la falta de ingresos de las familias y sus condiciones sociales y culturales los conllevan a adquirir medicamentos en establecimientos de venta libre y en su mayoría no farmacéuticos, lo que puede agravar aún más la situación de salud de los niños y niñas, visto como un determinante singular.

Desafortunadamente, el análisis de la situación de desnutrición, tanto en gestantes, como en recién nacidos, tiene su origen en las deficientes condiciones socioeconómicas que enfrenta la población de la localidad. Aún y a pesar de las intervenciones y valoraciones por médicos, enfermeras y nutricionistas, las acciones no pueden aliviar el hambre de las personas, por lo que las acciones deben encaminarse a generar opciones de empleo y mejores oportunidades que signifiquen un verdadero mejoramiento en la calidad de vida.

Por la dinámica del mercado y los bajos ingresos se está presentando un fenómeno creciente como lo es el del trabajo infantil en nuestra sociedad, que puede presentarse de diferentes maneras: vendedores informales, plazas de mercados, niños y niñas y jóvenes dedicados a la explotación

infantil y a la prostitución y otros menos peligrosos como ser cuidadores de otros niños y niñas aun menores en edad o acompañantes del trabajador. Los daños ocasionados por el trabajo infantil que se han encontrado hasta el momento se dan en la salud física y psicológica del menor, siendo un determinante estructural.

Desde el trabajo podemos ver como determinante singular a nivel físico que las lesiones más frecuentes son las de la piel, especialmente en las personas que están dedicadas a las ventas ambulantes; problemas de columna vertebral, porque se someten a cargar objetos pesados; deformidad en los huesos y músculos; problemas de crecimiento y desarrollo por los malos hábitos alimenticios. A nivel psicológico lo que se ha encontrado hasta el momento es que los niños y niñas trabajadores son más agresivos y se deprimen más fácilmente, se ven involucrados en riñas callejeras, en actividades propias de adultos como el consumo de cigarrillo, alcohol, drogas e incluso relaciones sexuales. Pierden el interés por el estudio, perpetuando así los índices de pobreza de la sociedad.

Cabe resaltar que la población infantil más afectada con las condiciones socioeconómicas debido a su cultura y condición en que llegan a esta ciudad son la población étnica y desplazada; no les permite tener acceso a unos ingresos dignos o sostenibles que hacen que los niños y niñas sean vulnerables y su salud sea afectada directamente. La situación de desplazamiento produce efectos severos en la vida familiar, ocasionando una ruptura evidente y en cada uno de los miembros que la compone, atendiendo a su especificidad de género y edad, siendo los más afectados los niños y las mujeres. En lo que respecta a los niños y niñas con discapacidad, la ciudad no está arquitectónicamente diseñada para esta comunidad, lo que hace que no accedan fácilmente a programas que los beneficien; por lo tanto, en su grupo familiar el cuidador que es cabeza de hogar debe permanecer en éste, sin recibir ningún ingreso, aspecto que aumenta su difícil situación económica afectando naturalmente a los niños o niñas.

En el sistema general, no existe una atención diferencial y con enfoque de derechos para esta población. Los formatos de recolección de información aún se quedan cortos para especificar cuántos niños y niñas se encuentran en alguna de estas situaciones, si no en todas, que permita avanzar y mejorar la cobertura de atención hacia esta población⁵⁸.

Desde la intervención de salud oral del ámbito comunitario, se evidencian diversos aspectos que tienen que ver con el mantenimiento de prácticas inadecuadas y por ende de la caries en la población infantil, lo cual se relaciona directamente con el mantenimiento de un adecuado estado nutricional: las causas de índole socio económico inciden directamente en el acceso a los servicios de salud oral en virtud que algunos procedimientos no están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La parte cultural observada en esta población (vulnerable) es un factor definitivo que incide permanentemente al no valorar efectivamente la importancia de la salud oral y la no creación de una cultura de higiene y prevención primaria.

En familias numerosas de estratos socio económicos 1 y 2, no existe una vigilancia constante y frecuente por parte de los padres hacia los hijos, lo que determina apariciones enfermedades orales, lo cual a su vez produce consecuencias relacionadas con aspectos nutricionales y digestivos.

Desde la intervención salud visual y auditiva del ámbito escolar, desarrollada en las IED: La Paz, Palermo Sur, Colombia Viva Sede B, Alfredo Iriarte Sede B, San Agustín Sede A, Marruecos y Molinos Sede A y B, se evidencia como determinante estructural la situación económica de la población en general; afecta la adquisición de anteojos o tratamientos por falta de dinero, lo cual se ve reflejado por el alto índice de alteraciones visuales en la población infantil. Sumado a lo anterior, el bajo nivel académico de los padres de familia, impide obtener un trabajo estable.

58 Lectura de necesidades comedores. Grupo Focal.HRUU 2009

El principal problema que se detecta es que no hay un plan de ordenamiento ambiental del territorio que armonice las políticas y actividades económicas con las potencialidades y desequilibrios ambientales del territorio, incluyendo los lineamientos generales de un proceso de urbanización coherente expresados en un plan de uso de suelo que regule y controle el desarrollo del territorio Diana - Marruecos.

Entre los factores ubicados en el exterior de las instituciones educativas se encuentran la acumulación de basuras en los alrededores del colegio, que facilita la presencia de vectores dentro y fuera de los colegios, la presencia de caninos callejeros que ocasionan contaminación con sus heces y la diseminación de basuras y representan riesgo de accidentes rábicos; la contaminación por olores fuertes, algunos derivados por la cercanía a estaciones de gasolina o a las canteras de la zona de chircales o por la falta de mantenimiento a alcantarillas, las inundaciones originadas por las canteras (IED La Paz) o alcantarillas saturadas. (Ver Mapa 10)

Según el análisis de actividad física en el Parque Diana Turbay, se encuentra que entre las razones por las cuales la población joven no realiza actividad física, es porque se identifica una clara problemática de inseguridad y de consumo de sustancias psicoactivas, lo que dificulta el aprovechamiento del espacio para la práctica. Otra de las razones por las cuales la población joven no realiza actividad física es por falta de tiempo e interés y reiteran que una de sus actividades para ocupar el tiempo libre es ver televisión y que cuando realizan la práctica física no lo hacen bajo los parámetros recomendados para hacerlo.

En el territorio Diana Turbay - Marruecos se encuentra el Polideportivo Molino II, en donde se desarrollan actividades deportivas, tanto por parte del IDRD como campeonatos organizados por particulares. Allí mismo realiza sus prácticas el Grupo Luna Ondulante, que son jóvenes que tienen expectativas claras encaminadas a la promoción del arte a través de escuelas de formación en capoeira, danza contemporánea, break dance, teatro, gimnasia y arte circense. Las condiciones estructurales de los espacios recreativos no son las mejores; se evidencia abandono y en sus alrededores hay problemática ambiental como desechos de basura.

Entre los elementos que influyen en el aprovechamiento biológico del joven, pueden verse afectada su salud por el inadecuado control sanitario y ambiental. Las condiciones de saneamiento presentan deterioro, principalmente en el territorio social de Diana – Marruecos; esto se observa a la orilla de caños, quebradas y zonas verdes que se han convertido en botaderos de basuras. A pesar de contar con servicio de recolección de basuras se piensa que estas condiciones de insalubridad se deben a falta de conciencia de los habitantes del sector.

Así mismo existe otro grupo llamado “Rap.Eros” dedicado a promover el break dance como estrategia de manejo del tiempo libre. En este mismo territorio se identifica el Parque Diana Turbay en el cual se identifica una clara problemática de inseguridad y de consumo de sustancias psicoactivas, lo que dificulta el aprovechamiento del espacio para la práctica de actividad física

En el territorio Diana – Marruecos, se evidencia que la problemática de riesgos al interior de las viviendas se debe a varios factores físicos y sociales, teniendo como principal el aumento poblacional y la presión que el mismo ejerce sobre las condiciones de habitabilidad de las familias.

La localidad Rafael Uribe Uribe posee unas características especiales en cuanto a su dinámica y desarrollo, siendo esta, la de mayor densidad poblacional del distrito⁵⁹, hecho que es fácilmente evidenciable en territorios como Diana Turbay - Marruecos donde la distribución de viviendas en los barrios es altamente confinada y el hacinamiento interno es evidente

59 Agenda Ambiental Local Rafael Uribe 2.009

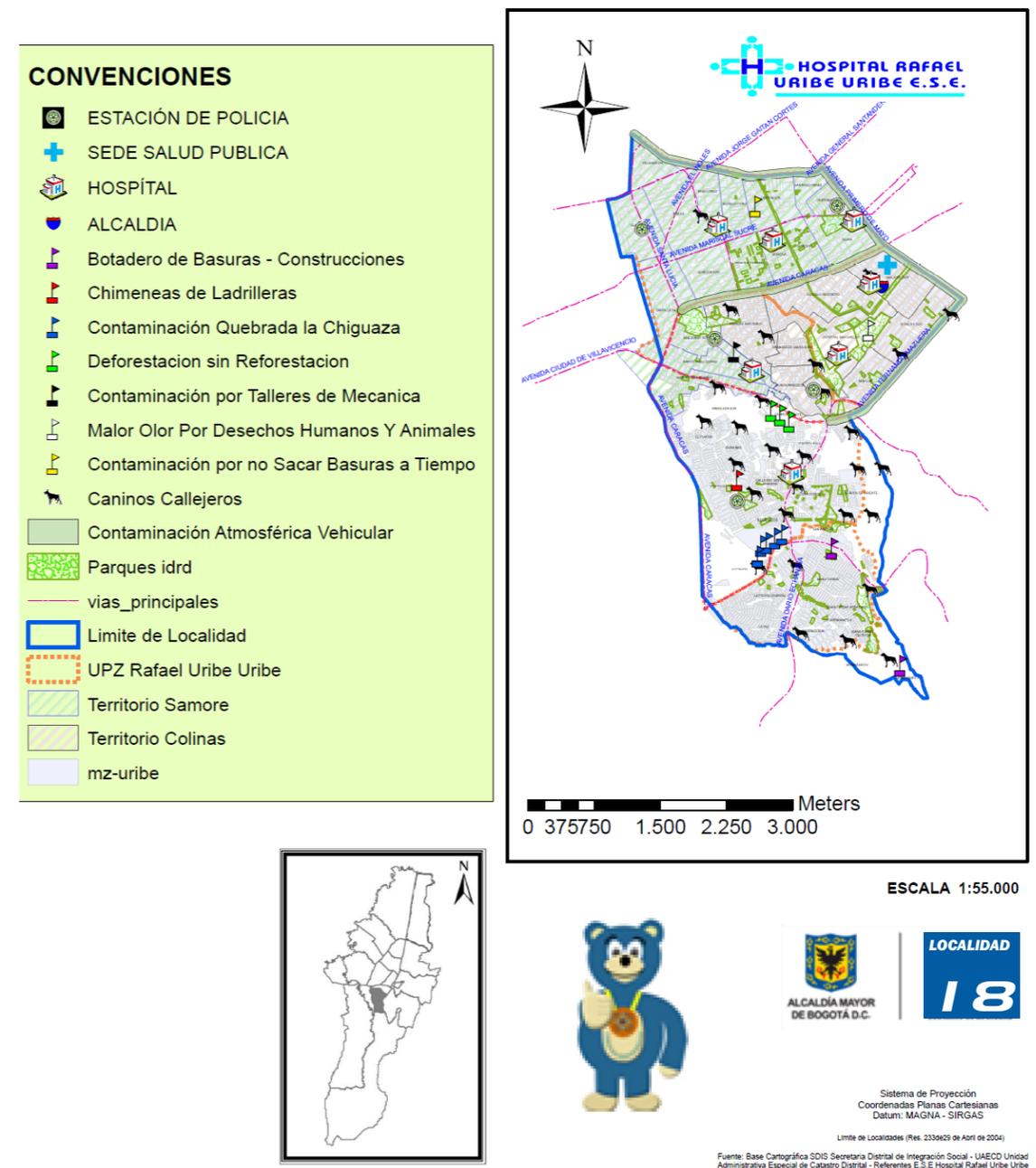
En esta medida, la población está expuesta también a múltiples factores de contaminación, entre ellas las generadas por fuentes móviles, producto de la combustión incompleta de combustibles en el transporte automotor; las actividades industriales, que arrojan partículas al aire, afectando a la población en general; la inadecuada disposición de residuos sólidos domiciliarios e industriales que son depositados en las calles, zonas verdes y cuerpos de agua, diseminando vectores plaga y enfermedades entre la población, de acuerdo con el índice de vulnerabilidad aplicado a los barrios pertenecientes a este territorio como: La Fiscala, El Playón, La Playita III, Cerros de Oriente, San Cayetano, Nueva Esperanza, Danubio Sur, Arrayanes III, IV y V, Palermo Sur, La Serranía (Sector Cultivos), Callejón de Santa Bárbara (III Etapa), La Carolina, Villa Gladys II, Nueva Pensilvania Sur, Villa Esperanza, Guiparma, El Mirador Sur I y II, Molinos II Sector, Marruecos, San Agustín, Molinos del Sur, La Picota, San Agustín II Sector, Nueva Silvania Sur. (Ver Mapa 12)

En el territorio se evidencian barreras arquitectónicas que dificultan la realización de las actividades básicas cotidianas y los facilitadores que existen no son suficientes o no se ubican en los territorios donde se encuentra la mayor cantidad de personas en condición de discapacidad física.

En términos absolutos, quienes padecen problemas de movimiento son los que con mayor frecuencia requieren de esta ayuda. Esta problemática afecta a los ciclos vitales de infancia, juventud, adulto y persona mayor.

Es importante anotar, con respecto a la diseminación de virus y bacterias, que está en gran porcentaje asociada a la exposición directa a los factores del ambiente, condiciones sanitarias deficientes, hacinamiento y consumo de agua o alimentos en mal estado.

Mapa 12. Problemáticas ambientales en territorios sociales en la localidad Rafael Uribe 2010



Esta es una condición recurrente en la zona alta del territorio Diana Turbay y Marruecos, las cuales han sido catalogadas como de alta vulnerabilidad, por sus condiciones socioeconómicas, topográficas y del ambiente. Estas últimas se han dejado evidenciadas en los informes de la transversalidad de ambiente (Vigilancia, GESA y Entornos Saludables) como el diagnóstico local en salud 2.008 y la caracterización de Salud a Su Casa⁶⁰ en la cual se observa que las condiciones locativas de la vivienda, la legalidad de la misma, la convivencia con animales al interior de las viviendas, los riesgos naturales y antrópicos, el abastecimiento de alimentos no adecuados y la presencia de vectores plaga, inciden en las condiciones de salud de la población de esta localidad (ver Mapa 12).

El Hospital Rafael Uribe Uribe con la estrategia de Salud a su Casa ha caracterizado en la localidad 3.714⁶¹ familias que, analizadas bajo la metodología de índice de vulnerabilidad, presentan problemáticas relacionadas con hacinamiento, tenencias inadecuadas de mascotas, presencia de vectores plaga, insuficientes servicios de baños y lavamanos, consumo de tabaco, manejo inadecuado de residuos sólidos, disminución en el consumo de alimentos, entre otras⁶²

Según los hábitos de los adultos habitantes de este territorio, sus costumbres alimenticias y de destinación del tiempo libre, hacen que la presencia de enfermedades crónicas haya sufrido un traslado de donde tradicionalmente se situaban, que era el ciclo de persona mayor y han venido acercándose más a los rangos de edades comprendidos entre los 27 y 59 años

En el ciclo de adultez en el territorio, se ve limitada la práctica de actividad física por los horarios laborales extenuantes que los obliga a descansar en su tiempo libre. Sin embargo existen equipos de fútbol conformados por adultos, deporte que practican en toda la localidad y a lo largo de los tres territorios.

Por ejemplo, en el territorio Diana Turbay-Marruecos en el polideportivo Molinos II se adelanta la logística para iniciar eventos deportivos, dentro de los cuales está enmarcada la población adulta.

El hospital cuenta con el programa *Tú Vales*, que va dirigido a este tipo de población y que busca incentivar la práctica de actividad física tanto para la mujer como para el hombre, ya que éste también está participando en el programa, aunque en menor proporción.

Para la etapa de envejecimiento y vejez las necesidades en seguridad y medio ambiente se enmarcan en determinantes estructurales, en cuanto al establecimiento de normas y leyes que permitan garantizar la conservación del medio ambiente sin la mirada mercantilista que ocasiona el daño de los recursos no renovables y la afectación a la salud de las personas mayores y de las personas de las etapas del ciclo; así mismo, la seguridad se observa bajo estos determinantes debido a la inexistencia de normas reales que determinen la seguridad de los habitantes del territorio. Se considera como determinante intermedio debido a que las instituciones no poseen la capacidad de respuesta oportuna debido, por una parte a la asignación de presupuesto y por otra a la regulación de las acciones de los funcionarios.

De igual forma, se consideran determinantes particulares, por el aumento de los robos y la inseguridad en los barrios de los tres territorios de la localidad. Es también un determinante particular la falta de conciencia en cuanto al manejo de residuos sólidos y cuidado del medio ambiente en los barrios del territorio; por otra parte se presenta como un determinante singular debido a que estas situaciones afectan de manera directa disminuyendo la creatividad, la autonomía y la calidad de vida de las personas, reflejado en el deterioro de la salud y en la presentación de entornos peligrosos y descuidados.

60 Bases de datos familias caracterizadas por la Estrategia Salud a su Casa Hospital Rafael Uribe Uribe Septiembre de 2009 *Ibid.*

61 Bases de datos familias caracterizadas por la Estrategia Salud a su Casa Hospital Rafael Uribe Uribe Septiembre de 2009 *Ibid.*

62 *Ibid.*

Las situaciones anteriormente descritas contradicen lo planteado en la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión vivir bien en la vejez, la cual plantea la “creación de entornos sanos, seguros y de fácil tránsito, eliminando barreras en la ciudad donde se reconozcan las situaciones particulares en movilidad de todas las personas mayores, hombres y mujeres, haciendo énfasis en las necesidades de las personas mayores en condición de discapacidad y en la comunidad rural.”⁶³

En las personas mayores en condición de discapacidad, se identifica como determinante estructural las barreras arquitectónicas para acceder a los diferentes espacios lo cual dificulta la inclusión social y el desarrollo integral individual y colectivo, situación que se hace más compleja en el barrio Diana Turbay debido a su formación geográfica, lo cual dificulta de una manera más específica el desplazamiento.⁶⁴

Por otra parte, según información aportada por Entornos Saludables del Ámbito Familiar en los barrios Diana Turbay y Marruecos, las inadecuadas condiciones sanitarias en establecimientos abiertos al público y algunas viviendas, así como la tenencia inadecuada de mascotas, determinan de manera particular y singular, la presencia de enfermedades biopsicosociales de las personas mayores y de la familia en general.

Una situación que se presenta de manera generalizada es la presencia de industrias familiares, las cuales presentan manejo inadecuado de sustancias químicas, que no se almacenan o manipulan de manera segura; esta situación amenaza la seguridad de la comunidad en general. De igual forma, las personas se ven afectadas por la falta de vivienda propia y espacios higiénicos y agradables al interior de las viviendas en los barrios anteriormente mencionados; a esto se suma la falta de visión integral para tener en cuenta las características físicas y culturales de las personas mayores.

Las dinámicas del mercado en cuanto a los canales de distribución de los alimentos a nivel nacional aumentan los costos de los alimentos, situación que pasa por ser un determinante estructural; la falta de centros de acopio en el territorio Diana - Marruecos, dificulta la inocuidad de los alimentos; la intermediación en el canal de compra de los alimentos incrementa el costo en el territorio y la baja cobertura en los programas de atención alimentaria en las personas mayores son condiciones que pasan por ser particulares. Existen hábitos inadecuados de consumo que pasa por ser un determinante estructural.

Las condiciones políticas y económicas que se evidencian en la actualidad y el control del proceso productivo de los alimentos no garantizan el acceso físico y económico de los alimentos nutritivos. Así mismo, la explotación de recursos no renovables obliga a la producción de más alimentos para la exportación e importar para comer, situación que se manifiesta como estructural, lo cual incide en la adquisición de los alimentos básicos para tener una nutrición adecuada de las personas mayores (singular); sin embargo, dado el sistema al que está sujeta la población en general, se presentan barreras de acceso a la alimentación debido a los costos y a la producción inadecuada de los alimentos, siendo estos manejados por monopolios que se benefician del mercado, explotando las tierras y la mano de obra barata.

Las situaciones anteriormente descritas evidencian la vulneración del derecho a la alimentación y nutrición, el cual promueve el acceso permanente y libre a una alimentación adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales y que garantice la vida psíquica, física, individual y colectiva libre de angustias, satisfactoria y digna.⁶⁵

Así mismo, estas situaciones contradicen lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión vivir bien en la vejez, la cual plantea el “desarrollo de acciones que garanticen el acceso y promoción de una alimentación adecuada y suficiente, donde

63 Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

64 Transversalidad de discapacidad. Hospital Rafael Uribe Uribe. 2009

65 Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

se reconozcan las necesidades nutricionales y el valor cultural, afectivo y nutricional de la cultura gastronómica de las personas mayores, hombres y mujeres, disminuyendo los altos niveles de desnutrición y malnutrición”⁶⁶

3.1.5.3. Núcleo problemático 3

El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez, generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud, disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos, reduce el acceso a los servicios básicos y en personas mayores, ocasiona pérdida de autonomía.

¿Qué hábitos de consumo hay en los niños y las niñas y mujeres gestantes y cómo estos influyen en el estado nutricional de los mismos?

El tema de alimentación y nutrición es un aspecto fundamental en el trabajo desarrollado por instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Integración Social, el Hospital Rafael Uribe Uribe e IDIPRON, principalmente. Sin embargo, en los representantes institucionales del Comité local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), se ha identificado que la población usuaria de los servicios del territorio GSI, lejos de consolidar sus conocimientos, han sido objeto de confusión frente a las prácticas de alimentación, ya que en las diferentes instituciones han recibido diferente orientación en aspectos muy puntuales que no deben ser origen de discusión. Las madres gestantes opinan que hace falta capacitación sobre la adecuada alimentación durante el embarazo, conocimiento sobre ganancia adecuada de peso en la gestación y establecimiento de buenas costumbres en las familias.

Los problemas de la salud por inadecuado control sanitario, ambiental, se da también como determinante de este núcleo problemático. Las condiciones de saneamiento presentan deterioro principalmente en este territorio; esto se observa a los alrededores de los cuerpos de agua del territorio, quebradas y zonas verdes, que se han convertido en botaderos de basuras. A pesar de contar con servicio de recolección de basuras, se piensa que estas condiciones de insalubridad se deben a falta de conciencia de los habitantes del sector.

Como se mencionó con anterioridad, la falta de centros de acopio genera ventas ambulantes en toda la localidad; el problema de esto radica en el no seguimiento a éstas. En la actualidad el Hospital Rafael Uribe Uribe, a través de la oficina de medio ambiente se ve impedido para realizar este control, ya que por direccionamiento del nivel distrital no se contempla la actividad (por no ser competencia de la autoridad sanitaria el control a la venta ambulante) y fuera de esta institución no se tiene conocimiento de intervenciones de inspección vigilancia y control.

Desde la transversalidad de Actividad Física se identifica que los espacios públicos son pocos, no son de acceso gratuito y no existe adecuación física para la recreación, el deporte y el ocio. Falta continuidad en los procesos del IDRDR por no contratación de los promotores. Desde la comunidad la singularidad se presenta en la utilización inadecuada de parques y zonas verdes, relacionada con el desarraigo y la falta de pertenencia al territorio. Sumado a esto se encuentra el problema de inseguridad en parques y zonas verdes.

Por otro lado, según el grupo focal realizado en año 2009, se encuentra que los niños y niñas son alternativa de solución en la adquisición de alimentos, proyectando el trabajo como mejor alternativa, especialmente en ventas ambulantes en el territorio, afectando directamente la salud de los niños y niñas por el inadecuado control sanitario y ambiental⁶⁷

66 Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

67 Lectura de necesidades comedores. Grupo Focal. 2009

El estado nutricional permanentemente disminuido de mujeres en edad fértil y en adolescentes especialmente, está asociada a condiciones socio-económica precarias, inseguridad alimentaria, presión social y estereotipos que se reflejan en fenómenos tales como la anorexia y la bulimia, determinantes que no han sido valorados de manera directa en la localidad. Esta situación está desmejorada sustancialmente por la disminución en la ingesta de los micronutrientes durante la gestación, especialmente en las gestantes adolescentes, quienes por iniciar de forma tardía el control prenatal, no tienen acceso a la suplementación. Adicionalmente, existe alta intolerancia a la suplementación, lo que ocasiona una serie de síntomas gástricos, que llevan a las gestantes a suspenderlos indefinidamente y en algunas ocasiones, existen gestantes que no solicitan los micronutrientes de manera oportuna.

Asociado a esta situación, existe una disminución en el porcentaje de lactantes que mantienen la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad (que ha pasado de 71% a 46%), concentrados en UPZ priorizadas (Diana Turbay, Marco Fidel Suárez y Marruecos).

Dentro de este núcleo se incluyen las problemáticas referentes a las situaciones de delincuencia e inseguridad que afectan a los jóvenes, el fenómeno del desplazamiento forzado y aquellas que enmarcan las posibilidades de subsistencia de ellos y sus familias, lo que a su vez determina el acceso a bienes y servicios, la formación de capital social y el desarrollo humano.

Los jóvenes de la localidad presentan dificultad en el acceso a educación técnica, tecnológica y superior y al empleo digno.

Durante los ejercicios de cartografía social desarrollados en el ELAI y con el Consejo Local de Juventud se evidenció el desempleo como una problemática priorizada por las y los jóvenes. Los jóvenes manifestaron que evidencian pocas opciones productivas que estén acordes a su formación y experiencia, así como escasos programas de apoyo para el emprendimiento empresarial, ya que no se cuenta con facilidades para acceder a créditos económicos que garanticen la iniciación de microempresas o empresas de trabajo asociativo.

El ámbito laboral, en la intervención realizada en las unidades de trabajo informal, clasifica los jóvenes en dos grupos, adolescentes, los que están entre los 15 y 17 años y los jóvenes como tal son los mayores de 18 años. Vale la pena aclarar que estos adolescentes no se unificaron con los encontrados en la base de datos de trabajo infantil dentro de este mismo rango de edad debido a que las dos bases de datos manejan variables diferentes y esto hace difícil la consolidación de la información.

En toda la localidad se identificaron 190 jóvenes y 19 adolescentes para un total de 209 correspondientes al 23.17% del total de trabajadores caracterizados.

A continuación se hace una descripción de la situación de las y los jóvenes trabajadores en cada uno de los territorios de GSI. Vale la pena resaltar que la siguiente información es una caracterización que soporta el análisis de situación del joven frente a este núcleo problema

En este territorio se encontraron 4 adolescentes, 3 hombres y una mujer y 32 jóvenes mayores de 18 años, de los cuales 24 son mujeres, 7 hombres y 1 dice ser transexual.

• Condiciones socioeconómicas

En cuanto a los adolescentes, la mujer está vinculada, uno de los hombres está afiliado al SGSSS en el régimen contributivo, 1 en el subsidiado y el otro accede al servicio de salud de manera particular.

Ninguno de los y las adolescentes identificados en este territorio es cabeza de hogar ni tiene

personas a cargo. La mujer gana el salario mínimo y los tres hombres ganan menos de un salario mínimo. Todos viven en estrato 2. Dos de los hombres son bachilleres, el otro hombre y la mujer tienen estudios de bachillerato incompletos.

• Condiciones de empleo

Ninguno de los adolescentes trabajadores identificados en este territorio tiene contrato de trabajo, solamente uno de los hombres tiene remuneración fija, los otros dos hombres y la mujer reciben pago al destajo y ninguno de ellos está afiliado a los sistemas de riesgos profesionales y pensiones.

• Condiciones de trabajo

La mujer y dos de los hombres trabajan en panaderías y el otro hombre trabaja en un restaurante. La mujer es operaria, uno de los hombres realiza labores de tipo administrativo y los otros dos hombres combinan los dos tipos de labores. La mujer y dos de los hombres trabajan en la jornada diurna y el otro hombre trabaja en ambas jornadas. Todos trabajan siete días a la semana. Solamente uno de los hombres trabaja cinco horas al día, los otros dos hombres y la mujer trabajan 8 y 12 horas.

• Condiciones de salud

Ninguno de los y la adolescente identificados en este territorio reporta haber sufrido accidentes de trabajo en el último año. La mujer y uno de los hombres consideran que su estado de salud es regular, los otros dos hombres lo consideran bueno. Ninguno de ellos cree que el trabajo afecte su salud.

Jóvenes mayores de 18 años: se caracterizaron un total de 32 jóvenes distribuidos en 24 de género femenino, 7 masculinos y 1 transexual.

• Condiciones socioeconómicas

El 34,37% de las y los jóvenes identificados en este territorio están afiliados al SGSSS en el régimen subsidiado, el 25% no tienen ningún tipo de afiliación y acuden al servicio de salud de manera particular, 21,87% son vinculados y el 15,62% están afiliados en el régimen contributivo. El 37,5% de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio dijo ser cabeza de familia y tienen hasta tres personas a cargo.

La mayoría de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio representados por el 65,62% ganan el salario mínimo, el 18,75% gana más de uno y hasta 2 salarios mínimos y el 15,62% gana menos de un salario mínimo.

• Condiciones de empleo

El 90% de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio no tienen contrato de trabajo, el 6,25 tiene contrato por prestación de servicios y el 3,12% representado por una mujer tiene contrato por obra o labor contratada.

Ninguno de las y los jóvenes identificados en este territorio está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

- Condiciones de trabajo: se encontró la siguiente distribución por actividad económica de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio. El 46,87% trabaja en restaurantes, el 40,62% trabaja en panaderías, el 9,37% trabaja en lavanderías y el 3,12% representado por un hombre trabaja en fabricación de partes de calzado.

• Condiciones de salud

Solamente el 9,37% de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio reporta haber sufrido accidentes de trabajo en el último año, los accidentes fueron básicamente quemaduras y cortaduras. En cuanto al estado de salud de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio el 68,75% considera que es bueno, el 21,87% dice que es regular y el 9,37% cree que es excelente. La mayoría de ellos representados por un 87,5% piensan que el trabajo no afecta su salud.

En el análisis que realiza la transversalidad de etnias de acuerdo con este núcleo problemático, el factor de riesgo que más afectan al ciclo es lo pertinente a la educación, ya que el 67,9% no se encuentra estudiando y existe una fuerte deserción escolar que se explican (en parte) por la ausencia de pertinencia en los contenidos, la carencia de asertividad pedagógica, la debilidad en la calidad educativa, el déficit en la formación de los docentes e infraestructuras educativas y un tímida introducción de proyectos etno-educativos e interculturales; (éstos no han pasado de ser experiencias aisladas y no se han universalizado, se sigue evidenciando racismo). Esta situación permite que se incremente el consumo de sustancias psicoactivas y la inseguridad; como lo referencia la comunidad en la lectura de necesidades, los territorios más afectados son Diana – Marruecos y Colina y Territorio Samoré, en los barrios de San Jorge y Marco Fidel Suárez.⁶⁸

• Determinantes estructurales

Condiciones históricas de marginalidad social y económica en que han permanecido los grupos étnicos en el contexto Nacional, Distrital y Local, que hace que la brecha de inequidad sea evidente en sus condiciones de vida actual.

No hay reconocimiento de las autoridades territoriales tradicionales, en espacios distintos a su contexto de origen, lo que limita la participación tanto de afro descendientes como de indígenas en espacios sociales, comunitarios e institucionales a nivel Local, Distrital y Nacional.

• Determinantes intermedios

Políticas públicas en relación a los derechos de los grupos étnicos desconocidas por parte de los servidores públicos y comunidad en general, lo que fractura el cumplimiento de las mismas y que además se deslegitiman.

Institucionalmente no se realiza o es precario el seguimiento que deben realizar los organismos de control, al cumplimiento de las normas en todos los aspectos relacionados al acceso a los Derechos Constitucionales de los grupos étnicos. Tampoco se sanciona su incumplimiento, convirtiendo la anomalía en una situación circular, reiterativa y sistemática que podría alcanzar niveles de una problemática estructural.

• Determinantes singulares

Existe un desconocimiento generalizado por parte de las personas que pertenecen a grupos étnicos a cerca de sus derechos en salud y más aún de los mecanismos que ofrece el Estado para hacerlos efectivos. Se refleja en inestabilidad laboral, baja remuneración o pago a destajo y carencia de servicio de seguridad social; configuran una situación crítica para los trabajadores del territorio.

Ausencia de políticas claras y contundentes en materia de desarrollo económico y social para el sector productivo y ausencia de iniciativas para la incorporación de los adultos al sector productivo del territorio.

A partir de la observación del modelo económico bajo el cual se desarrollan las actividades, no sólo en el campo económico de la población adulta de la localidad, se pueden encontrar una serie de características que afectan a la población adulta de este territorio:

Bajo nivel educativo de la población adulta trabajadora de la localidad: el sexo femenino en la actividad económica de restaurantes ha terminado la universidad con un mayor porcentaje del 0,3%, seguido de la actividad económica de panaderías con un 0,2% y con un menor porcentaje, las personas que trabajan en la actividad económica de lavanderías; se encontró que para la actividad económica de restaurantes hay el 0.8 % de la población que no tiene ningún tipo de estudio.

El modelo económico genera también que la población adulta en situación de discapacidad no acceda a la inserción directa dentro del sistema de producción de la economía formal ya que esta población no es considerada como apta para la producción económica; es de esta forma como la población en situación de discapacidad presente en los 3 territorios de la localidad no encuentra una inclusión dentro del sistema económico de producción de la localidad.

Debido a esto, la ausencia de trabajos formales, hace que la población adulta del territorio Diana Turbay – Marruecos, no pueda acceder al SGSSS e impide que se generen las condiciones para llevar una calidad adecuada de vida.

En la etapa de vejez y envejecimiento se observa que los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva” no permitieron en su mayoría obtener una pensión, lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia (particular); de igual forma, no existe un espacio laboral para esta población, por que relacionan la productividad con lo físico, lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, situación que es definida por los determinantes estructurales; así mismo se aprovecha esta condición para abusar de las necesidades económicas de las personas mayores, representado en la vinculación de estas como mano de obra barata y sin condiciones laborales básicas y dignas (singular).

Así mismo, la falta de voluntad política y generación de estrategias de las instituciones que conlleven a la asignación de un ingreso digno en donde se dé por el aprovechamiento de las capacidades intelectuales, sin que se tenga que recurrir a la asignación de un bono que no alcanza para satisfacer los mínimos vitales y que de igual forma excluye y no dignifica a la persona mayor. (Estructural e intermedio).

Desde la transversalidad de discapacidad, la falta de empleo se define como determinante particular debido a que afecta de manera directa la economía familiar y la manera de relacionarse con la sociedad, pues no existen suficientes programas que incluyan esta población, pasando por causa singular debido al desconocimiento de capacidades de las personas mayores en condición de discapacidad.

Estas situaciones reiteran la vulneración del derecho al trabajo el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”⁶⁹

A su vez, contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la Vejez la cual expone el “desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”.⁷⁰

⁶⁹ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

⁷⁰ Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

La situación laboral de las personas mayores en el territorio es similar a la de los y las adultas con el agravante de que en ocasiones se aprovecha la necesidad de dichas personas de conseguir su sustento, ya que muchos de ellos no cuentan con redes familiares de apoyo y se utilizan para trabajos en los que en ocasiones reciben el pago en especie, sin ningún tipo de protección social, sin estabilidad laboral y desconociendo la experiencia, el conocimiento y las habilidades que todavía tienen estas personas, aunque su nivel de escolaridad sea bajo.

Preocupa también ver como hay muchas personas mayores dedicadas a las ventas informales, que dicen tener ingresos apenas para cubrir a medias sus necesidades básicas ya que hay días en los que las ventas son muy malas y apenas pueden consumir un alimento diario. En el territorio también se encuentra muchas personas mayores que cumplen la función de cuidadores bien sea de sus nietos, de personas en condición de discapacidad o de otras personas mayores y esta actividad no es reconocida en ocasiones por la propia familia como un trabajo que debería tener una remuneración adecuada a la responsabilidad que esto implica.⁷¹

3.1.5.4. NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4

La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y vejez y envejecimiento.

Una de las situaciones más comunes para las madres gestantes y lactantes es la dificultad en el acceso al servicio de salud debido a que su condición a nivel escolar no le permite entender los diferentes trámites que se deben realizar para el acceso a los servicios, lo cual genera la no asistencia a los controles prenatales o de los niños y niñas en su primer año al médico. Asisten únicamente ante una urgencia, cuando puede ser demasiado tarde la intervención ante una enfermedad. Es muy notoria esta situación en especial en población en condición de desplazamiento y discapacidad, por sus condiciones de vida, educación y cultura; barreras de accesibilidad a servicios no POS (rehabilitación en discapacidad y en SPA); encuestas en IPS, desconocimiento de atención diferencial (funcionarios que desconocen las dinámicas frente a salud, enfermedad, medicina tradicional); normas que protegen las poblaciones étnicas como población especial; desconocimiento y barreras de acceso con población en situación de desplazamiento forzado, encuesta sobre barreras de acceso a los servicios de salud en SASC.

Se identificaron otras barreras de acceso relacionadas con la salud en las que se evidencia que faltan servicios de rehabilitación integral y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita el acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la ubicación geográfica de las EPS subsidiadas contratadas, que ofrecen sus servicios en localidades distantes, dificulta el acceso a las mismas.

El CAMI Diana Turbay es el centro que presenta más maternas en programa de seguimiento por la inasistencia a control prenatal y San Jorge es el centro que mejor seguimiento y efectividad tiene para las usuarias que no asisten regularmente al control prenatal.

De acuerdo con la información del programa de Promoción y Prevención del hospital frente al inicio del control prenatal, se encuentra que el principal motivo de inasistencia o de asistencia inoportuna, se relaciona con el hecho de que las pacientes no piden cita o refieren estar de viaje. Otro motivo referido con frecuencia, es la falta de disponibilidad de citas, dada la baja capacidad de personal de salud, afectando directamente la oportunidad. Frente al acceso a los servicios en salud persisten restricciones a la atención dadas por los regímenes de afiliación e imaginarios de las gestantes adolescentes sobre altos costos de la atención.

⁷¹ Documento Unidad de Análisis Ámbito laboral. Actualización diagnóstico local. Gestión Local. 2010. Pág. 39

Otras razones que determinan la baja adherencia al programa de control prenatal han sido indagadas en diferentes grupos focales realizados por la red social materno-infantil, entre las cuales se han identificado de la siguiente manera:

Las gestantes, no tienen un adecuado conocimiento sobre los cuidados que deben tener, por lo tanto existe descuido o no tienen el apoyo de su pareja o familiares; también se desconoce el estado de gestación hasta un momento avanzado del embarazo o el embarazo no fue deseado. Por falta de conocimiento muchas veces se ignoran los requisitos necesarios para tener un control oportuno y eficaz y no están afiliadas al sistema de seguridad social en salud⁷².

En los análisis de mortalidad, se ha identificado que el 80% de las mortalidades maternas se encuentran asociadas con: problemas de calidad en la atención relacionada con no identificación temprana del riesgo y remisión inoportuna; falta de cumplimiento de protocolos de programa de alteraciones del embarazo; fallas en el proceso de referencia y contra referencia de las gestantes que son remitidas a segundo y tercer nivel; embarazos no deseados, tanto en adolescentes como en mujeres adultas que no consideran un embarazo como parte de su proyecto de vida.

Servicios que centran su atención en la mujer durante la etapa de gestación y frenan el acompañamiento en la etapa post parto o en otras etapas en que la mujer puede estar física o emocionalmente vulnerable. La negligencia de las gestantes para acceder a todos los servicios que les ofrece el centro de atención, aún a pesar de que la oferta institucional incluye atención en la casa de las gestantes, lo que puede estar determinado por factores sociales, culturales o religiosos. Además, las barreras de acceso a los servicios de salud, en relación con el aseguramiento y la falta de educación a la población de alto riesgo, frente a los signos de alarma o educación básica sobre signos y síntomas normales durante el embarazo.

Los estereotipos culturales y la presión social junto a la restricción económica determinan que las adolescentes inicien su proceso de gestación con bajo peso, situación difícil de solucionar durante la gestación por intolerancia a los suplementos, cambio de domicilio que dificulta la intervención, falta de conocimiento de programas de apoyo alimentario, entre otras.

El estado nutricional permanentemente disminuido de mujeres en edad fértil y en adolescente especialmente, está asociada a condiciones socio-económica precarias, inseguridad alimentaria, presión social y estereotipos que se reflejan en fenómenos tales como la anorexia y la bulimia, determinantes que no han sido valorados de manera directa en la localidad. Esta situación está desmejorada sustancialmente por la disminución en la ingesta de los micronutrientes durante la gestación, especialmente en las gestantes adolescentes quienes por iniciar de forma tardía el control prenatal no tienen acceso a la suplementación. Adicionalmente, existe alta intolerancia a la suplementación lo que ocasiona una serie de síntomas gástricos, que llevan a las gestantes a suspenderlos indefinidamente y en algunas ocasiones, existen gestantes que no piden los micronutrientes de manera oportuna.

Asociado a esta situación, existe una disminución en el porcentaje de lactantes que mantienen la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad (que ha pasado de 71% a 46%), concentrados en UPZ priorizadas (Diana Turbay, Marco Fidel Suárez y Marruecos).

Desde el ámbito familiar se realiza el seguimiento a gestantes de alto riesgo y se ha notado que dado el alto porcentaje de gestantes en esta condición (más del 30%), debe ser planeado, desde la Secretaría Distrital de Salud; este seguimiento, proporcional a lo encontrado en el diagnóstico o valoración que realiza SASH en el año anterior, implica corregir metas y tiempos asignados. Los casos de mortalidad y morbilidad prevenible en este grupo, incluye en muchos casos a la población perteneciente al régimen contributivo; por lo tanto, es fundamental la articulación en las estrategias

72 Grupos focales realizados por la Red Social Materno infantil en 2007.

de seguimiento que son desarrolladas por IPS públicas y privadas, así como la socialización de rutas de atención en salud y para la inclusión a programas sociales y por último el desarrollo de un sistema único de notificación de gestantes que permita hacer el seguimiento de esta población.

A nivel distrital deben abrirse canales de comunicación de las gestantes con la Secretaría Distrital de Salud, que permitan resolver situaciones donde se vulneran sus derechos en salud de manera ágil, dado que su condición de afiliación está marcada en ocasiones por dinámicas de las familias o las parejas, lo que afecta al recién nacido y debe ser una situación a resolver de manera más ágil, dada la vulnerabilidad y el énfasis que nos marca la política de infancia y adolescencia.

En la población de la etapa juventud, la problemática descrita anteriormente se relaciona con determinantes generales, en la cual el sistema general de salud continúa enfrentando las consecuencias de la emergencia social como la baja cobertura del SGSSS, las barreras de acceso que enfrentan los jóvenes en los servicios de salud, no cubrimiento de medicamentos y tratamientos en el Plan Obligatorio de Salud y la capacidad del sector para liderar procesos integrales de promoción de condiciones de salud, evidenciada en el perfil de morbilidad de este grupo poblacional. Esta situación se agrava por la difícil situación económica de los jóvenes mayores de 18 años, obligándolos a desvincularse del sistema.

En los escenarios formales de participación como el Consejo Local de Juventud y el equipo local de apoyo institucional, así como en los espacios de socialización del diagnóstico y las rutas por la garantía del derecho a la salud, se menciona reiteradamente la problemática que representa para las y los jóvenes el no estar incluidos dentro del sistema general de seguridad social, en particular en salud.

Algunos núcleos familiares no tienen cobertura en salud por diferentes razones: desempleo, desplazamiento, migración de localidades, desconocimiento sobre trámites necesarios para acceder a los servicios de salud, conocimiento de si clasifican dentro de los estratos 1 o 2 del Sisben y otras familias por pertenecer al estrato 3. Esta situación de exclusión del sistema afecta a todos los miembros de los núcleos familiares, incluidos los jóvenes.

Por otra parte, cuando el núcleo tiene afiliación al régimen contributivo por parte de los padres, los jóvenes al cumplir los 18 años automáticamente son desvinculados, a menos que se encuentren cursando educación superior. Como se mencionó anteriormente, el acceso a la educación superior no es masivo en la localidad, por cuanto los ingresos económicos son bajos, creándose así círculos viciosos de causas y efectos difíciles de romper y que se constituyen en trampas de pobreza en las que muchos jóvenes y sus familias quedan inmersos. Algunos jóvenes ingresan al mercado laboral en condición de informalidad y sus ingresos no les permiten realizar los aportes para cubrir su seguridad social, quedando excluidos de la prestación de los servicios.

Entre los resultados encontrados durante el proceso de percepción de los y las jóvenes frente a los servicios de salud, sobresalen aquellas respuestas relacionadas con la falta de información, incluyendo los servicios de promoción y prevención y los de salud pública, la mala atención (actitud del personal de salud, demora, filas, incumplimiento de citas programadas).

El exceso de documentación para acceder a los servicios, las condiciones económicas que dificultan el traslado y el pago de cuotas moderadoras para exámenes y medicamentos y en algunos casos el miedo a consultar. Llama la atención que algunos participantes afirman “que van muchas personas adultas”, haciendo evidente la necesidad de proponer espacios de atención diferenciados para jóvenes.⁷³

73 Consejo local de juventud. Rafael Uribe Uribe. 2009

Teniendo en cuenta que los y las adolescentes y jóvenes son una de las poblaciones más vulnerables por los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales que presentan, la aproximación a esta población debe darse desde el análisis de sus comportamientos y derechos, por lo cual las instituciones de salud deben aportar a éste proceso, para guiar a muchos de estos jóvenes y adolescentes y contribuir en la toma de decisiones en lo que refiere a su calidad de vida y salud⁷⁴. Para el logro de este fin los y las jóvenes piden asesoría en temas sobre anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos y VIH/SIDA. La representación mental y social que se evidencia proviene de amigos, vecinos, comerciales de televisión que hablan del tema, sin embargo, no existe un contenido verbal específico que demuestre claridad respecto al tema.

En algunos barrios del territorio de Colinas, por su ubicación geográfica se presentan inconvenientes con la población en condición de discapacidad, pues manifiestan que para ir a los servicios de salud resulta muy difícil bajar por los caminos o “trochas” al igual que como no existen rampas la cantidad de escaleras dificulta esta labor. Esta problemática también se ha evidenciado en otros barrios de la localidad Diana Marruecos. Sin embargo la comunidad reconoce la ruta de la salud del hospital, como una buena estrategia para transportar a los pacientes en condición más vulnerable como madres gestantes, personas con discapacidad, niños y adultos mayores.

En la UPA de San Jorge perteneciente al territorio de Samoré se han presentado inconvenientes con la consulta médica debido a que los pacientes en condición de discapacidad en algunas ocasiones suben al segundo piso para ser atendidos desconociendo que se habilitó un consultorio en el primer piso. Pero la situación más relevante sucede con la asistencia a consulta odontológica, pues la instalación de las unidades está fija en el segundo piso; esto conlleva a que los pacientes estén en riesgo de sufrir un accidente.

Vale la pena resaltar que en este centro de salud es donde se desarrolla la estrategia de servicios de salud amigables para jóvenes la cual ha tenido éxito en prestar este servicio en consulta diferenciada para enfermería, medicina general, salud oral y los temas de interés juvenil en salud sexual y reproductiva, como métodos de planificación, asesoría en enfermedades VIH, ITS entre otros. También se desarrolla en el auditorio de la UPA por parte de los trabajadores de salud pública asesorías y socialización con respecto a los servicios amigables para jóvenes con el fin de articular las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas PIC con las del Plan Obligatorio de Salud POS.

Los jóvenes de los otros territorios sociales ven la necesidad de que este modelo de atención se replique a sus comunidades; esta opción está siendo valorada por el hospital para multiplicar la estrategia en los demás centros de salud de la localidad.

En el territorio Diana - Marruecos, se ve la necesidad de ampliar las instalaciones, infraestructura del CAMI Diana Turbay para poder llegar a cumplir con la demanda de pacientes debido a que este es uno de los centros de mayor flujo de personas. Desde el hospital ya se está haciendo la gestión para empezar a realizar las respectivas ampliaciones con el fin de prestar un mejor servicio con calidad en la atención⁷⁵

En la etapa de vejez y envejecimiento se considera que la falta de visión de la salud como un derecho y no como un servicio, aumenta la deshumanización en la atención, condición que demuestra ser un determinante estructural, debido al modelo económico y de desarrollo que se implantó en el país, situación que conlleva a la deficiencia en la atención, lo cual se ve representado en la masificación en los diagnósticos y al desconocimiento de las características del envejecimiento, lo cual pasa por ser un determinante particular, puesto que la atención o servicios ofrecidos no cumplen con las expectativas y necesidades de los usuarios.

⁷⁴ Documento servicios de salud amigables para jóvenes Ámbito IPS 2009

⁷⁵ Lectura necesidades implementación de servicios de salud amigables para jóvenes 2009

Situación ésta que va afectando las condiciones de salud de cada persona, quienes prefieren acudir a otro tipo de atención o no acudir a ninguna parte por falta de recursos económicos que garanticen un mínimo vital; así mismo, las barreras de acceso hacen que las personas no confíen en el sistema (singular).

Sobre los servicios de rehabilitación integral se presentan problemas de accesibilidad como son: cubrimiento de población vinculada únicamente, contratación con EPS subsidiada limitada para las personas en condición de discapacidad, la ubicación geográfica de las EPS subsidiadas contratadas ofrecen sus servicios en localidades distantes lo cual dificulta el acceso a las mismas. Esta situación se define como determinante particular, ya que afecta de manera directa a las personas mayores del territorio, pasando por estructural, debido a que no existen programas que tengan continuidad y si los hay acoge a personas que están en el régimen subsidiado lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.⁷⁶

Estas situaciones vulneran el derecho a la salud el cual contempla que la salud “es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud”⁷⁷. De esta forma también contradice lo expuesto en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir Bien en la Vejez la cual contempla la “promoción de una perspectiva integral de la salud, en el proceso de envejecimiento, donde se reafirme y se disfrute la vejez como un momento de la vida no asociado a la enfermedad en razón de la edad” y la “garantía de la cobertura universal de las personas mayores en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, sin discriminación de ningún tipo, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en condición de alta fragilidad social o económica”⁷⁸

3.2. Territorio 1802 Colinas

Está conformado por 35 Barrios con población predominante de estrato 2 y 3; pertenecientes a las UPZ San José y Marco Fidel Suárez.

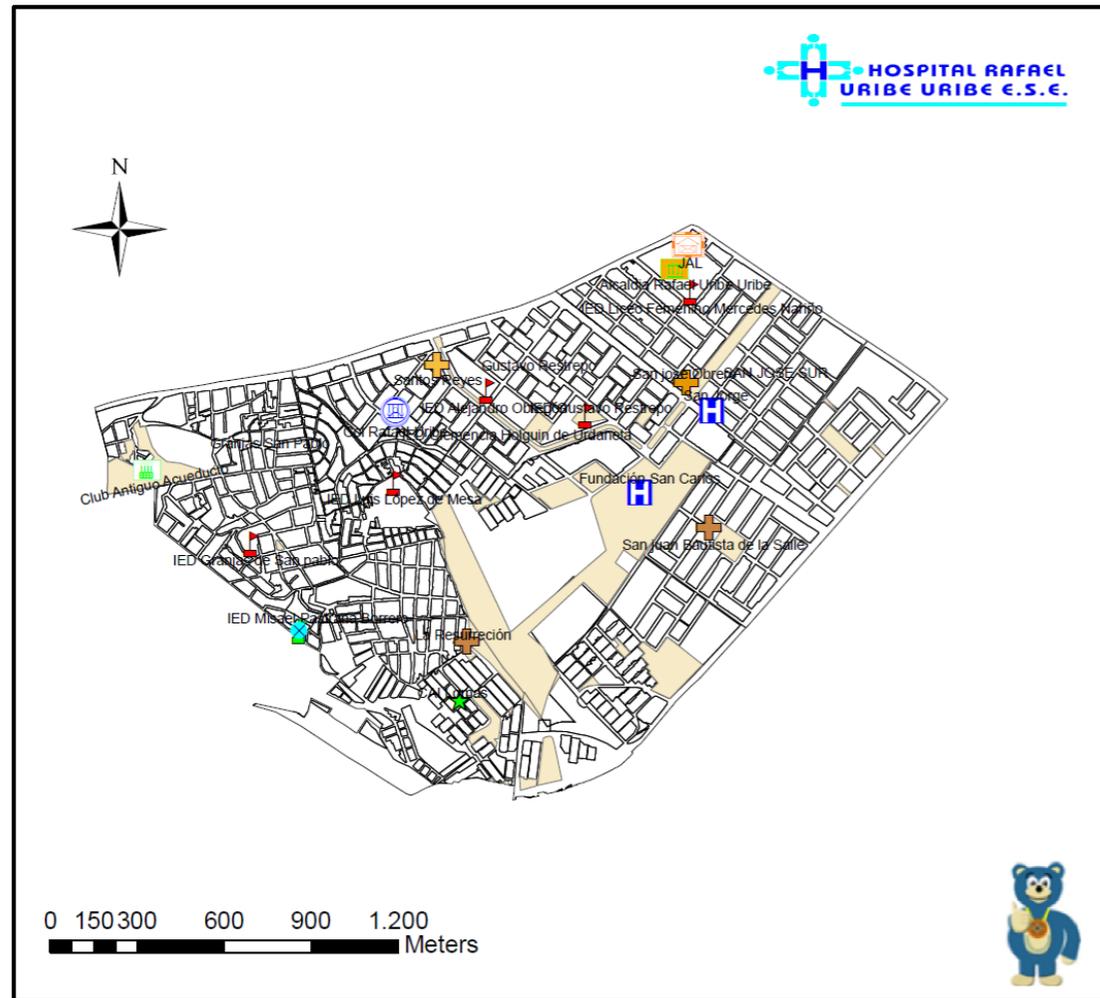
Los barrios que integran el Territorio 1802 son: Sosiego Sur, Avenida Décima II Sector, la Resurrección IV Sector, el Recuerdo, San Jorge Alto, Resurrección 2, Granjas de San Pablo, el Triunfo Sur, las Lomas - Mirador de Santa Sofía, la Resurrección II, las Colinas, las Colinas-Sector Divino Niño, Rio de Janeiro, el Pesebre, Gustavo Restrepo, Bosque de San Carlos, Urbanización Sosiego Norte, Santa Mónica, Urbanización Fucha, San José Sur, Avenida Décima, Hospital San Carlos, Santa Sofía, Alameda del Sur, El Triunfo, Santa Sofía Sur, San Juanito, Terrazas de San Jorge, Bosques del Country, San Luis, los Pijaos, la Florida Alto de Pijaos, Luis López de Mesa, Resurrección, las Lomas, Carmen del Sol, Granjas de San Pablo. (Ver mapa 13)

⁷⁶ Transversalidad discapacidad. Hospital Rafael Uribe. 2009

⁷⁷ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

⁷⁸ Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

Mapa 13. Territorio Colinas



Escala 1:20000

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| IED Misael Pastrana Borrero | Alcaldía local Rafael Uribe Uribe | Col Rafael Uribe |
| Club Antigua del Acueducto | JAL Rafael Uribe Uribe | IED Granjas San Pablo |
| La Resurrección | IED Liceo Femenino Mercedes Nariño | Barrios_Colinas_Clip3 |
| CAI Lomas | IED GUSTAVO RESTREPO | Barrios_Colinas_Clip2 |
| San Juan Bautista de la Salle | San Jorge | Barrios_Colinas_Clip |
| IED Alejandro Obregón | Fundación San Carlos | vías |
| Santos Reyes | CAI GUSTAVO RESTREPO | PARQUES |
| San Jose Obrero | IED Luis López de Mesa | TERRITORIO COLINAS |

Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 233929 de Abril de 2004)

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECOD Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECOD - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

La delimitación del territorio se describe a continuación: Norte: Localidad Antonio Nariño, Sur: Localidad Tunjuelito, Este: Localidad Antonio Nariño, Oeste: B. San Jorge Sur, Marco Fidel Suárez y Arboleda Sur.

En el territorio Colinas habitan un total aproximado de 118.362 personas con distribución del 48% para el sexo masculino y 52% del sexo femenino. El total de habitantes de este territorio representa el 31% del total de la población de la Localidad. La etapa de ciclo adultez es la más representativa (46%), seguido de la etapa juventud (27%), Infancia (17%) y por ultimo vejez y envejecimiento (10%).⁷⁹ En este territorio la persona mayor es mayor, lo cual implica dirigir las acciones necesarias a esta población.

Entre las principales problemáticas ambientales se presentan: disposición inadecuada de residuos sólidos, debido a que las personas vierten los residuos sólidos y orgánicos en el Canal de Fucha, parques, algunas calles y vías principales, sin que existan medidas públicas y sociales para contrarrestar esta situación; se presenta tenencia inadecuada de animales (mascotas) al interior de las viviendas y en zonas comunes, porque los dueños no recogen los excrementos, ocasionando a su vez la proliferación de moscas e insectos; La convivencia con animales en las familias en condición de desplazamiento se presentó en el 19%, en situación fue del 28%, mientras que para las familias sin ninguna condición especial fue mayor del 34%.⁸⁰

De igual forma, estos animales son portadores de enfermedades zoonóticas y transmisores de la rabia. Las mascotas en las calles ocasionaron accidentes a las personas; la exposición rábica se presentó en la etapa infancia, como la quinta causa de enfermedad notificada por el Sivigila en el 2008. En los y las jóvenes se registró en tercer lugar; la etapa ciclo adultez en segundo lugar y la etapa vejez obtuvo el primer lugar de ocurrencia. Por otra parte las campañas de esterilización canina no son suficientes para cubrir la demanda. Otra situación detectada por la comunidad es la insuficiente respuesta institucional en materia de cumplimiento y control a la tenencia de animales (bovinos, equinos, caprinos, aves y porcinos) por parte de la autoridad competente. No son claras las competencias de las entidades que regulan estas actividades en lo urbano; la estructura general de los barrios permite que viviendas cuenten con amplio espacio para explotación pecuaria.

El manejo inadecuado de alimentos por deficientes prácticas higiénico sanitarias en algunos establecimientos que no cumplen las normas vigentes, ocasiona presencia de enfermedades en la población, siendo las etapas más afectadas por las enfermedades transmitidas por alimentos en su orden: vejez y envejecimiento con una frecuencia del 13%, seguida de adultez (8%) y juventud (4%).⁸¹

En el territorio se identifica como problema la contaminación de los espacios de uso público y está asociada al tránsito constante de vehículos de alto cilindraje, la presencia de desechos, excretas de animales y contaminación visual y sonora.

La comunidad reconoce el Parque Metropolitano de Bosque de San Carlos y manifiestan que es el espacio más utilizado por los deportistas de la localidad y que allí es donde se puede respirar aire puro en la localidad; lo sienten como propio; el resto de los parques como es el escenario deportivo de Pijaos no lo reconocen porque la cancha de fútbol siempre está cerrada y el Canal de la Albina, que es donde se encuentra ubicada la única ciclo ruta de la localidad no la sienten como propia. El parque del Polideportivo Abierto de Marco Fidel Suárez que queda ubicado cercano al CAI del barrio, da una percepción de inseguridad, debido a que en la parte alta de la UPZ Marco Fidel Suárez, las personas reconocen que los espacios son muy peligrosos y se prestan para actividades delictivas.⁸²

⁷⁹ Proyecciones DANE 2008.

⁸⁰ Programa salud a su Casa acumulado 2004 a 2009.

⁸¹ Sivigila 2008, Hospital Rafael Uribe.

⁸² Lecturas de necesidades transversalidad actividad física. Hospital Rafael Uribe. 2009

Es importante mencionar que se cuenta con una mesa de trabajo en el Parque Bosque de San Carlos y allí pueden participar personas de los otros barrios; lo que la comunidad percibe de esta mesa de trabajo es que este espacio es muy organizado y de allí han surgido propuestas de la comunidad para promover la actividad física.

La población reconoce algunas instituciones que promueven la actividad física como son el Hospital Rafael Uribe Uribe a través del programa Tu vales y el COL Colinas con los programas de adulto mayor, pero manifiestan que son proyectos muy cortos.

Los parques en el territorio no cuentan con un mantenimiento permanente, dotación apropiada para el desarrollo de diversos deportes y actividades de recreación pasiva donde puedan acceder las etapas del ciclo vital. Las instituciones carecen de programas para la promoción de la actividad física dirigida a la población en condición de discapacidad o limitación motriz. No hay actividades recreativas y deportivas permanentes que dinamicen la integración de las personas mayores y el aprovechamiento del tiempo libre.

La mayoría de los barrios ubicados en la UPZ Marco Fidel Suárez, presentan dificultades en el acceso y la movilidad y riesgos de remoción en masa. Cuenta con 11 territorios caracterizados por el Programa SASC desde el año 2004 cada uno con 1.200 familias.

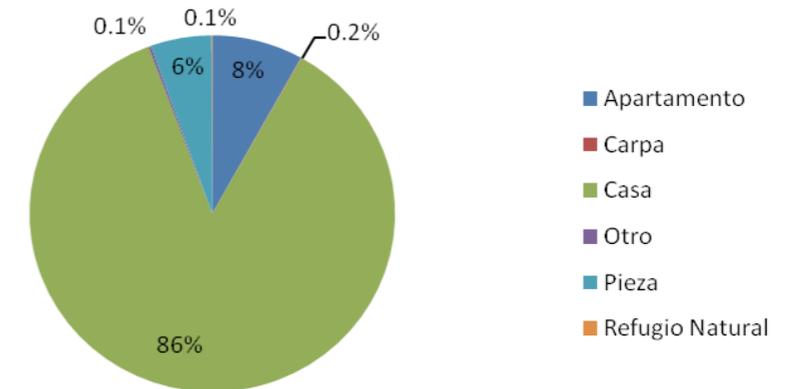
Los riesgos físicos de deslizamiento, sismo e inundación son los que principalmente afectan las zonas donde se ubican las viviendas⁸³, la presencia de vectores como ratas, ratones, zancudos y moscas predominan con una prevalencia que oscila entre 29 al 74%.

La comunidad ha manifestado también problemas de movilidad por falta de transporte público en los barrios Cerros de Oriente, Arboleda Sur, la Paz y Marco Fidel Suárez, pertenecientes a la UPZ Marco Fidel Suárez.

En relación con el acceso a la vivienda, sigue siendo crítico para la población de algunos barrios del territorio. El tipo de vivienda que predomina en las familias caracterizadas por el Programa SASC, corresponde a casa, seguido de apartamento; sin embargo, en esta población que no se encuentra en ninguna condición especial, se observa que el 6% habitan en pieza y 54 familias lo hacen en carpa, refugio natural u otras formas inadecuadas, lo cual en valor porcentual no alcanza el 1% (ver gráfica 28)

Gráfica 28. Tipo de vivienda familias caracterizados SASC sin condición especial. Territorio Colinas. Localidad Rafael Uribe

Tipo de vivienda Territorio Colinas



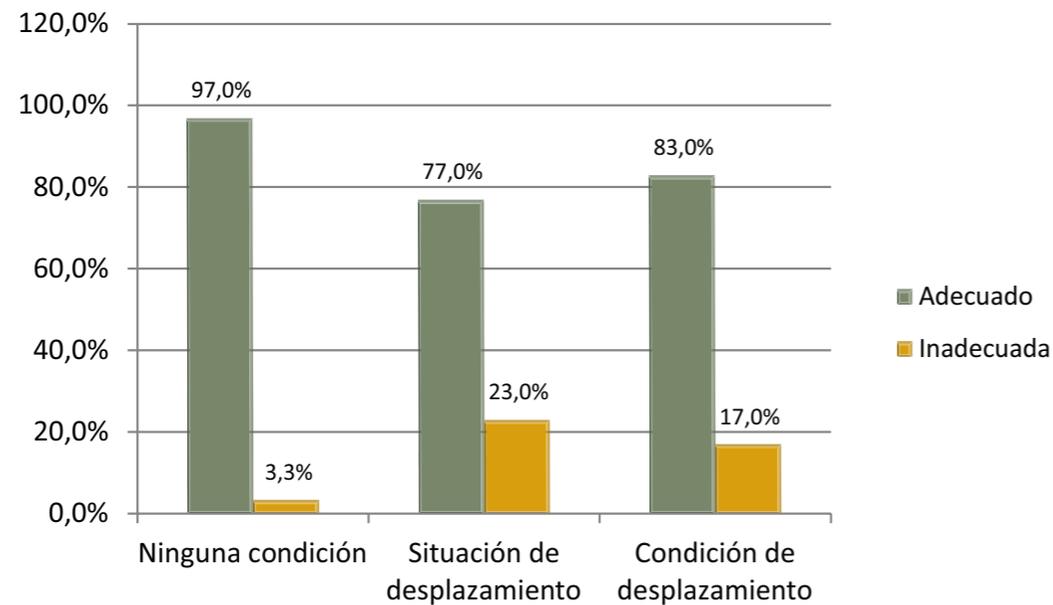
Fuente: Programa SASC acumulado 2004-2009

En contraste a la posibilidad de acceso a una vivienda adecuada, de la población que se encontró en situación de desplazamiento, el 65% viven en casa o apartamento y el 35% en pieza, siendo esta última un tipo de vivienda que no garantiza condiciones dignas y generan hacinamiento; en cuanto a las familias en condición de desplazamiento tienen la posibilidad de vivir en casa o apartamento en un 60% y el 40% habitan en pieza.

En el territorio Colinas, con respecto a los materiales de la vivienda, se encontró un 3,5% de las viviendas con problemas relacionados con los materiales de construcción de las mismas. Las diferencias entre las viviendas de las familias que presentan condición o situación de desplazamiento con respecto a las que no presentan estas condiciones fueron notorias; las familias en situación de desplazamiento no cuentan con materiales adecuados en sus viviendas en un 23% como son: cerramientos en teja de zinc, alfombra, latas, laminas plástico, cartón, tela asfáltica, escombros y piso de tierra; de igual forma, en las familias en condición de desplazamiento, los materiales inadecuados se dan en el 17%, lo cual pone en riesgo la salud y bienestar de todos sus integrantes (ver gráfica 29).

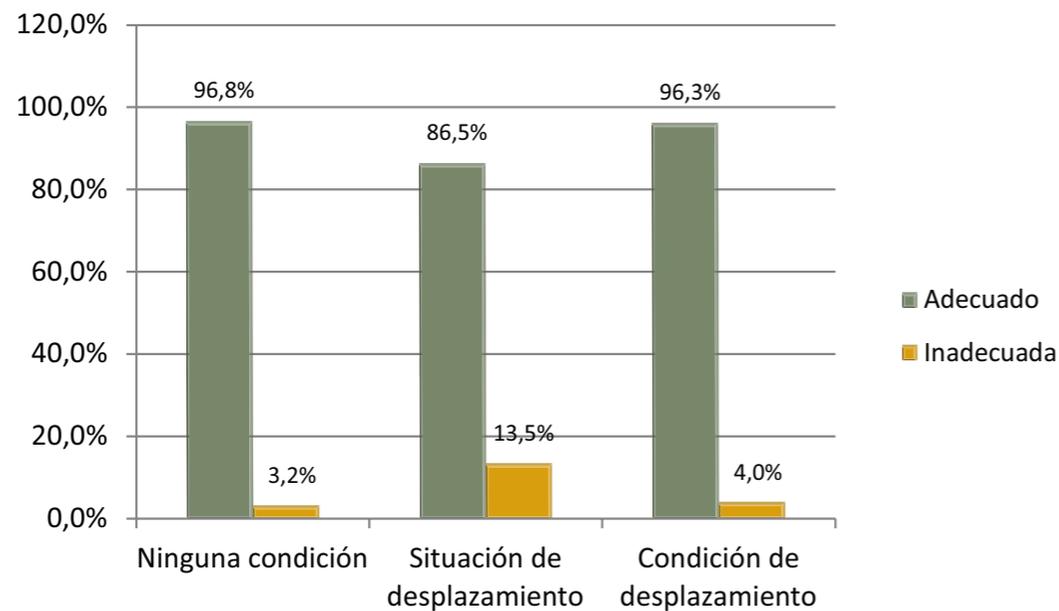
Así mismo, sobre el estado inadecuado de las viviendas, consistente en la presencia de agrietamiento, humedad o acumulación de agua en las paredes, techos y pisos, se encontró que las familias en situación de desplazamiento presentan más evidente este problema con una frecuencia del 13,5%, comparadas con las que se encuentran en condición de desplazamiento y las que no sufren ninguna situación de este tipo, estas condiciones estructurales facilitan el ingreso y residencia de plagas, además de ocasionar enfermedades de tipo respiratorio principalmente en la población infantil y personas mayores (ver gráfica 30).

Gráfica 29. Material de la vivienda familias caracterizadas SASC. Territorio Colinas. Localidad Rafael Uribe.



Fuente: Programa SASC acumulado 2004-2009

Gráfica 30. Estado de la vivienda en familias caracterizadas SASC. Territorio Colinas. Localidad Rafael Uribe



Fuente: Programa SASC acumulado 2004-2009

En cuanto a la productividad, la mayor de la proporción de las empresas de Rafael Uribe Uribe se localiza en la parte norte de la localidad. Se destacan por su concentración empresarial los barrios Gustavo Restrepo San José del Territorio Colinas.

La cadena de cuero y calzado se encuentra en las avenidas principales de los barrios tradicionales y centros de comercio, destacándose el barrio Gustavo Restrepo en este territorio.

Según el censo de unidades productivas informales realizado por el Instituto San Pablo Apóstol en el 2006, la distribución de estas Unidades en la UPZ Marco Fidel Suárez 10,6% y en UPZ San José 6%. Las actividades económicas más prominentes a las que se dedican estas unidades informales son confecciones con un 29,2% de unidades, calzado 13,3%, confecciones satélites 12,9%, carpintería 10,16% y metalmecánica 6,8%; el 27,6% representa otros sectores.

3.2.1. Etapa infancia

La población de esta etapa representa el 17% del total de la población (118.362 hab.) en el territorio Colinas. En cuanto a la concentración de la población desplazada en condición y situación de desplazamiento en el territorio, según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 34 niños y niñas caracterizados, que equivalen al 1,7% del total de la población caracterizada, con distribución equitativa entre niñas y niños.

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: los niños y niñas en condición y situación de desplazamiento que no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, correspondieron al 15%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. El 76% de esta población accede al SGSSS a través de la carta de Sisben; solo un 3% de los niños y niñas en condición de desplazamiento cuentan con régimen subsidiado y el 6% en situación de desplazamiento poseen régimen contributivo.⁸⁴

Lo anterior permite comparar la situación de los niños y niñas sin esta condición de vulneración de derechos, presentando porcentajes más altos de vinculación al régimen contributivo o subsidiado en un 78% I, un 15% al vinculado y solo el 6,7% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

La vinculación temprana de los niños y niñas al trabajo, se observa en el territorio como resultado de factores sociales, económicos, culturales y familiares que promueven dicha condición. En este territorio se identificaron 51 niñas y niños trabajadores correspondientes al 28,8% del total de los identificados en la localidad (177). La distribución por sexo del rango de 5 a 14 años fue de 26 niñas y 25 niños. Como condición de vulnerabilidad se encontraron 13 niños en condición de desplazamiento y 11 pertenecientes al grupo ROM gitano.⁸⁵

El 51,47% de estos niños, niñas y adolescentes trabajadores están afiliados a salud en el régimen subsidiado, el 17,64% son vinculados, el 30,7% están en el régimen contributivo como beneficiarios, el 1,47% está en el régimen contributivo como cotizante y el 2,94% no registra información. La mayoría de los niños, niñas y adolescentes trabajadores de este territorio, es decir el 44,7% viven en estrato 2, seguidos de un 19,11% que viven en el estrato 3 y un 16,17% que viven en el estrato 1.

Las cuatro actividades económicas en las que se encontró mayor número de niños, niñas y adolescentes fueron en su orden: servicio doméstico, ventas ambulantes y comercio al por menor de productos alimenticios.

⁸⁴ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

⁸⁵ Base de datos Trabajo Infantil 2009. Ámbito Laboral. HRUU

Esta situación aumenta los riesgos para la salud física y mental de los niños y niñas, presentándose en primer lugar de prevalencia el riesgo psicosocial (82%), debido a exposiciones por atención al público, satisfacción personal y trabajo en la calle; en segundo lugar el riesgo locativo y biológico (62% y 61,4% respectivamente), por almacenamiento inadecuado y desorden en el área de trabajo y por otra parte predominio de contaminación por bacterias y hongos, muchas veces por inadecuada manipulación de alimentos; en tercer lugar se presenta el riesgo físico y mecánico (60,3%); la primera causa encontrada para riesgo físico es el ruido seguido de radiaciones no ionizantes y para el riesgo mecánico elementos cortantes, punzantes y contundentes; en cuarto lugar se encuentra el riesgo químico (54%) principalmente por exposición a gases y vapores y por último el riesgo por carga física (35,8%) debido en su mayoría al inadecuado manejo y transporte de cargas. Al indagar sobre la percepción de sus condiciones de salud se encuentran respuestas que indican desconocimiento de las condiciones anteriores y su impacto en la salud; por tanto 2 niños y una niña entre los 5 y los 14 años correspondientes al 4,41% de los niños, niñas y adolescentes caracterizados en este territorio dicen haber sufrido un accidente de trabajo en el último año. Un niño y una niña reportaron haber sufrido caídas y un niño se accidentó con esquilas.⁸⁶

El 79,41% de los niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados considera que su estado de salud es bueno, el 8,82% considera que es regular y un porcentaje igual lo considera excelente; tan solo el 1.47 considera que es malo.

Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes identificados en este territorio, es decir, el 69,11% no creen que el trabajo afecte la salud.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC en el cual, de los niños y niñas caracterizadas menos del 1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentaron desnutrición de algún tipo son el 4%, de los cuales se encontraron 3 niños y niñas en condición de desplazamiento.⁸⁷

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en menos del 1,1% de la población, encontrándose 1 niño o niña en condición de desplazamiento.⁸⁸

La seguridad alimentaria de los niños y las niñas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. Del total de las familias donde habitan niños y niñas el 16%, redujeron la cantidad de alimentos a los menores de 5 años; de éstas, 61 estaban en condición de desplazamiento y 17 en situación de desplazamiento.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al SIVIGILA en el territorio Diana Marruecos, fueron en su orden: varicela, hepatitis A, ESI/IRAG, tosferina, exposición rábica, parotiditis, mortalidad perinatal, rubeola, parotiditis, sífilis congénita y ETA. Los anteriores eventos son acordes a las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica; eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva se presentaron 5 casos de Sífilis congénita que de acuerdo con investigaciones científicas se puede relacionar con más del 50% de las muertes perinatales, lo cual ameritaría un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis y conllevar a planes de mejora más aterrizados a las causas reales del problema.

Los problemas en la inocuidad de los alimentos son los que ocasionan en la población las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) uno de los mayores factores que influyen en la morbilidad y mortalidad infantil en la localidad.

⁸⁶ *Ámbito laboral. Hospital Rafael Uribe. 2009*

⁸⁷ *idem*

⁸⁸ *Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009*

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo Infancia fue la más alta (7,6%), comparada con los demás territorios. Se encontró una prevalencia del 2,4% de periodontitis, lo cual corresponde a uno de los porcentajes más bajos entre las etapas y se puede relacionar con una periodontitis agresiva poco frecuente en esta etapa; es muy importante la prevención, diagnóstico y tratamiento en la infancia ya que las enfermedades periodontales incipientes en los niños pueden acabar desarrollando una enfermedad periodontal avanzada en los adultos. Los profesionales de la salud dental, deben estar al día en la elevada frecuencia, diagnóstico y manejo de las enfermedades periodontales de los más jóvenes. Se presentaron 12 casos de niñas con presencia de fluorosis, equivalente al 9% en el territorio. Lo anterior, se debe a una excesiva ingesta de Flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, causando la hipo mineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad. Sobre la lesión de mancha café, se encontró en el 6,6% de los casos en el territorio, la mayoría en niños.

En el territorio Colinas se intervino una Institución educativa con un número total de 760 escolares, pertenecientes al grado 0º a 5º de primaria con un promedio de edad entre 5 a 11 años. En el primer triage realizado (valoración general) se encontraron con caries 139 niños y niñas, a los cuales se les realizó su respectiva remisión y seguimiento; en el segundo triage se evidenció que 47 escolares se encuentran con caries, demostrando cumplimiento a la consulta odontológica, con una disminución significativa de 92 niños y niñas con tratamiento en boca. La prevalencia de caries en las IED intervenidas en el territorio fue del 18,2% en el primer triage y del 6% en el segundo triage (Ver tabla 22).

Tabla 22. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio Colinas. Localidad 18

| Colegio | No. de escolares intervenidos | 1er triage | 2do triage | No. de escolares que disminuyeron índice de caries en la 2da valoración |
|------------------|-------------------------------|------------|------------|---|
| MISAEAL PASTRANA | 760 | 139 | 47 | 92 |
| Total | 760 | 139 | 47 | 92 |

Fuente: *Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. Hospital Rafael Uribe 2009*

Por otra parte se observó una disminución del porcentaje de placa bacteriana en 386 escolares, correspondiente al 51% del primer al último monitoreo en la IED del territorio (Ver tabla 23).

Tabla 23. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio. Territorio Colinas. Localidad 18

| Colegio | No. de escolares intervenidos | Número de escolares que disminuyeron % de Placa Bacteriana |
|------------------|-------------------------------|--|
| MISAEAL PASTRANA | 760 | 386 |
| Total | 760 | 386 |

Fuente: *Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009*

3.2.2. Etapa juventud

La población de esta etapa representa el 27% del total de la población (118.362 habitantes) en el territorio Colinas. En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización del programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 52 jóvenes de ambos sexos caracterizados, que equivalen al 1% del total de la población caracterizada; de éstos, en condición de desplazamiento se encontraron 41, con predominio de hombres; y en situación de desplazamiento se registraron 11, con predominio de las mujeres.

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: Los jóvenes y las jóvenes en condición y situación de desplazamiento no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, en el 28,8%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. Más de la mitad de esta población accede al SGSSS a través de la carta de Sisben (53%); cuentan con régimen subsidiado y el 15% de los jóvenes y las jóvenes en condición y situación de desplazamiento; poseen régimen contributivo solo el 1,9%⁸⁹

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC en las cuales, de las y los jóvenes caracterizadas menos del 1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentan desnutrición de algún tipo corresponden al 21%, de los cuales se encontró un joven en situación de desplazamiento.

La seguridad alimentaria de los y las jóvenes se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. Del 39.772 familias caracterizadas en el 15%, faltó dinero para la compra de alimentos y de estas 140 se encuentran en condición de desplazamiento y 261 en situación de desplazamiento. Esta situación causa la reducción de alguna de las comidas diarias o consumo de menor cantidad de porción diaria recomendada, principalmente del grupo de carnes, lo cual afecta el estado nutricional de los jóvenes, condiciones que se reflejan en cansancio, falta de concentración y presencia de enfermedades, por bajas defensas en su organismo.

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe, de fuente RIPS 2007, se encuentra las siguientes causas de morbilidad en los y las jóvenes que para este caso la mitad de los grupos de edad se reflejan en el grupo de 15 a 44 años, según servicio donde fueron atendidos, por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

Los porcentajes más altos de consulta externa en esta etapa, fueron los trastornos de la acomodación y de la refracción (18%), seguido de trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén (8%). Otros trastornos de las vías genitourinarias, afectando con un 8,4% al sexo femenino. Los factores causales de estas enfermedades, pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de cuidado de la visión, la salud oral e higiene personal en muchos casos.

Los 5 primeros eventos notificados al Sivigila, durante el año 2008, para la etapa Juventud, en el territorio Colinas, fueron: varicela, hepatitis A, exposición rábica, ETA e intoxicación por fármacos. La ocurrencia de intoxicaciones, hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos coinciden con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica; eventos como la hepatitis A ocurren comúnmente en instituciones cerradas: colegios e internados, aunque puede aparecer en población abierta.

⁸⁹ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

Los problemas en la inocuidad de los alimentos son los que ocasionan en la población las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), uno de los mayores factores que influyen en la morbilidad y mortalidad infantil dentro de la localidad.

Al revisar la condición final de los casos reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que no ocurrieron muertes en esta población joven en el territorio Colinas.

Según información de 327 casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo Juventud fue la más alta (19,6%), comparada con las demás las etapas y territorios GSI en la Localidad. El sexo más afectado fue el femenino. Se encontró una prevalencia del 10,1% de periodontitis, con predominio en mujeres jóvenes. Se presentó un 31% de prevalencia de fluorosis en los y las jóvenes, con predominio en las mujeres, este porcentaje es el más alto comparado con las demás etapas y territorios. Lo anterior se debe a una excesiva ingesta de Flúor durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, causando la hipo mineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad.

Sobre la lesión de mancha blanca y café, se encontró en el 16% y 19% de la población, respectivamente, siendo la más alta entre las demás etapas. La mancha blanca representa la más primitiva evidencia macroscópica de caries; la superficie del esmalte que cubre esta lesión está intacta y correctamente mineralizada, sin que pueda detectarse diferencia al tacto con una sonda de exploración. Lo anterior se relaciona con las malas prácticas de higiene oral en la población estudiada.⁹⁰

A continuación se resumen los determinantes que afectan las condiciones de calidad de vida y salud en la etapa juventud:

Determinantes Estructurales

El modelo económico afecta al ciclo vital juventud, pues no hay cubrimiento de las necesidades básicas. El trabajo en niños niñas y adolescentes no solamente afecta su presente sino también sus posibilidades de desarrollo y sus oportunidades en el futuro ya que implica retraso escolar, deserción, acceso a trabajo no calificado y reproducción de las condiciones de pobreza.

El modelo económico limita la productividad y competitividad de unidades productivas, lo que hace que las familias tengan un ingreso que no cubre sus necesidades básicas, involucrando a los jóvenes a temprana edad al mercado laboral.

El sistema general de seguridad social en salud, no está diseñado para dar cobertura a los jóvenes, pues cuando éstos cumplen la mayoría de edad, quedan desafiados existiendo brechas en la continuidad de la prestación de servicios. De igual manera, se ven afectados por el desplazamiento forzado e inseguridad, gastando más tiempo en ubicarse con todas las condiciones, impidiendo el acceso a los servicios de salud.

De otra parte, las políticas de las EPS subsidiadas asignan IPS en lugares lejanos al sitio de residencia.

• Determinante particular

La capacidad de respuesta social institucional es insuficiente e inequitativa debido a que se vulneran los derechos de inserción laboral, participación, proyecto de vida, educación, sexualidad cuerpo, género y cultura juveniles. Los jóvenes al terminar el colegio se ven abocados a la ocupación informal de trabajo, lo cual no garantiza acceso a la seguridad social en salud.

⁹⁰ Sistema de Vigilancia eventos de salud oral Sisveso. Hospital Rafael Uribe. 2009

En la política Distrital de Salud Oral la meta 2010, está dirigida únicamente a cobertura de gestantes y menores de cinco años, afectando el principio de universalidad para cubrir a toda la población. También está limitada a ampliación de cobertura, medida por valoración inicial y no a la respuesta real de las necesidades de esta población. La economía familiar es deficiente, la cual impide tener acceso a las consultas por pago de cuotas moderadoras y transporte para llegar a las IPS. La limitación del tiempo de consulta no permite una interacción suficiente para hacer un proceso de adaptación, por tanto se hace el procedimiento sometido o se remite. Lo cual ocasiona más gastos para la familia por desplazamiento a los centros de remisión. Las estrategias de P y P no han sido las más adecuadas en la población infantil y escolar viéndose reflejado problemas de salud oral en los jóvenes y adultos. La promoción de higiene oral se ha enfocado fundamentalmente a enseñanza de técnica de cepillado y algunas recomendaciones. Se deben implementar estrategias pedagógicas, donde se hable de residuos alimenticios vs mugre o basura.

• *Determinante singular*

Las condiciones socioeconómicas, el no contar con espacios suficientes de recreación y el uso inadecuado de algunos espacios de recreación, consumo de SPA en jóvenes y el estado nutricional de las jóvenes en embarazo influye en la prevalencia de los niños con bajo peso al nacer. (Información por lectura de necesidades en SAN, análisis de la situación en salud 2009 y Sisvan, Promoción y Prevención, atención para el manejo nutricional)

La salud oral tiene un contrincante real en las fábricas productoras de dulces lo cual incide en la aparición de caries. El consumo de azúcares y dulces es elevado y no existe la cultura del cepillado después de su consumo. Así mismo, la preparación de alimentos se realiza con adición de azúcares refinados, los cuales son altamente cariogénicos. No se ha instaurado una cultura de verdadera higiene oral (uso de la seda dental, cepillo y crema). El adulto no ha apropiado la cultura de la higiene oral para que la transmita con su ejemplo.

No existen variables diferenciales, en las actividades de las fichas de intervención de ámbitos para salud oral; por lo tanto, no hay forma de identificar el estado real de la salud oral; solo se arrojan datos sobre porcentaje de placa bacteriana.

3.2.3. *Etapa adultez*

La población de esta etapa representa el 46% del total de la población que habita en el territorio Colinas (118.362), siendo la más representativa. En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 62 adultos y adultas caracterizados, que equivalen al 1,1% del total de la población caracterizada (5.634 personas), de los cuales predominan las mujeres; en situación de desplazamiento se registran 25 y en condición de desplazamiento se caracterizaron 37.

Sobre el acceso al Sistema de Salud, se encuentran brechas importantes en la afiliación: Los adultos y las adultas en condición y situación de desplazamiento no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, en el 19%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. El 50% de las personas en condición de desplazamiento y situación de desplazamiento accede al SGSSS a través de la carta de Sisben. Un 19%, cuentan con régimen subsidiado y el 11% de adultos y adultas en condición y situación de desplazamiento poseen régimen contributivo.⁹¹

Lo anterior permite comparar los datos anteriores con la situación de los adultos y las adultas sin esta condición de vulneración de derechos, donde el 80% pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, un 13% al vinculado, 5% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

91 Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

Del total de caracterizados, la condición de desempleo está presente en el 15% de la población adulta, a su vez de las personas en condición de desplazamiento existen 15 personas desempleadas y 11 en situación de desplazamiento asumen esta condición.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC donde, de los adultos y las adultas caracterizadas menos del 1,9% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentaron desnutrición de algún tipo corresponde al 0,2%.

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en el 2,2% de la población, encontrándose 8 adultos en condición o situación de desplazamiento.⁹²

La seguridad alimentaria de los adultos y las adultas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. Del 39.772 familias caracterizadas en el 15%, faltó dinero para la compra de alimentos y de estas 140 se encuentran en condición de desplazamiento y 261 en situación de desplazamiento. Esta situación causa la reducción de alguna de las comidas diarias o consumo de menor cantidad de porción diaria recomendada, principalmente del grupo de carnes, lo cual afecta el estado nutricional de los adultos y las adultas, condiciones que se reflejan en cansancio, falta de concentración y presencia de enfermedades, por bajas defensas en su organismo.

La presencia de enfermedades crónicas, confirmada por diagnóstico médico, en la población adulta fue el 1,9% de diabetes (una de ellas en situación de desplazamiento), el 6,2% de hipertensión, encontrándose 3 de ellas en condición o situación de desplazamiento.

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe de fuente RIPS 2007, se encuentran las siguientes causas de morbilidad en los y las personas adultas:

Los trastornos de la acomodación y de la refracción, seguido de la hipertensión esencial y trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, obesidad, gastritis y duodenitis, fueron los porcentajes más altos de causas de consulta externa en esta etapa, en todas las UPZ, los cuales en gran parte son el resultado de una vida sedentaria, malos hábitos alimentarios, consumo de alcohol, entre otros. La mitad de los grupos de edad se reflejan en el grupo de 47 a 59 años, según servicio donde fueron atendidos, por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

Según información del ámbito IPS, la cobertura de la población de la localidad RUU corresponde al 1,42% para hombres y 2,76% para mujeres menores de 10 años, relacionado entre las consultas de primera vez; según el DANE año 2008 para la localidad RUU, en la población de 27 a 59 años la consulta de primera vez y su continuidad es de 56,85% para hombres y 57,70% para mujeres. De la continuidad de tratamientos terminados, corresponde al 56,31% para hombres y 54,11% para mujeres. Corresponde al segundo lugar en demanda de atención resolutoria para la etapa de ciclo vital.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo adultez fue de 14,6%, siendo el sexo más afectado el femenino. Se encontró una prevalencia del 20,8% de periodontitis, con predominio en mujeres, lo cual corresponde al porcentaje más alto comparado con los demás territorios GSI y etapas; obedece al resultado de los malos hábitos en las edades de juventud. Se presentó un 8,9% de prevalencia de fluorosis del 6%, con predominio en las mujeres; este porcentaje es el primero comparado con los demás territorios GSI. Lo anterior se debe a una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del

92 Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

esmalte antes de la erupción, causando la hipo mineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad.

Sobre la lesión de mancha blanca y café, se encontró en el 10% y 14,6% de la población, respectivamente. La mancha blanca representa la más primitiva evidencia macroscópica de caries; la superficie del esmalte que cubre esta lesión está intacta y correctamente mineralizada, sin que pueda detectarse diferencia al tacto con una sonda de exploración. Lo anterior se relaciona con las malas prácticas de higiene oral en la población estudiada.⁹³

La anterior situación de salud oral fue analizada en el espacio del comité de salud oral, obteniéndose como principales causas de los problemas los siguientes:

A nivel estructural, la población está influida por el desplazamiento e inseguridad, el tiempo que tarda la familia en ubicarse con todas las condiciones impidiendo el acceso a los servicios de salud; además, las EPS subsidiadas asignan IPS en lugares lejanos al sitio de residencia.

A nivel particular, en la política distrital de salud oral la meta 2010, está dirigida únicamente a cobertura de gestantes y menores de cinco años, afectando el principio de universalidad para cubrir a toda la población. También está limitada a ampliación de cobertura medida por valoración inicial y no a la respuesta real de las necesidades de esta población. Por otra parte la economía familiar es deficiente, lo cual impide tener acceso a la consultas por pago de cuotas moderadoras y transporte para llegar a las IPS.

A nivel singular, la salud oral tiene un contrincante real en las fábricas productoras de dulces, lo cual incide en la aparición de caries; no existe la cultura del cepillado después del consumo de azúcares y dulces. La preparación de alimentos se realiza con adición de azúcares refinados, los cuales son altamente cario génicos. No se ha instaurado una cultura de verdadera higiene oral (uso de la seda dental, cepillo y crema). El adulto no ha apropiado la cultura de la higiene oral para que la transmita con su ejemplo.

Durante el año 2008, los 5 primeros eventos notificados al Sivigila, para la etapa adultez, en el territorio Colinas, fueron en su orden: varicela, exposición rábica, VIH/SIDA, ETA, hepatitis A, intoxicación por fármacos, intoxicaciones por otras sustancias químicas. La ocurrencia de intoxicaciones, hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Se presentó un caso de mortalidad materna en el territorio. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica.

Los problemas en la inocuidad de los alimentos son los que ocasionan en la población las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), uno de los mayores factores que influyen en la morbilidad y mortalidad dentro de la localidad.

Al revisar la condición final de los casos de adultos y adultas reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que en el territorio ocurrieron 2 muertes de 17 casos que presentaban VIH/SIDA en esta población. Al calcular la tasa de letalidad del eventos, referida a la gravedad de las enfermedades, sobre el total de población que enfermó, arroja un porcentaje del 11,76%, lo cual amerita análisis profundo de causas y planes de mejora correspondientes, articulando acciones con salud mental, salud sexual reproductiva, P y P y servicios asistenciales.

3.2.4. Etapa vejez y envejecimiento

La población de esta etapa representa el 10% del total de la población que habita en el territorio y representa uno de los porcentajes más altos en la localidad, lo cual implica dirigir las acciones necesarias a esta población.

En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio, según lo caracterizado por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009, se encuentran un total de 11 personas, mayores, con distribución por género similar, que equivalen a menos del 1% del total de la población caracterizada (1.858 personas).

Sobre el acceso al sistema de salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: las personas mayores en condición y situación de desplazamiento que no cuentan con afiliación al sistema de salud son 3, representando el 27%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. Más de la mitad acceden a través de carta de Sisben y solo una de las personas en condición de desplazamiento se encuentra en el régimen subsidiado.⁹⁴

Lo anterior permite comparar los datos anteriores con la situación de los adultos y las adultas sin esta condición de vulneración de derechos; el 86,7% pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, un 8% al vinculado y el 3% no cuentan con afiliación.

Del total de caracterizados, la condición de desempleo está presente en el 22% de la población de esta etapa, siendo el mayor porcentaje. De éstas, 5 personas se encuentran en condición o situación de desplazamiento.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC; de las personas mayores caracterizadas, el 3,5% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentan desnutrición de algún tipo corresponden a menos del 1%, de los cuales no se encuentran personas en condición o situación de desplazamiento.

La situación de analfabetismo fue alta en esta etapa de ciclo; se presenta en el 14% de la población, encontrándose 5 adultos en condición de desplazamiento.⁹⁵

La seguridad alimentaria de los adultos y las adultas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. De 39.772 familias caracterizadas por el programa salud a su casa, se encuentra que en el 15%, falta dinero para la compra de alimentos; de éstas, 140 se encuentran en condición de desplazamiento y 261 en situación de desplazamiento. Esta situación causa la reducción de alguna de las comidas diarias o el consumo de menor cantidad de porción diaria recomendada, principalmente del grupo de carnes, lo cual afecta el estado nutricional de los adultos y las adultas, condiciones que se reflejan en cansancio, falta de concentración y presencia de enfermedades, por bajas defensas en su organismo.

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas confirmada por diagnóstico médico fue: diabetes 10% de la población adulta, hipertensión 42%; las personas en condición o situación de desplazamiento que presentaron dichas enfermedades es mínima, comparada con el total de caracterizados (1.858).

Las personas mayores de 60 años de edad, constituyen un grupo que posee características epidemiológicas distintivas. Los cambios en la estructura demográfica y los éxitos en los programas

⁹⁴ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

⁹⁵ Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

para prevenir y tratar enfermedades parasitarias e infecciosas, han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, tal como se expresa a continuación, teniendo en cuenta las primeras causas de morbilidad por consulta externa, hospitalización y urgencias del hospital Rafael Uribe Uribe.

Teniendo en cuenta la información cuantitativa de las causas de morbilidad en consulta externa, en las personas mayores, encontramos en mayor relevancia las enfermedades del sistema circulatorio, predominando en el sexo femenino, constituyendo el primer lugar; en su orden le siguen: enfermedades del sistema osteo muscular y del tejido conjuntivo, enfermedades del ojo y de sus anexos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema respiratorio, con mayor relevancia en los hombres mayores de 60 años y las enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario presentando mayor incidencia en las mujeres.

En cuanto a la morbilidad en hospitalización, encontramos bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, con mayor relevancia en los hombres, en primer lugar; esto da respuesta a los estudios biológicos del proceso de envejecimiento, donde se conoce que los dos sistemas que más se deterioran con este proceso, es el renal y respiratorio, debido a sus hábitos y estilos de vida no adecuados, que llevaron durante el transcurso de su vida; entre otras condiciones que han determinado esta situación de salud, le sigue la neumonía, hipertensión esencial (primaria), dolor abdominal y pélvico, con igual incidencia tanto para hombres y mujeres mayores de 60 años; otras enfermedades del sistema urinario, con mayor relevancia en el sexo masculino.

En cuanto a la morbilidad en urgencias para las personas mayores, se encuentran otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, relevante tanto para hombres como para mujeres mayores de 60 años; entre las enfermedades están la hipertensión esencial (primaria), bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, siendo éstas más relevantes en las mujeres, mientras que el dolor abdominal y pélvico y otros traumatismos de regiones no especificadas de múltiples regiones del cuerpo, se hace más relevante en los hombres; y le sigue diabetes mellitus, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; éstas con mayor incidencia en las mujeres.

Teniendo en cuenta la morbilidad en consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital Rafael Uribe, se evidencia que las mujeres mayores de 60 años, de la localidad Rafael Uribe presentan mayor incidencia; se podría pensar que obedece a la predominancia del sexo femenino, el cual juega un papel muy importante, o la idea cultural que el hombre es “el sexo fuerte” y poco recurren al médico. Estas son patologías que tienen larga evolución, episodios de exacerbación frecuente y constantemente requieren servicios de atención en salud, lo cual obliga a establecer estrategias diferentes a las utilizadas en otros grupos poblacionales.

Del total de usuarios atendidos en el programa de crónicos en los centros de atención del hospital Rafael Uribe al 31 de agosto del año 2009 equivalente a 8.215 personas, la etapa de ciclo personas mayores presenta la mayor proporción con el 68%. Actualmente se atienden en los centros en promedio 2.540 usuarios al mes en consulta externa, encontrando como condiciones crónicas priorizadas en la ESE enfermedades como: Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), hipertensión y diabetes, en su orden: diabetes (228), hipertensión (2.025) y EPOC (287). La hipertensión arterial se encuentra entre las 10 primeras causas de atención en consulta externa y la cuarta causa en urgencias de la institución.

En los grupos étnicos con relación a las enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, el 6,8% de la población padece estas enfermedades; esto puede obedecer a sus patrones alimenticios, culturales y a los inadecuados hábitos y estilos de vida.

Al evaluar diferencia del año 2008 al 2009, se observa que la continuidad en hombres y mujeres ha mejorado.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo persona mayor fue de 4%, siendo el sexo más afectado el femenino. Se encontró una prevalencia del 7,1% de periodontitis, con predominio en mujeres, lo cual corresponde al porcentaje más alto comparado con los demás territorios GSI para esta etapa y obedece al resultado de los malos hábitos en las edades de juventud. Sobre la lesión de mancha café se encontraron prevalencias de menos del 4% y fluorosis de menos del 1%.⁹⁶

La anterior situación de salud oral fue analizada en el espacio del comité salud oral, obteniéndose como principales causas de los problemas los relacionados para la etapa adultez.

Durante el año 2008, los 5 primeros eventos notificados al Sivigila, para la etapa persona mayor, en el territorio Colinas, fueron en su orden: exposición rábica, ETA, hepatitis A, intoxicación por otras sustancias químicas, tuberculosis pulmonar y extra pulmonar; los eventos corresponden a patologías de tipo respiratorio. Llama la atención el evento de intoxicación, el cual amerita mayor investigación de causas.

Los demás eventos pueden derivarse de la calidad e inocuidad de los alimentos en algunos casos por la deficiente calidad de las materias primas, la presencia de microorganismos patógenos y sustancias contaminantes de riesgo para la salud humana; de igual forma, el deterioro del medio ambiente por la contaminación ambiental, vías destapadas y condiciones de mal estado de las viviendas, entre otros, son factores que pueden desencadenar dichas enfermedades. También se observa que en esta etapa, la agresión de caninos o felinos es de importancia; podría ser de interés conocer factores que desencadenan dichas agresiones.

Al revisar la condición final de los casos reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que en el territorio ocurrió una muerte por meningitis meningocócica para esta etapa de ciclo.

3.2.5. Núcleos problemáticos que afectan al territorio Colinas:

3.2.5.1. Núcleo problemático 1

El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

En el territorio Colinas se identifican varios agentes causales del debilitamiento de las relaciones familiares y redes sociales que afectan la calidad de vida de los niños y las niñas del territorio; entre ellos se puede señalar, como una atribución social, el incremento y fortalecimiento de grupos y bandas de delincuencia común, desintegración de los núcleos familiares por el abandono, muerte, negligencia y maltrato de los cuidadores, promoción de la violencia en todas sus expresiones, hacinamiento en las viviendas y traslado recurrente de vivienda por insuficiencia económica de los cuidadores, en el costo para el pago de arriendos.

En el año 2009, la intervención psicosocial atendió un total de 34 casos de niños y niñas, los cuales representan el 19% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (183 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud de los niños, equivalente al 82% del total de la población infantil. En los niños se encontraron eventos relacionados con la educación y alfabetización y problemas de crianza; también se encontraron 4 casos de lesiones por maltrato. En las niñas se presentaron las mismas problemáticas. En el territorio de Colinas se presentó un total de 12 casos por estos eventos.

La situación de violencia social aparece como un factor determinante estructural y particular; se reconoce que en el territorio, existen casos de rechazo hacia grupos considerados diferentes

96 Sistema de Vigilancia eventos de salud oral Sisveso. Hospital Rafael Uribe. 2009

(afro descendiente, culturas urbanas, entre otros), como conformación de pandillas, que afecta y compromete a niños y niñas, que crecen viviendo éstas situaciones, en muchos casos naturalizando esos comportamientos; además de la violencia como tal, se encuentra el consumo de SPA legales e ilegales.

De otro lado, los hace vulnerables a situaciones de riesgo, ya que por su corta edad no son reconocidos como sujetos de derechos y se promueve en los niños y las niñas las peores formas de trabajo infantil (redes de micro tráfico, bandas criminales, explotación sexual). Por otro lado, según el grupo focal elaborado en año 2009, los niños aun no reconocen las consecuencias que conlleva el trabajo infantil; por esta razón, los adultos ven el trabajo como una alternativa para salir de la pobreza y como la mejor alternativa para poder acceder a los alimentos y consideran que los niños deben ser parte de esta alternativa⁹⁷. Las madres piensan que les hace falta la obtención de mejores ingresos para compra de alimentos⁹⁸

A nivel físico, las lesiones más frecuentes son las de la piel, especialmente en personas dedicadas a las ventas ambulantes, problemas de columna vertebral por carga de objetos pesados, deformidad en los huesos y músculos; problemas de crecimiento y desarrollo por los malos hábitos alimenticios. A nivel psicológico, es evidente que los niños y niñas trabajadores son más agresivos y se deprimen más fácilmente, se ven involucrados en riñas callejeras, en actividades propias de adultos como el consumo de cigarrillo, alcohol, drogas e incluso relaciones sexuales. Pierden el interés por el estudio, perpetuando así los índices de pobreza de la sociedad.

La literatura, sobre el comportamiento humano documenta ampliamente que, en la medida en que una persona esté enfrentada a situaciones de vulnerabilidad emocional en su entorno familiar, especialmente en su niñez y juventud, estará en mayor riesgo de involucrarse en situaciones que le generen dependencia y vulneración de sus derechos por parte de otros (pareja, pares, adultos). En la medida en que cuente con escasas redes de apoyo social o en que esas redes se alejen de las normas sociales, tendrá una mayor probabilidad de incurrir en comportamientos que le generen riesgos a él o a los demás.

• **Situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad**

Como dato general del Hospital Rafael Uribe, para el año 2009, el programa de regulación de la fecundidad se mantuvo con una ejecución del 80% de la meta programada; en promedio se realizan 10.067 consultas de planificación familiar entre primera vez y controles y 5.089 de primera vez, ejecutándose al 90% la meta para el programa durante todo el año.

La asistencia a la consulta de planificación familiar por género corresponde al 99,9% en usuarias mujeres; los métodos anticonceptivos de mayor uso son inyectables y orales 80%, implante subdérmico en un 10%, DIU 5%, definitivos (remisión) 5%, cabe aclarar que al 100% se le ofrece un método de doble protección, el preservativo.

De la totalidad de las mujeres que asisten al programa de regulación de la fecundidad en la ESE Rafael Uribe Uribe, el 60% oscilan en el grupo de edad de 19-25 años, 10% en menores de 14 años, 15% de 15-19 años y 15% en mayores de 25 años.

Para el año 2009 se presentaron 12 casos para sífilis gestacional reportadas y dos casos de sífilis congénita, de los cuales, el 100% fueron mujeres usuarias gestantes entre 25 a 29 años de edad. Se reportaron además dos casos femeninos y tres casos masculinos de VIH Positivos, en personas entre 24 y 27 años de edad.

⁹⁷ Grupo focal con 12 niños entre 8 y 11 años de edad de los cursos 3º y 5º de primaria pertenecientes a Institución Educativa Distrital Quiroga Alianza. 2009

⁹⁸ Lectura de necesidades programa FAMILIA GESTANTE 2009.

En barrios del territorio Colinas, como El triunfo, La Resurrección, Río de Janeiro y El Pesebre, los jóvenes expresan que, en cuanto a la problemática social, existe la necesidad de generar alternativas de solución; una de ellas es la creación de más servicios en salud amigables para jóvenes por toda la localidad en los que se aborden todos los temas en salud sexual y reproductiva de manera integral

• **Consumo alcohol y otras SPA**

Se considera que los trastornos depresivos, ansiosos y las conductas autodestructivas, constituyen los problemas más comunes que afectan la salud mental de los jóvenes; existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes en su notificación y a las que no se les presta la atención que ameritan, tienen resultados tanto o más graves para el bienestar individual, familiar y social, por la severidad de sus consecuencias: se trata del consumo abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Las clases de sustancias más usadas son en su orden: diversos tipos de licor, cigarrillo, marihuana, éxtasis, perico, cocaína, bazuco, pepas y bóxer; la edad de inicio de consumo en los jóvenes, oscila entre los 14 y los 16 años y los lugares de consumo incluyen la institución escolar, la calle y los bares. En sustancias como el cigarrillo, la incidencia es mayor entre las mujeres, mientras que en alcohol es mayor entre los hombres. Lo anterior se evidencia principalmente en el barrio Colinas, Granjas de San Pablo, Resurrección, Río de Janeiro y Puerto Rico, de acuerdo con ejercicios de cartografías realizadas por la red de buen trato, del hospital Rafael Uribe.

De igual forma, las instituciones educativas distritales cubiertas por la estrategia Salud al Colegio reportaron esta problemática que se evidencia en su cotidianidad de diversas formas: presencia de expendios en los alrededores de los colegios (La Paz, Alexander Fleming, Misael Pastrana, República Federal de Alemania, Alfredo Iriarte, Reino de Holanda), consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes, desde drogas de paso como alcohol y cigarrillo en algunos casos, hasta marihuana e inhalantes en otros (Clemencia Holguín, Alfredo Iriarte, Reino de Holanda, Alexander Fleming, República Federal de Alemania); venta libre de cigarrillos y alcohol a los menores en las tiendas de los barrios, sin ningún control por parte de los padres, tenderos ni autoridades competentes.

• **Violencia intrafamiliar y social**

Teniendo en cuenta, la dinámica de este ciclo vital se procede a realizar el análisis de la información arrojada por las intervenciones de Sivim y la intervención del ámbito familiar (intervención psicosocial conducta suicida) en el Centro Granjas de San Pablo.

En este sentido se encuentra un sin número de psicopatologías y de problemáticas que afectan directamente a los y las jóvenes y que se describen a continuación:

El Territorio Colinas ocupa el tercer puesto, con el 21%, de acuerdo con los reportes de casos reportados por Sivim en 2008. Una serie de fenómenos culturales transformaron el paisaje de la ciudad a finales del siglo XX referidos no solo al ocio, la lúdica y el tiempo libre, sino a otras formas de expresión y creación pública y política. No se trata de un fenómeno exclusivo de la década de los ochenta y noventa y quizás no tenga la misma magnitud y espectacularidad de otras capitales de Latinoamérica. Aparece en el mismo contexto, probablemente originado por los grandes cambios que la vida urbana ha experimentado; jóvenes organizados en barras, bandas, pandillas, grupos musicales, modos particulares de presentarse ante el mundo adulto y experimentar la ciudad, la sociedad y a sí mismos, con el uso de la calle y nuevos rituales de vida y muerte.

Es importante resaltar en este marco que las características culturales, económicas y sociales de la población de la localidad, influyen en las condiciones de manejo de conflictos y asertividad.

En cuanto a los tipos de violencias (118 casos en total), cabe anotar que los casos que más se notificaron según la base de datos de Sivim 2008, son para el género femenino con un 92% (109 casos) y con un 8% para el género masculino (9 casos), en edades que oscilan entre 20 y 26 años, siendo mayor prevalencia en las edades de 22 y 24 años⁹⁹.

Por otra parte, hay un elemento que aparece constantemente en la bibliografía sobre este tema: las mujeres jóvenes se hacen más visibles en las cuestiones relacionadas con la violencia, con el embarazo adolescente o la prostitución, mientras que la pregunta por la masculinidad de los jóvenes apenas se empieza a vislumbrar; es más frecuente verlos en esta literatura como protagonistas de expresiones grupales como son las pandillas, guetos, parches y tribus urbanas.

Es necesario recalcar que, el tipo de violencia que predomina es el emocional, siendo el 41% con 74 casos notificados, seguido de violencia física con 72 casos reportados para un 40%, entre 20 a 26 años de edad; la violencia sexual es de un 8%; así mismo, está la violencia por negligencia con un 6% y la económica con un 4%; finalmente está la violencia por abandono con un 1%.

En este territorio, las edades que fueron más notificadas según Sivim 2009, son de 27 y 57 años de edad, a causa de los eventos de depresión (asociados a duelo no resuelto y a trastornos de ansiedad asociados a embarazos no deseados)

Según información Sivim 2009, el tipo de violencia que predomina en esta etapa es la emocional, con 214 casos notificados (48%), seguido de violencia física con 182 casos reportados de violencia física (40%), violencia por negligencia y económica con un 4%; violencia sexual con un 3% y finalmente se encuentra la violencia por abandono con un 1%¹⁰⁰. Los casos asociados al fenómeno de violencias en este territorio, son originados en su mayor parte por los conflictos producidos por la baja estabilidad económica, así como el bajo acceso a los servicios pertenecientes a la economía formal, así como al bajo nivel de escolaridad presente en los adultos habitantes del territorio, que hace que aún existan prejuicios y concepciones culturales acerca del rol de la mujer y del papel que esta lleva dentro de la relación de pareja y la construcción de la estructura básica del hogar

Los factores según la base psicosocial 2009¹⁰¹ que influyen en la salud familiar según la clasificación CIE -10 son: síndromes del maltrato, haciendo referencia al maltrato físico, emocional, económico, sexual y negligencia.

Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas, otros problemas relacionados con la crianza del niño, problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres, otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares y problemas relacionados con bajos ingresos.

La patología más frecuente encontrada en el territorio para las mujeres fue el episodio depresivo no especificado, mientras para los hombres fue el trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco, presente con síntomas psicóticos.

Algunas patologías se presentaron solamente en mujeres, entre las que se destacan otros episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente con episodio depresivo grave presente y con síntomas psicóticos y trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente. Por otro lado patologías como otros trastornos afectivos bipolares fueron solamente diagnosticadas en hombres¹⁰². Por otra parte, todos los grupos de edades tienen un riesgo menor o mayor de presentar una conducta suicida o de suicidarse, sin embargo, existen ciertos factores que aumentan

99 Base de datos Sivim 2008 - HRUU

100 Documento Sala Situacional de Salud Mental localidad Rafael Uribe. Hospital Rafael Uribe Uribe 2009

101 *Ibid.*

102 *Ibid.*

la probabilidad de la conducta suicida o el suicidio en los adultos/as, la desesperanza producida por la falta de oportunidades a nivel laboral y académico relacionada con determinantes estructurales como la situación socioeconómica; igualmente, las características propias de este ciclo vital, el cual se encuentra enfrentado a establecimiento de roles sociales, genera estados de depresión y aislamiento de las redes de apoyo en algunas ocasiones.

A partir de los ejercicios realizados en las unidades de análisis de los ámbitos y del componente de gestión se determina que los núcleos problemáticos le apuntan a los cinco territorios, afectando de manera diferente pero significativa a las personas mayores de los cinco territorios; así mismo esta información se reitera en las distintas mesas territoriales en donde las personas mayores confirman que los aspectos mencionados en los núcleos problemáticos son situaciones que afectan su cotidianidad.

Desde la etapa de vejez y envejecimiento, las necesidades en redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes estructurales en cuanto a que existe la exclusión de las personas mayores debido a que no se tiene en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo, el cual reconoce “la optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental para extender la esperanza de vida saludable, productiva y calidad de vida de las personas mayores”¹⁰³.

De igual forma, la falta de políticas que conlleven a planteamientos de beneficios reales y dignos para las personas mayores hace que no se cuente con un respaldo legal para exigir sus derechos. Así mismo pasa por ser un determinante particular debido a la falta de respuesta oportuna de las instituciones en cuanto a la satisfacción de necesidades y a la falta de articulación desde el nivel distrital y local de las instituciones que llevan procesos con las personas mayores; de igual modo debido a la falta de continuidad, pertinencia y oportunidad en los programas hace que las personas mayores se sientan utilizadas y sin respuestas concretas a sus necesidades.

Por otra parte se presenta como un determinante singular debido a la configuración que hace la familia en cuanto a la persona mayor, que en algunos casos es de negligencia o abandono; de igual forma la pérdida del rol de generador de saberes hace que la percepción de la persona mayor sea la de abandono e inutilidad, lo que conlleva a la reducción de la autonomía y bienestar de la persona mayor.

De acuerdo con el aporte realizado por la transversalidad de discapacidad se identifica que en el territorio, las personas mayores en condición de discapacidad carecen de redes sociales y de apoyo emocional que promuevan el desarrollo e inclusión. Se define como determinante singular debido a que se evidencia en algunos casos el abandono por parte de algunos familiares de las personas con discapacidad, lo cual aumenta el sentido de vulnerabilidad de la persona mayor, pasando a afectar lo particular en el sentido de oportunidad de respuesta por parte de las instituciones, las cuales en ocasiones no son pertinentes en sus intervenciones; así mismo, la falta de hacer operativa la política de discapacidad, pasa por ser un determinante estructural y afecta en cuanto a la falta de programas y proyectos que potencialice capacidades y no se limite a acciones asistencialistas, que van en contravía de lo expuesto en la política.

Los aportes de las transversalidades de etnias y desplazados se definen en los determinantes particulares y singulares en cuanto a la falta de reconocimiento de las capacidades de las personas mayores étnicas y en condición de desplazamiento en el territorio de Colinas, más exactamente en el barrio Marco Fidel Suárez.

La situación en cuanto a salud mental de las personas mayores de este territorio, se ve representada en la falta de reconocimiento, cuidado adecuado y oportuno en sus hogares, lo que genera sentimientos de tristeza y reduce la toma de decisiones y de autonomía, situación que pasa por ser un determinante particular

103 *ibid.*

De igual forma, se manifiesta que en las personas mayores lo más frecuente son los problemas de salud, enfermedades crónicas, abandono, soledad; sienten que son un estorbo, sufren de depresión, abuso; son cuidadores pero no infunden el respeto que deben tener y no son tenidos en cuenta. Lo que se enmarca en un determinante singular.

El tipo de violencia que predomina es el emocional, con 29 casos notificados, siendo el 37%, seguido de violencia por negligencia con un 24%; como se puede observar en la siguiente gráfica no se detectan casos de violencia sexual; se demuestra que la violencia por abandono es de 12% y finalmente está la violencia económica con un 10%¹⁰⁴.

Es así como se analiza que personas mayores continúan siendo víctimas de otros, vulnerando así sus derechos consagrados en las normas. Las implicaciones legales y sociales de este fenómeno deben trascender a otras determinaciones en el ámbito gerontológico para iniciar un estudio en el marco de las normas, lo social y lo económico y porque no, en lo político, que tenga una mirada desde la perspectiva del ciclo vital, que realice el énfasis en la complejidad del proceso y de sus diversos

Los factores desencadenantes que más predominan según la intervención psicosocial son los problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado; problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar; problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia; problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa; problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital; problemas relacionados con persona que vive sola; y síndromes del maltrato, haciendo referencia al maltrato físico, emocional, económico, sexual y negligencia.

Según la unidad de análisis realizada en la Red del Buen Trato, los determinantes que influyen en el bienestar de los/as personas mayores en el territorio, corresponden a los descritos en la etapa persona mayor del territorio Diana Turbay.¹⁰⁵

La información desde el proceso fortalecimiento a grupos y organizaciones de Persona Mayor del Ámbito Comunitario, refiere que en el territorio de Colinas se evidencia el rol de cuidador de la persona mayor; se manifiesta que esta situación de presenta debido a la existencia de familias extensas que se constituyen de esta forma debido al modo económico.¹⁰⁶ Las personas mayores, en las intervenciones que se realizan en el comité de persona mayor, manifiestan que los reducidos y manipulados espacios de participación para la persona mayor no permiten la incidencia en la toma de decisiones y profundizar en el conocimiento de sus derechos y deberes.

Las actividades laborales y la falta de garantía disminuyen el fortalecimiento de vínculos familiares, lo que pasa por ser un determinante particular. La falta de autonomía y la percepción de abandono y negligencia por parte de los familiares de las personas mayores pasan por afectar de manera singular.

A continuación se exponen los resultados del documento del ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente, el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos, que complementa lo expuesto anteriormente; este análisis es realizado a partir del PDA de Salud Mental, intervención que es realizada en hogares en donde se encuentran institucionalizadas las personas mayores; esta intervención es realizada en los siguientes barrios del territorio Colinas: Barrio Gustavo Restrepo: 1 Hogar, Barrio Country Sur: 2 Hogares, Barrio Sosiego: 2 Hogares

104 Informe actualización diagnóstico local. PDA Salud Mental. Gestión Local. 2010. Págs. 49-50

105 Unidad de análisis Red del Buen Trato 2009. Hospital Rafael Uribe

106 Aporte Unidad de Análisis. Abril 2010. Hospital Rafael Uribe

• Situación general de las instituciones:

En general, se observan puntuaciones muy bajas en las instituciones visitadas, en cuanto a los ítems evaluados por la herramienta “lista de chequeo”. El 66% de las instituciones visitadas no alcanza a cumplir el 25% de los criterios evaluados por la lista de chequeo; el 29% de las instituciones cumple con el 50% o menos de los requerimientos evaluados y finalmente, solo un 5% de las instituciones cumple con el 75% o menos de los requerimientos. Ninguna institución cumple con el 100% de lo evaluado en la lista de chequeo.

Esta situación evidencia falencias importantes en lo que a salud mental se refiere, pues esto parece ser un indicador de que no existe en las instituciones una sensibilización sobre la importancia del bienestar psicológico en las personas mayores institucionalizadas.

Esta situación es alarmante, pero a la vez es una gran oportunidad para abrir espacios para la intervención en dos dimensiones básicas: sensibilización y promoción de la salud mental en las instituciones, para personas mayores, cuidadores y personal administrativo y capacitación en temas fundamentales de salud mental, para cuidadores y personal administrativo.

Como se mencionó anteriormente, las redes de apoyo primarias para las personas mayores son, en la mayoría de los casos, muy pobres o prácticamente inexistentes. Los núcleos familiares se disuelven y la persona es llevada a un lugar desconocido. Estas situaciones son causa frecuente de depresiones y en general, sentimientos de abandono y soledad, poniendo en alto riesgo la salud mental de la persona mayor

La información de grupos y organizaciones de persona mayor identificados por el Ámbito Comunitario, refiere que en el territorio de Colinas se evidencia el rol de cuidador de la persona mayor; se manifiesta que esta situación de presenta debido a la existencia de familias extensas que se constituyen de esta forma debido al modo económico.

Los hombres y mujeres con liderazgo, representantes de las personas mayores en el comité de persona mayor, manifiestan que los reducidos y manipulados espacios de participación para la ellas, no permiten la incidencia en la toma de decisiones y trascender del conocimiento de sus derechos y deberes.

En el Ámbito Familiar (SASC) se manifiesta que en el barrio Marco Fidel Suárez, se presentan personas mayores en condición de desplazamiento, las cuales son focalizadas para su respectiva atención.

El Ámbito IPS refiere la falta de oportunidades laborales, las cuales hacen que las personas consigan trabajos en condiciones precarias, lo que no garantiza un sustento digno y no permite la autonomía en la vejez; esta situación pasa por ser un determinante estructural.

Las actividades laborales y la falta de garantía disminuyen el fortalecimiento de vínculos familiares, lo que pasa por ser un determinante particular. La falta de autonomía y la percepción de abandono y negligencia por parte de los familiares de las personas mayores, pasa a afectar de manera singular.

3.2.5.2. Núcleo problemático 2

Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

A través de las unidades de análisis se ha logrado identificar, en los niños y las niñas, condiciones ambientales inadecuadas para un óptimo desarrollo integral como seres de derechos hacia una

comunidad participativa y activa. Entre estas condiciones se puede señalar el fortalecimiento y surgimiento de bandas delincuentes y criminales que sectorizan el territorio a través de zonas demarcadas de jerarquía social a través del terror y no permiten que, a las zonas de recreación habilitadas para el desarrollo de la actividad física y la convivencia, se les dé el uso para el cual fueron diseñadas.

Con referencia al comercio y distribución de alimentos, se logra identificar que el territorio no cuenta con un centro de acopio de alimentos adecuado para la distribución a la comunidad, teniendo en cuenta que gran parte de los alimentos son distribuidos a través de carretas y vehículos de tracción animal, que muchas veces no cuentan con el mínimo de requisitos de inocuidad en manejo de alimentos.

El tema de alimentación y nutrición es un aspecto fundamental en el trabajo desarrollado por instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Integración Social, el Hospital Rafael Uribe Uribe e IDIPRON, principalmente. Sin embargo con los representantes institucionales del Comité local de SAN y profesionales de la transversalidad de SAN de la ESE Rafael Uribe Uribe se ha identificado que la población usuaria de los servicios, lejos de consolidar sus conocimientos, han sido objeto de confusión frente a las prácticas de alimentación, ya que en las diferentes instituciones han recibido diferente orientación en aspectos muy puntuales que no deben ser origen de discusión.

Cuando se observa la situación económica en la localidad por el indicador de línea de pobreza (LP)¹⁰⁷ es decir, el ingreso que requiere un hogar para comprar una canasta básica de alimentos (estimada en el año 2009 para Colombia como 450 mil pesos para cuatro integrantes.)¹⁰⁸, el porcentaje de hogares pobres en la ciudad, mediante el índice de NBI para el año 2007 fue de 98.276 hogares (5,0 %). Comparado con los de la localidad Rafael Uribe Uribe, 7.753 hogares pobres equivalentes al 7,6%¹⁰⁹, supera el porcentaje, ubicándola en la quinta localidad con más población que no alcanza a tener asegurada la canasta de alimentos en la ciudad.

Pensado en esta situación, se han puesto en marcha proyectos productivos a través de la Alcaldía Local y diferentes instituciones y organizaciones; no obstante, estos proyectos no son suficientes para dar solvencia a esta problemática y se ha percibido que no dan respuesta a los intereses de la comunidad. En materia de proyectos, se ha incursionado en agricultura urbana, siendo múltiples las intervenciones frente al tema, de forma desarticulada por parte de diferentes instituciones, muchas veces interviniendo el mismo territorio. Los proyectos están diseñados para trabajar con pequeños núcleos y por periodos muy cortos y no están dirigidos en su gran parte a los niños y niñas del territorio.

Con referencia a los hogares que viven con mascotas, se identifica en estos núcleos la disminuida conciencia ciudadana en el cuidado de las mascotas y las normas de convivencia de las mismas; se presenta abandono a las mismas, las cuales se enferman constantemente y se convierten en factor de riesgo para los niños y niñas y promueven enfermedades de transmisión vectorial por virus, vectores y parásitos que viven en los animales.

En el desarrollo del análisis cualitativo desde cada transversalidad, PDA, ámbito y componente, se obtienen los siguientes aportes que fortalecen la información cuantitativa, lo que permite hacer un análisis real de la situación de la infancia en este núcleo problemático:

¹⁰⁷ Plan Local de SAN 2007 – 2012 Rafael Uribe Uribe “Una Localidad Con Oportunidades Y Menos Necesidades Alimentarias”, Comisión Intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

¹⁰⁸ Colombia Observada A Través De Los Índices De Paz Y Desigualdad Distributiva, www.unilibrepereira.edu.co/portal/archivos/pdf/indicepaz.pdf.

¹⁰⁹ Encuesta Calidad De Vida 2007 Para Bogotá, ECVB-2007. Subsecretaría de Planeación Socioeconómica

Como determinante particular, se ha identificado que la mayoría de instituciones educativas no presenta óptimas condiciones sanitarias para sus estudiantes, generando enfermedades relevantes en la infancia; también se puede visualizar que la falta de ingresos de las familias y sus condiciones sociales y culturales conlleva a la adquisición de medicamentos en establecimientos de venta libre y en su mayoría no farmacéuticos, lo que puede agravar aún más la situación de salud de los niños y niñas visto, lo cual se ve como un determinante singular.¹¹⁰

Por otro lado, según el grupo focal realizado en año 2009, se encuentra que los niños y niñas son alternativa de solución en la adquisición de alimentos y se ve el trabajo como mejor alternativa, y las ventas ambulantes especialmente en el territorio de Colinas; esto afecta directamente la salud de los niños y niñas por el inadecuado control sanitario y ambiental¹¹¹. El estado nutricional disminuido de manera permanente en mujeres en edad fértil y en adolescente principalmente, está asociado a condiciones socio-económicas precarias, inseguridad alimentaria, presión social y estereotipos que se reflejan en trastornos de la alimentación, determinantes que no han sido valorados de manera directa en la localidad.

Esta situación está desmejorada sustancialmente por la disminución en la ingesta de los micronutrientes durante la gestación, especialmente en las gestantes adolescentes, quienes, por iniciar de forma tardía el control prenatal, no tienen acceso a la suplementación. Adicionalmente, existe alta intolerancia a la suplementación, lo que ocasiona una serie de síntomas gástricos, que lleva a las gestantes a suspenderlos indefinidamente; en algunas ocasiones, existen gestantes que no solicitan los micronutrientes de manera oportuna.

Cabe resaltar que la población infantil más afectada con las condiciones socioeconómicas, debido a su cultura y condición en que llegan a esta ciudad, son la población étnica y desplazada; no es posible acceder a unos ingresos dignos o sostenibles, lo que hace que los niños y niñas sean vulnerables y su salud sea afectada directamente. La situación de desplazamiento produce efectos severos en la vida familiar, ocasionando una ruptura evidente en cada uno de los miembros que la compone, atendiendo a su especificidad de sexo y edad, siendo los más afectados los niños y las mujeres.

En los niños y niñas con discapacidad, la ciudad no está arquitectónicamente diseñada para esta comunidad, lo que hace que no accedan fácilmente a programas que los benefician. El cuidador es cabeza de hogar y debe estar pendiente del niño o la niña, causando dificultades para el trabajo y la generación de ingreso. Sumado a esto, se encuentran los imaginarios culturales y representaciones sociales que impiden que las personas con discapacidad sean visibles como sujetos de derecho, así como sus familias, cuidadores y cuidadoras.¹¹²

Desde la intervención de salud oral del ámbito comunitario, se evidencian diversos aspectos que tienen que ver con el mantenimiento de prácticas inadecuadas y por ende de la caries en la población infantil, lo cual se relaciona directamente con el mantenimiento de un adecuado estado nutricional: las causas de índole socio económico inciden directamente en el acceso a los servicios de salud oral en virtud de que algunos procedimientos no están cubiertos por el POS.

La parte cultural observada en esta población vulnerable es un factor definitivo que incide permanentemente, al no valorar efectivamente la importancia de la salud oral y la no cultura de higiene y prevención primaria.

En familias numerosas de estratos socio económicos 1 y 2, no existe una vigilancia constante y frecuente por parte de los padres hacia los hijos, lo que determina la aparición de enfermedades orales, lo cual a su vez produce consecuencias relacionadas con aspectos nutricionales y digestivos.

¹¹⁰ Transversalidad de Gestión sanitaria y ambiental GESA. Hospital Rafael Uribe Uribe.

¹¹¹ Lectura de necesidades comedores. Grupo Focal. 2009

¹¹² Lectura de necesidades comedores. Grupo Focal. 2009

Desde la intervención salud visual y auditiva del ámbito escolar, desarrollada en las IED Misael Pastrana y Restrepo Millán Sede C., se evidencia como determinante estructural la situación económica de la población en general; dificulta la adquisición de anteojos o tratamientos por falta de dinero, lo cual se ve reflejado por el alto índice de alteraciones visuales en la población infantil. Sumado a lo anterior el bajo nivel académico de los padres de familia, impide obtener un trabajo estable.

La crisis ecológica en el mundo ha despertado gran preocupación por el deterioro ambiental a escala planetaria, particularmente cuando la población se enfrenta a una disminución o pérdida de recursos naturales y cuando se tiende a la búsqueda de una mejor calidad de vida y calidad ambiental. En tal sentido, la preocupación se centra en la necesidad de conceptualizar el ambiente dentro de y en los estudios de calidad de vida y en la necesidad de definir indicadores ambientales, que permitan medir los diversos grados de calidad ambiental en las comunidades. En todo caso, se hace imprescindible afirmar que la variable ambiental condiciona o afecta la calidad de vida.

El ambiente es una de las preocupaciones de los jóvenes en el territorio de Colinas, quienes manifiestan que es una responsabilidad de todos cuidarlo. Se debe generar desde un colectivo conformado por diferentes instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, un proceso de consulta y participación a través de distintos medios, actividades y formas, que dé como resultado un decálogo de demandas juveniles, destinado a hacer visibles las principales necesidades y potencialidades de las y los jóvenes ante los tomadores de decisiones. Además, se busca influir en las diferentes instancias gubernamentales (nacional, distrital y local) en favor de las políticas públicas juveniles.

En el territorio de Colinas está el parque Metropolitano Bosque San Carlos, que si bien es un lugar que cuenta con una gran extensión de zona verde, se ve limitada la práctica de actividad física, ya que la inseguridad y el consumo de sustancias psicoactivas es demasiado alto; sin embargo no deja de ser un lugar de encuentro especialmente los fines de semana, días en los cuales la afluencia es bastante alta. El Centro Operativo Local (COL) de Rafael Uribe Uribe es un punto de encuentro para un grupo de indígenas que practican danzas.

Como se mencionó con anterioridad, la falta de centros de acopio genera ventas ambulantes en toda la localidad; el problema de esto radica en el no seguimiento a éstas. En la actualidad el Hospital Rafael Uribe Uribe, a través de la oficina de medio ambiente se ve impedido para realizar este control, ya que por direccionamiento del nivel distrital no se contempla la actividad (por no ser competencia de la autoridad sanitaria el control a la venta ambulante) y fuera de esta institución no se tiene conocimiento de intervenciones de inspección vigilancia y control.

Se identificó que existen aspectos que influyen de manera negativa en la alimentación, como factores ambientales, que contaminan los alimentos. Existen otro tipo de situaciones como el desperdicio de los alimentos, tanto en los comedores comunitarios como en las tiendas y plazas de mercado, siendo un factor determinante en la obtención adecuada de estos alimentos¹¹³.

La distribución de viviendas en los barrios es altamente confinada y el hacinamiento interno es evidente. En relación a la infraestructura física de las viviendas y la ubicación de las mismas se puede asociar a condiciones de hacinamiento, riesgos eléctricos, problemáticas de saneamiento básico riesgos naturales y de remoción en masa.

En la lectura de necesidades realizada en el año 2009¹¹⁴, se priorizaron las dificultades en las barreras físicas para acceder a los diferentes espacios, lo cual dificulta la inclusión social, la autonomía y el desarrollo integral individual y colectivo; al igual que la dificultad para acceder

¹¹³ Grupo focal jóvenes asistentes al comedor comunitario Danubio Sur. 2009

¹¹⁴ HRUU, Documento diagnóstico "Caracterización de la población adulta de la localidad Rafael Uribe Uribe". 2009

a transporte por barreras arquitectónicas y falta de recursos económicos para el cuidador y la persona en condición de discapacidad en la mayoría de las ocasiones.

Con respecto a la población en situación de discapacidad, tiene mayores barreras para el desarrollo de sus actividades cotidianas en la vía pública, siendo los más afectados las personas con problemas para el movimiento y el sistema respiratorio, seguido por el hogar.¹¹⁵ Respecto a la tecnología para la comunicación de usuarios con discapacidad, los centros de atención dependen de los servicios contratados por la Secretaría Distrital de Salud, pero es intermitente e insuficiente para la población con discapacidad auditiva; adicionalmente no existen dispositivos tecnológicos que faciliten la comunicación. Todos los centros de atención cuentan con fila preferencial para la población con discapacidad.

En el territorio, se evidencia que la problemática de riesgos al interior de las viviendas se debe a varios factores físicos y sociales, teniendo como principal el aumento poblacional, al igual que a la presión que este aumento ejerce sobre las condiciones de habitabilidad de las familias.

En los grupos focales desarrollados en el territorio Colinas, los participantes identificaron los aspectos influyentes en la alimentación como aspectos sociales económicos, teniendo en cuenta los estratos socioeconómicos, donde se ve reflejada la exclusión de los estratos mayores a 2 para un apoyo alimentario¹¹⁶. Se identificó que existen muchas personas que aunque tienen un estrato socioeconómico 3, presentan muchas necesidades, pero que el estado no tiene en cuenta realmente estas necesidades y no se hace cargo de este tipo de población, presentando unos niveles altos de vulnerabilidad, sin un apoyo por parte de los entes territoriales¹¹⁷. Los bajos recursos económicos son la principal causa del no acceso a los alimentos debido a los factores anteriores¹¹⁸.

3.2.5.3. Núcleo problemático 3

El modelo económico en sus componentes empleo, producción, consumo y mercado genera condiciones inadecuadas que se manifiestan en la niñez, generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduciendo el acceso a los servicios básicos y ocasionando pérdida de autonomía en personas mayores.

Con referencia a la influencia de un modelo económico que afecta la calidad de vida en los niños y niñas del territorio a través del incremento de enfermedades de alta prevalencia, se logra identificar que desde el proceso de gestación hay problemáticas con referencia a los cuidados de las madres en su proceso de gestación.

En general se ha encontrado que en la localidad Rafael Uribe, las maternas tienen un promedio de 1,4 controles durante su gestación, lo cual está mostrando una muy baja adherencia al control prenatal. Casi el 40% de las gestantes que son atendidas en la ESE inician su control de manera oportuna (es decir antes de la semana 13), sin embargo existen dificultades en la adherencia al Control Prenatal (Cpn)¹¹⁹. Durante el primer trimestre de gestación se está logrando un acceso más completo a las actividades del control prenatal; la tendencia ha mejorado desde el primer semestre de 2006, pasando de un 19% a 27% en el primer semestre de 2007.

En el segundo trimestre de la gestación, el cubrimiento de las acciones es menor, lo que está en relación con la baja adherencia al control prenatal; la tendencia se ha mantenido desde el 2006 en el 18%.

¹¹⁵ Registro de caracterización población en condición de discapacidad. DANE 2006-2009

¹¹⁶ Grupo focal madres gestantes, madres lactantes y cuidadoras de niños y niñas que asisten al grupo FAMI de la Localidad.

¹¹⁷ Lectura de necesidades programa TU VALES. Ámbito comunitario 2009.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Análisis de base de datos de P y P

En el tercer trimestre de la gestación el cubrimiento de las acciones es mucho menor, evidenciando una baja adherencia al control prenatal. La baja asistencia en este trimestre se relaciona con el alto grado de remisión de las gestantes de la localidad a segundos y terceros niveles, por lo cual la mayor asistencia se evidencia en el primer trimestre, a pesar de estar en un nivel bajo.

En las visitas realizadas por los equipos de salud a su casa se encontró que en el periodo comprendido entre abril de 2007 y enero de 2008, el 77% de las gestantes asistieron a los controles prenatales (datos correspondientes a las UPZ Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez). La UPA de San Jorge es el centro que mejor seguimiento y efectividad tiene para las usuarias que no asisten regularmente al control prenatal.

De acuerdo con la información del programa de Promoción y Prevención del hospital, frente al inicio del control prenatal, se encuentra que el principal motivo de inasistencia o de asistencia inoportuna, se relaciona con el hecho de que las pacientes no piden cita o refieren estar de viaje. Otro motivo referido con frecuencia, es la falta de disponibilidad de citas, dada la baja capacidad de personal de salud, afectando directamente la oportunidad. Frente al acceso a los servicios en salud persisten restricciones a la atención dadas por los regímenes de afiliación.

Otras razones que determinan la baja adherencia al programa de control prenatal han sido indagadas en diferentes grupos focales realizados por la Red Social Materno Infantil, entre las cuales se han identificado:

Falta de conocimiento sobre los cuidados que deben tener; se ignoran los requisitos necesarios para tener un control oportuno y eficaz; no están afiliadas al sistema de seguridad social en salud.¹²⁰ En relación con lo anterior, se plantea también el análisis de la demora en la atención de las maternas, a través del modelo de las tres demoras. En un primer nivel se encuentra la demora ocurrida mientras la materna toma la decisión de acudir al servicio, en un segundo nivel, la demora relacionada con las barreras para llegar al sitio de atención y el tercer nivel hace referencia a la demora derivada de la atención misma.

El análisis realizado a partir de las percepciones de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas y públicas de la localidad, en el grupo focal desarrollado durante el COVE local, en mayo de 2008, permitió identificar como barreras para asistir a los controles prenatales: temor de las gestantes a ser juzgadas por su edad, la no aceptación del embarazo, imaginarios de altos costos en la atención, falta de recursos económicos; el desplazamiento y la población altamente flotante que habita en la localidad impide continuidad en los controles y antecedentes de mortalidad perinatal, lo cual es relacionado con una deficiente atención.

En los análisis de mortalidad, se ha identificado que el 80% de las mortalidades maternas se encuentran asociadas con: problemas de calidad en la atención relacionada con no identificación temprana del riesgo y remisión inoportuna, falta de cumplimiento de protocolos de programa de alteraciones del embarazo, fallas en el proceso de referencia y contra referencia de las gestantes que son remitidas a segundo y tercer nivel.

De acuerdo con el análisis coyuntural de mortalidad materna 2010 realizado por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, los factores que más afectan la calidad de vida de las gestantes los siguientes:

- Género: Falta de apoyo de la pareja. No cuentan con redes de apoyo
- Violencia Intrafamiliar: Expresada a través de todas sus formas.

¹²⁰ Grupos focales realizados por la Red Social Materno infantil en 2007.

- Ingresos y ocupación: Bajos ingresos económicos por subempleo y desempleo en estado gestacional.

A través de los procesos de discapacidad en colegios integradores y promotores de calidad de vida del ámbito escolar, se desarrollan acciones en el Colegio José Martí Sede B y C, donde se identifica que la necesidad primaria de la población es la falta de atención en los servicios de salud, por lo tanto no se cuenta con un diagnóstico claro o una intervención terapéutica adecuada; esta información la suministra el equipo de docentes de apoyo del colegio, reportando que las EPS tanto subsidiadas como contributivas, remiten a los usuarios a otras localidades para que sean atendidos por los servicios de rehabilitación o con especialistas, evidenciando que algunos cuidadores no asisten a sus citas debido a que no cuentan con el dinero para su desplazamiento, en especial los usuarios de las zonas altas o los que presentan discapacidad motriz, siendo difícil su movilidad. Algunas EPS subsidiadas, no cuentan con servicios de rehabilitación dentro de la localidad y otros no tienen la cobertura para todos los pacientes, como es el caso de la UPS Bravo Páez, que solo atiende a los del Fondo Financiero o de aquellas EPS que tengan convenio.

Otros pacientes no acceden a los servicios, por que no cuentan con el tiempo para cumplir con las citas que se les asignan, ya sean para valoración inicial con medicina general o para la de atención terapéutica, debido al cumplimiento de las labores de sus cuidadores, ya sea de sus trabajos u oficios, siendo la mayoría trabajos domésticos; además, el no asumir la condición o dificultad que presenta el niño y la niña y la importancia de tener un apoyo externo que facilite los procesos de aprendizaje.

Desde el componente de situación de salud en la transversalidad de etnias y niños y niñas en condición de desplazamiento, se encontraron barreras de acceso a los servicios de salud por no contar con la respectiva afiliación al régimen subsidiado de salud o estar sin afiliación. La caracterización de salud a su casa proporciona información sobre las particularidades de salud; el 27% de los niños y niñas afros e indígenas, no se encuentran asegurados o no están identificados en el sistema de seguridad social. Frente al esquema de vacunación, un porcentaje cercano al 77% de las diversidades étnicas cuentan con esquemas de vacunación; en cuanto a los estados de desnutrición, el 13% de las etnias en esta etapa de ciclo presenta esta condición.

Asociadas a este núcleo se encuentran determinantes estructurales como la globalización y las políticas de privatización, que en el país y específicamente en el distrito han llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad. Lo anterior se expresa en el nivel intermedio en la posibilidad de acceso a educación de calidad que prepare a los jóvenes para ser competitivos en el mercado laboral y el acceso al mercado laboral en condiciones de igualdad.

En el nivel particular se encuentran situaciones como la disfunción y la violencia intrafamiliar y los modelos de pautas de crianza transmitidos de generación a generación y en el nivel singular, la conformación de un proyecto de vida y la expectativa de futuro en los jóvenes; la presión de grupo y la necesidad de pertenencia, afecto e identidad con sus pares.

Como ya se ha anotado, completamente ligado al desempleo se encuentra el acceso a la educación tecnológica y superior para la juventud de la localidad, realidad que también se evidenció en los ejercicios de cartografía social mencionados. Aunque no se cuenta con un estudio que demuestre el porcentaje de jóvenes de la localidad que acceden a la educación superior se presume que es bajo, dadas las condiciones económicas de las familias y frente a ello la prioridad de necesidades de subsistencia

La población perteneciente a grupos étnicos tiene mayor concentración en los 10 barrios del territorio de Diana - Marruecos. Colinas y Samoré: Resurrección, Sarasota, Santa Bárbara, el Consuelo, Marco Fidel Suárez, Luis López de Meza, Altos de San Jorge y Vencedores; en menor

proporción, en La Lomas, Los Puentes, Madrid, Palermo Sur - San Marcos, Villa Ester, Río de Janeiro, Ayacucho, Cultivo I, el Valle y la Reconquista.

Otro tema importante y que está marcado en la población juvenil de la localidad, son los factores que influyen en disponibilidad de los alimentos de los y las jóvenes.

Uno de estos factores a considerar son el incremento de ventas ambulantes y el costo de los alimentos por la cadena de intermediarios; se manifiesta entre otras causales, por la inexistencia de centros de acopio en la localidad.

Actualmente la localidad cuenta con una pequeña plaza de mercado en el Barrio Inglés, la cual no supe las necesidades de disponibilidad de alimentos en la localidad; además su ubicación no es favorable para los territorios sociales ubicados en la zona alta¹²¹. Esta situación genera el aumento de ventas ambulantes en carretas, principalmente en el territorio Colinas, en el territorio Marruecos y Diana Turbay, a donde llegan los alimentos en mínimas condiciones de calidad e inocuidad¹²². Los hábitos de consumo adquiridos entre los jóvenes influyen en el estado nutricional de los mismos; existe falta de unificación de criterios sobre alimentación y suplementación entre los profesionales, así como falta de acuerdos acerca de la población a intervenir. El tema de alimentación y nutrición es un aspecto fundamental en el trabajo desarrollado por instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Integración Social, Hospital Rafael Uribe Uribe e IDIPRON, principalmente.

Sin embargo con los representantes institucionales del Comité local de SAN se ha identificado que la población usuaria de los servicios, lejos de consolidar sus conocimientos, han sido objeto de confusión frente a las prácticas de alimentación, ya que en las diferentes instituciones han recibido diferente orientación en aspectos muy puntuales que no deben ser origen de discusión¹²³.

Los jóvenes mencionan que antes los padres comían más; “ahora comemos lo necesario, ahora comemos menos alimentos, los cuales están bien balanceados y organizados y no alimentos revueltos que no ayudan a la alimentación”.

En el territorio Colinas, se caracterizaron 6 adolescentes 2 mujeres y 4 hombres; los jóvenes mayores de 18 años son 45 mujeres y 21 hombres.

Adolescentes:

• Condiciones Socioeconómicas

En este grupo de adolescentes se encontró, en cuanto a la afiliación al SGSSS, que las dos mujeres y uno de los hombres, no están afiliados al sistema y acceden al servicio de salud de forma particular; 2 de los hombres están afiliados al régimen contributivo y uno al subsidiado. Uno de los hombres manifestó ser cabeza de familia y tener una persona a cargo.

Tres hombres y una mujer dijeron ganar el salario mínimo y un hombre y una mujer menos de un salario mínimo. Tres de los hombres y una de las mujeres viven en estrato 3, una mujer en estrato 2 y un hombre en estrato 1. Tres de los hombres son bachilleres, uno tiene estudios de primaria completa y las dos mujeres tienen estudio de bachillerato incompleto.

¹²¹ Lectura de necesidades comedores 2009.

¹²² Plan Local de SAN 2007 – 2012 Rafael Uribe Uribe

¹²³ Op.citp. . Plan Local de SAN 2007 – 2012 Rafael Uribe Uribe

• Condiciones de empleo

Ninguno de las y los adolescentes identificados en este territorio tiene contrato de trabajo. Solamente uno de los hombres recibe una remuneración fija, los demás reciben pago al destajo por su trabajo. Ninguno de ellos está afiliado a los regímenes de pensiones y riesgos profesionales y el 50% ni siquiera están afiliados a salud.

• Condiciones de trabajo

Tres hombres y una mujer trabajan en panaderías y un hombre y una mujer trabajan en restaurantes. Solamente uno de los hombres realiza labores administrativas, los demás comparten las labores de operarios con las administrativas. Un hombre y una mujer dijeron trabajar en las dos jornadas, los cuatro restantes dijeron trabajar únicamente en el día. Dos de los hombres trabajan seis días a la semana, los otros dos hombres y las dos mujeres trabajan 7 días. Llama la atención cómo en este grupo de adolescentes todos dijeron trabajar entre 10 y 14 horas al día.

• Condiciones de salud

Tres hombres y una mujer de los adolescentes trabajadores identificados en este territorio dijeron haber sufrido accidentes de trabajo en el último año. Los accidentes más frecuentes son las cortaduras y las quemaduras.

Cuatro hombres y una mujer consideran que su estado de salud es bueno y la otra mujer dice estar mal de salud. Ninguno de las y los adolescentes trabajadores identificados en este territorio cree que el trabajo afecte su salud.

Jóvenes mayores de 18 años:

Para este territorio se caracterizaron 46 mujeres y 21 hombres para un total de 66 jóvenes trabajadores mayores de 18 años

• Condiciones socioeconómicas

La mayoría de las y los jóvenes identificados en el territorio colinas, representados por un 37,87%, están afiliados a salud en el régimen subsidiado, el 24,24% pertenecía al régimen contributivo, el 10,6% son vinculados y un 27,27% no están afiliados al SGSSS y acceden a los servicios de salud de manera particular.

El 62,12% de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio se gana el salario mínimo por su trabajo, el 25,75% gana menos del salario mínimo, el 10,6% gana entre 1 y 2 salarios mínimos y una mujer (1,51%) no respondió la pregunta.

• Condiciones de empleo

La mayoría de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio representados por un 92,42% no tienen ningún tipo de contrato, el 6,06% está contratado por prestación de servicios y el 1,51% tiene contrato a término indefinido.

Ninguno de los y las jóvenes identificados en este territorio está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales y 18 de ellos, es decir el 27,27% no está afiliado ni siquiera al sistema de salud.

• Condiciones de trabajo

El 57,57% de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio trabajan en panaderías, el 33,33% en restaurantes, el 7,57% en lavanderías y el 1,51%, representado por una mujer, trabaja en fabricación de partes de calzado.

• Condiciones de salud

El 75,75% de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio reportó haber sufrido accidentes de trabajo en el último año, los más frecuentes fueron las cortaduras, los golpes y los atrapamientos.

El 83,33% de las y los jóvenes dijo tener un buen estado de salud, el 15,15% lo considera regular y solamente una de las mujeres lo considera excelente. De igual manera, el 83,33% de estos jóvenes considera que el trabajo no afecta su salud

En este territorio se ven factores que están asociados a la baja inserción de la población adulta a la economía de la ciudad y la localidad; estos factores son compartidos a su vez con el territorio de Diana Turbay; entre estos se encuentran:

- Adultos y adultas trabajadores del territorio como sub-empleados, o pertenecientes al sector informal de la economía. Este fenómeno se presenta principalmente en los territorios de Diana - Marruecos y Colinas
- Poca inserción al mercado laboral formal de integrantes de minorías étnicas y de población desplazada, esto se ve especialmente en el territorio Colinas, Diana - Marruecos
- Baja inserción laboral de la población en situación de discapacidad

El modelo económico genera que la población adulta en situación de discapacidad no acceda a la inserción directa dentro del sistema de producción de la economía formal ya que esta población no es considerada como apta para la producción económica; es de esta forma como la población en situación de discapacidad presente en todos los territorios, no encuentra una inclusión dentro del sistema económico de producción de la localidad.

Se encuentra en mayor proporción población femenina para el tipo de contrato indefinido, siendo el porcentaje más alto tanto para la actividad de lavanderías de ropa, como para restaurantes el 1% para cada una, mientras que para la actividad de panadería se encuentra el 0,3% de trabajadoras; en menor proporción se utiliza el contrato definido, contando sólo con el 0,1% de la población¹²⁴. En este territorio se ve claramente la poca inserción a la economía formal de integrantes de minorías étnicas, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, mujeres y población LGBT.

Para la observación de este determinante es necesario primero observar cuál es la situación particular de cada grupo poblacional de los anteriormente mencionados. Primero se observará la situación de la población en situación de desplazamiento y de minorías étnicas:

De un total de 1.885 personas caracterizadas por Salud a su Hogar solamente 40% se encuentra empleada, 48% desempleada y 12% que no responden; estas dos últimas se pueden unir según las caracterizaciones de Salud a Su Hogar, ya que en un primer momento no contestan y al indagar

¹²⁴ Hospital Rafael Uribe Uribe. Diagnóstico local. Equipo de análisis. 2009

por su tipo de empleo y posición ocupacional manifiestan no estar trabajando; se puede concluir entonces, que hay un 60% de la población total que se encuentra desempleada, cifra que, comparada con de la población general de la localidad es cuatro veces mayor¹²⁵. Teniendo en cuenta los bajos niveles de escolaridad que presenta la población en situación de desplazamiento y perteneciente a minorías étnicas, los empleos a los que la población tiene acceso no tienen garantías de protección en el marco político, económico y laboral existente

Se manifiesta desde la etapa de vejez y envejecimiento que los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva” no les permitieron en su mayoría obtener una pensión, lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia (particular); de la misma manera, no existe un espacio laboral para esta población por que relacionan la productividad con lo físico, lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, situación que es definida por los determinantes estructurales; así mismo, se aprovecha esta condición para abusar de las necesidades económicas de las personas mayores, representado en la vinculación de éstas como mano de obra barata y sin condiciones laborales básicas y dignas (singular).

Así mismo, la falta de voluntad política y generación de estrategias de las instituciones que conllevan a la asignación de un ingreso digno, en el que se dé el aprovechamiento de las capacidades intelectuales, sin que se tenga que recurrir a la asignación de un bono que no alcanza para satisfacer los mínimos vitales y que de igual forma excluye y no dignifica a la persona mayor (estructural e intermedio).

Para la Transversalidad de Discapacidad, la falta de empleo se define como determinante particular, debido a que afecta de manera directa la economía familiar y la manera de relacionarse con la sociedad, pasando por singular, debido al desconocimiento de capacidades de las personas mayores en condición de discapacidad y por último se define como estructural, debido a que no existen suficientes programas que incluyan esta población.

Estas situaciones reiteran la vulneración del derecho al trabajo, el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir, con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”¹²⁶. A su vez, contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión vivir bien en la vejez, la cual expone el “desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”¹²⁷.

La situación laboral de las personas mayores en el territorio es similar a la de los y las adultas, con el agravante de que en ocasiones se aprovecha la necesidad de dichas personas de conseguir su sustento, ya que muchos de ellos no cuentan con redes familiares de apoyo y se utilizan para trabajos en los que en ocasiones reciben el pago en especie, sin ningún tipo de protección social, sin estabilidad laboral y desconociendo la experiencia, el conocimiento y las habilidades que todavía tienen estas personas aunque su nivel de escolaridad sea bajo.

Preocupa también ver como hay muchas personas mayores dedicadas a las ventas informales, que dicen tener ingresos apenas para cubrir a medias sus necesidades básicas, ya que hay días en los que las ventas son muy malas y apenas pueden consumir un alimento diario. En el territorio también se encuentran muchas personas mayores que cumplen la función de cuidadores, bien sea de sus nietos, de personas en condición de discapacidad o de otras personas mayores y esta

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ *Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010*

¹²⁷ *Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92*

actividad no es reconocida en ocasiones por la propia familia como un trabajo que debería tener una remuneración adecuada a la responsabilidad que esto implica¹²⁸. A continuación se exponen los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente, el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos, que complementan lo expuesto anteriormente; este análisis es realizado a partir de la Transversalidad de Entornos de Trabajo Saludables.

El componente de entornos de trabajo saludables centra su intervención desde la acción: “promoción de entornos de trabajo saludables para la persona mayor que desarrolla procesos productivos”, la cual se encuentra enmarcada dentro de la transversalidad de trabajo, con el objetivo de implementar estrategias de trabajo protegido para las personas mayores institucionalizadas que realicen, o no, cualquier tipo de actividad productiva en dicho espacio, con el fin de favorecer las condiciones del manejo de tiempo libre y el mantenimiento de habilidades para beneficiar la independencia y por ende la calidad de vida de estas personas.

Respondiendo a dicho objetivo del componente, durante los meses de abril y mayo, se realizó la aplicación de los instrumentos de recolección de datos: “lista de chequeo” y “base de datos de usuarios”, en las sesenta (60) instituciones objeto de asesoría y acompañamiento del ámbito institucional durante la vigencia 2010, observándose una serie de necesidades y realidades que se deben impactar integralmente; se encontró que las actividades productivas que realizan no responden a los intereses de la población, las actividades corporales lúdicas y actividad física no cuentan con una planeación adecuada, cumplimiento de cronogramas y objetivos. La hipertensión arterial prevalece en las personas mayores institucionalizadas

Del ejercicio se concluye que se requiere de acompañamiento para la formación de líderes en la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, según las características e intereses de la población mayor de las instituciones y la estructuración de sustentos teóricos que soporten la realización de tales actividades.

Por lo anterior se construye el siguiente núcleo problemático: personas mayores institucionalizadas en situación de inactividad, afectando de manera negativa, por desuso, las habilidades motrices, sensoriales, cognitivas y sociales de esta población.

Tema generador: estructuración y desarrollo de actividades que favorezcan el mantenimiento de las habilidades motrices, sensoriales, cognitivas y sociales de las personas mayores institucionalizadas.

3.2.5.4. Núcleo problemático 4

La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

El territorio de Colinas cuenta con tres UPA ubicadas en los barrios Lomas, San Jorge y San José, las cuales brindan servicio de atención en salud de primer nivel, el centro de escucha de Granjas de San Pablo y el CAMI de Chircales. Sin embargo no se genera la cobertura necesaria para las personas que residen en este territorio debido al elevado número de sus habitantes. De igual modo, la población de niños y niñas de la comunidad identifica la dificultad del acceso a los servicios de salud debido a inconvenientes en los procesos de afiliación y vinculación, ya que la mayoría de los cuidadores de los niños y las niñas no cuentan con un trabajo estable y rotan constantemente entre EPS y algunas veces presentan registros de doble afiliación por lo cual la atención es lenta y poco oportuna, de acuerdo con el elevado nivel de demanda de estos centros asistenciales.

Otra necesidad priorizada la constituye la baja respuesta institucional para niños con discapacidad

múltiple y mental, quienes permanecen en sus hogares bajo el cuidado de sus padres o cuidadores. En la localidad se cuenta con la institución Promadín y el Proyecto 511 para niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, siendo baja la cobertura de acuerdo con la demanda del servicio. También se identificaron otras barreras de acceso relacionadas con la salud, lo que evidencia que faltan servicios de rehabilitación integral dentro de la localidad, ya que los existentes en la localidad más cercana a Rafael Uribe incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita el acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la ubicación lejana de las EPS subsidiadas contratadas que ofrecen sus servicios en localidades distantes, dificulta el acceso a las mismas.

De igual modo, se identifica la dificultad para la atención a los servicios de salud a personas que se encuentran en condición de discapacidad del territorio, teniendo en cuenta que los servicios brindados por la ESE de la localidad se encuentran ubicados en otro territorio GSI y el traslado se dificulta debido a la accesibilidad geográfica y a los escasos recursos económicos de los núcleos familiares de los niños y niñas en condición de discapacidad.

- **Determinantes generales.**

En la actualidad el sistema general de salud enfrenta una crisis para la cual no se han definido pautas que realmente apunten a contrarrestar la emergencia social.

- **Determinante particular.**

Se evidencian problemas en la atención de IPS y EPS de diferente régimen, como calidad y calidez, que se muestran en la no cobertura total, barreras de accesibilidad y no cubrimiento de medicamentos y tratamientos en el POS.

- **Determinante singular.**

Las diferentes barreras de acceso para la población juvenil, desencadenan en apatías que incrementan aun más el perfil morbi – mortalidad de los y las jóvenes. La situación socioeconómica del joven mayor de 18 años, en algunos casos, permite que se desafilie de su régimen de salud.

La problemática descrita se relaciona con diferentes factores; de un lado, la baja cobertura del SGSSS a los jóvenes; de otro, las barreras de acceso que enfrentan los jóvenes en los servicios de salud y finalmente, la capacidad del sector para liderar procesos integrales de promoción de condiciones de salud, evidenciada en el perfil de morbilidad de este grupo poblacional.

En los escenarios formales de participación como el Consejo Local de Juventud y el Equipo Local de Apoyo Institucional, así como en los espacios de socialización del diagnóstico y las rutas por la garantía del derecho a la salud, se mencionó reiteradamente la problemática que representa para las y los jóvenes no estar incluidos dentro del sistema general de seguridad social, en particular en salud.

Algunos núcleos familiares no tienen cobertura en salud por diferentes razones: desempleo, desplazamiento, migración de localidades, desconocimiento sobre trámites necesarios para acceder a los servicios de salud, desconocimiento de si clasifican dentro de los estratos 1 o 2 del SISBEN y otras familias por pertenecer al estrato 3. Esta situación de exclusión del sistema afecta a todos los miembros de los núcleos familiares, incluidos los jóvenes.

Por otra parte, cuando el núcleo tiene afiliación al régimen contributivo por parte de los padres, los jóvenes al cumplir los 18 años automáticamente son desvinculados, a menos que se encuentren cursando educación superior. Como se mencionó anteriormente, el acceso a la educación superior

no es masivo en la localidad, por cuanto los ingresos económicos son bajos, creándose así círculos viciosos de causas y efectos difíciles de romper y que se constituyen en trampas de pobreza en las que muchos jóvenes y sus familias quedan inmersos. Algunos jóvenes ingresan al mercado laboral en condición de informalidad y sus ingresos no les permiten realizar los aportes para cubrir su seguridad social, quedando excluidos de la prestación de los servicios.

Entre los resultados encontrados durante el proceso de percepción de los y las jóvenes frente a los servicios de salud, sobresalen aquellas respuestas relacionadas con la falta de información, incluyendo los servicios de promoción y prevención y los de salud pública; la mala atención (actitud del personal de salud, demora, filas, incumplimiento de citas programadas); el exceso de documentación para acceder a los servicios, las condiciones económicas que dificultan el traslado y el pago de cuotas moderadoras para exámenes y medicamentos y en algunos casos el miedo a consultar. Llama la atención que algunos participantes afirmaron “que van muchas personas adultas”, haciendo evidente la necesidad de proponer espacios de atención diferenciados para jóvenes.

Los y las adolescentes y jóvenes son una de las poblaciones más especiales, ya que experimentan una etapa en la que hay diferentes cambios biológicos psicológicos y socioculturales, que, dependiendo como los enfrenten, marcarán el ritmo de sus vidas en cada uno de ellas y ellos. Por lo tanto, la aproximación a esta población debe ser desde el análisis de sus comportamientos y derechos, por lo cual las instituciones de salud deben aportar a este proceso, para guiar a muchos de estos jóvenes y adolescentes y contribuir en la toma de decisiones en lo que se refiere a su calidad de vida y salud¹²⁹. Los y las jóvenes piden asesoría en temas de anticoncepción, Infecciones de transmisión sexual ITS, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y VIH/SIDA.

Además, se evidencia que no tienen claridad respecto a lo que son los derechos sexuales y reproductivos; la representación mental y social que se evidencia proviene de amigos, vecinos, comerciales de televisión que hablan del tema; sin embargo, no existe un contenido verbal específico que demuestre caridad respecto al tema. Respecto al tema de abuso sexual, se asocia con no dar consentimiento de una relación sexual y llegar a ser violentado física, psicológica y emocionalmente¹³⁰. En el territorio de Colinas, por su ubicación geográfica, algunos barrios presentan inconvenientes con la población en condición de discapacidad, pues manifiestan que para ir a los servicios de salud resulta muy difícil bajar por los caminos o “trochas”; además que, como no existen rampas, la cantidad de escaleras dificulta esta labor. Esta problemática también se ha evidenciado en otros barrios de la localidad Diana Marruecos.

La comunidad hoy en día reconoce por parte del hospital y lo ven como algo muy bueno, la estrategia que utiliza para transportar a los pacientes en condición más vulnerable como madres gestantes, personas con discapacidad, niños y adultos mayores.

En la UPA de San Jorge, perteneciente al territorio de Samoré, se han presentado inconvenientes con la consulta médica debido a que los pacientes en condición de discapacidad en algunas ocasiones suben al segundo piso para ser atendidos, desconociendo que se habilitó un consultorio en el primer piso. Pero la situación más relevante sucede con la asistencia a consulta odontológica, pues la instalación de las unidades está fija en el segundo piso; esto conlleva a que los pacientes estén en riesgo de sufrir un accidente.

Vale la pena resaltar que en este centro de salud es donde se desarrolla la estrategia de servicios de salud amigables para jóvenes la cual ha tenido éxito en prestar este servicio en consulta diferenciada para enfermería, medicina general, salud oral y los temas de interés juvenil en salud

129 Documento servicios de salud amigables para jóvenes ámbito IPS 2009

130 Documento fortalecimiento organizaciones juveniles ámbito comunitario 2009

Lectura necesidades implementación de servicios de salud amigables para jóvenes

sexual y reproductiva, como métodos de planificación, asesoría en enfermedades VIH, ITS entre otros. También se desarrolla en el auditorio de la UPA, por parte de los trabajadores de salud pública, asesorías y socialización con respecto a los servicios amigables para jóvenes, con el fin de articular las acciones del PIC con las del POS.

Los jóvenes de los otros territorios sociales ven la necesidad de que este modelo de atención se replique a sus comunidades, esta opción está siendo valorada por el hospital para multiplicar la estrategia en los demás centros de salud de la localidad

En el territorio Diana Marruecos, se ve la necesidad de ampliar las instalaciones, infraestructura del CAMI Diana Turbay para poder llegar a cumplir con la demanda de pacientes debido a que este es uno de los centros de mayor flujo de personas. Desde el hospital ya se está haciendo la gestión para empezar realizar las respectivas ampliaciones con el fin de prestar un mejor servicio en con calidad en la atención¹³¹

La estructura del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), genera exclusión y vulnerabilidad en el derecho a la salud de la población adulta y se ve reflejado en que afecta a todos los grupos de la sociedad e imponen dos tipos de carga: por una parte afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y por otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud generalmente de alto costo

En los estilos de vida de algunas personas, existen comportamientos, actitudes y formas de vivir que pueden traer como consecuencia el desarrollo de condiciones crónicas, sin embargo hay maneras de cambiar dichos comportamientos y modificar esos factores de riesgo.

Aun cuando muchas de las causas de las enfermedades crónicas, siguen siendo desconocidas, los epidemiólogos han identificado factores de riesgo individuales asociados con su aparición y desarrollo que son comunes a muchas de ella.

Para la etapa de vejez y envejecimiento la falta de visión de la salud como un derecho y no como un servicio respaldada por la ley 100 y demás políticas y decretos aumentan la deshumanización en la atención, condición que demuestra ser un determinante estructural debido al modelo económico y de desarrollo que se implanta en el país, situación que conlleva a la deficiencia en la atención lo cual se ve representado en la masificación en los diagnósticos y al desconocimiento de las características del envejecimiento lo cual pasa por ser un determinante Particular puesto que afecta a todas las personas mayores quienes pierden la credibilidad en el sector salud, así mismo aumenta las barreras de acceso y la exclusión en la atención médica, de igual forma la falta de compromiso ético y humano por parte de los administradores de la salud hace que se legitime las conductas inadecuadas y las inequidades en cuanto a salud se refiere.

Situación que va afectando las condiciones de salud de cada persona quienes prefieren acudir a otro tipo de atención o no acudir a ninguna parte por falta de recursos económicos que garanticen un mínimo vital, así mismo las barreras de acceso hace que las personas no confíen en el sistema (Singular).

Para la Transversalidad de Discapacidad faltan servicios de rehabilitación integral y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita al acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la georeferenciación de las EPS subsidiadas contratadas que ofrecen sus servicios en las localidades distantes lo cual dificulta el acceso a las mismas. Esta situación se define como determinante Particular ya que afecta de manera directa a las personas mayores del territorio, pasando por Estructural debido a que no existen programas que tengan continuidad y si los hay acoge a personas que están en el régimen subsidiado lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

131 Lectura necesidades implementación de servicios de salud amigables para jóvenes 2009

Estas situaciones vulneran el derecho a la Salud el cual contempla que la salud “Es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud”¹³²

A continuación se expone los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos que complementa lo expuesto anteriormente, este análisis es realizado a partir del PDA de Salud Oral y del PDA Crónicos:

Análisis de condiciones de salud oral por la localidad e institución

Con la primera visita a las instituciones en el 2010 se pretendió realizar observación directa de las condiciones de infraestructura y prácticas al interior de la institución así como de actitudes de los cuidadores de las persona mayores allí residentes. Las principales dificultades fueron:

No se cuenta con seda dental y se acepta que no es utilizada y no existe una rutina de higiene oral documentada.

Algunos cepillos son almacenados de manera individual y otros en el baño en cepillero individual, aunque se observa que no está bien aseado.

Solo se realiza práctica de cepillado una vez al día, por parte de la auxiliar de enfermería a los usuarios dependientes y los funcionales lo hacen individualmente.

No se sigue el protocolo de descontaminación de prótesis dentales

Se observa desconocimiento de las rutinas básicas de higiene oral por parte de los personas mayores y de los cuidadores lo cual nos hace pensar que la concientización, capacitación e instauración de buenos hábitos se debe trabajar a lo largo de toda la vida ya que si no se instauran prácticas de auto cuidado en la infancia y adultez es muy difícil modificar creencias y conceptos y hábitos en la vejez.

En el componente de Crónicos se han evidenciado falencias en la atención en salud con calidad y oportunidad a los usuarios crónicos de estos hogares y a través de la aplicación de lista de chequeo se logra actualizar la lectura de necesidades que refuerza el que hacer del profesional en Gerontología, para liderar las acciones encaminadas a la identificación, captación y seguimiento de las personas mayores institucionalizadas con condición crónica.

Dentro de los propósitos desde el PDA de crónicos a través del ámbito institucional se pretende, promover un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria, mediante acciones como la base de datos que se está levantando dentro de los hogares gerontológicos intervenidos, se realizó el análisis de los datos obtenidos para dar respuesta oportuna a cada variable encontrada, pretendiendo atender oportunamente los estados de fragilidad y necesidad entre las personas mayores institucionalizadas, que presentan patología crónica los cuales demandan la verticalización de esta atención, por tener ellos demandas de salud especiales que en muchos de los hogares no son cubiertas de manera oportuna y con calidad. En su mayoría, los usuarios de estas instituciones están afiliados al SGSS y poseen una sede donde son asistidos en sus necesidades de cuidado médico.

Sin embargo, se constituye en una población vulnerable en sus derechos de autonomía para acceder a consulta médica, de especialistas, en igual medida a los programas de promoción y prevención ofertados por las entidades de salud.

En análisis de datos recolectados en la base usuarios con condición crónica, prevalece la patología de HTA, seguida por la diabetes, con mayor prevalencia en las mujeres que los hombres¹³³

3.3. TERRITORIO 1803 SAMORE

Está conformada por 44 Barrios con población predominante de estrato 3. UPZ Quiroga (predomina), UPZ Marco Fidel Suárez (Carmen del sol i sector, Marco Fidel Suárez, Marco Fidel Suárez la Cañada, san Jorge sur, san Jorge-Gloria Gaitán y terrazas de san Jorge) y la UPZ Marruecos (el Socorro y la Esperanza).

Los barrios que integran el territorio 1803 son: la Playa, Pradera Sur, Marco Fidel Suárez, socorro III sector, el Socorro III sector, Tunal sector II, Santa Catalina, Villa Mayor, Santa Lucia, Claret, Murillo Toro, Libertador, Santiago Pérez, Centenario, Quiroga sur Olaya, Quiroga, urb. Santa Lucia, urb. Unidas Samoa, Ingles - Comfamiliares aseguradores II, Ingles, Quiroga IX etapa, Villa Mayor oriental, Bravo Páez, Quiroga Central, Carmen del sol I sector, San Justino, urb. Tanque de Santa Lucia, Santa Rosita la Cañada, el Ferrol, Francisco Vega, Marco Fidel Suárez II sector, el Socorro II sector, el Socorro sector la industria, Arboleda sur, san Jorge gloria Gaitán, san Jorge sur, marco Fidel Suárez, el Puerto la Loma de san Carlos, la playa 2, Marco Fidel Suárez I, el Socorro, marco Fidel Suárez sector la Cañada. (Ver mapa 14)

Delimitación: Norte: Localidad Puente Aranda, Sur: Localidad RUU, Este: Localidad Antonio Nariño y Oeste: Localidad Tunjuelito.

Mapa 14. Territorio Samoré.



Escala 1:30000



Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS

Limite de Localidades (Res. 2584/09 de Abril de 2009)

Fuente: Base Cartográfica SDI/Secretaría Distrital de Integración Social - UAECOD Unidades Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe.

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECOD – Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

En la UPZ Quiroga habitan un total de 93.220 personas con predominio de sexo femenino, el total de habitantes de esta UPZ representa el 25% del total de la población de la Localidad. La etapa de ciclo adultez es la más representativa (47%), seguido de la etapa juventud (26%), Infancia (15%) y por ultimo persona mayor (11%) (Ver tabla No. 1). La información reportada por la Transversalidad de Etnias nos muestra que la población se encuentra concentrada en el territorio de Samoré, pero no está clasificada por ciclo vital, De acuerdo con los resultados arrojados por el DANE 2005.

Tabla 25 Distribución de población por etapa de ciclo. UPZ 39 Rafael Uribe.

| ETAPA DE CICLO | POBLACION 2008 | | |
|----------------|----------------|---------------|---------------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| Infancia | 14.271 | 7.404 | 6.868 |
| juventud | 24.490 | 12.575 | 11.914 |
| Adultez | 43.776 | 20.665 | 23.109 |
| Vejez | 10.683 | 4.660 | 6.025 |
| Total | 93.220 | 45.304 | 47.916 |

Fuente: Proyecciones DANE 2008

Esta UPZ es la que arraiga mayor población vieja; se podría pensar por la antigüedad de los barrios que la conforman, puesto que las personas mayores que habitan este territorio, nacieron, crecieron y se desarrollaron en él, en este contexto físico, temporal y sociocultural, es donde las personas mayores aprendieron las normas, creencias y vivieron estados emocionales y experiencias a lo largo de su ciclo vital.

Con bastante comercio alrededor de sus vías principales entre las cuales se destacan la avenida primero de Mayo y la avenida 27. No cuenta con territorios caracterizados por el Programa SASC. Comparte similares problemáticas ambientales encontradas para la UPZ San José. Presenta también contaminación por ruido en las vías principales y actividades industriales en zona residencial como talleres de mecánica y ornamentación.

A continuación se describe los factores protectores y deteriorantes para la salud de las personas mayores en el Territorio Samoré, identificados a partir de recorridos realizados por parte de la Transversalidad de Ambiente, GESA, para identificar y priorizar necesidades de la comunidad. Se puede encontrar parte de esta información en documentos de la Secretaría Distrital de Ambiente.

Factores Protectores: Parque Metropolitano Santa Lucía, parques vecinales y de bolsillo y espacios deportivos y culturales

Los factores protectores a su vez contribuyen con la buena salud de las personas y ayudan a llevar una vida más agradable; adicionalmente sirven como auto reguladores del ambiente y contrarrestan los efectos nocivos de la contaminación. Estos espacios permiten a las personas mayores la realización de actividad física, la recreación y el sano esparcimiento. Así mismo libera a las personas mayores de la rutina diaria y evita el stress.

Factores Deteriorantes: Falta de apropiación y reconocimiento de la importancia de tener buenos hábitos con el ambiente; los cuerpos de agua del territorio están contaminados; condiciones de pobreza y hacinamiento en las viviendas; falta de acceso a alimentos sanos y de buena calidad; convivencia con mascotas en malas condiciones; zonas de amenaza o riesgo alto por remoción en masa.

Los factores deteriorantes presentes en el ambiente inciden de forma negativa en el ambiente, pues afectan la salud de las personas, dificultan la recuperación de los estados de salud, causan estrés y no contribuyen al desarrollo adecuado de la vida de las personas.

Un ejemplo de esto son los cuerpos de agua contaminados que se observan en el territorio los cuales generan un aspecto negativo del entorno y dan lugar a la proliferación de vectores con malos olores a su alrededor, las condiciones de hacinamiento generan lugares en donde las personas mayores no cuenta con las mínimas condiciones de higiene para lograr la comodidad necesaria. La convivencia inadecuada con animales transmite a sus dueños enfermedades que posteriormente se hospedan en el organismo y pueden aparecer con el tiempo. Así mismo sacar los residuos y depositarlos en lugares inadecuados favorece la presencia de vectores y plagas en el territorio.

Las personas mayores del territorio Samoré dedican su tiempo libre a practicar diferentes actividades y aseguran que lo hacen con el fin de distraerse y olvidar la rutina. Resulta muy común en este tipo de población el gusto por juegos como el tejo y la rana independientemente del sexo. Reconocen como escenario deportivo más representativo del territorio al polideportivo Olaya. Sin embargo, afirman que existen escasos espacios de participación lúdico recreativos aptos para las personas mayores haciendo referencia a que los parques o lugares en donde realizan sus actividades no cuenta con una infraestructura adecuada, así mismo se sienten manipulados por sus familiares y por la sociedad.

Con respecto a la presencia del fenómeno de los inquilinatos, en la parte baja de la localidad (UPZ Quiroga) se ha venido presentando este fenómeno, debido a que esta zona, considerada como Zona de Consolidada de Desmejoramiento Reciente, posee una infraestructura habitacional con condiciones inadecuadas. Esta zona puede seguir siendo considerada como de desmejoramiento reciente porque las condiciones de vida de este territorio se han deteriorado en los últimos años por un factor o determinante importantes reconocidos por la comunidad es el aumento del desempleo que ha llevado a que la población sufra de una “pobreza vergonzante”, es decir que acostumbrados a cierto nivel de vida, les avergüenza socialmente el tener que reducir ese nivel.

La comunidad reconoce los parques zonales del Quiroga y el Olaya y manifiestan que son los espacios que más utilizan y los sienten como propios, el resto de los parques que son los vecinales y los de bolsillo no los reconocen y no aprovechan el espacio físico que estos ofrecen.

Como espacios utilizados también tienen en cuenta algunos parques como el Claret y los salones comunales del barrio Olaya y Claret debido a que se reúnen grupos de adulto mayor todos los días a realizar actividad física.

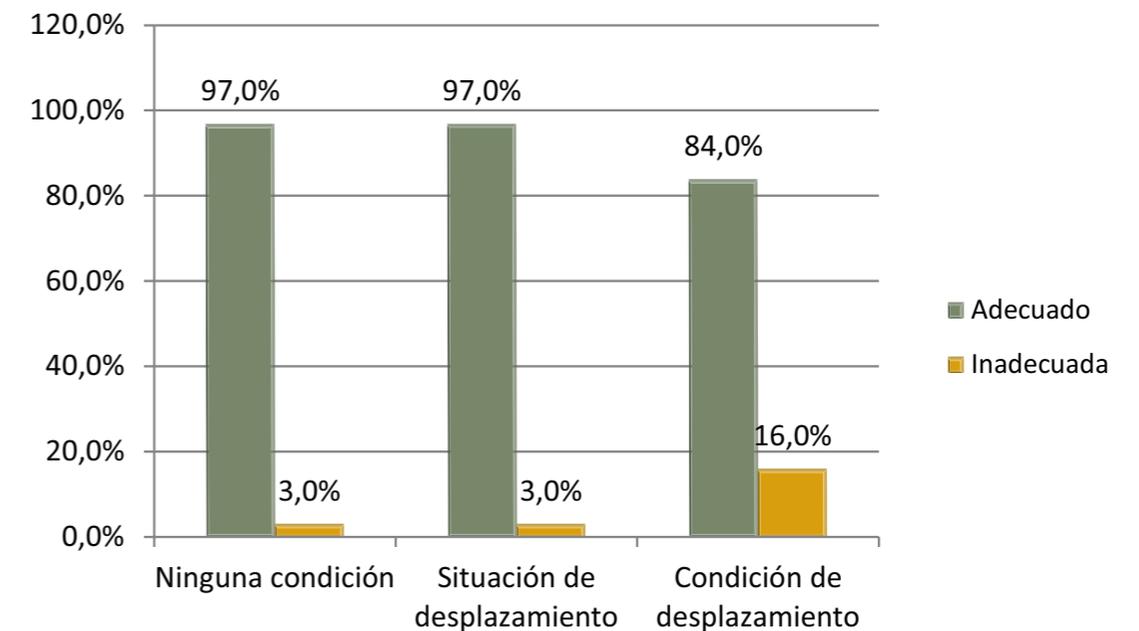
En cuanto a espacios disponibles y que no se utilizan de la mejor forma se encuentran el parque Samoré, parque Claret, salón comunal Claret y parque del Olaya. Es importante mencionar que para este territorio se cuenta con una mesa de trabajo en el Parque Olaya y allí pueden participar personas de los otros barrios, lo que la comunidad percibe de esta mesa de trabajo es que en este espacio solo se discute el tema del fútbol y de las escuelas deportivas.

La población de este territorio solo reconoce algunas instituciones que promueven la actividad física como son el Hospital Rafael Uribe Uribe con el proyecto tú vales y el Instituto de Recreación y Deporte (IDRD), con las vacaciones recreativas pero manifiestan que son proyectos muy cortos. Según la percepción de la comunidad la población que más realiza actividad física en esta zona son las mujeres, adultos mayores y los niños.

En el territorio Samoré, con respecto a los materiales de la vivienda se encontró en un 3% de las viviendas existen problemas en relación a los materiales de construcción de las mismas. Las diferencias son notorias entre las viviendas de las familias que presentan condición de desplazamiento

presentando en un 16% sus viviendas con materiales inadecuados como (cerramientos en teja de zinc, alfombra, latas, láminas plástico, cartón, tela asfáltica, escombros y piso de tierra), lo cual pone en riesgo la salud y bienestar de todos sus integrantes (ver gráfica 31).

Gráfica 31. Material de la vivienda familias caracterizadas SASC. Territorio Samoré –Localidad Rafael Uribe.



Fuente: Programa SASC acumulado 2004-2009

Así mismo, sobre el estado inadecuado de las viviendas, consistente en la presencia de agrietamiento, humedad o acumulación de agua en las paredes, techos y pisos, se encontró que las familias en situación y condición de desplazamiento presentan más evidente este problema con una frecuencia del 13% y 14% respectivamente, comparadas con las que no sufren ninguna situación de este tipo.

La comunidad reconoce los parques zonales del Quiroga y el Olaya y manifiestan que son los espacios que más utilizan y los sienten como propios, el resto de los parques que son los vecinales y los de bolsillo no los reconocen y no aprovechan el espacio físico que estos ofrecen.

Como espacios utilizados también tienen en cuenta algunos parques como el Claret y los salones comunales del barrio Olaya y Claret, debido a que se reúnen grupos de adulto mayor todos los días a realizar actividad física.

En cuanto a espacios disponibles y que no se utilizan de la mejor forma se encuentran el parque Samoré, parque Claret, salón comunal Claret y parque del Olaya. Es importante mencionar que para esta UPZ se cuenta con una mesa de trabajo en el Parque Olaya y allí pueden participar personas de los otros barrios, lo que la comunidad percibe de esta mesa de trabajo es que en este espacio solo se discute el tema del fútbol y de las escuelas deportivas.

La población de esta UPZ solo reconoce algunas instituciones que promueven la actividad física como son el Hospital Rafael Uribe Uribe, a través del programa Tu vales y el Instituto Distrital para la recreación y el deporte, con las vacaciones recreativas, pero manifiestan que son proyectos muy cortos.

Según la percepción de la comunidad la población que más realiza actividad física en esta zona son las mujeres, adultos mayores y los niños.

Según el censo de unidades productivas informales realizado por el Instituto San Pablo Apóstol en el 2006, la distribución de estas Unidades en la UPZ Quiroga 25,5%. Las actividades económicas más prominentes a las que se dedican estas unidades informales son confecciones con un 29,2% de unidades, calzado 13,3%, confecciones satélites 12,9%, carpintería 10.16% y metalmecánica 6,8%, el 27,6% representa otros sectores.

En cuanto a la productividad, la mayor de la proporción de las empresas de Rafael Uribe Uribe se localizó en la parte norte de la localidad. Se destacaron por su concentración empresarial los barrios Olaya, Inglés, Santa Lucia, Murillo Toro, Marco Fidel Suárez y la urbanización Décima Avenida ubicados en el territorio Samoré.

La cadena de cuero y calzado en la localidad Rafael Uribe Uribe se encuentra en las avenidas principales de los barrios tradicionales y centros de comercio. Se destacan dos zonas empresariales, de las cuales la primera en la parte nororiental de la localidad, en los barrios Olaya, San José, Libertador y Centenario; esta concentración se beneficia de su cercanía con el comercio del barrio Restrepo en la localidad Antonio Nariño y la segunda concentración se localiza en la parte noroccidental de la localidad en los barrios Inglés y Claret.

Etapa infancia

La población de esta etapa representa el 15% del total de la población (93.220 hab.) en el territorio Samoré. En cuanto a la concentración de la población desplazada en condición y situación de desplazamiento en el territorio, según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009, se encuentran un total de 51 niños y niñas caracterizados, que equivalen al 3% del total de la población caracterizada, con predominio de niños.

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: los niños y niñas en condición y situación de desplazamiento que no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, correspondieron al 31%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. El 52,9% de esta población accede al SGSSS a través de la carta de Sisben, un 13,7% de los niños y niñas en condición y situación de desplazamiento cuentan con régimen subsidiado y solo el 2% en situación de desplazamiento poseen régimen contributivo.¹³⁴

Lo anterior permite comparar la situación de los niños y niñas sin esta condición de vulneración de derechos, donde el 71,5% pertenecen al Régimen contributivo o subsidiado, un 17,4% al Vinculado, 9,9% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

La vinculación temprana de los niños y niñas al trabajo, se observa en el territorio como resultado de factores sociales, económicos, culturales y familiares que promueven dicha condición.

En este territorio durante el 2009 se identificaron en total 119 niños, niñas y adolescentes trabajadores que corresponden al 26.62% del total caracterizados (177). La distribución por género

del rango de 5 a 14 años fue de 40 niñas y 39 niños. Se encontraron niños y niñas de 5 a 14 años en condición de desplazamiento y pertenecientes a grupo étnico Rom gitano en un 4,2% para cada una de las condiciones de vulnerabilidad.¹³⁵

En este grupo de niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados el 86,5% se encuentran estudiando y el 23,5% no estudian; la principal razón por la que los niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados en este territorio dice trabajar es por colaborar en la casa, seguidos de los que dicen trabajar por tener dinero propio y los que dicen hacerlo para costear sus estudios.

El 67.22% de los niños, niñas y adolescentes identificados en este territorio no reciben pago por el trabajo que realizan, el 32.77% reciben pago en dinero y el 1,6% recibe pago en especie.

Las cuatro actividades económicas en las que se encontró mayor número de niños, niñas y adolescentes fueron en su orden: Servicio domestico, venta ambulante, meseros y ayudantes en construcción.

Las anteriores situaciones aumentan los riesgos para la salud física y mental de los niños y niñas, presentándose en primer lugar el riesgo biológico y locativo (79% y 79,6%), respectivamente debido a almacenamiento inadecuado y desorden en el área de trabajo; así como predominio de contaminación por bacterias y hongos; en segundo lugar el riesgo psicosocial y mecánico con (75% y 74%) de prevalencia respectivamente, por Atención al público, monotonía y repetitividad y Satisfacción personal y por otra parte, riesgo mecánico por uso de elementos cortantes, punzantes y contundentes; en tercer lugar se presenta el riesgo eléctrico (57%) por baja tensión; En cuarto lugar el riesgo físico (45%), cuya causa es el ruido seguido de radiaciones no ionizantes y en quinto lugar se encuentra el riesgo químico (34%) por exposición a gases y vapores.

Al indagar sobre la percepción de sus condiciones de salud se encuentran respuestas que indican desconocimiento de las condiciones anteriores y su impacto en la salud, por tanto El 74.78% de los niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados en este territorio considera que su estado de salud es bueno y el 80.67% no consideran que el trabajo afecte la salud.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC donde, de los niños y niñas caracterizadas menos del 1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás; los que presentaron desnutrición de algún tipo correspondió al 3%, de los cuales no se encontraron niños y niñas en condición de desplazamiento.

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en menos del 1,1% de la población.¹³⁶

La seguridad alimentaria de los niños y las niñas se ve afectada principalmente por la falta o inestabilidad en el empleo, que reduce la capacidad de compra de los mismos. Del total de las familias donde habitan niños y niñas el 15%, redujeron la cantidad de alimentos a los menores de 5 años, de estas 50 estaban en condición de desplazamiento y 61 en situación, equivalente al 1%.

De acuerdo con información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe, de fuente RIPS 2007, se encuentra las siguientes causas de morbilidad en los niños y niñas, según servicio donde fueron atendidos por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

En los niños menores de un año las principales causas de morbilidad por consulta externa fueron los, trastornos de la acomodación y de la refracción (34%), seguido de deformidades congénitas

¹³⁵ Base de datos Trabajo Infantil 2009. Ámbito Laboral. HRUU

¹³⁶ Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

¹³⁴ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

de la cadera (25%) afectando más a las mujeres y otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores que ocupen el tercer lugar con un 10% de prevalencia afectando en mayor proporción a los niños. Las anteriores causas pueden relacionarse con situaciones ocurridas durante el embarazo y parto. En el grupo de edad de 1 a 4 años se presenta de manera adicional la helmintiasis y trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén en un 5 y 4% respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años los Trastornos de la acomodación y de la refracción, seguido de helmintiasis y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos ocupan los tres primeros lugares en esta población principalmente en los niños. Los factores causales de estas enfermedades pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de higiene que producen contaminación de alimentos y del agua y son potenciales transmisores de parásitos, virus y bacterias, generando un círculo de desnutrición y este tipo de enfermedades infectocontagiosas.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al Sivigila en el territorio, fueron en su orden: varicela, hepatitis A, enfermedad similar a la influenza-IRA grave, exposición rábica, mortalidad perinatal tosferina, rubeola, sífilis congénita, ETAs y parotiditis. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la hepatitis A, que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa de ciclo Infancia fue la más baja (1,0%), comparada con los demás territorios y etapas. No se encontró prevalencia de periodontitis en este territorio. Se presentaron 2 casos de fluorosis, equivalente al 1,4% en el territorio. Sobre la lesión de mancha café, se encontró en el 1,4% de los casos en el territorio.

En el territorio Samoré se intervinieron 4 Instituciones educativas con un número total de 4263 escolares, pertenecientes al grado 0º a 5º de primaria con un promedio de edad entre 5 a 11 años. En el primer triage realizado (valoración general) se encontraron con caries 997 niños y niñas, a los cuales se les realizó su respectiva remisión y seguimiento, evidenciándose en el segundo triage que 658 escolares se encuentran con caries, demostrando cumplimiento a la consulta odontológica, con una disminución significativa de 92 niños y niñas con tratamiento en boca. La prevalencia caries en las IEDs intervenidas en el territorio fue del 23,3% en el primer triage y del 15,4% en el segundo triage (Ver tabla 26).

Tabla 26. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio. Territorio Samoré. Localidad 18.

| Colegio | No. de escolares intervenidos | 1er triage | 2do triage | No. de escolares que disminuyeron índice de caries en la 2da valoración |
|-------------------|-------------------------------|------------|------------|---|
| ALEXANDER FLEMING | 1027 | 203 | 87 | 116 |
| EL LIBERTADOR | 1320 | 329 | 245 | 84 |
| RESTREPO MILLAN | 1281 | 306 | 172 | 134 |
| CLEMENCIA HOLGUIN | 635 | 159 | 154 | 5 |
| Total | 4263 | 997 | 658 | 339 |

Fuente: Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009

Por otra parte se observó una disminución del porcentaje de placa bacteriana a 2918 escolares, correspondiente al 68,4% del primer al último monitoreo en la IED del territorio (Ver tabla 27).

Tabla 27. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por Salud al colegio. Territorio Samoré. Localidad 18.

| Colegio | No. de escolares intervenidos | Número de escolares que disminuyeron % de Placa Bacteriana |
|-------------------|-------------------------------|--|
| ALEXANDER FLEMING | 1027 | 771 |
| EL LIBERTADOR | 1320 | 1067 |
| RESTREPO MILLAN | 1281 | 648 |
| CLEMENCIA HOLGUIN | 635 | 432 |
| Total | 4263 | 2918 |

Fuente: Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009

Etapa juventud

La población de esta etapa representa el 26% del total de la población (93.220 hab.) en el territorio Samoré. En cuanto a la concentración de la población desplazada en condición y situación de desplazamiento en el territorio, según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 101 jóvenes caracterizados, que equivalen al 2,5% del total de la población caracterizada, con predominio de mujeres jóvenes.

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: los y las jóvenes en condición y situación de desplazamiento que no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, correspondieron al 25,7%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. El 45,5% de esta población accede al SGSSS a través de la carta de Sisben, un 18% de los niños y niñas en condición y situación de desplazamiento cuentan con régimen subsidiado y solo el 11% en situación de desplazamiento poseen régimen contributivo.¹³⁷

Lo anterior permite comparar la situación de los niños y niñas sin esta condición de vulneración de derechos, donde el 74,4% pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, un 14,5% al Vinculado, 8,6% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

De acuerdo con caracterización realizada por el ámbito comunitario, se encontraron 9 adolescentes (7 mujeres y 2 hombres), en cuanto a los jóvenes mayores de 18 años se encontraron 92 (58 mujeres y 34 hombres).

A continuación se presentan condiciones económicas, de empleo y de salud de estos jóvenes:

La afiliación a salud de las y los adolescentes identificados fue la siguiente: 2 mujeres estaban afiliadas al régimen subsidiado, 2 mujeres estaban afiliadas al régimen contributivo, 1 hombre y 1 mujer son vinculados y 2 mujeres y un hombre acceden a la salud de manera particular.

137 Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

Dos de los adolescentes identificados, un hombre y una mujer dijeron ser cabeza de familia. La mujer dijo que tenía a cargo 4 personas y el hombre solamente 1.

En cuanto a los ingresos mensuales cinco de las mujeres adolescentes trabajadoras identificadas dijeron recibir menos de un salario mínimo mensual por su trabajo, un hombre se ganaba el salario mínimo, otro hombre se ganaba entre 1 y hasta 2 salarios mínimos y dos mujeres no respondieron está pregunta.

Seis de los adolescentes identificados, 5 mujeres y 1 hombre vivían en estrato 3, 2 mujeres en estrato 2 y el otro hombre en estrato 1.

Frente al nivel educativo seis de los adolescentes trabajadores identificados, 5 mujeres y un hombre tenían estudios de bachillerato incompleto, una mujer y un hombre tenían la primaria completa y solamente 1 mujer era bachiller.

En este grupo de adolescentes trabajadores se encontró una mujer afrodescendiente.

Ninguno de las y los adolescentes identificados en este territorio tenía un contrato de trabajo, 4 mujeres recibían pago al destajo, los 2 hombres y 1 mujer tenían remuneración fija y dos de ellos dijeron no recibir pago.

Ninguno de las y los adolescentes trabajadores identificados estaba afiliado al régimen de pensiones, ni mucho menos a riesgos profesionales.

En cuanto a la actividad económica 5 mujeres y un hombre trabajaban en restaurantes y 2 mujeres y 1 hombre en panaderías. Dos mujeres y un hombre son operarios, las 5 y los 3 adolescentes restantes combinaban las labores de operarios con las administrativas.

Solamente 2 mujeres y un hombre del grupo de adolescentes trabajadores identificados en este territorio dijo haber sufrido accidentes de trabajo en el último año. Los más frecuentes fueron las cortaduras, las quemaduras y los golpes.

Seis mujeres y un hombre consideran que su estado de salud es bueno y un hombre y una mujer dicen que es regular.

De los jóvenes mayores de 18 años, el 38% son bachilleres, el 33% tienen estudios incompletos de bachillerato y el tercer lugar correspondiente a un 4.34% lo comparten los que tienen estudios técnicos completos y estudios universitarios incompletos cada uno. Solamente el 17.39% de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio Samoré dijo haber sufrido accidentes de trabajo en el último año, los accidentes más frecuentes fueron las cortaduras y las quemaduras.

En cuanto al estado de salud el 71.73% de las y los jóvenes trabajadores identificados considera que es bueno, el 16,3% lo considera regular, el 10.86% dice que su estado de salud es excelente y solamente una mujer (1.08%) cree que es malo. La mayoría de las y los jóvenes representados por un 76% creen que el trabajo no afecta su salud.

Durante el año 2008, los 10 primeros eventos notificados al Sivigila en el territorio, fueron en su orden: Varicela, Exposición rábica, Hepatitis A, ETAs, intoxicación por fármacos, Sífilis gestacional, intoxicación por plaguicidas. Las intoxicaciones sobresalen porque pueden estar relacionadas con conductas suicidas o consumo de SPA, lo cual amerita la investigación correspondiente. Los eventos como Hepatitis A, ETA y varicela no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa fue de (8,3%). Se encontró prevalencia de periodontitis en 3,6%. Se presentaron 2 casos de fluorosis, equivalente al 1,4% en el territorio. Sobre la lesión de mancha blanca, se encontró el porcentaje más alto del 23,3% y para mancha café el 10,1%. La fluorosis se encontró en el 8,1% de prevalencia. Lo anterior se relaciona con inadecuados hábitos alimentarios y de higiene oral.

Etapa adultez

La población de esta etapa representa el 47% del total de la población que habita en el territorio Samoré, siendo la más representativa. En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 74 adultos y adultas caracterizados, que equivalen al 1,4% del total de la población caracterizada (5634 personas), de los cuales predominan las mujeres.

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: Los adultos y las adultas en condición y situación de desplazamiento no cuentan con afiliación al Sistema de Salud, en el 27%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. El 47,2% de las personas en condición de desplazamiento y situación de desplazamiento accede al SGSSS a través de la carta de Sisben. Un 8,1%, cuentan con régimen subsidiado y el 18% de adultos y adultas en condición y situación de desplazamiento poseen régimen contributivo.¹³⁸

Lo anterior permite comparar los datos anteriores con la situación de los adultos y las adultas sin esta condición de vulneración de derechos, donde el 77,8% pertenecen al Régimen contributivo o subsidiado, un 13,5% al Vinculado, 6,7% de ellos no cuentan con ninguna afiliación.

Del total de caracterizados, la condición de desempleo está presente en el 12,4% de la población adulta, a su vez de las personas en condición de desplazamiento existen 19 personas desempleadas y 21 en situación de desplazamiento asumen esta condición.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC donde, de los adultos y las adultas caracterizadas menos del 1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás. Las cifras para desnutrición no son significativas.

La situación de analfabetismo en esta etapa de ciclo se presenta en el 2,2% de la población, encontrándose 8 adultos en condición o situación de desplazamiento.¹³⁹

La presencia de enfermedades crónicas confirmada por diagnóstico médico, fue: Diabetes 2% de la población adulta (dos de ellas en situación de desplazamiento), Hipertensión 8%, encontrándose 8 de ellas en condición o situación de desplazamiento y además correspondió al porcentaje más alto entre los otros dos territorios de la localidad.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa fue la de (12,3%). Se presentó periodontitis en un 11,2% este territorio. Se presentaron 4 casos de fluorosis, equivalente al 3% en el territorio. Sobre la lesión de mancha café, se encontró en el 11% de los casos en el territorio.

La anterior situación de salud oral fue analizada en el espacio del Comité PDA Salud oral, obteniéndose como principales causas de los problemas los descritos en la anterior etapa de ciclo.

¹³⁸ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

¹³⁹ Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

Durante el año 2008, los 5 primeros eventos notificados al Sivigila, para la etapa Adultez, en el territorio fueron en su orden: varicela individual, exposición rábica, E T A, VIH/sida, hepatitis A, tuberculosis pulmonar, intoxicación por otros químicos, sífilis gestacional, intoxicación por fármacos y hepatitis B. Se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica (Ver gráfico51).

Al revisar la condición final de los casos de adultos y adultas reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que en el territorio ocurrieron 2 muertes de 22 casos que presentaban VIH/SIDA en esta población. Al calcular la tasa de letalidad del eventos, referida a la gravedad de las enfermedades, sobre el total de población que enfermó, arroja un porcentaje del %, lo cual amerita análisis profundo de causas y planes de mejora correspondientes articulando acciones con PDA de salud mental, PDA Salud sexual reproductiva, P y P y servicios asistenciales.

Etapa envejecimiento y vejez

La población de esta etapa representa el 11% del total de la población que habita en el territorio y representando uno de los porcentajes más altos en la localidad, lo cual implica dirigir las acciones necesarias a esta población.

En cuanto a la concentración de la población desplazada en el territorio según caracterización por el programa SASC durante el periodo 2004 a 2009 se encuentran un total de 22 personas mayores de ambos sexos caracterizados, con distribución por sexo similar, que equivalen a menos del 1,3% del total de la población caracterizada (1633 personas).

Sobre el acceso al Sistema de Salud se encuentran brechas importantes en la afiliación: Las personas mayores en condición y situación de desplazamiento que no cuentan con afiliación al Sistema de Salud son 2, representando el 9%. Esto puede reflejar desconocimiento de los trámites ante la Secretaría Distrital de Salud, en el caso de la persona en condición de desplazamiento, la cual, al tener el registro de su condición y carta respectiva, puede hacer efectiva su afiliación como vinculada al sistema. El 45,4% acceden a través de carta de Sisben, el 9% cuentan con régimen contributivo y el 36% se encontró en el régimen subsidiado.¹⁴⁰

Lo anterior permite comparar los datos anteriores con la situación de los adultos y las adultas sin esta condición de vulneración de derechos, donde el 83% pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, un 11% al Vinculado y el 3% no cuentan con ninguna afiliación.

Del total de caracterizados, la condición de desempleo está presente en el 8,3% de la población de esta etapa. De estas 7 personas se encuentran en condición o situación de desplazamiento.

La percepción sobre enfermedades se evidencia en las encuestas realizadas por el programa SASC donde, de las personas mayores caracterizadas el 1,1% presentan limitación para oír, caminar o relacionarse con los demás.

La situación de analfabetismo fue alta en esta etapa de ciclo, se presenta en el 10,8% de la población, encontrándose 4 adultos en situación de desplazamiento.¹⁴¹

La presencia de enfermedades crónicas confirmada por diagnóstico médico, fue: Diabetes 10% de la población adulta, Hipertensión 44,5%, las personas en condición o situación de desplazamiento

¹⁴⁰ Programa SASC acumulado 2004 a 2009 (siguen en territorio).

¹⁴¹ Programa SASC. Sistema de Información APS en línea acumulado 2004-2009

que presentaron dichas enfermedades es mínima, comparada con el total de caracterizados (1.633).

Las personas mayores de 60 años de edad, constituye un grupo que posee características epidemiológicas distintivas. Los cambios en la estructura demográfica y los éxitos en los programas para prevenir y tratar enfermedades parasitarias e infecciosas, han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, tal como lo expresaremos a continuación, teniendo en cuenta las primeras causas de morbilidad por consulta externa, hospitalización y urgencias del hospital Rafael Uribe Uribe.

Teniendo en cuenta la información cuantitativa de las causas de morbilidad en consulta externa, en las personas mayores, encontramos en mayor relevancia las enfermedades del sistema circulatorio, predominando en el sexo femenino, constituyendo el primer lugar, en su orden le siguen: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, enfermedades del ojo y de sus anexos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema respiratorio, con mayor relevancia en los hombres mayores de 60 años y las enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario presentando mayor incidencia en las mujeres.

En cuanto a la morbilidad en hospitalización, en primer lugar encontramos Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, con mayor relevancia en los hombres, esto da respuesta a los estudios biológicos del proceso de envejecimiento, donde se conoce que los sistemas renal y respiratorio son los más se deterioran, debido a los hábitos y estilos de vida inadecuados que llevaron durante el transcurso de su vida. Entre otras condiciones que han determinado esta situación de salud, le sigue la neumonía, Hipertensión esencial (primaria) Dolor abdominal y pélvico, con igual incidencia tanto para hombres y mujeres mayores de 60 años y otras enfermedades del sistema urinario, con mayor relevancia en el sexo masculino.

La morbilidad en Urgencia para las personas mayores, se tiene Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, relevante tanto para hombres y mujeres mayores de 60 años, seguido hipertensión esencial (primaria), Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, siendo estas más relevante en las mujeres, dolor abdominal y pélvico, otros traumatismos de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, se hace más relevante en los hombres y le sigue diabetes mellitus, Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; estas con mayor incidencia en las mujeres.

Teniendo en cuenta la morbilidad en consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital Rafael Uribe, se evidencia que las mujeres mayores de 60 años, de la localidad Rafael Uribe presentan mayor incidencia, se podría pensar que obedecería a la predominancia del sexo femenino, el cual juega un papel muy importante, o la idea cultural que el hombre es "el sexo fuerte" y poco recurren al médico. Estas son patologías que tienen larga evolución, episodios de exacerbación frecuente y requieren constantemente servicios de atención en salud, lo cual obliga a establecer estrategias diferentes a las utilizadas en otros grupos poblacionales.

Los grupos étnicos en relación a las enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, el 6,8% de la población perteneciente a grupos, padecen estas enfermedades, esto puede obedecer a sus patrones alimenticios, culturales y a los inadecuados hábitos y estilos de vida.

Según información del Sistema de Vigilancia de Salud Oral Sisveso año 2009, la prevalencia de gingivitis en la etapa fue la de (2%). Se presentó periodontitis en un 3% este territorio. No se presentaron casos de fluorosis. Sobre la lesión de mancha café, se encontró en el 1,7% de los casos en el territorio.

La anterior situación de salud oral fue analizada en el espacio del Comité PDA Salud oral, obteniéndose como principales causas de los problemas los descritos para las demás etapas de ciclo.

Durante el año 2008, los 5 primeros eventos notificados al Sivigila, para la etapa persona mayor, en el territorio fueron en su orden: Exposición rábica, tuberculosis pulmonar, intoxicación por otras sustancias químicas, Hepatitis A, tuberculosis extra pulmonar y ETA, los eventos corresponden a patologías de tipo respiratorio, llama la atención el evento de intoxicación, el cual amerita mayor investigación de causas. .

Los eventos pueden derivarse de la calidad e inocuidad de los alimentos en algunos casos por la deficiente calidad de las materias primas, la presencia de microorganismos patógenos y sustancias contaminantes de riesgo para la salud humana, de igual forma el deterioro del medio ambiente por la contaminación ambiental, vías destapadas, condiciones de mal estado de las viviendas entre otros son factores que pueden desencadenar dichas enfermedades. También se observa que en esta etapa la agresión de caninos o felinos es de importancia, podría ser de interés conocer factores que desencadena dichas agresiones.

Al revisar la condición final de los casos reportados en el Sivigila año 2008, se encontró que en el territorio ocurrió una muerte por Hepatitis B para esta etapa de ciclo.

Núcleos problemáticos que afectan al territorio Samoré:

Teniendo en cuenta que desde agosto de 2009, los núcleos problemáticos fueron priorizados por etapa de ciclo y no por territorio social, en unidades de análisis desarrolladas en los equipos técnicos poblacionales, grupos técnicos y diferentes espacios locales, estos aplican a todos los territorios GSI, con algunas diferencias marcadas principalmente por fuentes secundarias, por esta razón a continuación solo se presentan aspectos relevantes del núcleo porque son hallazgos propios del territorio, el análisis de la determinación social y otros sustentos teóricos, son correspondientes a los expresado a lo largo del capítulo, en los núcleos de cada etapa.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

En el territorio de Samoré se han identificado a través de las unidades de análisis con la comunidad e instituciones varios componentes que afectan la calidad de vida de los niños y las niñas en el territorio. Como determinante general se puede señalar que las UPZ que conforman en territorio han presentado un desmejoramiento constante durante los últimos 10 años, a través del fortalecimiento de la delincuencia organizada y común, aumento de las redes de micrográfico comercio de SPA, desempleo y subempleo, la disminuidas garantías que brinda el estado para la satisfacción de las necesidades básicas, la desintegración y recomposición de los núcleos familiares, el desconocimiento por parte de los niños como seres de derecho en una comunidad y el desplazamiento forzoso.

A nivel particular se puede evidenciar el incremento en el porte de armas blancas y caseras en los niños y niñas, incremento en la violencia a nivel escolar a través de todas sus expresiones, incremento en la necesidad de desarrollar actividades laborales en su infancia, Inicio del consumo de SPA a más temprana edad, deserción y repitencia escolar.

A nivel singular, se logra identificar que la expresión de violencia a través de todas sus formas en el hogar se ha incrementado de forma descomunal, generando a través de esta el maltrato y adopción de la agresividad en las relaciones intrageneracionales, han afectado drásticamente el desarrollo de los procesos estructurales que conforman el autoestima y promueven la autonomía en los niños y niñas de la comunidad.

Para profundizar cada uno de estos determinantes se describirán los agentes causales de sus procesos circunstanciales.

A través del incremento de la delincuencia organizada y común, los niños y las niñas han sido afectados, teniendo en cuenta que como algunos de sus cuidadores han hecho parte de estas bandas y grupos, sus modelos de identificación no han sido los adecuados a través de la promoción de una convivencia sana y algunas veces estos cuidadores han caído abatidos por los mecanismos de control social, otras bandas criminales y en el mejor de los casos se encuentran recluidos en centros penitenciarios. Razón por la cual se ha generado desintegración de los núcleos familiares y pérdida de los modelos de identificación social y afectivo generando en los niños desorientación y sentimientos de vacío a través de duelos no elaborados de manera adecuada.

El incremento de las redes de micro tráfico de SPA, ha afectado drásticamente la calidad de vida de los niños y las niñas de la comunidad de este territorio, teniendo en cuenta que de igual modo se ha incrementado el nivel de consumo de SPA en los niños y las niñas, sustancias como el gacol, alcohol y cigarrillo se han convertido en elementos de consumo del diario vivir de algunos niños de la localidad. Algunas veces, es promovido por el recurrente desinterés de los padres al cuidado de los infantes quienes debido al aumento del costo de la calidad de vida han tenido que aumentar el horario laboral para alcanzar a suplir las necesidades básicas de su hogar.

De igual modo el desempleo y subempleo ha generado en los hogares el fortalecimiento de los sentimientos de frustración de los padres o cuidadores quienes al no tener unas adecuadas estrategias de afrontamiento incrementan la expresión de la violencia a través de sus componentes en el hogar.

Por parte de las garantías que brinda el estado en el territorio GSI, se logra identificar que en su mayoría presentan una proyección asistencialista, lo cual está generando una proyección inversa en la comunidad. Es decir, que las ayudas del gobierno promueven la dependencia de la comunidad al estado y no están generando estrategias de fortalecimiento de la autonomía. Lo cual al contario de mejorar la calidad de vida de la comunidad en los niños y las niñas promueve la negligencia y abandono por parte de los padres o cuidadores a esta población.

La descomposición y recomposición de los núcleos familiares generan una incidencia negativa en la salud mental de los niños y las niñas de la comunidad, teniendo en cuenta que al cambiar recurrentemente de modelos de identificación y afecto, se generan estados confesionales hacia la comprensión de la autoridad lo cual trae como resultado el incremento del sentimiento de vacío en los niños y niñas de la localidad e incremento de la agresividad en la composición de sus relaciones sociales y afectivas.

El desconocimiento como seres de derechos de los niños y las niñas del territorio, constituye un factor de riesgo a través del incremento de la condición de vulnerabilidad, teniendo en cuenta que no hay promoción eficaz en la participación social de los niños y niñas de la localidad exponiéndose así a eventos traumáticos como ECSNNA siendo víctimas y promotores de todos los componentes de la violencia en su hogar y comunidad.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 34 casos de niños y niñas, los cuales representan el 19% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (183 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en los niños equivalente al 82% del total de la población infantil. En los niños se encontraron eventos relacionados con la educación y alfabetización y problemas de crianza, también se encontraron 4 casos de lesiones por maltrato. En las niñas se presentaron las mismas problemáticas. La distribución de casos en este territorio social es de (11 casos).

La adolescencia y juventud es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva: El adolescente se juzga a sí mismo a la luz de cómo es percibido por los otros y se compara con ellos. Esos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

En nuestra sociedad se está produciendo cada vez más un aplazamiento de las responsabilidades sociales y la adquisición de la propia independencia. Algunos adultos continúan siendo eternamente adolescentes: se habla del síndrome de “perpetua adolescencia”, con sentimientos de inferioridad, irresponsabilidad, ansiedad, egocentrismo, entre otras.

Situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad: En los ejercicios de cartografía social elaborados por el Equipo Local de acciones interinstitucionales (ELAI), los jóvenes identificaron sectores de la localidad en los que se evidencia la prostitución en adolescentes y jóvenes, principalmente mujeres. En los territorios de Samoré y Colinas se mencionó el sector sobre la avenida Primero de Mayo entre avenida Caracas y carrera 24 (límites con la localidad Antonio Nariño), también identificó el sector sobre la avenida Caracas cercano a los barrios Socorro, Consuelo y la entrada a Molinos.

En cuanto a la trata de personas, los jóvenes identificaron el sector de Quiroga Central y los barrios Claret y Murillo Toro, sectores pertenecientes al territorio social de Samoré; por la presencia de mujeres jóvenes que han sido víctimas de este flagelo, buscando soluciones económicas inmediatas a sus déficits. Algunas ingresan engañadas por fachadas como el modelaje y otras conociendo las condiciones y riesgos que deben afrontar¹⁴² Consumo alcohol y otras SPA.

El uso de estas sustancias está asociado por un lado a las situaciones depresivas en relación con el entorno familiar y social y por otro con la imagen de poder y respeto que se deriva de su uso¹⁴³. En ejercicios de cartografía social es importante recalcar la presencia de expendios reconocidos por la comunidad también en la zona baja territorio de Samoré¹⁴⁴ específicamente en los barrios Quiroga, Claret, inglés, Bravo Páez y el sector de Mata tigres y Gustavo Restrepo. Tal como se mencionó en otros territorios sociales los sectores identificados por la comunidad son asociados con eventos de inseguridad como atracos y homicidios, situación que afecta la movilización y el disfrute de escenarios públicos como parques y zonas verdes.

Por su parte, de los 31 micro territorios cubiertos por la estrategia Salud a Su Hogar, en 28 de ellos la comunidad priorizó el consumo de sustancias psicoactivas como una problemática que afecta principalmente a los jóvenes¹⁴⁴

Cabe mencionar que, se evidencia la problemática de la violencia sexual, con 14 casos reportados en este ciclo, cabe señalar, que las estimaciones reales de la dimensión de este problema, así como la escasez de denuncias, debido al miedo, la depresión y la poca credibilidad, han permitido que este fenómeno sea casi invisible para los y las jóvenes.

Ahora bien, la violencia en el hogar puede provenir de las figuras parentales o responsables de su cuidado y aunque en muchos casos se deriva de problemas relacionados con la pobreza, la falta de empleo y la desintegración social, también las relaciones disfuncionales en la familia y los trastornos mentales de las figuras parentales pueden asociarse a la aparición del problema.

Para los eventos de salud mental en la localidad Rafael Uribe, se observa 51 casos intervenidos por psicosocial en este ciclo, donde se observa que el 71% son de género femenino y el 29% de género masculino.

Por otra parte, las edades que fueron más notificadas según la intervención psicosocial están entre los 24 y 26 años donde se evidencia los episodios de salud mental para un total de 36 mujeres y 15 hombres que conviven con sus familias nucleares extensas en su gran mayoría; pero donde también se presentan casos de relaciones monoparentales. Paralelamente se observa que

¹⁴² Cartografía social. ELAI. Ídem

¹⁴³ Documento Sala Situacional de Salud Mental localidad Rafael Uribe. Hospital Rafael Uribe Uribe 2009

¹⁴⁴ Lecturas de necesidades. Ámbito Familiar, Círculos de Participación Comunitaria. Ídem

un 40% se dedican a las labores del hogar, un 30% son desempleados/as; y un 25% tiene trabajo informal como lo es de vendedoras/os, operaria/o de maquina plana, niñeras, vigilantes y cajeros/as; en un menor porcentaje 5% no se encuentran trabajando y 2 mujeres ejercen trabajo sexual.

Los factores según la base psicosocial 2009, que influyen en la salud familiar y que son clasificados por el código internacional de enfermedades (CIE -10) son: otros problemas relacionados con la crianza del niño; otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares; problemas en la relación entre esposos o pareja; problemas relacionados con dificultades con el modo de vida; síndromes del maltrato; haciendo referencia al maltrato físico, emocional, económico, sexual y negligencia; problemas relacionados con el estilo de vida; problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas; problemas relacionados con el empleo y el desempleo; problemas relacionados con el ambiente social; problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales y problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales.

Finalmente, los factores desencadenantes que mas predominan según la intervención psicosocial son el problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño; problemas en la relación entre esposos o pareja; problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia; problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad; historia familiar de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]; problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio; problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa; problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar; problemas relacionados con el uso de drogas; otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño; síndromes del maltrato; haciendo referencia al maltrato físico, emocional, económico, sexual y negligencia; y Problemas relacionados con el uso del alcohol.

En el análisis de determinación social, podemos encontrar:

ESTRUCTURALES: - Pocos espacios públicos de accesos gratuitos y adecuados físicamente para la recreación, el deporte y el ocio.

INTERMEDIOS: - Falta de programas gratuitos de recreación y deporte dirigidos a mayores de 18 años.- Falta de escenarios locales que posibiliten a los jóvenes practicar actividades y deportes alternativos, como el deporte extremo.- Falta de continuidad de los procesos del IDRD por no contratación de los promotores.

SINGULARES:- Utilización inadecuada de parques y zonas verdes, relacionada con el desarraigo y la falta de pertenencia al territorio.- Falta de apropiación de en la temática de actividad física. -Inseguridad en parques y zonas verdes, por la utilización de dichos escenarios por parte de grupos como pandillas, que genera un mayor desarraigo en la comunidad.

Desde la etapa de Envejecimiento y Vejez las necesidades en Redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes Estructurales en cuanto a que existe la exclusión de las personas mayores debido a que no se tiene en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo el cual reconoce “la optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental para extender la esperanza de vida saludable, productiva y calidad de vida de las personas mayores”¹⁴⁵

De igual forma la falta de políticas que conlleven a planteamientos de beneficios reales y dignos para las personas mayores hace que no se cuente con un respaldo legal para exigir sus derechos.

¹⁴⁵ VARIOS AUTORES, Manual para cuidadores y dinamizadores en la atención a personas mayores dependientes. Fundación Foro Cívico. Bogotá. 2008

Así mismo pasa por ser un determinante particular debido a la falta de respuesta oportuna de las instituciones en cuanto a la satisfacción de necesidades y a la falta de articulación desde el nivel distrital y local de las instituciones que llevan procesos con las personas mayores, de igual modo debido a la falta de continuidad, pertinencia y oportunidad en los programas hace que las personas mayores se sientan utilizados y sin respuestas concretas a sus necesidades.

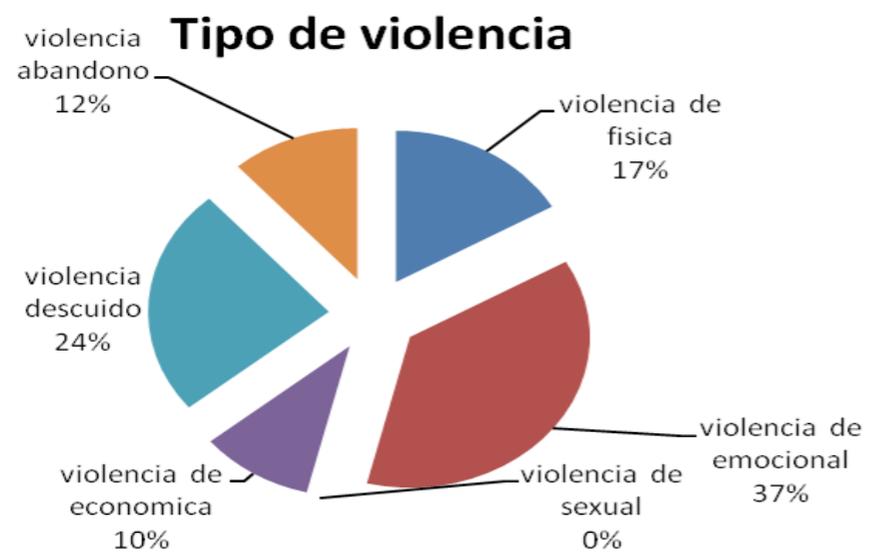
Por otra parte se presenta como un determinante Singular debido a la configuración que hace la familia en cuanto a la persona mayor que en algunos casos es de negligencia y/o abandono, de igual forma la pérdida del rol de generador de saberes hace que la percepción de la persona mayor sea la de abandono e inutilidad lo que conlleva a la reducción de la autonomía y bienestar de la persona mayor.

La situación en cuanto a Salud Mental de las personas mayores de este territorio se ve representada en la falta de reconocimiento, cuidado adecuado y oportuno en sus hogares, lo que genera sentimientos de tristeza y reduce la toma de decisiones y de autonomía. Situación que pasa por ser un determinante Particular

De igual forma se manifiesta que en las personas mayores lo más frecuente son los problemas de salud, enfermedades crónicas, abandono, soledad, sienten que son un estorbo, sufren de depresión, abuso, son cuidadores pero no infunden el respeto que deben tener y no son tenidos en cuenta. Lo que se enmarca en un determinante Singular.

El tipo de violencia que predomina es el emocional, con 29 casos notificados, siendo el 37%, seguido de violencia por negligencia con un 24%; como se puede observar en la siguiente gráfica no se detecta casos de violencia sexual, se demuestra que la violencia por abandono es de 12% y finalmente esta la violencia económica con un 10%¹⁴⁶

Gráfica 32. Tipos de violencia en personas mayores localidad Rafael Uribe.



Fuente: Base de datos Sivim 2008.

Es así como se analiza que personas mayores continúan siendo víctimas de otros, vulnerando así sus derechos consagrados en las normas. Las implicaciones legales y sociales de este fenómeno deben trascender a otras determinaciones en el ámbito gerontológico para iniciar un estudio en el

marco de las normas, lo social y lo económico y porque no en lo político; que tenga una mirada desde la perspectiva del ciclo vital, que realice el énfasis en la complejidad del proceso y de sus diversos

Los factores desencadenantes que mas predominan según la intervención psicosocial son el (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado; (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar; (Z63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia; (Z63.6) Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa; (Z60.0) Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital; Z60.2) Problemas relacionados con persona que vive sola; y (T74) Síndromes del maltrato; haciendo referencia al maltrato físico, emocional, económico, sexual y negligencia.

Según la unidad de análisis realizada en la Red del Buen Trato estos serian los determinantes que influyen en el bienestar de los/as personas mayores en el territorio:¹⁴⁷

Determinantes Estructurales: Falta de políticas efectivas que promuevan el reconocimiento y dignificación de la persona mayor a nivel laboral y en el contexto social.

Determinantes Intermedios: La falta de oferta de programas ocupacionales de tiempo libre suficientes y adecuados a las necesidades de esta población. La reglamentación de políticas en materia de pensiones por vejez o discapacidad.

Determinantes Singulares: La condición de dependencia económica y familiar derivada de la presencia de enfermedades crónicas inhabilitantes, ocasiona a su vez las situaciones de violencia, maltrato y abandono familiar hacia esta población tan vulnerable.

La información desde el proceso Fortalecimiento a grupos y organizaciones de Persona Mayor del Ámbito Comunitario, refiere que en el territorio de Samoré la situación es diferente según lo referencia el grupo de persona mayor de Pijaos, manifiestan que hay una red familiar y comunitaria mas fortalecida, las características de estas personas en cuanto a lo económico se presentan más estables debido a que en su mayoría son pensionados, sin embargo existen dificultades en algunas personas mayores en cuanto a las relaciones familiares.¹⁴⁸

Los aportes de las transversalidades de etnias y desplazados se definen en los determinantes particulares y singulares en cuanto a la falta de reconocimiento de las capacidades de las personas mayores étnicos y en condición de desplazamiento en el territorio de Samoré, más exactamente en el barrio Marco Fidel Suárez.

A continuación se expone los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos que complementa lo expuesto anteriormente, este análisis es realizado a partir del PDA de Salud Mental, intervención que es realizada en hogares en donde se encuentran institucionalizados las personas mayores, esta intervención es realizada en los siguientes barrios del territorio Samoré: Barrio El Claret y Barrio Quiroga.

Durante los meses de abril y mayo se aplicó el instrumento "Lista de Chequeo" en 6 instituciones de cuidado para la persona mayor ubicadas en las localidades de Rafael Uribe Uribe (Hogar Gerontológico Santa Helena, Asociación Mi Segundo Hogar, Hogar Gerontológico Abuelitos Queridos I, Hogar Gerontológico Abuelitos Queridos II, Hogar Amanecer con Cristo, Hogar Gerontológico Flor De Amor). El principal objetivo de este instrumento era identificar las necesidades de cada institución en tres aspectos puntuales:

Las personas mayores institucionalizadas cuentan con una red de apoyo representada por la familia. Reciben visitas con cierta regularidad. No existe un programa estructurado de atención psicológica

¹⁴⁷ Unidad de análisis Red del Buen Trato 2009.

¹⁴⁸ Aporte Unidad de Análisis. Abril. 2010

ni para residentes ni para cuidadores. Se hace de manera informal por medio de acompañamiento y escucha. El personal ha recibido poca capacitación en temas relacionados con salud mental y se encuentran bastante interesados en recibirla. Solamente la directora y una de las enfermeras se sienten preparadas para atender una emergencia psiquiátrica. No existe material impreso que sirva como guía o material de consulta para el personal con respecto a enfermedades mentales y cómo tratarlas.

No existen estrategias de promoción y prevención frente al riesgo psicosocial en cuidadores y no se encuentran actualizados sobre patologías o discapacidades mentales en esta población.

Los representantes manifiestan que realizan actividades “por igual” a todos sus residentes, pero no existen estrategias estructuradas de intervención que respondan a las necesidades particulares de cada uno de los residentes.

No existen estrategias de intervención psicológica estructuradas para responder a las necesidades particulares de cada uno de los usuarios.

Los problemas identificados anteriormente se encuentran estrechamente relacionados, pues ambos surgen de la institucionalización de las personas mayores. En la mayoría de los casos, las personas mayores llegan a estas instituciones en contra de su voluntad u obligados por situaciones de maltrato o desprotección. Algunas otras personas deciden institucionalizarse por su voluntad. Sin embargo, en ambos casos, las personas mayores terminan aisladas del mundo exterior.

Ya sea porque sus familiares no los frecuentan o porque la institución ofrece pocas oportunidades de participación e interacción de la persona mayor con otras personas de diferentes edades y condiciones. En general se encuentra que al ingresar a las instituciones de cuidado geriátrico o gerontológico, las personas “desaparecen” de la comunidad, pues dejan de participar en los escenarios en que anteriormente lo hacían. Esta invisibilización ocasiona la vulneración de sus derechos. Se observa también una pérdida significativa de su autonomía y en muchos casos descalificación, lo cual refuerza este desconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos.

Como se mencionó anteriormente, las redes de apoyo primarias para las personas mayores son, en la mayoría de los casos, muy pobres o prácticamente inexistentes. Los núcleos familiares se disuelven y la persona es llevada a un lugar desconocido. Estas situaciones son causa frecuente de depresiones y en general, sentimientos de abandono y soledad, poniendo en alto riesgo la salud mental de la persona mayor

En el territorio Samoré la situación con respecto a la red familiar y comunitaria es diferente según información del grupo de persona mayor de Pijaos, manifiestan que las redes están más fortalecidas, las características de estas personas en cuanto a lo económico se presentan más estables debido a que en su mayoría son pensionados, sin embargo existen dificultades en algunas personas mayores en cuanto a las relaciones familiares.¹⁴⁹

Los hombres y mujeres con liderazgo representantes de las personas mayores en el comité de persona mayor, manifiestan que los reducidos y manipulados espacios de participación para la persona mayor no permiten la incidencia en la toma de decisiones y trascender del conocimiento de sus derechos y deberes.

El Ámbito IPS refiere la falta de oportunidades laborales las cuales hacen que las personas consigan trabajos en condiciones precarias lo que no garantiza un sustento digno y no permite la autonomía en la vejez, esta situación pasa por ser un determinante Estructural.

Las actividades laborales y la falta de garantía disminuyen el fortalecimiento de vínculos

149 Fortalecimiento a grupos y organizaciones de Persona Mayor del Ámbito Comunitario. HRUU. 2009

familiares, lo que pasa por ser un determinante particular. La falta de autonomía y la percepción de abandono y negligencia por parte de los familiares de las personas mayores los afecta de manera Singular.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

En la localidad Rafael Uribe Uribe, los jóvenes dedican su tiempo libre a diferentes actividades dentro de las cuales se identifican los video juegos y la cibernética lo cual los aleja cada vez de la práctica de actividad física. Sin embargo, también reconocen espacios de la localidad en los cuales pueden practicar diferentes actividades recreo deportivas

Otra problemática priorizada que afecta la seguridad y fue expresada por los jóvenes es la relacionada con el riesgo ambiental. Por una parte, los jóvenes de los colegios distritales expresaron que tanto dentro como fuera de sus instituciones existen factores que ponen en riesgo la salud y su relación con el entorno. Con respecto a los factores presentes en el interior de los colegios fueron mencionados: el desperdicio de agua por parte de los estudiantes (I.E.D. San Agustín), la presencia de vectores (I.E.D. Quiroga Alianza, San Agustín, Reino de Holanda, Alexander Fleming), malos olores en los baños, fallas estructurales que representan peligro para la integridad física de toda la comunidad educativa (I.E.D. Alexander Fleming, Restrepo Millán, San Agustín) y una pobre cultura de reciclaje, máxime si se tiene en cuenta que algunas de las familias de la zona alta se dedican al reciclaje.

Algunos jóvenes han expresado que los parques se encuentran ubicados en sitios donde no respiran aire puro, debido a que están a la orilla de la avenida donde el tránsito vehicular es masivo contaminando así su medioambiente

En el territorio de Samoré hay espacios bastante representativos como el Polideportivo Olaya y Gimnasio del sur, que cuentan con gran recorrido a nivel deportivo, dentro de los deportes que se práctica allí se encuentra el Boxeo. En Marco Fidel Suárez un grupo de jóvenes étnico práctica fútbol. También está el coliseo del Quiroga. Existe un grupo de Afro colombianos que se dedican al softbol pero que a pesar de ser de la localidad se ven obligados a salir de ella para entrenar debido a la falta de infraestructura disponible para practicar este tipo de deporte¹⁵⁰

A través de la lectura de necesidades de la población de niños y niñas de la comunidad se logra identificar que el territorio no cuenta con los espacios públicos y recreacionales adecuados para la promoción de la actividad física y la convivencia social. Teniendo en cuenta que no hay un espacio público saludable que permita la integralidad en los procesos de desarrollo social de esta población.

Con referencia al recurrente desmejoramiento del territorio, se debe tener en cuenta que las viviendas son de construcción antigua, lo cual identifica riesgo en los niños y las niñas de la comunidad, teniendo en cuenta que estas construcciones no cuentan con los requerimientos básicos de sismo resistencia, su iluminación y ventilación es limitada y por lo tanto se genera acumulación de hongos y temperaturas bajas en el hogar promoviendo así enfermedades respiratorias.

Así mismo, algunos de estos hogares presentan condiciones de pobreza oculta, en las cuales las condiciones de hacinamiento afectan la calidad de vida y el libre desarrollo de los niños y niñas de la comunidad generando riesgos ambientales y psicosociales.

150 lectura de necesidades del programa TU VALES 2009. Listado de asistencia TU VALES 2009 Encuesta de actividad física aplicada por la mesa 2009.

De igual modo el elevado número de avenidas y calles principales y los cuerpos de agua que atraviesan el territorio se transforman en un factor de riesgo en la propagación de enfermedades transmitidas por vectores, roedores y contaminación del aire.

Por otro lado, a pesar de contar con un centro de acopio de alimentos ubicado en el barrio inglés no se cuenta con centros de distribución de alimentos inocuos de acceso a toda la comunidad.

En el territorio Samoré, las mayores problemáticas que se presentan en Adultos habitantes del territorio son: Aumento del desempleo, Contaminación ambiental, Exclusión de la población de los programas sociales por pertenecer a un estrato 3, Inseguridad, Creciente violencia intrafamiliar¹⁵¹

Es así como las violencias se enmarca en un contexto de desequilibrio de poder e implica un conjunto de acciones, conductas y actitudes que se mantienen como estilo relacional y de interacción imperante en la pareja donde una de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a la otra.

De manera diferenciada y según los datos presentados anteriormente, las mujeres padecen en un 91% algún tipo de violencia, mostrando mayor tendencia a presentar agresiones con respecto a los hombres que corresponden un 9%¹⁵². Al respecto conviene decir que, considerar la violencia contra las mujeres como una violación a sus derechos humanos (ley 1257 de 2008), implica para el estado un cambio importante en cuanto a su responsabilidad en la problemática. En relación con los derechos humanos, los estados tienen el deber de la debida diligencia que implica la obligatoriedad de desplegar labores y esfuerzos en materia de prevención, atención, investigación, sanción, reparación y garantías de que los hechos no se vuelvan a presentar.

A Continuación se muestra la relación de casos de trastornos de salud mental para el territorio de Samoré, en esta tabla se hace referencia de los casos más representativos que afectan a la población adulta de este territorio: del año 2005 1 caso, del año 2006 39 casos, del año 2007 83 casos, del año 2008 68 casos y del año 2009 51 casos.

En la etapa de vejez y envejecimiento las necesidades en seguridad y medio ambiente se enmarcan en determinantes estructurales en cuanto al establecimiento de normas y leyes que permitan garantizar la conservación del medio ambiente sin la mirada mercantilista que ocasiona el daño de los recursos no renovables y la afectación en la salud de las personas mayores.

De igual forma se consideran determinantes particulares por el aumento de los robos y la inseguridad en los barrios de los tres territorios de la localidad. Es también un determinante singular, la falta de conciencia en cuanto al manejo de residuos sólidos y cuidado del medio ambiente en los barrios del territorio, situaciones que reflejan el deterioro de la salud y la presentación de entornos peligrosos y descuidados.

La información que aporta la transversalidad de etnias y desplazados se enmarca en un determinante particular, por la falta de espacios de recreación en el barrio Marco Fidel Suárez, afirmando que los pocos parques que existen son inseguros, lo cual afecta de manera Singular.

La venta libre e indiscriminada de medicamentos en establecimientos no farmacéuticos es un riesgo en la persona mayor ya que aumenta la posibilidad de adquirir medicamentos sin garantía de calidad. Para la transversalidad de seguridad alimentaria las dinámicas del mercado en cuanto a los canales de distribución de los alimentos a nivel nacional aumentan los costos de los alimentos, situación que pasa por ser un determinante estructural, este territorio cuenta con una plaza de mercado en el barrio Inglés, que no alcanza a brindar la cantidad, variedad y calidad de alimentos

¹⁵¹ HRUU. Unidad de Análisis. Ciclo vital adultez

¹⁵² Documento Sala Situacional de Salud Mental localidad Rafael Uribe. Hospital Rafael Uribe Uribe 2009

de la canasta básica familiar, adicionalmente no es de fácil acceso para los barrios ubicados en la parte superior del territorio, situación que ha generado la venta ambulante de alimentos o tiendas en donde no todas cuentan con las condiciones mínimas de calidad e inocuidad. Y la baja cobertura en los programas de atención alimentaria en las personas mayores son condiciones que pasan por ser Particulares. Existen hábitos inadecuados de consumo que pasa por ser un determinante singular.

Las situaciones anteriormente descritas evidencian la vulneración del derecho a la alimentación y nutrición el cual promueve el acceso permanente y libre a una alimentación adecuada y suficiente que corresponda a las tradiciones culturales y que garantice la vida psíquica, física, individual y colectiva libre de angustias, satisfactoria y digna¹⁵³.

A continuación se expone los resultados del documento del ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos que complementa lo expuesto anteriormente, este análisis es realizado a partir de la estrategia de entornos saludables, intervención que es realizada en hogares en donde se encuentran institucionalizados las personas mayores, esta intervención es realizada en los siguientes barrios del territorio Samoré:

| | |
|-------------------|---|
| Barrio El Claret: | 2 |
| Barrio Quiroga: | 4 |

Se ha realizado acercamiento y reconocimiento a 11 instituciones de protección persona mayor objeto de intervención. Se aplicó el instrumento de captura y registro de información "Lista de Chequeo", con la información adquirida se identificaron las necesidades por institución y se priorizaron las temáticas a abordar.

Dentro de los aspectos evaluados se encontró que para la Localidad de Rafael Uribe el Concepto Sanitario de IVC (Inspección Vigilancia y Control) es en cinco instituciones Pendiente, en cuatro Favorable y en 2 concepto sanitario Desfavorable.

Ninguna institución de la Localidad Rafael Uribe cuenta con un Plan de Saneamiento completo.

Algunas instituciones tienen un plan de Saneamiento con pequeños ajustes por realizar, pero al observar las condiciones de la institución se visualiza que no llevan a cabo las acciones que plasman en estos programas, no se lleva a cabo Limpieza y desinfección de áreas, el manejo adecuado de los residuos sólidos, no se cumple con el control de las plagas ni el lavado de los tanques de almacenamiento de agua potable.

En ninguna de las instituciones de la Localidad conocen el tema de Calidad del Aire. El 36% de las instituciones conocen el Manejo seguro de sustancias químicas y los riesgos para la salud y el ambiente. (Como plaguicidas, desinfectantes, productos de aseo y limpieza).

En las instituciones no se han promovido prácticas de producción limpia de alimentos mediante agricultura urbana, debido a que no cuentan con el espacio suficiente para desarrollar éstas prácticas o en algunos casos lo han intentado pero no hay quien se encargue de mantener el proyecto.

En las instituciones existe señalización y áreas demarcadas, en dos instituciones no cuentan con un plan de emergencias y contingencias.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 3: El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo

¹⁵³ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

Con referencia a las condiciones inadecuadas del modelo económico que afectan a los niños y generan enfermedades de alta prevalencia se puede señalar que a través de los pocos recursos económicos con los que cuentan los habitantes del territorio se identifica afección en los procesos nutricionales de los niños, niñas y madres gestantes, teniendo en cuenta que no cuentan una alimentación saludable, transformándose en población vulnerable a enfermedades que afectan la calidad de vida de esta población.

En general se ha encontrado que en la localidad Rafael Uribe, las maternas tienen un promedio de 1,4 controles durante su gestación, lo cual está mostrando una muy baja adherencia al control prenatal. Casi el 40% de las gestantes que son atendidas en la ESE inician su control de manera oportuna (es decir antes de la semana 13), sin embargo existen dificultades en la adherencia al Control Prenatal (CPN)¹⁵⁴. Durante el primer trimestre de gestación se está logrando un acceso más completo a las actividades del control prenatal; la tendencia ha mejorado desde el primer semestre de 2006, pasando de un 19% a 27% en el primer semestre de 2007.

En el segundo trimestre de la gestación el cubrimiento de las acciones es menor, lo que está en relación con la baja adherencia al control prenatal, la tendencia se ha mantenido desde el 2006 en el 18%.

En el tercer trimestre de la gestación el cubrimiento de las acciones es mucho menor, evidenciando una baja adherencia al control prenatal. La alta inasistencia en este trimestre se relaciona con el alto grado de remisión de las gestantes de la localidad a segundos y terceros niveles, por lo cual la mayor asistencia se evidencia en el primer trimestre, a pesar de estar en un nivel bajo.

De igual modo, los programas que han sido proyectados hacia la comunidad de niños y niñas del territorio han generado en los padres y cuidadores procesos maltrato por negligencia y abandono teniendo en cuenta que los objetivos de estos programas tienen una visión asistencialista y eximen a los padres y cuidadores de responsabilidades básicas disminuyendo el nivel de autonomía en los núcleos familiares de la comunidad.

De acuerdo con el documento de análisis de políticas públicas de juventud en América Latina, la exclusión y el aislamiento social de la juventud es determinada en gran parte por el deterioro de las instituciones primordiales, por la débil y precaria participación en la educación y en el trabajo y por el distanciamiento de los modelos de éxito que asocian esfuerzos con logros.

En cuanto a la oferta productiva, en algunas oportunidades se realizan convocatorias a través de instituciones para empresas tales como: Éxito, Carrefour, Alcaldía (programa Misión Bogotá), entre otras; pero la información no es socializada de forma masiva y en algunas ocasiones los jóvenes que se enteran de estas oportunidades no concursan manifestando su desacuerdo con prácticas o políticas de dichas empresas.

Por lo general, los jóvenes que terminan bachillerato o que dejan inconclusa su formación media acceden al mercado laboral en el sector informal, por lo tanto no se garantiza su afiliación al sistema general de seguridad social y al no tener una formación tecnológica o académica superior se dificulta acceder a otros empleos del sector formal que garanticen unas condiciones dignas de subsistencia y seguridad.

Aunque existe una oferta de formación productiva en la localidad, esta está referida casi exclusivamente a la formación artesanal que aunque es una opción importante para las y los jóvenes, no garantiza el acceso al sector formal y por sí sola no constituye garantía para crear empresa.

Para los desplazados en la etapa de Juventud considera la afectación negativa en el desempeño social y productivo de los jóvenes en situación de desplazamiento. Entre las necesidades sentidas están que los y las jóvenes desean una cobertura total de alimentación y transporte para poder acceder a las oportunidades de dicha institución ya que sus padres no tienen el dinero para colaborarles, el resto de ofertas son privadas con altos costos, o prestar el servicio militar, en el caso de los hombres para acceder a cualquier oferta de trabajo se exige la libre militar, después de los 16 años se inicia la búsqueda de ofertas laborales (albañiles, aseadores, cultivos de flores, venta ambulante o empacadores) es más fácil conseguir trabajo para las mujeres las cuales por su bajo nivel formativo no cuentan con una remuneración y condiciones de protección laboral mínimas (explotación laboral)¹⁵⁵

En este territorio (Samoré), se encontraron 9 adolescentes, 7 mujeres y 2 hombres, en cuanto a los jóvenes mayores de 18 años se encontraron 92 de los cuales 58 son mujeres y 34 son hombres.

Condiciones socioeconómicas: La afiliación a salud de las y los adolescentes identificados fue la siguiente: 2 mujeres estaban afiliadas al régimen subsidiado, 2 mujeres estaban afiliadas al régimen contributivo, 1 hombre y 1 mujer son vinculados y 2 mujeres y un hombre acceden a la salud de manera particular.

Dos de los adolescentes identificados, un hombre y una mujer dijeron ser cabeza de familia. La mujer dijo que tenía a cargo 4 personas y el hombre solamente 1.

En cuanto a los ingresos mensuales cinco de las mujeres adolescentes trabajadoras identificadas dijeron recibir menos de un salario mínimo mensual por su trabajo, un hombre se ganaba el salario mínimo, otro hombre se ganaba entre 1 y hasta 2 salarios mínimos y dos mujeres no respondieron está pregunta.

Seis de los adolescentes identificados, 5 mujeres y 1 hombre vivían en estrato 3, 2 mujeres en estrato 2 y el otro hombre en estrato 1.

Frente al nivel educativo seis de los adolescentes trabajadores identificados, 5 mujeres y un hombre tenían estudios de bachillerato incompleto, una mujer y un hombre tenían la primaria completa y solamente 1 mujer era bachiller.

Dentro de este grupo de adolescentes trabajadores se encontró una mujer afrodescendiente.

Condiciones de empleo: Ninguno de las y los adolescentes identificados en este territorio tenía un contrato de trabajo, 4 mujeres recibían pago al destajo, los 2 hombres y 1 mujer tenían remuneración fija y dos de ellos dijeron no recibir pago. Ninguno de las y los adolescentes trabajadores identificados estaba afiliado al régimen de pensiones, ni mucho menos a riesgos profesionales.

Condiciones de trabajo: En cuanto a la actividad económica 5 mujeres y un hombre trabajaban en restaurantes y 2 mujeres y 1 hombre en panaderías. Dos mujeres y un hombre son operarios, las 5 y los 3 adolescentes restantes combinaban las labores de operarios con las administrativas. Tres mujeres y un hombre dijeron trabajar en las dos jornadas y las cuatro mujeres y el hombre restantes trabajaban solamente en la jornada diurna. Todos trabajaban entre 5 y 7 días a la semana, horas al día. Dos de las mujeres y los dos hombres dijeron trabajar entre 10 y 15 horas diarias.

Condiciones de salud: Solamente 2 mujeres y un hombre del grupo de adolescentes trabajadores identificados en este territorio dijo haber sufrido accidentes de trabajo en el último año. Los más frecuentes fueron las cortaduras, las quemaduras y los golpes. Seis mujeres y un hombre consideran

que su estado de salud es bueno y un hombre y una mujer dicen que es regular. Y solamente un hombre y una mujer consideran que el trabajo afecta su salud.

Jóvenes mayores de 18 años: Se caracterizaron en total 92 jóvenes, 58 de género femenino y 34 de género masculino.

Condiciones socioeconómicas: La mayoría de las y los jóvenes identificados en el territorio están afiliados a salud en el régimen contributivo con un 31.52%, seguidos de un 30.43% que acceden al servicio de salud de maneras particular, un 29.34% que están afiliados en el régimen subsidiado y el 7,6% son vinculados.

El 39.13% de las y los jóvenes identificados dijeron ser cabeza de familia y tienen entre 1 y 5 personas a cargo.

El 56.52% de las y los jóvenes trabajadores identificados recibía un salario mínimo mensual, el 20.65% recibía menos del salario mínimo, el 21.73% recibía más de uno y hasta 2 salarios mínimos y uno de los hombres no respondió la pregunta. La mayoría de las y los jóvenes trabajadores identificados en este grupo representados por un 50% viven en el estrato 3, seguidos del 31.52% que viven en el estrato 2, un 17.39% viven en estrato un y curiosamente uno de los hombres (1.08%) vive en estrato 6.

El 38% de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio son bachilleres, el 33% tienen estudios incompletos de bachillerato y el tercer lugar correspondiente a un 4.34% lo comparten los que tienen estudios técnicos completos y estudios universitarios incompletos cada uno. En este grupo de jóvenes se encontraron tres mujeres y dos hombres en situación de desplazamiento y una mujer y un hombre afrodescendientes.

Condiciones de empleo: El 96.73% de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio trabaja sin ningún tipo de contrato, solamente 2 hombres y una mujer dijeron tener contrato a termino indefinido. En cuanto a la forma de pago, el 72.82% de las y los jóvenes reciben pago al destajo por su trabajo, el 26% recibe remuneración fija y un hombre dijo no recibir ningún tipo de pago.

Ninguno de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio está afiliado al régimen de pensiones ni al de Riesgos profesionales y el 30% ni siquiera está afiliado al sistema de salud.

Condiciones de trabajo: El 61.95% de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio Samoré trabajan en restaurantes y el 38% restante trabaja en panaderías.

Frente a la jornada de trabajo, el 61.95% de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio trabajan en la jornada diurna, el 35.86% dice trabajar en ambas jornadas y el 2.18% correspondiente a un hombre y una mujer trabajan en la noche.

La mayoría de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio, es decir, el 73.91% trabaja 7 días a la semana, seguidos de 19.56% que trabaja seis días a la semana y un 3.26% que trabaja 5 días. El porcentaje restante correspondiente a otro 3.26% trabaja tres o cuatro días a la semana. Es importante destacar que el 90% de las y los jóvenes dijo trabajar entre 8 y 15 horas al día.

Condiciones de salud: Solamente el 17.39% de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio Samoré dijo haber sufrido accidentes de trabajo en el último año, los accidentes más frecuentes fueron las cortaduras y las quemaduras.

En cuanto al estado de salud el 71.73% de las y los jóvenes trabajadores identificados considera

que es bueno, el 16,3% lo considera regular, el 10.86% dice que su estado de salud es excelente y solamente una mujer (1.08%) cree que es malo. La mayoría de las y los jóvenes representados por un 76% creen que el trabajo no afecta su salud.

Están presentes deficiencias en la prestación de los servicios públicos domiciliarios, viviendas en condiciones de hacinamiento y la accesibilidad al sistema de atención en salud y en asociación con esto la poca cultura de la prevención y el auto-cuidado presente en la población y como trasfondo de todo este panorama se encuentra la prevalencia de hogares aún con sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) dentro del distrito y especialmente en este territorio de la localidad de Rafael Uribe Uribe.

La productividad y las relaciones laborales, como medios naturales para el sostenimiento familiar tiene un panorama muy limitado, los saberes y oficios aprendidos por los adultos en sus lugares de origen, se tornan inútiles en la ciudad, lo cual hace que la primera opción sea entrar al empleo informal en actividades como las ventas ambulantes de diferentes artículos y mercancías, actividad en la que generalmente trabajan varios miembros de la familia¹⁵⁶

Baja inserción laboral de la población en situación de discapacidad

El modelo económico genera que la población adulta en situación de discapacidad no acceda a la inserción directa dentro del sistema de producción de la economía formal ya que esta población no es considerada como apta para la producción económica, es de esta forma como la población en situación de discapacidad presente en los 3 territorios GSI, no encuentra una inclusión dentro del sistema económico de producción de la localidad.

La población en condición de discapacidad enfrenta una situación de vulnerabilidad frente a la posibilidad de generar ingreso, podemos ver que trabajan más los hombres que las mujeres, quienes se dedican más a las actividades del hogar (40%)¹⁵⁷

Sin embargo gran parte de la población de este ciclo vital se halla sin contrato, encontrando que la mayor concentración de trabajadoras se desempeñan en la actividad económica de restaurantes con un porcentaje del 26.05%, en segundo lugar se encuentra la actividad de panadería con un 12% y en menor proporción para lavanderías de ropa y cuero y calzado con valores del 1% y del 3,3% respectivamente¹⁵⁸

En el sexo masculino el mayor porcentaje de trabajadores se encuentra sin contrato siendo el 13,4% de la población trabajadora en la actividad de panadería, el 9% en restaurantes, el 2% en lavanderías de ropa y el 1% en cuero y calzado, como contrato definido solo se encuentra el 0,3% en restaurantes, en indefinido el porcentaje no alcanza al 1% teniendo como proporción valores como 0,2% para lavanderías de ropa, 0,6% para panaderías y 0,3% para restaurantes¹⁵⁹

Teniendo en cuenta que los derechos fundamentales no son respetados, el trabajo no se realiza en entornos saludables y no hay protección social ni posibilidades de participación y organización para la mayoría de población, se puede decir que solo el 23,2% de los trabajadores tienen alguna posibilidad de acceder a estos derechos, pero no los tienen garantizados, este porcentaje representa 9,7% del total de la población¹⁶⁰

Por otro lado la falta de unificación de criterios sobre alimentación y suplementación entre los profesionales, así como falta de acuerdos acerca de la población a intervenir. El tema de

156 [http://www.acnur.org.co/desplazadosimpacto/%local\\$.html](http://www.acnur.org.co/desplazadosimpacto/%local$.html)

157 DANE. Censo de discapacidad . Localidad Rafael Uribe. 2006. Disponible en www.dane.gov.co

158 *Ibid.*

159 *Ibid.*

160 Hospital Rafael Uribe. Ámbito familiar. Salud a su Hogar. 2009

alimentación y nutrición es un aspecto fundamental en el trabajo desarrollado por instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Integración Social, Hospital Rafael Uribe Uribe e IDIPRON, principalmente.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de la mortalidad derivada de estas condiciones, se presentan en países no desarrollados; donde las condiciones crónicas se han incrementado a un ritmo más acelerado, con respecto al que experimentaron los países desarrollados en sus procesos de transición demográfica y epidemiológica.

De 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales¹⁶¹

En este territorio se ve la alta incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) para la población comprendida entre los 27 y 59 años, debido a falta de prácticas de atención y educación con respecto a las costumbres y adecuados comportamientos de salud sexual y Reproductiva SSR, hace que se articulen una serie de programas destinados a la atención de esta problemática, entre los cuales se encuentran el programa de regulación de la fecundidad y de atención a cáncer de cuello uterino.

Para la etapa de vejez y envejecimiento los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva” no permitieron en su mayoría obtener una pensión lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia (Particular), de igual forma no existe un espacio laboral para esta población por que relacionan la productividad con lo físico lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores situación que es definida por los determinantes Estructurales, así mismo se aprovecha esta condición para abusar de las necesidades económicas de las personas mayores representado en la vinculación de estas como mano de obra barata y sin condiciones laborales básicas y dignas (Singular).

Así mismo la falta de voluntad política y generación de estrategias de las instituciones que conlleven a la asignación de un ingreso digno en donde se dé por el aprovechamiento de las capacidades intelectuales sin que se tenga que recurrir a la asignación de un bono que no alcanza para satisfacer los mínimos vitales y que de igual forma excluye y no dignifica a la persona mayor. (Estructural e Intermedio).

Para la Transversalidad de Discapacidad la falta de empleo se define como determinante Particular debido a que afecta de manera directa la economía familiar y la manera de relacionarse con la sociedad, pasando por Singular debido al desconocimiento de capacidades de las personas mayores en condición de discapacidad y por último se define como Estructural debido a que no existen suficientes programas que incluyan esta población.

Estas situaciones reitera la vulneración del derecho al Trabajo el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”¹⁶².

¹⁶¹ Tomado de Organización Mundial de la Salud
¹⁶² Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010

A su vez contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual nos expone el “Desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”.¹⁶³

La situación laboral de las personas mayores en el territorio es similar a la de los y las adultas con el agravante de que en ocasiones se aprovecha la necesidad de dichas personas de conseguir su sustento ya que muchos de ellos no cuentan con redes familiares de apoyo y se utilizan para trabajos en los que en ocasiones reciben el pago en especie, sin ningún tipo de protección social, sin estabilidad laboral y desconociendo la experiencia, el conocimiento y las habilidades que todavía tienen estas personas aunque su nivel de escolaridad sea bajo.

Preocupa también ver como hay muchas personas mayores dedicadas a las ventas informales, que dicen tener ingresos apenas para cubrir a medias sus necesidades básicas ya que hay días en los que las ventas son muy malas y apenas pueden consumir un alimento diario. En el territorio también se encuentra muchas personas mayores que cumplen la función de cuidadores bien sea de sus nietos, de personas en condición de discapacidad o de otras personas mayores y esta actividad no es reconocida en ocasiones por la propia familia como un trabajo que debería tener una remuneración adecuada a la responsabilidad que esto implica¹⁶⁴

A continuación se expone los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos que complementa lo expuesto anteriormente, este análisis es realizado a partir de la Transversalidad de Entornos de Trabajo Saludables:

El componente de entornos de trabajo saludables centra su intervención desde la acción: “Promoción de entornos de trabajo saludables para la persona mayor que desarrolla procesos productivos”, la cual se encuentra enmarcada dentro de la transversalidad de trabajo, con el objetivo de implementar estrategias de trabajo protegido para las personas mayores institucionalizadas que realicen, o no, cualquier tipo de actividad productiva en dicho espacio, con el fin de favorecer las condiciones de manejo de tiempo libre y el mantenimiento de habilidades para beneficiar la independencia y por ende la calidad de Vida de estas personas.

De la aplicación de listas de chequeo en las instituciones que atienden personas mayores en: asociación Mi Segundo Hogar (Barrio Claret), Abuelitos Queridos 1 (Barrio Quiroga), Hogar Gerontológico Amanecer con Cristo (Barrio Quiroga), Hogar Gerontológico Flor de Amor (Barrio Quiroga) se encontró:

Que se requiere de acompañamiento para la formación de líderes en la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, según las características e intereses de la Población Mayor.

Prevalecen las enfermedades como el EPOC, la discapacidad cognitiva, discapacidad motora y discapacidad múltiple.

Falta programación de actividades diarias, no se direccionan actividades productivas dentro de las instituciones ni manejo del tiempo libre

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

¹⁶³ Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

¹⁶⁴ Documento Unidad de Análisis Ámbito laboral. Actualización diagnóstico local. Gestión Local. 2010. Pág. 39

El territorio de Samoré cuenta con dos UPA ubicadas en los barrios San Jorge y Quiroga, las cuales brindan servicio de atención en salud de primer nivel y el CAMI de Olaya. Sin embargo no se genera la cobertura necesaria para las personas que residen en este territorio debido su elevado número de habitantes. De igual modo la población de niños y niñas de la comunidad identifica la dificultad del acceso a los servicios de salud debido a inconvenientes en los proceso de afiliación y vinculación, debido a que la mayoría de los cuidadores de los niños y las niñas no cuentan con un trabajo estable y rotan constantemente de EPS a EPSs y algunas veces presentan registros de doble afiliación y la atención es lenta y poco oportuna de acuerdo con el elevado nivel de demanda de estos centros asistenciales.

Otra necesidad priorizada la constituye la baja respuesta institucional para niños con discapacidad múltiple y mental quienes permanecen en sus hogares bajo el cuidado de sus padres o cuidadores. En la localidad se cuenta con la institución Promadin y el Proyecto 511 para niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, siendo baja la cobertura de acuerdo con la demanda del servicio. También se identificaron otras barreras de acceso relacionadas con la salud donde se evidencia que faltan servicios de rehabilitación integral dentro de la localidad y los existentes en la localidad más cercana Rafael Uribe incluyen solo a la población vinculada.

Por parte del componente de inclusión social a través de la intervención discapacidad del ámbito escolar, se desarrollan acciones en colegios integradores como lo son Alexander Fleming sede tarde, Hermanos Beltrán Sede B tarde, localizados en el barrio san Jorge sur, en el colegio Gimnasio San José y Gustavo Restrepo ubicados en el barrio Gustavo Restrepo, nuestra señora de la sabiduría para niños sordos ubicado en el barrio Sosiego, el Colegio Carmen Teresiano en el barrio Country Sur.

En lectura de necesidades realizadas con equipo gestor de la institución se identificó como primera necesidad la falta de conocimiento por parte de los docentes sobre el manejo de las diversas discapacidades al interior del aula, especial aquellas que se hace integración escolar como lo son la cognitiva leve, motora o sensorial (dificultades auditivas o con implante coclear), desarrollando acciones con 116 docentes de la totalidad de estas instituciones.

La segunda necesidad fue la poca atención en procesos de salud de la población con discapacidad identificada, donde se realiza encuentros con padres de familia o cuidadores de esta población siendo en su totalidad 44, padres abordados; donde se identifica que los que viven en el barrio san Jorge sur y marco Fidel Suárez, presenta la problemática de acceso a los servicios debido a la falta de condiciones económicas para el copago de los servicios de salud a los que se les remite, mientras que los que pertenecen a la zona baja como Gustavo Restrepo, el sosiego y el country sur, no acceden a servicios debido a la falta de tiempo para iniciar los procesos por sus condiciones y tiempos de trabajo y en algunos la falta de conocimiento acerca de las dificultades presentes en los menores y el no asumir la condición o dificultad que presenta el niño y la niña y la importación de tener un apoyo externo que facilite procesos de aprendizaje.

DETERMINANTES GENERALES. En la actualidad el sistema general de salud enfrenta una crisis para la cual no se han definido pautas que de verdad apunten a contrarrestar la emergencia social.

DETERMINANTE PARTICULAR. Se evidencian problemas en la atención de IPS Y EPS de diferente régimen como calidad y calidez, que se muestran en la no cobertura total, barreras de accesibilidad, no cubrimiento de medicamentos y tratamientos en el POS.

DETERMINANTE SINGULAR. Las diferentes barreras de acceso para la población juvenil, desencadenan en apatías que incrementan aún más el perfil morbi – mortalidad de los y las jóvenes. La situación socioeconómica del joven mayor de 18 años en algunos casos permite que se desafilie de su régimen de salud.

La problemática descrita se relaciona con diferentes factores, de un lado, la baja cobertura del SGSSS a los jóvenes; de otro, las barreras de acceso que enfrentan los jóvenes en los servicios de salud y finalmente, la capacidad del sector para liderar procesos integrales de promoción de condiciones de salud, evidenciada en el perfil de morbilidad de este grupo poblacional.

En los escenarios formales de participación como el Consejo Local de Juventud y el Equipo Local de Apoyo Institucional, así como en los espacios de socialización del diagnóstico y las rutas por la garantía del derecho a la salud, se mencionó reiteradamente la problemática que representa para las y los jóvenes no estar incluidos dentro del sistema general de seguridad social, en particular en salud.

Algunos núcleos familiares no tienen cobertura en salud por diferentes razones: desempleo, desplazamiento, migración de localidades, desconocimiento sobre trámites necesarios para acceder a los servicios de salud, si no clasifican dentro de los estratos 1 ó 2 del Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (SISBEN) y otras familias por pertenecer al estrato 3. Esta situación de exclusión del sistema afecta a todos los miembros de los núcleos familiares, incluidos los jóvenes.

Por otra parte, cuando el núcleo tiene afiliación al régimen contributivo por parte de los padres, los jóvenes al cumplir los 18 años automáticamente son desvinculados, a menos que se encuentren cursando educación superior. Como se mencionó anteriormente, el acceso a la educación superior no es masivo en la localidad, por cuanto los ingresos económicos son bajos; creándose así círculos viciosos de causas y efectos difíciles de romper y que se constituyen en trampas de pobreza en las que muchos jóvenes y sus familias quedan inmersos. Algunos jóvenes ingresan al mercado laboral en condición de informalidad y sus ingresos no les permiten realizar los aportes para cubrir su seguridad social, quedando excluidos de la prestación de los servicios.

Dentro de los resultados encontrados durante el proceso de percepción de los y las jóvenes frente a los servicios de salud, sobresalen aquellas respuestas relacionadas con la falta de información, incluyendo los servicios de promoción y prevención y los de salud pública, la mala atención (actitud del personal de salud, demora, filas, incumplimiento de citas programadas),

El exceso de documentación para acceder a los servicios, las condiciones económicas que dificultan el traslado y el pago de cuotas moderadoras para exámenes y medicamentos y en algunos casos el miedo a consultar. Llama la atención que algunos participantes afirmaron “que van muchas personas adultas”, haciendo evidente la necesidad de proponer espacios de atención diferenciados para jóvenes.

Los y las adolescentes y jóvenes son una de las poblaciones más especiales, ya que experimentan una etapa en la que hay diferentes cambios biológicos psicológicos y socioculturales, que dependiendo como los enfrenten marcaran el ritmo de sus vidas en cada uno de ellas y ellos. Por lo tanto, la aproximación a esta población debe ser desde el análisis de sus comportamientos y derechos, por lo cual las instituciones de salud deben aportar a éste proceso, para guiar a muchos de estos jóvenes y adolescentes y contribuir en la toma de decisiones en lo que refiere a su calidad de vida y salud¹⁶⁵. Los y las jóvenes piden asesoría en temas que refieren a anticoncepción, ITS, DSR, VIH.

Además se evidencia que no tienen claridad respecto a lo que son los derechos sexuales y reproductivos, la representación mental y social que se evidencia proviene de amigos, vecinos, comerciales de televisión que hablan del tema, sin embargo, no existe un contenido verbal específico que demuestre caridad respecto al tema. Respecto al tema de Abuso Sexual, se asocia con no dar consentimiento de una relación sexual y llegar a ser violentado física, psicológica y emocionalmente¹⁶⁶. En el territorio de Colinas algunos barrios por su ubicación geográfica presentan

¹⁶⁵ Documento servicios de salud amigables para jóvenes Ámbito IPS 2009

¹⁶⁶ Documento fortalecimiento organizaciones juveniles ámbito comunitario 2009

Lectura necesidades implementación de servicios de salud amigables para jóvenes

inconvenientes con la población en condición de discapacidad, pues manifiestan que para ir a los servicios de salud resulta muy difícil bajar por los caminos o “trochas” al igual que como no existen rampas la cantidad de escaleras dificulta esta labor. Esta problemática también se ha evidenciado en otros barrios de la localidad Diana Marruecos.

La comunidad hoy en día reconoce por parte del hospital y lo ven como algo muy bueno, la estrategia que utiliza para transportar a los pacientes en condición más vulnerable como madres gestantes, personas con discapacidad, niños y ancianos.

En la UPA de san Jorge perteneciente al territorio de Mamoré se han presentado inconvenientes con la consulta médica debido a que los pacientes en condición de discapacidad en algunas ocasiones suben al segundo piso para ser atendidos desconociendo que se habilitó un consultorio en el primer piso. Pero la situación más relevante sucede con la asistencia a consulta odontológica pues la instalación de las unidades está fija en el segundo piso, esto conlleva a que los pacientes estén en riesgo de sufrir un accidente.

Vale la pena resaltar que en este centro de salud es donde se está desarrolla la estrategia de servicios de salud amigables para jóvenes la cual ha tenido éxito en prestar este servicio en consulta diferenciada para enfermería, medicina general, salud oral y los temas de interés juvenil en salud sexual y reproductiva como métodos de planificación, asesoría en enfermedades VIH, ITS entre otros. También se desarrolla en el auditorio de la UPA por parte de los trabajadores de salud pública asesorías y socialización con respecto a los servicios amigables para jóvenes con el fin de articular las acciones del Plan de intervenciones colectivas (PIC) con las del Plan obligatorio de salud POS.

Los jóvenes de los otros territorios sociales ven la necesidad de que este modelo de atención se replique a sus comunidades, esta opción está siendo valorada por el hospital para multiplicar la estrategia en los demás centros de salud de la localidad

En el territorio Diana Marruecos, se ve la necesidad de ampliar las instalaciones, infraestructura del CAMI Diana Turbay para poder llegar a cumplir con la demanda de pacientes debido a que este es uno de los centros de mayor flujo de personas. Desde el hospital ya se está haciendo la gestión para empezar realizar las respectivas ampliaciones con el fin de prestar un mejor servicio en con calidad en la atención¹⁶⁷.

La falta de visión de la salud como un derecho y no como un servicio, conlleva a la deficiencia en la atención lo cual se ve representado en la masificación en los diagnósticos y al desconocimiento de las características del envejecimiento lo cual pasa por ser un determinante particular puesto que afecta a todas las personas mayores quienes pierden la credibilidad en el sector salud, así mismo aumenta las barreras de acceso y la exclusión en la atención médica, de igual forma la falta de compromiso ético y humano por parte de los administradores de la salud hace que se legitime las conductas inadecuadas y las inequidades en cuanto a salud se refiere.

De acuerdo con lecturas de necesidades realizadas desde la transversalidad de discapacidad faltan servicios de rehabilitación integral y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita al acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud, así como los servicios las EPS subsidiadas contratadas que ofrecen sus servicios en las localidades distantes lo cual dificulta el acceso a las mismas. Esta situación se define como determinante Particular ya que afecta de manera directa a las personas mayores del territorio, pasando por Estructural debido a que no existen programas que tengan continuidad y si los hay acoge a personas que están en el régimen subsidiado lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

Estas situaciones vulneran el derecho a la Salud el cual contempla que la salud “Es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud¹⁶⁸

De esta forma también contradice lo expuesto en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual contempla la “Promoción de una perspectiva integral de la salud, en el proceso de envejecimiento, donde se reafirme y se disfrute la vejez como un momento de la vida no asociado a la enfermedad en razón de la edad” y la “Garantía de la cobertura universal de las personas mayores en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, sin discriminación de ningún tipo, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en condición de alta fragilidad social o económica”¹⁶⁹

A continuación se expone los resultados del análisis de núcleos problemáticos realizados por el Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente en instituciones donde atienden personas mayores:

Los hallazgos desde la intervención de salud oral en la asociaciones: mi Segundo Hogar Hogar, Flor de Amor y Hogar Amanecer con Cristo, Abuelitos Queridos 1y 2 y Fundación Santa Helena revelan:

Condiciones de aseo deficientes en lavamanos, superficies de material inadecuado para desinfección y limpieza, no se realizan procesos de descontaminación de prótesis dentales, así como falta de registro de rutinas de higiene oral.

Aunque la mayoría de las instituciones cuentan con buenas condiciones de infraestructura, se observan la mayoría en el rango de cumplimiento parcial por fallas en cuanto a la presencia de lavamanos y espejos, elemento indispensable para la salud oral. En algunos sitios se observan falta de ventilación adecuada y condiciones de aseo deficientes.

Esto se ve muy relacionado con la condición socioeconómica de la institución, por ejemplo la localidad de Suba cuenta con buena infraestructura, al contrario de las localidades ubicadas al sur de la ciudad, donde se ven baños en malas condiciones e insuficientes para el número de usuarios. Se enfatizara más que en la infraestructura en las condiciones de aseo.

Más del 50% de las instituciones evaluadas no cumplen con el suministro de elementos de higiene oral, evidenciándose el no uso de la seda dental.

En cuanto a mantenimiento de prótesis dentales se encuentra que más de la mitad presenta cumplimiento total o parcial.

Por otra parte las personas mayores en su mayoría no reciben tratamiento ya que asocian la vejez con la pérdida de sus dientes y decadencia de la cavidad oral como un proceso normal y esto agravado con la falta de acceso a los servicios por la exclusión del POS de la atención a la persona mayor en la promoción y prevención.

Hay que mencionar que la institución del Barrio Santa Fe de los Mártires, aloja personas que muchas han pasado por la indigencia y mendicidad, allí se encuentran condiciones higiénicas deficientes, ausencia de rutinas y desconocimiento de riesgos y patologías que se pueden presentar como consecuencia de estas malas prácticas. El talento Humano presenta falencias en sus conocimientos y aptitud frente a la salud oral.

167 Lectura necesidades implementación de servicios de salud amigables para jóvenes 2009

168 Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.
169 Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

Dentro de los propósitos desde el PDA de crónicos a través del ámbito institucional se pretende, promover un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria. Se realizó el análisis de los datos obtenidos para dar respuesta oportuna a cada variable encontrada, pretendiendo atender oportunamente los estados de fragilidad y necesidad entre las personas mayores institucionalizadas, que presentan patología crónica y se demandan la verticalización de esta atención.

En análisis de datos recolectados en la base usuarios con condición crónica encontró: Se constituye en una población vulnerable en sus derechos de autonomía para acceder a consulta médica, de especialistas, en igual medida a los programas de promoción y prevención ofertados por las entidades de salud. Prevalece la patología de HTA, seguida por la Diabetes, con mayor prevalencia en las mujeres que los hombres¹⁷⁰

Aunque acceden a los servicios de salud como vinculados, no cuentan con un servicio de transporte propio que facilite los desplazamientos de cada usuario a los programas de prevención, detección y seguimiento de condiciones crónicas, ofertados por las entidades de salud.

4.

4. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DESDE LA RESPUESTA SOCIAL

A continuación se presentan los avances del proceso adelantado, sobre el análisis de respuestas integrales desde la mirada Institucional, sectorial, comunitaria, desde la gestión Social Integral, profundizando en el abordaje desde cada tema generador identificado por etapa de ciclo y por último la expresión de propuestas de intervención integrales.

Es pertinente aclarar que para la construcción del presente capítulo se tomo como ordenador la etapa de ciclo, teniendo en cuenta que para los ámbitos y componentes del Hospital y diferentes sectores el proceso de georeferenciación territorial de la información sobre respuestas, está en proceso, constituyéndose en una metodología de abordaje más sencilla, enmarcada en la cartilla guía de la Gestión Social Integral, donde se retoman temas generadores propuestos para cada núcleo problemático evidenciado en la etapa, para conducir al abordaje a nivel territorial de la oferta disponible, analizando las principales dificultades para el logro de objetivos y afectación positiva de los problemas identificados, permitiendo al final del capítulo el planteamiento de diferentes propuestas de intervención, las cuales se aproximan a la definición de integralidad.

Institucional

Teniendo en cuenta los lineamientos metodológicos para el documento de diagnóstico local base para formulación del PIC 2010 y las guías metodológicas, el Hospital Rafael Uribe realiza un aporte significativo desde el proceso de Gestión Gerencial y de planeación estratégica en este sentido el Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. presta sus servicios a una población que vive en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, afectada por una problemática social compleja, debido a carencias y limitantes en las intervenciones que el estado puede y alcanza a realizar en estas zonas para garantizar las oportunidades necesarias que le permitan la realización de sus proyectos de vida; madres cabeza de familia, gestantes adolescentes, niños y niñas menores de cinco años, adultos mayores y población en general con nivel socioeconómico y sociocultural bajo; población en situación de desplazamiento que en la mayoría de casos no cuenta con red de apoyo social o familiar y tiene problemas de accesibilidad a los servicios básicos que garanticen una adecuada calidad de vida. Son familias numerosas que viven en condiciones de hacinamiento, en viviendas donde no cuentan con servicios básicos legalizados, ración alimentaría mínima, adecuadas oportunidades de trabajo y acceso a educación, siendo en su mayoría trabajadores informales y mano de obra no calificada.

Como respuesta a esta problemática, el Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. por lineamiento de Gerencia y su equipo de trabajo, se encuentra trabajando para que la integralidad de sus acciones en salud y en la generación de respuestas intersectoriales, logren un mayor impacto poblacional en las localidades objeto y así responder a un enfoque de calidad, orientando sus esfuerzos con estrategias definidas.

1. Alcanzar la humanización del servicio y mejorar su capacidad de respuesta con talento humano altamente calificado, tecnología e infraestructura adecuada.
2. Fortalecer el componente de promoción en salud en el nivel institucional e intersectorial
3. Mejorar la comunicación entre la institución, los usuarios, sus familias y la comunidad
4. Crear mecanismos que promuevan un compromiso formal y de responsabilidad compartida entre los servicios y los usuarios.
5. Generar estrategias innovadoras para promover la articulación intersectorial (Alcaldías, Secretaría de Integración Social, Dirección Local de Educación- DILE, etc.) y el empoderamiento de la población de estas localidades en la gestión de su salud, esforzándose por ofrecer y garantizar un servicio básico de salud en condiciones de oportunidad, accesibilidad, pertinencia, calidez, calidad

y continuidad, focalizando sus esfuerzos en los grupos prioritarios como maternas, recién nacidos y menores de 5 años .¹⁷¹

Los propósitos gerenciales de la actual administración 2008 - 2012, frente al desarrollo de planes y acciones se proyectan tendientes a lograr la auto sostenibilidad financiera del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. en pro de lograr una gestión eficiente, eficaz y efectiva que impulse el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios y le permita proporcionar servicios integrales en salud sostenibles a nuestros usuarios y sus familias.

Portafolio de servicios

El Hospital Rafael Uribe Uribe – Empresa Social del Estado es una entidad del orden distrital, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, resultado de la fusión el Hospital San Jorge E.S.E. y el Hospital Olaya E.S.E., a través del Acuerdo 11 de 2000 del Concejo de Bogotá.

Está ubicada en las Localidades 15 y 18, Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño respectivamente.

El Hospital presta servicios de salud de primer nivel a través de atenciones extramurales (consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imaginología de baja complejidad, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad, terapia respiratoria, optometría, nutrición, psicología y programa de salud mental y extramurales (actividades de gestión y articulación de políticas distritales y prestación de actividades del Plan de Intervenciones Colectivas(PIC)), caracterizados por la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad . Como primer nivel de atención, las actividades desarrolladas por el Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E., están dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, así como a prevenir y controlar los riesgos y daños en salud de alta externalidad a través del desarrollo del siguiente eje programático de Salud Pública (intervenciones individuales y colectivas):

Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.

- Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).
- Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de
- Intervenciones Colectivas, complementando sus acciones con el desarrollo de intervenciones resolutivas previstas en el POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para servicios de baja complejidad.

El Hospital ha definido un Enfoque del Modelo de Prestación de Servicios, se muestra el modelo de Gestión Institucional, creado desde la planeación del año 2005 que se ajusta a la actualidad de la institución y a las necesidades y expectativas de la comunidad y a los resultados del diagnóstico.

Figura 1. Enfoque del Modelo de Prestación de Servicios. Hospital Rafael Uribe Uribe



Fuente: Oficina de Planeación HRUU.

Este esquema está diseñado para mostrar, como todo parte de la identificación de las necesidades sociales en los territorios, partiendo de las personas, para expandirse a la familia y por último al barrio; al respecto la institución responde con el diseño y de los procesos internos, desarrollando la gestión de la salud pública en los territorios sociales y la consolidación empresarial, mediante la acción transversal de la gestión de la calidad enfocada hacia la mejora continua de los procesos.

Durante la ejecución de este modelo se diseñaron mecanismos que garantizaran el cumplimiento de nuestra misión como Empresa Social del Estado de primer nivel de atención con tres objetivos fundamentales: Por un lado el abordaje integral a las comunidades y por otro la articulación y desarrollo de acciones conjuntas desde el quehacer de cada uno de los macro procesos misionales y de apoyo. Así las cosas la primera etapa del modelo, Identificación de necesidades, en su esencia aborda a las familias, a través de diferentes grupos de trabajo en los denominados ámbitos: familiar, escolar, laboral, institucional y comunitario y desarrolla varias tareas con las familias en sí y con los individuos que hacen parte de cada núcleo, según sus condiciones de vulnerabilidad, ciclo vital y aseguramiento en salud.

El ámbito se define como un espacio social de vida cotidiana, donde se construyen las relaciones, se establecen los roles y funciones familiares y de la sociedad, se producen y reproducen las diversas expresiones culturales y se estructuran las estrategias de supervivencia material y afectiva. En últimas para el Hospital se convierte en un escenario de operación de acciones promocionales que orienta el segundo paso del modelo, diseño de la respuesta en salud (Modelo de Prestación de Servicios), problemáticas identificadas en los territorios vulnerables, traducéndola en servicios de salud dentro del marco del Sistema de seguridad Social en salud y complementarios a través de la gestión local por medio de la intersectorialidad con instituciones que constituyen las redes sociales de la comunidad.

Como se dijo antes, en el desarrollo de acciones e intervenciones, se busca en todo momento el proceso de articulación y para ello, se ha hecho necesario coordinar actividades tanto extramurales con todos los ámbitos y garantizar el cumplimiento de actividades e intervenciones priorizadas y canalizados a los centros de atención, la red de hospitales, los diferentes administradores de los regímenes de aseguramiento que posee la población y las entidades públicas y privadas que se contemplan dentro de las mismas.

Paralelamente, se articulan acciones con los componentes de medio ambiente a través del desarrollo de intervenciones en territorios de Atención Primaria en Salud y con el componente de Vigilancia en salud Pública, se fortalece el componente de canalizaciones y también se participa en el desarrollo de las salas situacionales, como mecanismo de participación ciudadana en el diseño de respuestas a las necesidades que ellos mismos identifican y que promulgan por la formación de gestores comunitarios capaces de gestionar con corresponsabilidad el cambio de sus realidades; siendo este la tercera etapa del modelo de atención, seguimiento y evaluación de los resultados

De acuerdo con el Informe de caracterización de centros de atención Hospital Rafael Uribe Uribe realizado en el año 2009, se encuentra que: El Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E presta sus servicios en el primer nivel de atención a usuarios de los regímenes subsidiado y vinculado residentes en las localidades Rafael Uribe (localidad 18) y Antonio Nariño (localidad 15), cuenta con tres Centros de atención médica inmediata (CAMIS) Olaya, Chircales y Diana Turbay, cinco Unidades Primarias de Atención (UPAS) Bravo Páez, Quiroga, San Jorge, Lomas, San José Obrero y una Unidad Básica de Atención móvil (UBA móvil).

Actualmente la ESE cuenta con un servicio interinstitucional denominado ruta de la salud, que realiza el traslado de los usuarios entre los centros de atención del hospital y los hospitales de otros niveles de atención ubicados en la red centro oriente cuando requieren. Además desarrolla el programa de guías de la salud, el cual orienta al usuario hacia los servicios y soluciona sus inquietudes e inconvenientes. El hospital ha pasado por un proceso de acreditación en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad, el cual ha aportado aspectos positivos al desarrollo de los programas, proyectos de autonomía, transversalidades y estrategias desarrolladas desde el ámbito IPS. Este proceso ha potencializado la atención integral a la población implementando en cada uno de los centros de atención intervenciones humanizadas y de calidad que logren la satisfacción de los y las usuarias.

En la localidad el 53% de la población acceden a los servicios de salud a través del régimen subsidiado y contributivo, sin embargo un porcentaje alto del 47% se encuentran vinculados al sistema de salud, lo cual representa una brecha en el acceso a los servicios de salud a través de una EPS que tenga la garantía de todos los planes y beneficios para las personas vinculadas al Sistema (Ver tabla 28).

Tabla 28. Distribución de la población según régimen de afiliación al sistema de salud.

| Régimen afiliación | Número de personas | Porcentaje |
|--------------------------------|--------------------|------------|
| Contributivo y Especial | 78551 | 21 |
| Subsidiado | 123.138 | 32 |
| Vinculado | 176.147 | 47 |
| Total | 377836 | 100 |

Fuente: Secretaría Distrital de salud. 2008

Las poblaciones especiales se encuentran dentro de la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado, donde se identifican que hay en desplazados 2.706, habitantes de calle 217, madres comunitarias 155, menores ICBF 196, cabildos indígenas 88, desmovilizados 178, otro tipo de población 119.598, para un total 123.138.

La distribución de la población SISBEN por nivel I: 93.469 personas, Nivel II: 119.611 personas, Nivel 3: 85.765 personas, Nivel 4:438 para un total 299.285 personas sisbenizadas integrados por los niveles 1, 2, 3 y 4, que se encuentra dentro del sistema general de seguridad social en salud. En

los demás regímenes, subsidia 123.138, vinculado 176.147 y contributivo 78.551, para un total de la población afiliada 377.836 personas en la Localidad Rafael Uribe Uribe.

Desde el programa de promoción y prevención se manejan los siguientes programas: PAI-Vacunación menores de 5 años y mujeres (aplicación de toxoide Tetánico de 10-49 años); consulta de crecimiento y desarrollo. Menores de 10 años; atención en planificación familiar. Para mujeres de 10 a 49 años o aquellas que han iniciado su vida sexual; detección de Cáncer Cérvico Uterino (Citología), atención al joven de 10 a 29 años por médico general, detección de alteración de agudeza visual, detección de alteración en el embarazo, atención en salud bucal, atención en alteración del adulto mayor de 45 años.

En materia de vacunación se encuentran coberturas útiles de vacunación en la mayoría de biológicos, solo para el caso de la BCG el Hospital no cuenta con servicio de atención de partos y por tanto no se puede demostrar vacunación con este biológico, la atención de partos se realiza en el Policlínico del Olaya con amplia cobertura y en el Cami Chircales DE forma mínima. Para el biológico neumococo en el 2009 se midió por la aplicación de segundas dosis, lo cual puede reflejarse en la cobertura alcanzada. A nivel general se observa que se el desarrollo de trabajo articulado con los diferentes actores del hospital del PIC y POS; así como el trabajo con sectores locales y comunidad ha permitido mejorar las coberturas de vacunación durante el año evaluado, mediante la aplicación de estrategias que se enmarcan en la atención con calidad y calidez de los usuarios y sus familias. El proceso de sensibilización de padres y cuidadores ha permitido la modificación de imaginarios y mitos que existen en torno a la vacunación, generando conciencia sobre la prevención de enfermedades (ver tabla 29).

Tabla 29. Porcentaje de cumplimiento de metas por biológico localidad Rafael Uribe.2009

| LOCALIDAD | RAFAEL URIBE | BOGOTA | |
|--------------------|-----------------|--------|-------|
| MENORES DE UN AÑO | ANTIPOLIO | 105,2 | 96,7 |
| | D.P.T | 105,2 | 99,0 |
| | B.C.G | 70,8 | 47,9 |
| | HEPATITIS B | 105,2 | 99,0 |
| | HAEMOPHILUS | 105,2 | 99,0 |
| | NEUMOCOCO | 92,3 | 85,8 |
| | ROTAVIRUS | 102,3 | 95,8 |
| POBLACIÓN DE 1 AÑO | TRIPLE VIRAL | 105,5 | 103,2 |
| | FIEBRE AMARILLA | 115,6 | 112,9 |
| | HEPATITIS A | 95,5 | 93,5 |

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación Población DANE 2005

Sobre el sistema de referencia y contra referencia se encuentra que este hospital de I nivel de complejidad, es el que presenta el más alto volumen de remisiones (14.197), De este gran total, el 31,66% corresponde a pacientes pertenecientes a la red pública y el 73,54% a la red privada. Existe cerca de un 10% que no se ha logrado clasificar.

Del total de sus remisiones, casi un 51,46% se remitió a un III nivel de atención, un 34% a instituciones de II nivel y un 19,75% a otras instituciones de I Nivel de atención las cuales pueden pertenecer al régimen contributivo.

Con relación a las especialidades que requieren para su remisión, tenemos que un 43% requería gineco obstetricia, medicina Interna casi el 19,39% cuyos pacientes pueden permanecer largos periodos en la institución esperando una respuesta positiva a su remisión.

Ocasionalmente el hospital es requerido para aceptación de pacientes desde niveles superiores a través del proceso de contra referencia o de procesos de auditorías por parte de otras entidades y las causales de rechazo son la falta de cama en primer lugar, con un 95,71 % de los casos.

Atencion de urgencias

En el periodo comprendido del 2007 al 2009, se ha venido incrementando el rendimiento en el servicio de urgencias haciendo más efectivo el recurso invertido y mejorando la calidad en el servicio.

Tabla 30. Rendimiento en el servicio de urgencias trimestral. Hospital Rafael Uribe 2007-2009

| Indicador | Rendimiento |
|--------------------|-------------|
| I Trimestre 2007 | 0.9 |
| II Trimestre 2008 | 1.4 |
| III Trimestre 2009 | 1.5 |
| Estándar | 2.0 |

Fuente: Subgerencia de servicios de salud. HRUU

Esto ha llevado al fortalecimiento en el desarrollo de las urgencias y obliga a realizar un estudio sobre las principales causas de las urgencias para garantizar un mejor servicio.

Con base a esta información se tomaron una serie de medidas de educación a los usuarios mediante los guías en salud, así mismo se implemento la estrategia de parte educativo con los usuarios de consulta externa que incumplen o cancelan las citas, de esta forma se mejora la inasistencia y baja el riesgo de la consulta externa por urgencias.

La implementación del triage, definido como el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado, permite evaluar oportunamente al usuario definir quienes deben ser conducidos hacia la agenda prioritaria, estrategia que permite que aquellas personas clasificadas como Triage tres en adelante se les garantice una cita médica oportuna, que le permita tener su atención pero sin hacer uso irracional del servicio de urgencias.

Estas medidas se toman teniendo en cuenta que los usuarios del Hospital son los afiliados al Régimen Subsidiado y los participantes vinculados, los cuales por no tener capacidad de pago no se pueden aplicar las multas por inasistencia o uso inadecuado de servicio de urgencias.

En cuanto a la productividad de las horas laboradas versus las contratadas se muestra un franco aumento del tiempo de desperdicio especialmente para 2009, este indicador se vio afectado por cubrimiento de vacaciones, utilización de recurso humano en el proceso de acreditación, específicamente en auditoria. Es importante resalta que a pesar de tener menos horas efectivamente laboradas, la producción se incremento, además para este periodo es frecuente la situación de vacaciones el personal planta, lo cual no permite hacer un análisis de comportamiento frecuente.

Frente al rendimiento de urgencias, es muy bajo en relación a la producción. Sin embargo, es un efecto producido por la demanda del servicio y las concentraciones de usuarios de acuerdo con los horarios y fechas de mayor incremento, no se puede disminuir el número de horas pues se afecta el servicio en las horas pico (ver gráfica 33).

Gráfica 33. Producción Urgencias Hospital Rafael Uribe 2007 – 2008 – 2009



Fuente de datos: oficina de recursos tecnológicos y estadística

Proyectos exitosos

Los proyectos del Hospital reconocidos a nivel local y distrital como exitosos son:

Centro de escucha: Proyecto dirigido a realizar terapia de psicología al usuario y su familia.

Centro de rehabilitación Bravo Paez: Proyecto orientado a realizar terapias de rehabilitación integral a los usuarios que lo requieran como: Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de lenguaje y manejo de paquetes de salud e imagen.

Sala situacional: Estrategia implementada por el Hospital para realizar lectura de necesidades de las localidades con el fin de identificar las brechas e inequidades y de esta forma generar estrategias de respuestas, se programaron por priorización de situaciones como: salud mental, medio ambiente, salud sexual y reproductiva.

Guias de la salud: Proyecto dirigido a fortalecer la gestión en salud y a conocer el SGSSS y los servicios que presta el Hospital.

Vivienda saludable: Se generó a través del proyecto barrio saludable, donde se identificaban las necesidades y se desarrolla un proceso de cogestión para dar solución a las necesidades locales, se desarrolla la actividad de vivienda saludable y se presento a Secretaría Distrital de salud como proyecto el cual fue implementado e incluido en el plan de intervenciones colectivas para todos los Hospitales y cuyo objetivo es ayudar a los usuarios a realizar buenas practicas saludables y reciclaje.

Programa de prevención, detección precoz y atención integral a personas con condiciones crónicas: Brinda atención integral a la persona con enfermedad crónica mediante un enfoque promocional en salud para mejorar su calidad de vida.

Figura 2. Experiencias exitosas. Hospital Rafael Uribe



Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe- 2009

La ruta Saludable REDCO inicia entonces con el apoyo de 6 Gerencias de la Red Centro Oriente por medio del convenio Inter administrativo para la implementación del programa ruta saludable en la sub. Red Centro Oriente dando inicio el 21 de noviembre del 2006, entre los Hospitales La Victoria, San Blass, Santa Clara, Centro Oriente, San Cristóbal y el Hospital Rafael Uribe Uribe, apoyados desde la Secretaría de Salud figura entonces como un proyecto macro para dar cobertura en las Localidades Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, San Cristóbal, Los Mártires, Santa Fe y Candelaria liderado por el Hospital RUU como administrador.

El programa prioriza el traslado de personas con discapacidad, gestantes, adulto mayor de 60 años y niños menores de 14 años quienes son transportados entre los Hospitales, CAMIS y UPAS de la Red Centro Oriente, para dar cumplimiento a sus respectivas citas medicas, terapias y programas especiales.

Desde entonces la ruta cuenta con 5 vehículos acompañados de auxiliares de enfermería, un digitador, un auxiliar administrativo y un coordinador liderado por la Jefe de participación social y atención al usuario quienes son motor del proyecto, En el año 2007 se mostró como la mejor experiencia exitosa otorgada por la Secretaría de Salud y logrando el reconocimiento por el Hospital Rafael Uribe Uribe como uno de los valores agregados a la acreditación de nuestros servicios hacia los usuarios.

Las cifras que maneja la ruta saludable son modelo en Bogotá para los programas de ruta saludable por la cantidad de servicios y traslados. Muestra como ha venido creciendo desde noviembre 21 de 2006 iniciando con 845 traslados en el año 2007, con 30.442 y en el año 2008 logra la cifra de 50434 traslados hasta el mes de diciembre. En la actualidad maneja un promedio de 4.200 desplazamientos por mes, la ruta saludable REDCO está involucrada con los proyectos que manejan los programas de promoción y prevención, crónicos, tratamiento, Hospital día, para menores y todo tipo de terapias, facilitando de esta manera el acceso a los servicios médicos,

ayudando en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la Red Centro Oriente (Oficina Coordinadora Red Centro Oriente- REDCO).

Foto 1. Ruta saludable. Hospital Rafael Uribe Uribe



Fuente: Oficina de Planeación. Hospital Rafael Uribe Uribe. 2009

En el proceso de acreditación del Hospital se ha implementado el proceso de seguridad del paciente, estableciendo un cronograma de funcionamiento y operación dentro de la ESE.

Figura 3. Esquema Seguridad del Paciente. Hospital Rafael Uribe.2009

SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2009



Fuente: Oficina de Planeación. Hospital Rafael Uribe Uribe. 2009

Plan de intervenciones colectivas (PIC)

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 425 de 2008).

El Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2012 desarrolla a través de seis objetivos y seis ejes estructurantes que contienen cada uno sus respectivas estrategias y metas. En el eje tres de Salud Pública el cual incluye el Plan de Intervenciones Colectivas, en el objetivo dos se define la intencionalidad y las metas bajo las cuales el mismo se cumple.

La organización de las acciones del PIC, se ordenan de la siguiente manera:

La Población: presta especial atención a las características propias de la persona en cada una de las etapas del ciclo vital y las condiciones sociales, económicas y culturales de los grupos e individuos (género, diversidad sexual, etnia, desplazamiento, discapacidad entre otros).

Dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, el eje de las etapas del ciclo vital permiten ordenar y estructurar la formulación y desarrollo de políticas y acciones en la población, observando las causalidades y determinantes que afectan ámbitos fundamentales para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio de los derechos sociales en cada una de las etapas de la vida y a lo largo de ellas.

El Territorio: Desde la tradición social, el territorio se entiende como el sistema socioecológico que reúne la sociedad y el medio que ésta habita. El territorio estudia las relaciones entre sociedad y medio físico, las características (organización económica, política, demográfica, espacio construido,

medio físico en cuanto condiciona a la sociedad) y las relaciones entre los diversos subterritorios que lo conforman.

Los proyectos de desarrollo de autonomía – PDA: Son procesos que integran y articulan actores, componentes, actividades y recursos, con el propósito de preservar y desarrollar la toma de decisiones, las potencialidades y capacidades, el ejercicio de la ciudadanía de individuos y colectivos para el mejoramiento de su calidad de vida, a través de respuestas integrales y suficientes a las necesidades sociales bajo criterios de universalidad y Equidad.

Los PDA definidos que funcionan en el Hospital son: Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Enfermedades transmisibles, Condiciones crónicas y Salud oral.

Las transversalidades: Se refieren a las condiciones y requerimientos, de los individuos en las diferentes etapas de su ciclo vital y de las colectividades, que afectan positiva o negativamente la calidad de vida. Se clasifican en:

Transversalidades de equidad: Condiciones diferenciales que influyen en la autonomía generando condiciones de discriminación, iniquidad e injusticia social. Se identifican la etnia, el género, las migraciones y desplazamientos, las condiciones socio-económicas, las capacidades, habilidades o discapacidades.

Transversalidades de acción: Se refiere a los procesos indispensables para la vida y la salud de las personas y las colectividades en todas las áreas del desarrollo. Se consideran transversalidades de acción los requerimientos nutricionales, las posibilidades de actividad física, el trabajo y sus condiciones, los aspectos ambientales y su relación con las personas.

Los Ámbitos: se refieren a las propiedades de los entornos o de los territorios sociales, espacio donde las personas viven y se desarrollan y se tejen interacciones: espacios privados (la familia), espacios productivos (laboral), espacios de vida de los escolares (escuela), espacios públicos (comunitario), institucional (espacios de protección y rehabilitación) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otros.

La organización y desarrollo de las acciones colectivas de salud pública se realiza bajo los tres siguientes componentes:

Ámbitos de vida cotidiana

Gestión de la salud

Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Para los ámbitos de vida cotidiana, se proponen una estructura única constituida por las siguientes categorías, en donde se ubican las diferentes acciones:

- Gestión social en ámbitos de vida cotidiana.
- Procesos para la promoción y protección de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio.
- Procesos para la restitución de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio.

AMBITO FAMILIAR: Es un espacio social de vida cotidiana en donde se construyen respuestas integrales en salud acordes a las necesidades identificadas en las familias, con el fin de garantizar el derecho a la salud y promover su calidad de vida. Se expresa a través de las Intervenciones por medio de la cual se operativiza la gestión a nivel de cada uno de los microterritorios, Se realiza mensualmente el encuentro de los núcleos de gestión de la salud en el cual se desarrolla la actividad de lectura de Necesidades (Territorialización, Sensibilización, Caracterización y Análisis de la información), para luego organizar las respuestas a través de Planes de acción Familiar y Territorial.

Intervenciones o Procesos:

Las intervenciones que promueven y protegen la autonomía de las familias e individuos son: EBSFYC- Intervención Plurimodal (funcionó hasta el año 2009), Encuentros de familias en situación de discapacidad, Infancia, Entornos Saludables, Salud Oral, Trabajo y SAN)

En restitución de Autonomía se encuentran: Salud Sexual Reproductiva, Asesoría a familias en situación de discapacidad con RBC, Intervención psicosocial diferencial a familias en situación y condición de desplazamiento, enfermedades compartidas entre el hombre y los animales.

Las intervenciones cubren los tres territorios sociales: Diana Marruecos, Colinas y Samoré, pero en este último las coberturas son menores debido a que los barrios de la UPZ Quiroga, no se priorizan en la mayoría de sus intervenciones.

Salud a su Casa: Es un Programa que busca mejorar la calidad de vida de las personas, mediante la atención primaria en salud, con participación social.

Este programa cuenta con 34 Micro territorios en la localidad (caracterizando 40.800 familias) distribuidos en tres UPZ Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez, donde se realiza la identificación de las familias en condición de vulnerabilidad, se realiza el proceso de caracterización de la familia en una primera visita y posteriormente se canaliza la población a los servicios de salud y programas de promoción y prevención, verificando la asistencia a los mismos y brindando Información y educación sobre derechos y deberes en el sistema de salud, importancia de la adherencia a los diferentes programas y manejo de signos de alarma en diferentes etapas de ciclo y condiciones de la población. Todo lo anterior en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, fortaleciendo la autonomía de los individuos, familias y comunidad en general. El Equipo básico de salud está integrado por: 2 Gestores comunitarios (auxiliar de enfermería o de salud pública), 1 Médico, 1 Enfermera Jefe, 1 Coordinador o profesional de apoyo operativo por cada 6 territorios y un 1 Digitador.

Figura 4. Programa salud a su casa Hospital Rafael Uribe 2009



Fuente: *Ámbito Familiar*. 2009

Intervención psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia: Brinda apoyo psicológico a la familia en su domicilio con el fin de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan restituir su autonomía y la del individuo que presenta un evento que influye en la salud mental y calidad de vida de la familia. Número de casos determinado por SDS según vigencia (año 2010: 557 casos Loc. RUU)

Intervención Discapacidad: Atiende las personas en condición de discapacidad cognitiva, motora y mixta, a través de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad. Las actividades que desarrolla son: Plan casero, educación en derechos y deberes, redes sociales, canalización para ayudas técnicas, orientación para apoyo familiar y se brindan talleres de capacitación. El equipo de profesionales consta de 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Fisioterapeuta y 2 Agentes de Cambio.

Intervención Salud Oral: Realiza caracterización en salud Oral a niños menores 9 años o maternas de familias de 6 meses residencia, Construyen prácticas sociales protectoras y fortalecimiento del acceso a los servicios de salud oral. Lo desarrollo una Higienista Oral.

Intervención Entornos saludables: Contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las familias y comunidad, ubicadas en los Microterritorios de SASC. En el periodo de ejecución PIC 2010, cubre 3900 familias de los territorios priorizados por salud a su casa en temas de salud ambiental, mediante la estrategia de Vivienda Saludable; 120 familias abordas con el pilotaje "Cultivemos Nuestro Hogar". El talento Humano, corresponde a: 2 Coordinadores, 1 Profesional Ciencias Sociales y 4 Técnicos Saneamiento Ambiental.

Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): Identifica en la dinámica familiar y en su entorno inmediato, los determinantes que influyen en los procesos de salud y

enfermedad, con el fin de delimitar su grado de vulnerabilidad y construir conjuntamente con los miembros de la familia, propuestas de abordaje para promover las transformaciones necesarias tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los niños y niñas menores de 5 años, disminuyendo posibilidad de enfermar y morir por causas evitables. Las visitas se realizan de acuerdo con la siguiente frecuencia: 6 visitas (niños y niñas menores 1 año), 4 visitas (niños y niñas de 1 a 2 años), 2 Visitas (niños y niñas de 2 a 5 años). El número de visitas determinado por la SDS (9.069 visitas).

Intervención psicosocial: Busca garantizar el derecho familiar de la población en situación de desplazamiento que desde una intervención psicosocial diferencial, aporte en el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares, el restablecimiento emocional y los procesos participativos hacia la promoción de acciones colectivas y la construcción de cambios positivos. Talento Humano consta de una Psicóloga. El número de familias determinado por SDS según vigencia (200 familias para año 2010).

Además el ámbito Familiar desarrolla un proceso de articulación con servicios POS en las siguientes líneas de trabajo: Gestantes, Acciones para menores de cinco años, Discapacidad (canalizaciones centro de Atención Bravo Páez), Salud mental (canalización con el centro escucha Granjas de San Pablo).

Ámbito laboral: Es un espacio social de vida cotidiana en donde se avanza en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los y las trabajadoras y sus familias, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, así como la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales del mismo.

Intervenciones o Procesos:

Trabajo Infantil: Avanzar en la garantía y ejercicio de los derechos de la infancia a través de la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil, a la generación de condiciones de trabajo protegido de los adolescentes trabajadores y a la restitución de las condiciones de salud de los mismos.

Asesoría a empresas para la inclusión laboral de hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva: Promover el derecho al trabajo de los hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva, asesorando a las empresas del sector formal con relación a las normas vigentes y al desarrollo de entornos favorables.

Unidades de Trabajo Informal: Avanzar en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los y las trabajadoras en la Economía Informal y sus familias, mediante acciones que promuevan el control de las condiciones deteriorantes en los espacios laborales y el empoderamiento de los mismos como sujetos políticos.

Plazas de Mercado: La intervención parte de una concertación con la administración de la plaza en representación del IPES o quien corresponda, representantes de los empresarios, otros sectores y trabajadores. Para lo cual se debe generar un primer momento de acercamiento y definición de acuerdos.

Para esta intervención, la ESE destinará como mínimo 150 horas especialista y 150 horas técnico, distribuidas durante toda la vigencia. Se requiere una articulación constante con los referentes de IVC, de tal manera que las actividades que se propongan en los planes de mejoramiento recojan los compromisos sectoriales.

Formación de líderes en Salud y Trabajo: Para el proceso de formación de líderes en salud y trabajo, la ESE debe desarrollar actividades con mínimo 50 horas especializado por grupo formado, de las cuales, el 50% serán efectivas. La ESE, debe seleccionar los grupos de trabajadores informales definidos en

la meta para cada localidad. En un mismo grupo pueden participar trabajadores de distintos sectores económicos y deben tener como mínimo tres trabajadores por grupo. El grupo además puede incluir trabajadores y trabajadoras que no pertenezcan a las UTIS intervenidas o de otras vigencias.

Salud mental: Fortalecer los recursos con los que cuentan los niños, niñas y adolescentes trabajadores escolarizados y desescolarizados para interactuar y relacionarse positivamente con su entorno favoreciendo el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas con la participación activa de otros actores sociales con los que se relacionan cotidianamente.

Desplazados: Fortalecer la restitución de Derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal con enfoque diferencial intervenidas por el IPES, para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida.

Talento humano

Trabajo infantil y trabajo protegido: 3 psicólogas, 1 psicóloga especializada, 1 trabajadora social y 1 fisioterapeuta especializada

Asesoría a empresas para la inclusión laboral de hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva: 1 fisioterapeuta y 1 agente de cambio

Unidades de trabajo informal, formación de líderes y plazas de mercados: 2 fisioterapeutas especializados en salud ocupacional y 2 técnicos en salud ocupacional.

Salud mental: 1 psicóloga

Desplazados: 1 profesional especializado en salud ocupacional y 1 técnico en salud ocupacional.

Ámbito comunitario: es el encargado de incidir positivamente en los espacios sociales de la vida cotidiana en los cuales se generan vínculos de afecto y pertenencia, mediante el desarrollo de los proyectos de desarrollo de autonomía y transversalidades se espera potenciar la participación y la gestión en lo local, incidiendo en la garantía de sus derechos y el posicionamiento de intereses comunitarios en escenarios políticos, pretendiendo afectar de forma positiva los determinantes sociales, comportamientos y hábitos que posibiliten una mejor calidad de vida y salud.

Intervenciones o Procesos:

Gestión para el desarrollo de habilidades y competencias en la comunidad para promover la calidad de vida y salud: Genera y fortalece la construcción de sujetos políticos de procesos organizativos, sobre la base de la autonomía, cooperación entre comunidades e institucionalidad y el ejercicio de ciudadanía, por medio de procesos educativos y participativos que afectan positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud.

Desplazados: Desarrollar habilidades y competencias de los grupos y organizaciones (nacientes o conformadas, redes, líderes etc....) que promuevan y faciliten la movilización y el fortalecimiento del tejido social, en torno a los derechos humanos con especial énfasis en el derecho a la salud, reconociendo las diferencias especialmente las de género, etnia y ciclo vital. El talento humano requerido un profesional del área social.

Etnias: Consulta, concertación e implementación de acciones afirmativas en salud para la comunidad afro del Distrito. Busca generar procesos de fortalecimiento de sus comunidades partiendo de sus prácticas y conocimientos tradicionales y propios. Promover la conformación de la mesa

interétnica local a partir de los espacios comunitarios e institucionales ya existentes en la localidad.

Tú vales (Vive Mejor/ Lidera Cambios y libérate del Humo/ Aliméntate Saludablemente/ Ejercítate con frecuencia/ Sé feliz): Es un programa integral dirigido a mujeres cuidadoras de hogar para la promoción de la actividad física, Promoción de Espacios Libres de Humo, Incremento en el consumo de Frutas y Verduras y Liderar Cambios. En él se desarrollan 7 sesiones de nutrición, 7 sesiones de actividad física, 3 sesiones de lidera cambios y 2 sesiones de espacios libres de humo, con cada grupo abordado. Se ubica actualmente en los territorios de Diana Turbay, Samoré y Colinas para Rafael Uribe. Metas anual: 24 grupos al año, cada uno con 20 a 25 personas entre los 18 y 65 años de edad. Se cuenta para el desarrollo del programa con 1 Nutricionista, 1 Trabajadora Social y 2 Fisioterapeutas.

Muévete comunidad: Construir y/o fortalecer procesos socio políticos para abogar por el mejoramiento de la calidad de vida y salud, a través de la promoción de condiciones que facilitan la práctica de actividad física, con colectivos de los territorios de las localidades del distrito capital.

Se realiza la promoción y la abogacía por la práctica de la actividad física a 13 grupos comunitarios ubicados en la localidad Rafael Uribe Uribe, donde se abordan temas relacionados con los beneficios de la actividad física, determinantes, trabajo en equipo, liderazgo, normatividad y espacios públicos. Este proceso tiene como mínimo una intensidad de 16 sesiones por grupo. UPZ – territorios: Diana Turbay – Marruecos (molinos, cultivos) UPZ 54 Marruecos, Samoré (Libertador, Bravo Páez) UPZ 39 Quiroga.

Promoción del derecho humano a la alimentación y prácticas de alimentación saludable en organizaciones y grupos comunitarios (COMEDORES): Promover habilidades y competencias para la construcción de tejido social en torno de la exigibilidad del derecho humano a la alimentación y la promoción de prácticas alimentación de vida saludable y actividad física a partir del reconocimiento de la diversidad cultural, los intereses y necesidades de las organizaciones y grupos de base comunitaria. En la vigencia 2010 se realizan sesiones educativas mínimo una sesión al mes a nueve (9) comedores comunitarios y un grupo de persona mayor ubicados en la localidad Rafael Uribe Uribe. UPZ – TERRITORIOS: Diana Turbay – Marruecos (Molinos, Cultivos, Esperanza baja, Chircalles) UPZ 54 Marruecos. (Marco Fidel Suárez (Granjas de san Pablo- Marco Fidel Suárez) UPZ 53.

Seguridad alimentaria: promoción alimentaria saludable en población materno infantil: Conjunto de acciones de formación dirigidas a desarrollar habilidades y competencias sociales en actores locales y comunitarios para la promoción de la alimentación saludable en las mujeres gestantes, lactantes y niños/as menores de 2 años. Esta intervención pretende contribuir a mejorar las prácticas alimentarias y el estado nutricional de la población perteneciente al ciclo de infancia, a través de acciones educativas permanentes. Estas acciones se desarrollan en la localidad 18, en los territorios GSI Diana Turbay - Marruecos, Samoré, Colinas. **Talento Humano:** Un profesional en Nutrición y Dietética. **Metas:** Aumentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de reducir el bajo peso al nacer.

Salud oral: Desarrollar e implementar procesos pedagógicos que promuevan prácticas favorables en salud oral para el Distrito dentro de la estrategia de comunidades saludables en comedores comunitarios, hobbis, famis. En esta intervención se maneja la localidad Rafael Uribe Uribe con 14 unidades de trabajo.

En la localidad Rafael Uribe se realizan las acciones en los territorios: SAMORE, COLINAS, DIANA TURBAY MARRUECOS. Las UPZ QUIROGA, MARCO FIDEL SUÁREZ, DIANA TURBAY. Y en los Barrios CENTENARIO, BRAVO PAEZ, SANTA LUCIA, RIO DE JANEIRO, GOVAROVA, DIANA TURBAY CULTIVOS, LA PAZ, EL PORTAL.

Profesionales que están a cargo de la intervención: 1 Odontólogo Referente) una Higienista Oral.

Grupos Gestores Comunitarios (G.G.C): Como parte de la estrategia intersectorial de gestión social, busca aportar a la construcción de respuestas integrales e integradoras que afecten de manera positiva los determinantes sociales de calidad de vida y salud de los sujetos y de las colectividades, fortaleciendo los procesos de la gestión social integral a partir de las dinámicas particulares del Ámbito Comunitario, por medio de la articulación con otros ámbitos, componentes e instancias intersectoriales y comunitarias.

Para la actual vigencia 2010, se desarrollan acciones en la UPZ 39, Quiroga, territorio Samoré, con el grupo conformado de gestores comunitarios del Quiroga, en la UPZ 53, Territorio Colinas; con los Grupos El Triunfo, San Jorge y la Paz, se desarrollan acciones de formación e información en temas de salud, políticas públicas y control social, se realiza acompañamiento a espacios de participación social donde los actores sociales se posicionan como sujetos plenos de derechos políticos. Talento humano: La línea de intervención cuenta con una Profesional referente del proceso. Metas: Conformación de cuatro grupos de gestores comunitarios con actores sociales empoderados y fortalecidos en habilidades y competencias sociales, que les permita entrar en la discusión, análisis y debate de las problemáticas socio-políticas que los afectan para la exigibilidad de sus derechos.

Discapacidad: Maneja 4 Líneas: 1- club de cuidadores y cuidadoras: Se encamina a crear un lugar donde estos compartan con otras cuidadoras y cuidadores su experiencia de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades y otros relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental. Se centra en motivar la expresión y comunicación de los cuidadores y cuidadoras, a partir de un conversatorio con preguntas orientadoras, mediadas por el profesional y el agente de cambio. Cobertura 2 club por Localidad. 2- formación y fortalecimiento de agentes de cambio: Se encamina hacia el empoderamiento y formación a jóvenes y adultos con y sin discapacidad, cuidadores, cuidadoras y líderes comunitarios, para que desarrollen competencias ciudadanas para actuar como agentes de cambio en RBC. 3- organizaciones sociales por los derechos de las personas con discapacidad: Encaminada al fortalecimiento de organizaciones sociales que aboguen por los derechos de las personas con discapacidad, fortalezcan el tejido social, tengan incidencia política y contribuyan en procesos de transformación social, que garanticen calidad de vida e inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias. Cobertura: 3 tipos de organizaciones por los derechos de las personas con discapacidad con procesos de inclusión social. 4- grupos de jóvenes padrinos de niños y jóvenes con discapacidad: Realizar un conjunto de actividades y prácticas sociales con jóvenes con y sin discapacidad y se desarrolla en dos dimensiones: por una parte, se convoca jóvenes sin discapacidad con sensibilidad social e intereses de participación comunitaria que se motiven para actuar como padrinos de jóvenes con discapacidad, cuya participación está restringida, de esta forma, la acción se convierte en una estrategia de prevención y desarrollo del proyecto de vida en estos jóvenes sin discapacidad. En segunda instancia, se identifica y convoca a jóvenes con discapacidad para que a través de la conformación de grupos participen en procesos sociales que aboguen por sus derechos y de esta forma, se promueva su inclusión social y el desarrollo de su proyecto de vida.

Salud mental: La intervención promocional de la salud mental en la comunidad, se constituye en un proceso orientado hacia el desarrollo humano y la búsqueda de condiciones de vida con calidad. En este sentido, los procesos que implican su implementación son de carácter transversal y pueden cubrir las diversas etapas del ciclo vital a partir de la valoración de las necesidades e intereses que integran diversas comunidades o segmentos de población en particular.

Red Social Materno Infantil: La red social materna infantil en el ámbito comunitario son procesos que convocan relaciones entre, grupos, personas, familias, instituciones de una sociedad entorno a la procreación, la crianza, la nutrición, el cuidado y acceso al servicios de salud para desarrollar

objetivos comunes a través de planes, proyectos, iniciativas y acciones, sostenidas en salud materna infantil en el marco de las políticas de gestación e infancia.

La RSMI actúa en las dos localidades; para esto se cuenta con dos profesionales de tiempo completo por localidad; actualmente están dos profesionales del área de psicología y trabajo social.

Fortalecimiento a organizaciones o grupos juveniles: Generar fortalecimiento y consolidación de grupos y organizaciones juveniles como estrategia de construcción de nuevos sentidos de protección frente a la vida, de emergencia de significados potenciadores de la salud y redefinición de prácticas de cuidado, contribuyendo con el desarrollo de la política pública de juventud, en el marco del enfoque promocional de la calidad de vida y de la política sectorial de "la salud como derecho". Cobertura: Fortalecimiento a 4 organizaciones o grupos juveniles de los territorios: Diana Turbay – Marruecos (molinos) UPZ 54 Marruecos y Samoré (libertador, Inglés, Bravo Páez) UPZ 39 Quiroga. Metas 2010: Fortalecimiento técnico a 10 organizaciones y/ o Grupos comunitarios para las localidades de Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe.

Transversalidad Territorios afectivos: en preadolescentes y adolescentes relacionados con la vivencia de la sexualidad.

Entornos saludables: Se realizan las siguientes actividades: deberes y derechos de la salud, ejercicio de reconocimiento territorial y lectura de necesidades, fortalecimiento en el proceso de formación para la práctica de agricultura urbana, gestión que favorezca el proceso de reconocimiento de las políticas públicas de calidad de vida y salud y sus líneas de acción, Construcción de mapa de actores local y al interior de Hospital RUU y Construcción de una red local de salud ambiental según dinámica de las mesas territoriales de calidad de vida. En el año 2009 se desarrollaron acciones de fortalecimiento a 8 grupos en la localidad de Rafael Uribe. En cuanto al trabajo desarrollado durante el Primer semestre del 2010 se continúa con la formación a 3 grupos por localidad, de igual forma se apoya a la comunidad en la creación de distintos proyectos y actividades ambientales que promuevan los entornos sanos.

Persona mayor: Fortalecimiento de grupos y organizaciones de personas mayores, a través de la formación a integrantes de los grupos y/o organización de personas mayores, para su autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo que cualifiquen y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional. Se trabaja en las 2 localidades Rafael Uribe, en los territorios Diana Turbay, Colinas, Samoré. METAS: Capacitación a los integrantes de las 7 organizaciones de persona mayor, Realización de Circuitos y Encuentros intergeneracionales, Informe sobre la gestión desarrollada para dar continuidad a la formulación de los aspectos a ser incluidos en la Política Distrital de Envejecimiento y Vejez.

Ámbito escolar: Es un espacio social de vida cotidiana en donde se busca afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada de la localidad, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que responden a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población, desde un enfoque promocional de calidad de vida. La cobertura de Colegios en la localidad Rafael Uribe durante la vigencia 2010 es de un total de 12 Colegios, los cuales se distribuyen por territorio social de GSI de la siguiente manera:

Diana - Marruecos: CED La paz, Palermo sur, Colombia viva, Alfredo Iriarte, Colombia viva, San Agustín, marruecos y molinos. Total: 7 Colegios.

Colinas: Restrepo Millán, Misael pastrana Borrero. Total: 2 Colegios.

Samoré: Alexander Fleming, Restrepo Millán, Clemencia Holguín. Total: 3 Colegios.

Las intervenciones o Procesos se clasifican en dos grupos:

Procesos estructurales:

Prácticas de cuidado cotidiano: Actividad física, Salud oral, Nutrición suplementación, Nutrición patrones y Ambiente PAESA

Transformación de Prácticas sociales y culturales: Pertenecen a las acciones Promocionales y Gestantes: Salud sexual y reproductiva, Salud Mental (Spa, Violencias e ideación suicida).

Inclusión social: Discapacidad, Desplazados, Salud Visual y auditiva

Estrategias de impacto:

Nutrición suplementación: Contribuye en la disminución de la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia en el ámbito escolar, mediante la desparasitación y suplementación con hierro a los NNJ menores de 14 años, con el fin de mejorar su estado nutricional y capacidad de aprendizaje. Meta RUU: 15000 niños, niñas

Salud sexual y reproductiva: Se realiza el seguimiento a Gestantes buscando garantizar la detección temprana y la canalización de los servicios de salud a los y las adolescentes en condición de gestación, posparto y lactancia. Meta localidades Rafael Uribe y Antonio Nariño: 40 Gestantes.

Del año 2008 al 2009 hubo un incremento en las coberturas de algunas las líneas de intervención del ámbito escolar.

Figura 5. Programa salud al colegio. Hospital Rafael Uribe



PROGRAMA SALUD AL COLEGIO



| LINEA DE ATENCION | 2009 | 2008 | INCREMENTO |
|--|---------------------|---------------------|------------|
| | TOTAL BENEFICIARIOS | TOTAL BENEFICIARIOS | |
| SALUD ORAL | 28.080 | 9.180 | 67% |
| SUPLEMENTACION | 21.000 | 19.100 | 9% |
| CAPACITACION EN LINEA 106 (MALTRATO) Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 1035 | 675 | 35% |
| SEGUIMIENTO A MATERNAS ADOLESCENTES | 384 | 350 | 9% |

FUENTE: Estadística de Salud Pública HRUU

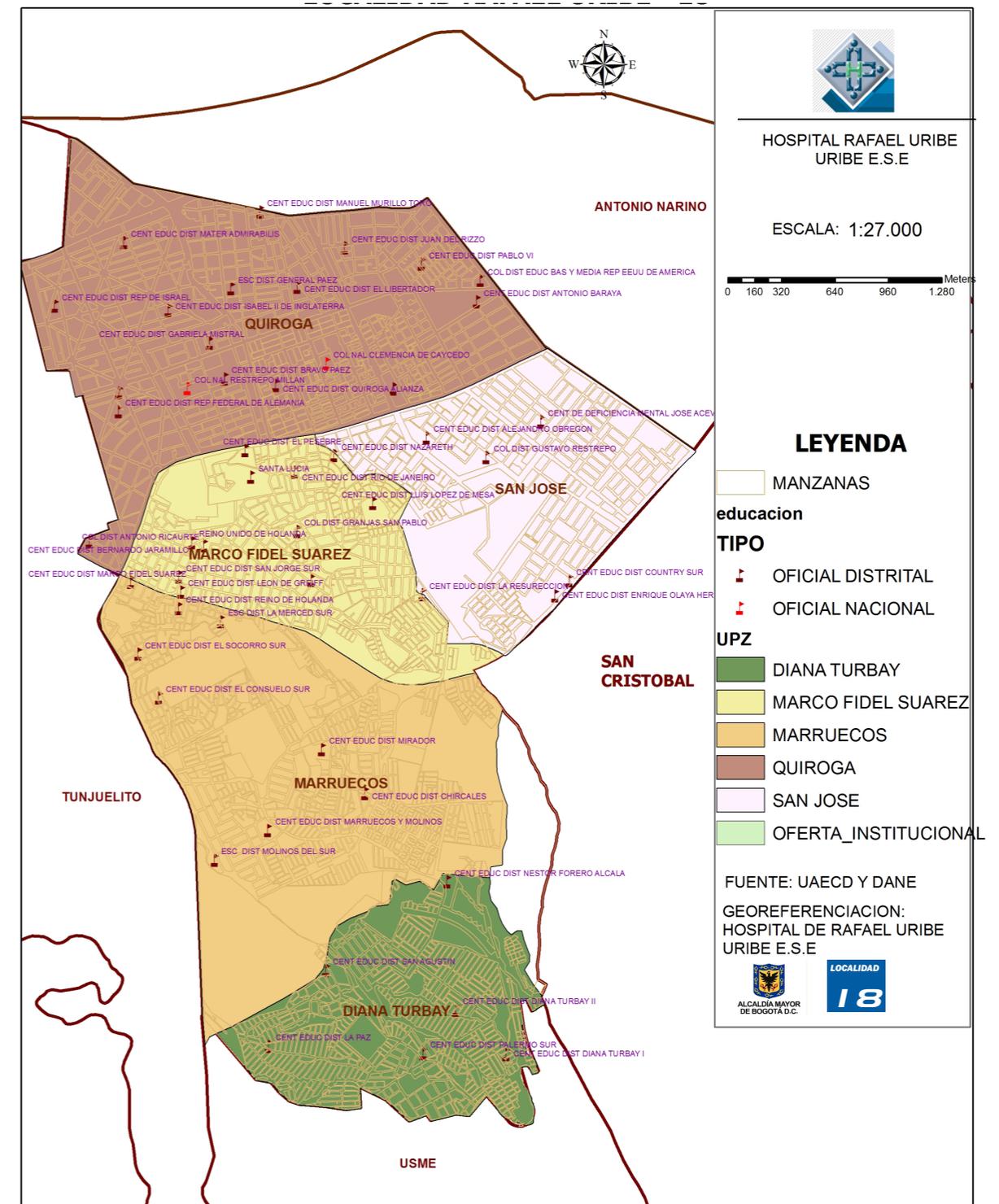


NUESTRO COMPROMISO: SALUD CON CALIDAD PARA TODAS Y TODOS



Fuente: Salud al colegio. Hospital Rafael Uribe

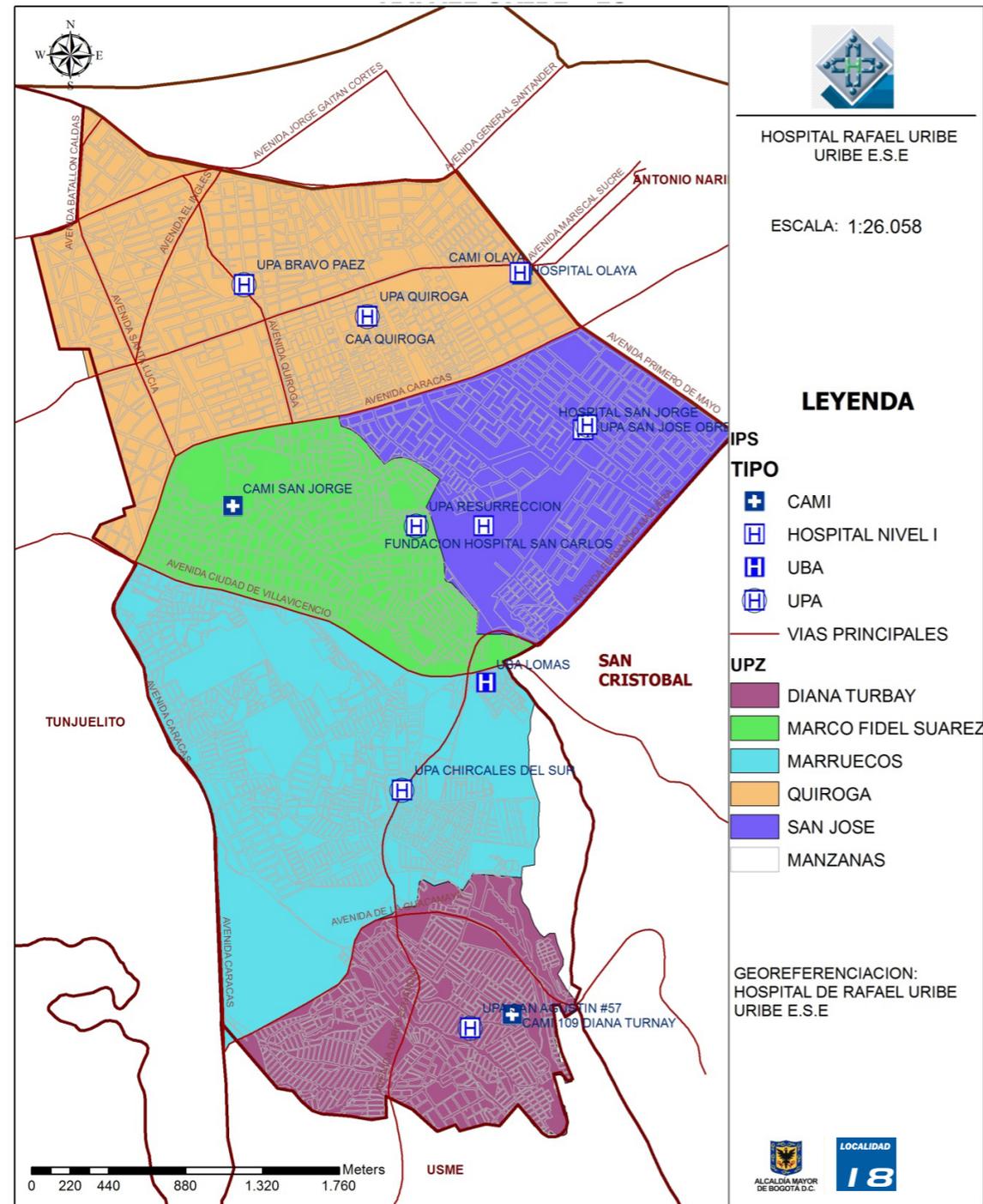
Mapa 15. Instituciones educativas localidad Rafael Uribe



Fuente: UAED y DANE

Ámbito Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): busca permanentemente afianzar los espacios donde interactúan los usuarios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el talento humano, con el propósito de optimizar el funcionamiento de los mismos, para contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de vida y salud del individuo, la familia y la comunidad.

Mapa 16. Oferta Institucional en el sector salud localidad Rafael Uribe



Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe

Intervenciones o Procesos:

- Estrategias AIEPI, IAMI, IAFI y Línea ERA
- PDA Salud Sexual y Reproductiva: trabaja en los componentes materno-perinatales, VIH e ITS, regulación de la fecundidad y salud sexual en los y las adolescentes.
- PDA Salud Oral: promoción, prevención, asesoría, acompañamiento
- Programa de detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino
- Enfermedades Crónicas:
- Enfermedades transmisibles:
- Salud Mental:
- Salud mental: prevención, atención, rehabilitación, reinserción, educación en salud dirigida a familias.
- Discapacidad: fortalecimiento de trabajo en familias, apoyar la red de rehabilitación

La Gestión de la salud: Es un proceso dinámico que apoya las funciones de planeación, articulación, coordinación, generación de conocimiento y movilización social, a través de propuestas transectoriales, para posicionar la Política Distrital de Salud, defender el derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas y desarrollar o promover el desarrollo de acciones que afecten positivamente los determinantes de la salud, en los territorios.

Para el desarrollo de la gestión social se definen tres categorías ordenadoras de las acciones:

- Construcción del conocimiento.
- Posicionamiento político para la afectación de determinantes sociales.
- Fortalecimiento de la planificación en salud.

La gestión de la vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento : La vigilancia en salud pública es definida por los Decretos 3518 de 2006 y el Decreto 3039 de 2007 en los cuales se entiende como una función esencial asociada a la responsabilidad del Estado y de la ciudadanía en el cuidado de la salud; se trata de un proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de los Colombianos.

Para la Secretaría Distrital de Salud se entiende la vigilancia de la salud pública, dentro de la estrategia promocional de la calidad de vida, como el proceso que realiza monitoreo crítico de las causalidades y determinantes del proceso salud – enfermedad en territorios y ámbitos específicos con el objeto de evidenciar inequidad en las condiciones de vida de la población y orientar posibilidades de cambio.

Se brinda capacitación a la comunidad para formar personas que puedan identificar y notificar las situaciones de salud que requieren intervención de vigilancia en salud pública; Visitas domiciliarias a las familias en donde se han encontrado los casos de eventos de notificación obligatoria; Asesoría

a las instituciones para el adecuado diligenciamiento de registros de estadísticas vitales como son los certificados de nacimientos y defunciones.

- Subsistemas de Vigilancia:
- Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila)
- Sistema alerta acción (SAA)
- Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional (Sisvan)
- Sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar y maltrato Sivim
- Sistema de vigilancia de salud oral (Sisveso)
- Mortalidades evitables
- Estadísticas vitales

MEDIO AMBIENTE: Actividades de inspección, vigilancia y control a establecimientos abiertos al público; Capacitación en manejo, elaboración, distribución y expendio de alimentos, bebidas, productos químicos y medicamentos, Formación de grupos comunitarios tomando como ejes temáticos el saneamiento ambiental.

Líneas de Intervención:

Seguridad alimentaria: adelanta actividades de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a plazas de mercado, comedores comunitarios, cafeterías, panaderías restaurantes, fábricas, depósitos y expendios y consumo de licor.

Servicios de salud: actúa en la prevención de problemas relacionados con el uso de medicamentos, productos fitoterapéuticos y productos farmacéuticos en general.

Saneamiento básico: se realizan visitas de IVC a establecimientos educativos y establecimientos catalogados de alto impacto.

Industria y ambiente: encargada de acciones de vigilancia para el control de los determinantes de origen químico, originados en procesos de producción, manejo, almacenamiento y comercialización de sustancias químicas.

Enfermedades compartidas

Comunitaria

Participación social y organizaciones comunitarias

La razón de ser de la Oficina de participación social y atención al usuario es la comunidad de las dos localidades a cargo del Hospital Rafael Uribe, pero que en la actualidad se ven ampliadas a muchas otras localidades, por la afluencia de usuarios desde diferentes puntos de la Ciudad.

La participación, entendida como proceso social vincula la totalidad de los actores involucrados en determinada problemática, lo que nos lleva a pensarla como un espacio de discusión y de pluralidad deseable. Dentro de las labores adelantadas por la Oficina de Participación Social y Atención al Usuario

(OPSAU), se encuentra el trabajo con los mecanismos de participación social en salud establecidos por el Decreto 1757 de 1994, a saber, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), la Asociación de Usuarios y el Comité de Ética Hospitalaria. El COPACO se establece para cada una de la localidades y se encuentra conformado por representantes de organizaciones sociales, instituciones y la administración de la localidad y busca “la articulación, fortalecimiento y dinamización de la participación comunitaria en torno a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los procesos de planeación para el desarrollo local y control social. En la actualidad se encuentra activo el COPACO de la localidad Rafael Uribe Uribe, conformado por el Decreto local 001 del 9 de enero de 2003. La labor del COPACO se ha dirigido a avanzar en las veedurías a los proyectos ejecutados en su localidad, siempre con un trabajo a nivel comunitario que posiciona los derechos y deberes de los usuarios del Hospital, participan también en espacios locales y distritales de discusión. Actualmente se está ejecutando un proyecto de fortalecimiento a la organización, financiados por la Secretaría Distrital de Salud, el cual cuenta con una oficina de atención en la Alcaldía Local. El COPACO de la localidad Rafael Uribe Uribe, cuenta en la actualidad con 19 integrantes de la comunidad, estos representantes son postulados por las organizaciones locales, por medio de una carta de representatividad.

La Asociación de Usuarios es otro de los mecanismos de participación social en salud, conformado el 16 de septiembre de 2000, según el “Acta de la asamblea general de usuarios para conformar la asociación de usuarios del HRUU y elegir representantes de la comunidad ante la junta directiva del Hospital Fusionado”. Sus integrantes, (47 personas, 41 de la localidad Rafael Uribe Uribe y 6 de Antonio Nariño) son usuarios de los servicios que presta el Hospital directamente en cada uno de los Centros de Atención, o beneficiarios de los programas que se ejecutan en Salud Pública bajo los cinco Ámbitos de Vida Cotidiana; esto quiere decir que puede ser miembro de la Asociación, cualquier persona que resida en alguna de las dos localidades en las que el Hospital tiene algún tipo de acción en Salud. Sus funciones principales son las de vigilar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud y defender los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios. En la actualidad, la Asociación se encuentra en el estudio y reforma de sus estatutos, la revisión de su plan de acción y en la ejecución del proyecto de fortalecimiento a la organización, financiado por la Secretaría Distrital de Salud. Desarrollan acciones de promoción de derecho y deberes en los Centros de Atención por medio de los Comités que se conforman en cada uno de los Centros.

El último de los mecanismos de participación es el Comité de Ética Hospitalaria, creado en la Institución por la resolución 154 del 27 de abril de 2001; el Comité está conformado por 2 representantes de cada uno de los COPACOs, 2 de la Asociación de Usuarios, 1 representante del personal médico, 1 representante del personal de enfermería, 1 funcionario del equipo de odontólogos, la Gerente del Hospital y la jefe de OPSAU. El Comité centra su objetivo en “divulgar y velar por el cumplimiento de los deberes y derechos en salud, promover medida que mejoren la prestación de los servicios y atender y canalizar las inquietudes y demandas que presenten los colaboradores el Hospital en contra de los usuarios.”

El Comité se reúne una vez al mes y se encuentra en la revisión del reglamento interno, la elaboración del plan de acción y en el reconocimiento de experiencias de otros Hospitales sobre el tema de ética y bioética. Oficina de participación social y atención al usuario HRUU 2009

De acuerdo con estudio de satisfacción del usuario externo realizado por la oficina de atención al usuario del HRUU, donde fueron encuestados usuarios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, se encontró que del comparativo de 4 años 2004 al 2007, se observa que para el 2004 y 2005 se mantienen puntajes de satisfacción similares por encima del 95%, en el 2006 los valores son fluctuantes con tendencia a la disminución y en el 2007 solo se realiza encuesta en el primer y segundo trimestre del año con resultados por debajo de 80. En el 2009 la encuesta se aplicó a los tres CAMIS, aumentando el porcentaje de satisfacción así: CAMI Chircales (86,4%) Diana Turbay (86,2%) Olaya (75,9%). Las variables relacionadas con el trato del personal del Hospital al usuario paso de 67% a 83% del 2008 al 2009.

Respecto al componente de gestión de la salud en Territorios Sociales, existen diferentes espacios de participación en lo local agrupados en Consejos, Comités, Mesas, Redes y Comisiones donde confluyen Instituciones y sectores, grupos comunitarios y ciudadanos en general que por competencia o interés en el desarrollo de proyectos y acciones que benefician a las diferentes etapas de ciclo vital en la Localidad, se reúnen con cierta periodicidad para conocer de manera detallada las necesidades de la población en diferentes niveles de intervención, articulan respuestas y generar nuevas alternativas de abordaje con los diferentes grupos para alcanzar mejores condiciones de calidad de vida y salud de las poblaciones en los diferentes Territorios sociales.

Organizaciones y grupos comunitarios

Durante la vigencia 2009, la línea de acción Fortalecimiento a grupos y organizaciones comunitarios del ámbito comunitario del PIC, realiza una caracterización de sesenta (60) organizaciones y grupos comunitarios presentes en la localidad, con el fin de crear un directorio que permita a los referentes responsables de las líneas de acción que viajan por el ámbito comunitario realizar contactos y establecer acercamientos para el desarrollo y ejecución de los programas.

De las sesenta (60) organizaciones y grupos identificados en esta localidad el 1,67% son de tipo formal (Poseen reconocimiento jurídico) y el 96,67% son de tipo no formal y el 1,67% no suministra esa información.

El 18,3% de las organizaciones y grupos comunitarios caracterizados se encuentran ubicados en el Territorio Colinas, el 20% en el territorio Samoré y un 53,33% están en el territorio Diana Turbay Marruecos.

En cuanto a los beneficiarios de las organizaciones y grupos comunitarios en la localidad Rafael Uribe encontramos por etapa de ciclo vital lo siguiente:

Etapa de Ciclo vital de Juventud

Los beneficiarios correspondientes a la etapa de ciclo vital juventud atendidos por las organizaciones y grupos comunitarios caracterizados durante el año 2009 arrojan un resultado del 4,37%; Estas organizaciones desarrollan actividades de tipo cultural y recreativo.

Dentro de las organizaciones se encuentran 19 jóvenes de los cuales 10 son de la etapa ciclo juventud y 1 pertenece a la organización Exodus, a Luna Ondulante pertenecen 9 de los cuales 1 es beneficiario.

Etapa de Ciclos vitales de Adulthood y Persona Mayor

Los beneficiarios correspondientes a las etapas del ciclo vital Adulthood y Persona Mayor son atendidos por las organizaciones y grupos comunitarios en un 18,39% y 77,24% respectivamente, las actividades que desarrollan están dirigidas a la recreación, manejo del tiempo libre, actividad física y manualidades.

Algunos grupos y organizaciones intervenidos el año pasado han sido retomados para este año, dando continuidad a los procesos iniciados con ellos así:

Línea de Acción Etnias: Se continúa con la misma organización de la vigencia anterior con el fin de dar continuidad al proceso de empoderamiento del sujeto político en las prácticas de participación local.

Línea de Acción Tu Vales: Algunos de los grupos y organizaciones continúan participando de este programa por el gran impacto que este ha tenido en las vigencias pasadas y es iniciativa y solicitud de las organizaciones el continuar participando en el programa pero con nuevos integrantes con el propósito

que sus beneficiarios conozcan y cambien sus estilos de vida de forma saludable; algunos grupos son CDC Molinos, Fundación Fur Amor, Eje ambiental, Ispa, Familias en Acción y Quiroga central.

Línea de Acción Entornos Comunitarios Saludables: Se continúa fortaleciendo la huerta del abuelo feliz y se realiza seguimiento al grupo del Rincón del Valle dando la posibilidad de que nuevos participantes se integren al proceso.

ANÁLISIS DE RESPUESTAS DESDE LOS TEMAS GENERADORES

A continuación se presentan los resultados del ejercicio de análisis de respuestas realizado con los PDA, Transversalidades y Ámbitos de vida cotidiana en los diferentes espacios de Unidades de Análisis realizadas durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 2010. Se parte de la consolidación de ofertas por cada Núcleo Problemático identificado por cada etapa de ciclo, en la matriz diseñada para tal fin, donde se identificaron las acciones realizadas por cada actor interno y en algunos casos externos al Hospital, las coberturas con enfoque diferencial y territorial en la medida que la disponibilidad de la información lo permitieron.

Lo anterior se constituyó en insumo fundamental para realizar los análisis de las Brechas de inequidad existentes, las cuales permitieron identificar los faltantes o debilidades de las acciones de respuesta existentes sobre el impacto positivo en los núcleos Problemáticos. Por último se sugieren propuestas o respuestas integrales, en el marco de la formulación del PIC 2011.

La metodología usada para las Unidades de Análisis con los diferentes ámbitos se expone a continuación:

- Determinación de fuentes primarias y secundarias de información con los equipos de gestión y coordinadores de ámbitos.
- Asesoría técnica por parte de la Analista de Gestión Local para orientar los análisis partiendo de los insumos de Unidad de Análisis realizada en el mes de junio y la Guía técnica entregada por SDS al ámbito familiar. (Cualificación de narrativas teniendo en cuenta parámetros como la pertinencia y coherencia de las acciones realizadas en torno a los núcleos problemáticos y la integralidad de las mismas).
- A los técnicos de sistemas del ámbito familiar y comunitario se solicitaron cuadros de salidas según sistemas de información que manejan.
- Para Ámbito Familiar: cruce de las bases de datos Individuos y familias con las bases de barrios que integran los territorios sociales GSI, con las siguientes variables: familias caracterizadas, Individuos caracterizados, educaciones realizadas, canalizaciones realizadas y verificaciones realizadas por localidad y territorio Social, en el periodo 2008-2009-2010.

Para el ámbito comunitario: Se sugirieron cuadros de salida para organizaciones y grupos, con las siguientes variables, nombre de la organización, tipo, objeto social, territorios, población cubierta, fortalecimiento por el ámbito.

Sesgos de información: En la base de familias e individuos SASC, los datos cruzaron en un 84% para el año 2008 y en un 73% para el año 2009, debido a diferencias en los nombres de los barrios.

1.1.1 ETAPA INFANCIA

Balance de la oferta actual

Ámbito familiar: El proceso de salud a su casa inicio en el 2004 con 3 Microterritorios (MCT), en el 2005 se adicionaron 7 Microterritorios en Rafael Uribe y 1 en Antonio Nariño, en el 2006 se adicionaron 18 Microterritorios en RUU Y 1 en AN, en el 2007 se adicionaron 2 en RUU y en el 2008 4 MCT nuevos en la localidad Rafael Uribe. Partiendo de la anterior información, con respecto a las familias caracterizadas durante los años 2008,2009 y 2010, se encontró que en el año 2008, aumenta el número de caracterizaciones por creación de nuevos Microterritorios y posicionamiento del programa, en el 2009 disminuyó por proceso de mantenimiento de familias caracterizadas en años anteriores y depuración de información en bases de datos desde lo Local y Distrital, dado que algunas familias aparecían como habitantes de otras localidades o pertenecen a otro Microterritorio y paralelamente se realizaba la georeferenciación de la población en la Localidad, proceso que se continuó fortaleciendo en el año 2010. Las diferencias por territorio social se muestran a continuación:

Tabla 31. Número de familias caracterizadas por el programa Salud a su Casa 2008 a 2010

| Territorio/Año | 2008 | 2009 | 2010 |
|----------------------|-------------|-------------|------------|
| COLINAS | 1316 | 491 | 148 |
| DIANA-MARRUECOS | 1699 | 832 | 142 |
| SAMORE | 1500 | 324 | 59 |
| Total por año | 4515 | 1647 | 349 |

Fuente: Sistema de Información APS en línea. Corte Julio 6 de 2010

Lo anterior se analiza como una respuesta positiva desde el ámbito, debido a que durante este proceso se caracterizaron nuevas familias, las cuales recibieron acciones propias del programa como son educación, canalización a diferentes servicios y seguimientos respectivos.

En el año 2009, 12.873 niños y niñas fueron visitados por Salud a su Casa, no se cuenta con datos diferenciales por género.

Sobre las actividades de educación impartidas se realizan al 100% de usuarios caracterizados y según necesidades de la familia sobresale la educación en: deberes y derechos, Influenza AH1 N1, Planificación familiar, Educación a la gestante y Educación al paciente con enfermedad crónica. Los territorios donde más se registran actividades de educación corresponde a Diana Marruecos, seguido del territorio Samoré y por último Colinas.

Sobre las actividades de canalización se realizan al 100% de usuarios caracterizados y según necesidades de la familia sobresalen: salud oral, paciente con enfermedad crónica, control prenatal, crecimiento y desarrollo y planificación familiar, citología vaginal y consulta médico general. Los territorios donde más se registran actividades de canalización, corresponde a Diana Marruecos, seguido de los territorios Samoré y Colinas.

En los seguimientos, los territorios donde más se registran actividades de educación corresponde a Diana Marruecos, seguido del territorio Samoré y por último Colinas.

Según la distribución de los equipos de SASC por UPZ se realiza un análisis por cada uno, ubicándolos en los territorios de GSI, en los cuales se trabaja a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, para construir respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto del colectivo

familiar, como de los integrantes de la misma. Los Microterritorios (MCT) que conforman la UPZ Marco Fidel Suárez parte baja, son 7 distribuidos así:

Colinas: MCT 9, MCT 22,

Samoré: MCT 9 (La Esperanza), MCT 10, MCT 11, MCT 16 (El Socorro), MCT 37, MCT 26 (Marco Fidel Suárez (una parte).

Con respecto a la Participación Social, para el año 2010 se mantienen 28 núcleos de gestión, los cuales tienen una periodicidad de 2 meses, con un promedio de 15 asistentes por núcleo y con desarrollo de los planes de acción territorial acorde con la lectura compartida de necesidades, en la que predominan temas ambientales, gestantes adolescentes y consumo de SPA, alimentación saludable, liderazgo, planificación familiar, AH1N1, SPA, derechos y deberes, jornadas de salud con participación de la UBA móvil, vacunación canina y humana.

En la UPZ Marco Fidel Suárez Parte alta (Lomas y Granjas de San Pablo), perteneciente al Territorio GSI COLINAS, el programa Salud a Su Casa (SASC) tiene cobertura en 4 microterritorios, el MCT 5 (barrios Pesebre, Granjas de San Pablo y San Jorge alto), el MCT 7 (barrios Lomas y Resurrección), el MCT 8 (barrios puerto Rico, Madrid, Santa Sofía, Triunfo, terrazas de San Jorge y mirador) y el MCT 17(barrios Resurrección y Luis López de Mesa). A las familias se les realiza la caracterización, seguimiento familiar, seguimiento AIEPI (menores de 5 años), seguimiento a mujer gestante además se realiza las respectivas canalizaciones a diferentes intervenciones del Hospital Rafael Uribe Uribe.

Con respecto a la Participación Social, para el año 2009 en la UPZ Marco Fidel Suárez parte alta se mantienen 3 núcleos de gestión, con un promedio de 15 asistentes por núcleo y en el 2010 18 núcleos de gestión, lo que ha permitido una mayor participación de personas de todas las etapas, las cuales recibieron temas como: medio ambiente, alimentación saludable, liderazgo, planificación familiar, AH1N1, SPA, derechos y deberes, jornadas de salud con participación de la UBA móvil, vacunación canina y humana.

En la UPZ Diana Turbay (territorio GSI Diana Marruecos) se cuenta con 12 microterritorios los cuales están ubicados en los barrios Nueva Esperanza, San Ignacio, San Martín, Rincón del Valle, Puentes, Cultivos, Serranías, Ayacucho, Comuneros, La Reconquista, Triangulo, Villa Esther, Santa Fonseca, San Marcos, Arrayanes, Palermo Centro, Marqueza, Lanceros, Vencedores, Paz Naranjos, Paz torre, Paz Cebadal, La Paz, Portal, Molinos II, Bosques de San José, Plan 95, Plan Especial, Media Torta, San Agustín, Palermo Gómez, Palermo Brisas, Paz Caracas y Nueva Silvania; con una cobertura de 8400 familias aproximadamente para realizarles las diferentes actividades del programa SASC.

En el año 2009, en la UPZ Marruecos se mantuvo una cobertura de 10 microterritorios los cuales son territorio 18, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 33, 35, Los equipos básicos de Salud a Su Casa que tienen a cargo el desarrollo de las intervenciones en estos territorios están conformados por 2 gestores (auxiliar de enfermería, auxiliar de salud pública o promotor en salud), un profesional de apoyo (enfermera) y un médico.

En cada uno de los territorios se cuentan con un total de 1200 familias activas a las cuales se les realiza una serie de actividades educativas teniendo en cuenta su nivel de vulnerabilidad. A las familias se les realiza caracterización, seguimiento familiar, seguimiento AIEPI (menores de 5 años), seguimiento a mujer gestante además de realizar las respectivas canalizaciones a diferentes intervenciones del ámbito familiar y del Hospital Rafael Uribe Uribe.

Con respecto a la Participación Social, en el mismo año, se mantuvieron 10 núcleos de gestión, con un promedio de 15 asistentes por núcleo de gestión realizando las actividades pertinentes para dar cumplimiento a los planes de acción territoriales.

Desde la intervención AIEPI, se realiza la captación y canalización de casos en visitas domiciliarias, las canalizaciones son a las áreas de consulta externa y urgencias, Sivim, Sisvan, principalmente. Se visitaron un total de 12.873 niños y niñas por salud a su casa en el 2009, no está especificado por cada género.

La intervención de Salud oral, en el año 2009 caracterizó a 133 familias y realizó seguimiento a 266 para territorios SASC, con el fin de educar sobre el adecuado manejo de la salud oral.

AMBITO COMUNITARIO:

Desde las Estrategias IAMI-IAFI-AIEPI se brinda un apoyo desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana ámbito, **IPS** ofrece capacitación y educación continua a profesionales de los Centros de atención, Ámbito Comunitario, con el curso de agentes comunitarios a cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, capacita FAMIS, HOBIS; y a los Auxiliares de enfermería de SASC se les realiza reentrenamiento continuo, Capacitación en AIEPI clínico y ERA dirigido a profesionales de la salud y Reentrenamiento a FAMIS del ICBF.

También se realiza un seguimiento continuo a los auxiliares de SASC y Escolar (capacitación y direccionamiento a profesoras de los jardines de la localidad. Con las anteriores acciones se busca un resultado a mediano y a largo plazo con sobre las prevalencias de enfermedades e incidencia de muertes evitables en la infancia.

Las coberturas alcanzadas durante el 2009 fueron: 1 curso a facilitadores, 2 cursos de agentes comunitarios. Total población: 96 personas entre 27 59 años (22 hombres y 74 mujeres). Las acciones se adelantan en toda la localidad ya que allí se encuentran los Centros de atención del hospital y personal capacitado en la estrategia como son los auxiliares de enfermería de SASC, médicos y enfermeras y madres comunitarias y FAMIS del ICBF.

Desde la estrategia AIEPI, el ámbito comunitario e IPS, brinda educación y multiplicación de rutas y derechos y deberes a la familia y la comunidad; se realiza capacitación a profesionales y cuidadores de niños y niñas. Se capacitaron 100 FAMIS con las estrategias materno – infantil; 172 profesionales entre médicos, enfermeras, terapeutas, auxiliares de enfermería de los centros de atención y se llegaron a 61 niñas y 39 niños en la estrategia el carrusel de los niños en el CAMI del Olaya.

La Red Social materno Infantil opera en la localidad en las cinco UPZ de la localidad; en los tres territorios de GSI determinados por el gobierno local.

En torno a las metas en el año 2009 se lograron las siguientes coberturas en localidad Rafael Uribe:

Tabla 32. Cobertura de la Red Social Materno Infantil.

| Semestre año | COBERTURA | | | | TOTAL |
|-------------------------|--|--|---------------------------|----------------------------|-------------|
| | Adolescentes gestantes de 10 a 14 años | Adolescentes Gestantes de 15 a 19 años | Gestantes de 20 a 25 años | Gestantes de 26 años y mas | |
| Hasta julio 2009 | 0 | 191 | 180 | 937 | 1308 |
| Agosto a diciembre 2009 | 15 | 248 | 154 | 310 | 727 |
| Total año 2009 | 15 | 439 | 334 | 1247 | 2035 |

Fuente: Red Social Materno Infantil. Ámbito comunitario. 2009.

Frente a las metas para el año 2010 se tienen diversas acciones como:

3 circuitos de reconocimiento en territorios para la captación de mujeres gestantes y su canalización a los diferentes servicios de salud

3 circuitos de reconocimiento en territorios para la captación de niños-niñas y su canalización a los diferentes servicios de salud integral de la infancia

3 circuitos de reconocimiento de la oferta institucional para mujeres gestantes y sus familias.

3 circuitos de reconocimiento de la oferta institucional para niños y niñas y sus cuidadores.

6 jornadas de movilización social relacionadas con el día de la mujer, mes de la infancia, jornada salud materna, mes de la lactancia, seguridad alimentaria y salud sexual y reproductiva.

Se han proyectado cinco focos de trabajo a lo largo del año 2010 cada mes se realizan tres grupos focales por foco temático; en total 30 grupos focales en el año.

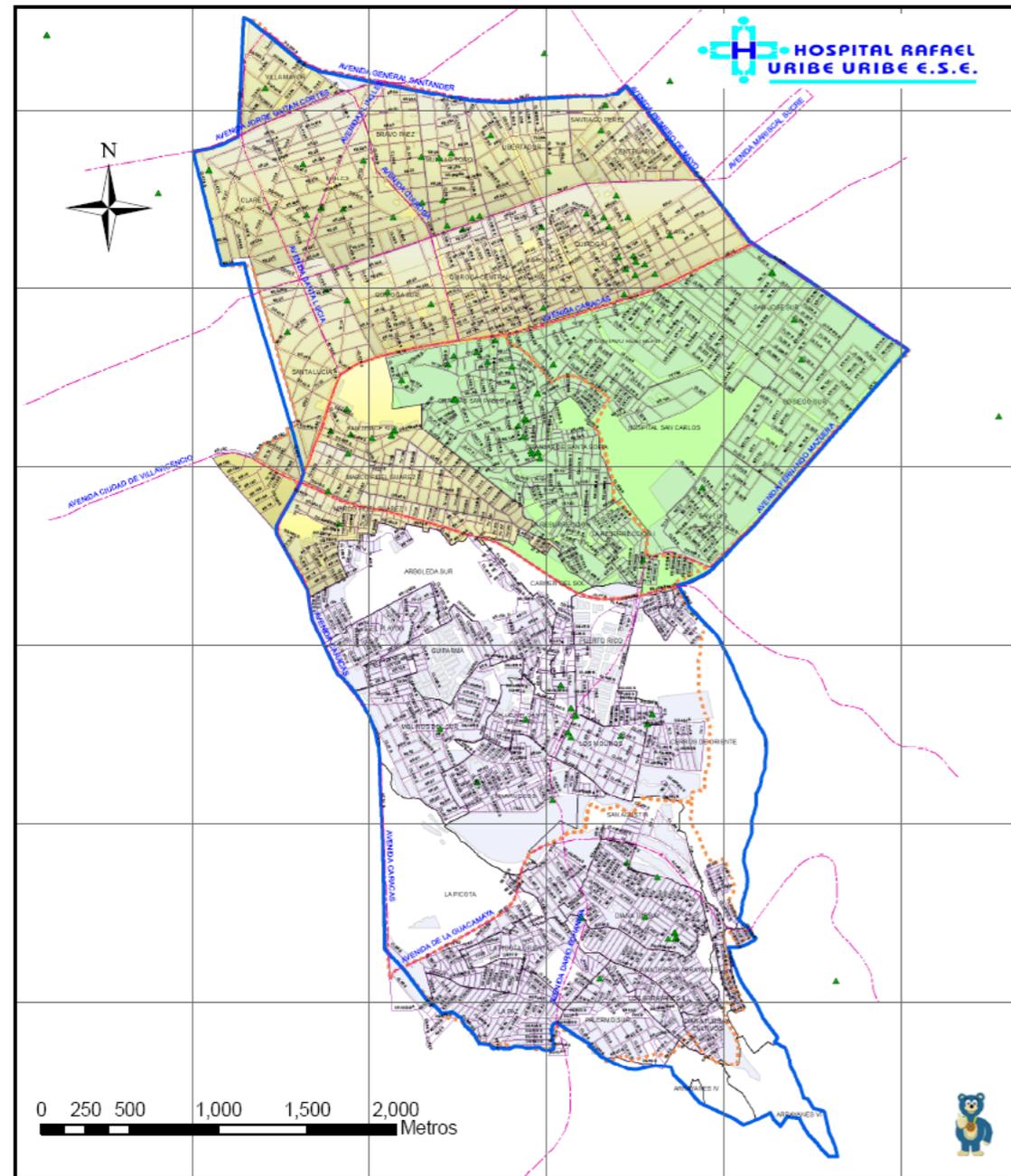
Del mismo modo se han proyectado 20 ejercicios de cartografía social bajo los focos de ambientes seguros en el hogar, el barrio, la escuela y el jardín; se realizan dos mensuales.

Finalmente se han proyectado 20 grupos para realizar los paquetes educativos de desarrollo de capacidades ciudadanas en salud materna y en salud infantil cada foco 10 grupos a lo largo del año.

AMBITO LABORAL

Desde la intervención de Trabajo infantil, se identificaron 288 niños y niñas trabajadores y desescolarizados, realizando la respectiva atención de casos y canalización intra e interinstitucional. A continuación se muestran los sitios donde se encontraron niños y niñas en condiciones de trabajo infantil y que fueron intervenidos por el ámbito laboral (Ver mapa 17).

Mapa 17. Trabajo infantil Ámbito Laboral. Localidad Rafael Uribe



- ▲ Trabajo Infantil
- Vías Principales
- ▭ Limite de Localidad
- ▭ Limite de UPZ
- Malla Vial
- ▭ Manzanas
- ▭ Territorio Diana-Marruecos
- ▭ Territorio Samore
- ▭ Territorio Colinas

ESCALA 1:30.000
 Sistema de Proyección
 Coordenadas Planas Cartesianas
 Datum: MAGNA - SIRGAS
 Límite de Localidades (Res. 233a/29 de Abril de 2004)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LOCALIDAD 18

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

Con respecto al trabajo llevado a cabo por la intervención de Salud Mental, la sensibilización para la prevención de la explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes se ha trabajado en el I.E.D José Martí Sede B y con el centro de formación y atención integral (CFAI).

En el I.E.D José Martí se han llevado a cabo sensibilizaciones con docentes de primaria, de la misma forma se han realizado talleres con los grados 302, 603, 604, 704 y 801. Dentro de la población, se encuentra que del total de la población, 81 niños, niñas y adolescentes, el 54% son de género femenino y el 46% son de género masculino; de esta población y el 27% se encuentra en la etapa infancia. Esta población se encuentra ubicada en la UPZ Marco Fidel Suárez, ubicados específicamente en los barrios colinas, resurrección y granjas de san Pablo.

AMBITO ESCOLAR:

Desde las acciones promocionales se realizan las siguientes intervenciones que dan respuesta a la situación problemática planteada en el Núcleo 1:

Con la acción promocional de Actividad Física se realiza promoción de actividades encaminadas a impulsar y promover la práctica de actividad física y el manejo del tiempo libre dentro y fuera de las 9 Instituciones EID donde se desarrollan acciones, dando cobertura a una población de más o menos 1000 niños y niñas. Los colegios abordados por territorio social fueron: Diana Turbay (Palermo sur, Colombia Viva sede A y C, Alfredo Iriarte y San Agustín), Colinas (Misael Pastrana) y Samoré (Clemencia Holguín).

Por parte del IDRD se manejan Escuelas de formación deportiva en Diana Turbay, sector Pijaos.

Nutrición Patrones: promoción de condiciones favorables para la vida cotidiana y aquellas que contribuyen al logro de patrones de consumo alimentarios adecuados, potencializando acciones que promueven el derecho a la alimentación en 12 colegios oficiales de la localidad.

Suplementación con Micronutrientes: contribuir a la disminución de la prevalencia de deficiencia de hierro y presencia de anemia en el ámbito escolar mediante la desparasitación y suplementación con hierro a niños, niñas y adolescentes menores de 14 años en 12 colegios y 27 jardines oficiales de la localidad. La cobertura fue de 16501 niñas y niños suplementados en el 2009 en primera fase.

Salud visual: Divulgación y gestión para el cumplimiento del decreto 358 de 2009 en la promoción y prevención de la salud visual a 12 colegios y 27 jardines oficiales de la localidad. Con cobertura de 2880 niños tamizados. Se identifican estudiantes con posible alteración visual, a través de la realización de tamizaje visual y se realizar seguimiento a los padres de familia, sobre el proceso de salud visual. También se brinda educación en: Cuidados de los ojos y oídos, Defectos refractivos, Patologías auditivas, Signos de alarma y autocuidado de la visión y audición.

En los anteriores procesos, se brinda capacitación a docentes de los 12 colegios de la localidad.

Intervención de Salud oral: Desarrollan metodologías lúdicas en la formación de hábitos de salud oral para la prevención de enfermedades bucales en 10 Instituciones educativas. El número de niños y niñas vinculados en el 2009 fue de 12.374, en el 2010 bajó a 10400. Las edades de los menores están entre 5 a 11 años, distribuidos en los cursos de grado 0º a grado 5º de básica primaria. Si bien se mantiene la cobertura en las en número de colegios, el número de personas vinculados al programa ha disminuido sustancialmente la reducción en cobertura con respecto al 2009 fue de 2334 personas, correspondiendo a 18,86 %.

Las coberturas en los diferentes colegios beneficiados por cada territorio social son:

Diana marruecos: Colegio San Agustín Sede A (1807 escolares), Colegio Marruecos y molinos (1270), Colegio La paz (557), Colegio Palermo sur (1317), Colombia viva (2398)

Colinas: Colegio Misael pastrana Borrero (760).

Samoré: Colegio Alexander Fleming (1027), Colegio El Libertador (1320), Colegio Restrepo Millán (1281), Colegio Clemencia Holguín (635),

Transversalidad SAN: De acuerdo con la oferta institucional se encuentra que en la localidad Rafael Uribe Uribe, los programas se concentran en la UPZ 54 (Marruecos), 55 (Diana Turbay) y 53 (Marco Fidel Suárez) principalmente. En las UPZ 39 (Quiroga) y 36 (San José) la oferta es más baja.

Por medio de Sisvan escolar, se realiza promoción de alimentación saludable a través del tren de la alimentación y taller lúdico con la lotería de los alimentos. Por territorio la cobertura fue: Colinas: 41 Samoré: 83 Diana- Marruecos: 3

En este análisis no fue incluido el programa de recuperación nutricional de ICBF ya que según lo referido por la institución tuvo altibajos en su funcionamiento y suspendido en el último trimestre del año 2009. Sin embargo, se tendrá en cuenta para futuros análisis considerando su reactivación para el año 2010.

En el año 2009, la intervención Psicosocial del ámbito familiar, atendió un total de 34 casos de niños y niñas, los cuales representan el 19% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (183 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en los niños, equivalente al 82% del total de la población infantil intervenida. La distribución de casos según territorio social fue: COLINAS (12 casos), DIANA-MARRUECOS (11 casos), SAMORÉ (11 casos).

Por parte del ámbito comunitario- Intervención salud mental/ Línea Ciudad Protectora, se desarrollan las siguientes acciones: protegen la vida y fortalecen las autonomías y libertades individuales y colectivas, mediante la estrategia de promoción y restitución del derecho a la seguridad de las personas y la comunidad para la prevención de los eventos de lesiones de causa externa no intencionales como la accidentalidad doméstica y escolar e intencionales como la conducta suicida con énfasis en niños, niñas y adolescentes. Desarrollan actividades de prevención del suicidio a través de metodologías lúdicas dirigidas a niños y niñas de la primera infancia, escolares y cuidadores, en los que se trabaja sobre la identificación temprana de la conducta suicida y el fortalecimiento de los factores protectores. Grupos: primaria del Colegio Atanasio Girardot sede B, UPZ Restrepo y territorio GSI 4; niños y niñas de Jardines comunitarios de la localidad 18 en la UPZ Diana Turbay, territorio GSI Colinas y con niños. Hasta el momento se han realizado actividades con un total de 79 niños y 68 niñas, para un total de 147 personas.

Red social materno infantil: De las visitas de campo a familias gestantes en riesgo psicosocial y/o atención a necesidades urgentes en salud materno infantil, se atendieron en el 2009:

Tabla 33. Visitas de campo a familias gestantes en riesgo Psicosocial.

| COBERTURAS | Localidad Rafael Uribe |
|--------------------------------------|------------------------|
| Total mujeres gestantes atendidas | 2035 |
| Total mujeres gestantes adolescentes | 454 |
| Total gestantes desplazadas | 10 |
| Total niños y niñas intervenidos | 295 |
| Total procesos educativos | 24 |

Fuente: Red social materno infantil. Hospital Rafael Uribe 2009

Circuitos de reconocimiento de niños y niñas en territorio y de mujeres gestantes: Se realizaron a través de la búsqueda activa en el territorio de las mujeres gestantes y niñas y niños, especialmente en tres de las cinco UPZ's de la localidad incluso en aquellos territorios donde opera salud a su casa; pues incluso en aquellos lugares se siguen reflejando barreras de tipo administrativo para que las usuarias asistan de manera continua a los servicios de salud especialmente en los II y III niveles.

En los circuitos en territorio se realizaron 127 canalizaciones a mujeres gestantes, a los diferentes programas y servicios de salud a los cuales aún no han asistido y/o aquellos a los cuales han tenido algún tipo de barrera, ofreciendo diferentes alternativas para su oportuno acceso, especialmente en aquellos relacionados con el apoyo alimentario.

Circuitos de reconocimiento de niños, niñas, mujeres gestantes y sus familias, por la oferta institucional: Fueron realizados por medio de la identificación de grupos cautivos, realizando alianzas estratégicas interinstitucionales con diversos programas de apoyo, como la SLIS, ICBF, entre otros.

En los circuitos por la oferta institucional se logran realizar 234 canalizaciones (95 a mujeres gestantes y 119 a niños y niñas), a los diferentes programas y servicios de salud en los que no se encuentran adheridos.

El ámbito escolar a través de la intervención de Discapacidad en colegios integradores, realiza las siguientes actividades: 1- acompañamiento y asesoría a docentes y padres sobre la inclusión escolar de los niños y niñas con discapacidad al interior de las aulas para permitir su adecuado desarrollo y desempeño. 2. identificación de niños y niñas con discapacidad que no tenían atención médica o terapéutica, por lo que se realiza asesoría y seguimiento a los casos. Las coberturas alcanzadas durante el 2009 fueron de 36 seguimientos a niños y 16 niñas, para el proceso de los colegios promotores fueron un total de 80 intervenciones, 45 niñas y 35 niños. En un total de 10 colegios integradores de la localidad se asesoraron a 165 docentes y padres de familia en la identificación y seguimiento de los casos intervenidos en condición de discapacidad, en los colegios promotores se trabajó con 172 docentes. La distribución de los colegios abordados en esta intervención por territorio social es la siguiente:

DIANA MARRUECOS: colegio san Agustín (barrio San Agustín), colegio Marruecos y molinos sede B (Barrio molinos del sur),

COLINAS: colegio José Martí sede B (Barrio Colinas), colegio José Martí sede C (barrio granjas), colegio Gustavo Restrepo, Gimnasio San José (barrio Gustavo Restrepo), Instituto Nuestra Señora de la Sabiduría para niños sordos (El sosiego), colegio Carmen Teresiano (barrio country sur).

SAMORÉ: colegio Alexander Fleming (barrio San Jorge Sur), colegio hermanos Beltrán (barrio San Jorge Sur)

Para 2010 se continúa el trabajo en colegio José Martí sede B, Barrio Colinas. Colegio José Martí sede C, barrio Granjas. Colegio hermanos Beltrán barrio San Jorge sur UPZ Marco Fidel Suárez, Gimnasio san José, barrio Gustavo Restrepo y el Instituto Nuestra Señora de la Sabiduría para niños sordos barrio El sosiego.

Por parte de la intervención salud visual y auditiva se crean estrategias que contribuyan a mejorar el acceso a los servicios de salud, por medio de la canalización de casos a universidades en convenio o respectivas EPS.

Análisis de respuestas

Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

Ámbito familiar: las acciones de canalización y atención oportuna de niños y niñas que presentan algún tipo de desnutrición se ven afectadas por la suspensión de la línea Seguridad Alimentaria y Nutricional, sumado al hecho de la reducida intervención que realiza el programa Sisvan por los criterios de inclusión que maneja, igualmente los reducidos cupos para programas de complementación alimentaria en la Localidad.

Otros factores que afectan esta respuesta son: las visitas fallidas en un 20% aproximadamente del total de visitas realizadas, que dificultan la valoración y priorización de actividades para el menor; las familias que se niegan a recibir los beneficios del programa SASC.

Así mismo la inseguridad no permite el acceso a algunos Microterritorios entre los cuales se encuentran:

Territorio Diana Marruecos: microterritorios 34 y 15 (El Portal, La paz Caracas), microterritorio 1 (Rincón del Valle), microterritorio 10 (Playón Playita)

Territorio colinas: microterritorio 22 (Calle del tango), microterritorio 36 (Colinas)

La falta de seguimiento oportuno por pérdida de contacto de casos en condición de riesgo o vulnerabilidad, negligencia de cuidadores traslado a otras ciudades o localidades, puede convertirse en factor de riesgo para análisis en comités de mortalidad materna, perinatal en infantil.

Por otra parte, se debe realizar articulación con el ámbito escolar (intervención jardines) para garantizar seguimiento de niños y niñas con visitas fallidas desde SASC.

Ámbito escolar: Otro factor que influye en el óptimo crecimiento y desarrollo de la población infantil y mantenimiento de un adecuado estado de salud, son las prácticas de actividad física, las cuales no son suficientes, ni seguras en los territorios y en las escuelas son reducidas o no cuentan con espacios ni elementos de trabajo. De igual forma en las instituciones educativas desconocen la importancia que la educación deportiva brinda, no hay personal capacitado para realizar estas actividades, especialmente a niños entre 2 a 6 años. En muchas ocasiones en la escuela y en la casa el deporte es utilizado como un medio represivo. Si por ejemplo, un estudiante no rinde en matemáticas, el "castigo" consiste en impedirle la participación en algún certamen deportivo. Esto está en total contravía con la verdadera educación.

Con la Suplementación de micronutrientes, hierro y vitamina A que se realiza a través del ámbito escolar, no hay cobertura universal del programa en la localidad; Se detectan brechas de tipo técnico en el inadecuado suministro de las dosis para los niños y niñas y una falta de compromiso en los colegios. De igual forma es importante considerar la evaluación de impacto de este programa y la modificación realizada en cuanto a perfiles que lideran este programa.

Por el PDA Salud oral se pudo observar en los diferentes ámbitos: que existe una brecha cultural que incide sobre el manejo de hábitos de higiene adecuados; no es prioritario el acceso al servicio de salud oral, porque no se considera una necesidad básica en las familias y en algunos sectores la cobertura de servicios públicos es inadecuada.

Los proyectos productivos están diseñados para trabajar en poco tiempo, con núcleos pequeños y con baja inversión, lo cual no dan solvencia a la problemática de la localidad. Además, son desarticulados con las demás instituciones, lo que genera una saturación de capacitaciones que finalmente provocan la no aceptación y rechazo de la comunidad.

Salud visual: Los niños y niñas estudiantes de las instituciones educativas distritales, con alteración visual no tienen los recursos económicos para la obtención de gafas. Padres de familia en condición de desempleo. El bajo nivel académico de los padres de familia.

Gestión sanitaria y ambiental: La presencia institucional de la Secretaría de Ambiente no cubre la totalidad del territorio sin alcanzar la cobertura en acciones pues existe un déficit de personal. La carencia de una plaza de mercado en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales afecta el buen acceso a alimentos sanos. El Jardín Botánico realiza actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes públicas que son insuficientes para las necesidades de la población.

Por parte de la comunidad en general se observan malos hábitos debido a que agreden con sus conductas al ambiente y contribuyen con el deterioro del mismo. Hace falta reforzar las medidas en cuanto a cumplimiento de normas para preservar el medio ambiente y generar nuevas estrategias pedagógicas que permitan un cambio real en este tipo de conductas.

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

La intervención Psicosocial desde el ámbito familiar no atiende oportunamente a la población infantil afectada por eventos de salud mental, debido a casos fallidos por errores en direcciones y teléfonos en las canalizaciones, por migración de territorio o por no deseo de atención por parte del usuario. Sumado a lo anterior la intervención Plurimodal que ofrecía acciones preventivas para la familia en situación de enfermedad incipiente o bajo riesgo no le fueron asignados recursos en el año 2010.

Desde la estrategia AIEPI, se encuentran debilidades en la articulación con Sivim, no hay una adecuada retroalimentación de los casos debido a la rotación de personal.

Con relación a las gestantes, Salud a su casa no alcanza a cubrir el total de la localidad y para el año 2010 la intervención salud sexual no fue contratada por falta de recursos. Esta situación repercute en la falta de identificación oportuna de posibles riesgos biopsicosociales en las mujeres gestantes, que se pueden convertir en graves problemas para la salud integral de la madre y el hijo.

Por la intervención de AIEPI del ámbito familiar, es importante valorar el tema de higiene personal deficiente, como una forma de descuido y negligencia, lo cual amerita la inclusión de esta variable con código en el nuevo formato a través de SDS.

Por el PDA Salud Mental: se observa dificultad para la cobertura de la localidad por falta de presupuesto. No se cuenta con una base de datos unificada que evidencie las acciones realizadas. Por el ámbito escolar el horario de atención brinda la línea 106 no cubre la demanda de las llamadas y además el costo de la como tarifa local imposibilita el acceso de los menores que no cuentan con este servicio telefónico o el mismo es restringido.

En cuanto a la movilización de la ruta de salud mental, falta articulación al interior de la ESE que posibilite la atención integral y retroalimentación de los casos y procesos relacionados con el tema, lo cual repercute en la credibilidad del proceso por parte de los colegios intervenidos por salud al colegio. La falta de oportunidad del hospital en la atención de los casos por no contar con el talento humano suficiente para atender la demanda empeora esta situación.

Faltan respuestas integrales para abordar el tema de trabajo infantil, por dinámicas aisladas de los actores locales, así mismo desde el ámbito laboral la demanda de casos supera las metas contratadas. Otro factor que agudiza este problema son las pocas ofertas Institucionales para el adecuado manejo de tiempo libre de los niños y niñas.

Desde la intervención de trabajo infantil, se encuentran precarias condiciones económicas y factores de alto riesgo Psicosocial para los niños y niñas, entre los cuales se encuentran: atención al público, humillación, malos tratos por parte de empleadores y asumir responsabilidades que no son propias para la edad. Para atender estas situaciones, solo se cuenta con intervención a familias por psicólogo de 2 horas, por parte del hospital y por la Subdirección de Integración Social (SIS) se intervienen algunos grupos que no alcanzan a cubrir al 100% de población canalizada.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Salud a su casa realiza canalización diaria a los diferentes servicios que presta el Hospital, sin embargo la población que atiende el programa no siempre se encuentra capitada con el Hospital. Adicionalmente continúa presentándose inconvenientes para acceder con facilidad a las citas que ofrece el Hospital. Dentro de las quejas que la población presenta en el control 19 de SASC realizado en el mes de Diciembre 2009 se encuentra: nunca hay citas para control, es difícil el acceso a citas en los Cami, es necesario madrugar, nos remiten al Cami Olaya nunca hay citas o hay que llegar a las 4:00 a.m. No hay prioridad.

Las brechas que existen para lograr de manera óptima las actividades de canalización de usuarios se relacionan con: Las diferentes intervenciones reportan que las direcciones y datos personales no son 100% reales, por condiciones inherentes a cada persona como condición de desplazamiento, temor a ser retirados de las ayudas gubernamentales o temor a sanciones por conductas inadecuadas.

A través del resultado del análisis del indicador de canalizaciones en el ámbito IPS, con corte enero a abril de 2010, de 8.840 personas canalizadas a los servicios de Promoción y Prevención (PYP) del Hospital (pertenecientes a todos los Regímenes de salud), solo fueron atendidas efectivamente 2.770, que corresponde al 31%. Lo anterior evidencia que la demanda supera la capacidad instalada de cada uno de los Centros de Atención del Hospital y la otra causa es que no todos los se encuentran capitados por el hospital, lo cual también se convierte en una gran barrera ya que no se puede confirmar las causas por las cuales no acceden estos usuarios a las diferentes EPS.

De acuerdo con el ejercicio de semaforización de las EPS, por parte de la Intervención de discapacidad en colegios integradores y promotores del ámbito escolar, se observa que la atención en la IPS, donde acceden los usuarios a sus servicios en salud, continúa con la misma calificación.

La atención, accesibilidad y cobertura que se tiene en la localidad Rafael Uribe en Colegios promotores, está cubierta en su mayoría por EPS subsidiadas y Fondo de financiamiento Distrital y la atención para personas en condición de discapacidad la realiza la IPS Bravo Páez, teniendo una atención para asignación de citas superior a 20 días y cuando no cuenta con servicios especializados como T.A.C, resonancia son remitidos a otras instituciones, lo que genera en los usuarios mayor tiempo de espera para atención oportuna.

Para los usuarios de Colegios promotores, la atención se centra en la autogestión según las necesidades presentadas o identificadas en el programa salud al colegio. Los usuarios refieren cierta dificultad al acercarse con la remisión asignada desde la referente para la atención a la que han sido canalizados ya que en algunas oportunidades la desconocen, la ignoran, la aplazan, o existe cierta demora para el acceso.

Los menores identificados o canalizados casi siempre no inician el tratamiento acorde con la dificultad ya que sus padres o tutores muestran apatía a la solicitud por dichos inconvenientes referidos en reuniones de seguimiento o sensibilización frente al proceso.

En otros casos se logra la atención pero los padres o tutores desconocen el procedimiento, evolución y finalización para el tratamiento implementado, existen barreras en el manejo de la comunicación y orientación a padres de los menores identificados.

La dificultad de acceso a los servicios de salud, hace que el Programa salud al colegio pierda cierta fuerza y credibilidad al realizar la movilización de la ruta, por la poca capacidad resolutoria de las problemáticas en los niños y niñas canalizados identificados con NEE.

Desde la intervención salud visual del ámbito escolar, se identifican barreras de acceso a servicios de salud, por especialistas., falta de cobertura de los tratamientos por parte de las EPS y discriminación de la población con alteración visual por parte de la población infantil de las instituciones educativas distritales.

IPS: El frágil ejercicio de la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud y los Lineamientos Técnicos fraccionados no permite la integralidad de las acciones, no existen referentes por ámbito e intervenciones. No involucran a los gerentes para que asuman directrices en materia de salud pública.

Existe fragmentación en la prestación de los servicios de salud; el modelo de salud refleja una perspectiva reduccionista y mecanicista de los servicios asistenciales. No hay articulación entre las actividades de promoción, prevención y detección del PIC con las de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Lo cual se ve reflejada en las canalizaciones inefectivas en las diferentes líneas.

Los referentes de salud oral expresan que existe miedo por parte de profesionales, para efectuar la denuncia de ciertos casos, pues no existe un sistema de protección de su integridad por amenazas producto de la denuncia. Existe desconocimiento a nivel general sobre la cultura de la denuncia y manejo jurídico.

En auditoría realizada a historias clínicas en el 2010, por parte de calidad HRUU, se encontró que no hay valoración integral en la población menor de 5 años y gestantes en el área de P Y P y Urgencias, esta situación ocurrió en todos los centros de atención del hospital a excepción del Centro de atención Sevilla.

Las guías de atención para salud oral no están actualizadas lo cual genera diferencias en las intervenciones educativas, lo cual influye en el mantenimiento de la prevalencia de enfermedades en salud oral.

En las ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Algunos centros de atención, como SAN JORGE todos los consultorios se ubica en el 2 piso, se observan paciente en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes. En Diana Turbay y Lomas, tampoco entran las sillas de ruedas. IPS realizó caracterización de los centros, se radico en SDS y se presento a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

De igual forma se observan servicios y programas fragmentados que responden a una visión fragmentada de la realidad de la persona y no da respuesta a la complejidad de sus necesidades.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Scord Card están unificados se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

ETAPA JUVENTUD

Dentro de los núcleos problemas de la etapa de ciclo vital juventud encontramos muchos determinantes sociales que nos lleva a identificar las brechas existentes. El objetivo es poder proponer como institución respuestas integrales que se confrontaran con las respuestas desde la intersectorialidad y así poder brindar una verdadera solución a las necesidades que hoy en día viven los y las jóvenes.

A continuación se describen las respuestas para los núcleos problemáticos identificados, resultado de los ejercicios de análisis en los espacios del equipo técnico poblacional de juventud y la unidad de análisis. Los referentes de TV, PDA y ámbitos en conjunto analizan sus acciones en lo local, las brechas, coberturas, enfoque territorial y diferencial para por ultimo poder proponer respuestas integrales.

Balance de la oferta actual

Fortalecimiento Organizaciones Juveniles: Desarrollan habilidades y competencias de los grupos y organizaciones que promueven y faciliten la movilización y fortalecimiento del tejido social en torno a la salud, como estrategia de construcción de nuevos sentidos de protección frente a la vida y redefinición de prácticas de cuidado, contribuyendo con el desarrollo de la política pública de juventud, en el marco del enfoque promocional de la calidad de vida y de la política sectorial de "la salud como derecho". Cobertura: Fortalecimiento a 4 organizaciones o grupos juveniles de los territorios: Diana Turbay – Marruecos (molinos) UPZ 54 Marruecos y Samoré (libertador, Inglés, Bravo Páez) UPZ 39 Quiroga.

En este ejercicio se busca avanzar en el desarrollo de la autonomía y el ejercicio de ciudadanía, la participación y movilización social en el fortalecimiento del tejido social y la incidencia en decisiones acordes con las necesidades de la población juvenil.

Sus estrategias con los grupos juveniles se enfocan en fortalecer estas organizaciones juveniles y el reconocimiento de los territorios afectivos y sociales de preadolescentes. Busca la articulación con los demás programas o procesos de salud pública que trabajan con jóvenes para lograr sus objetivos.

Tú vales: Es un programa integral dirigido a mujeres cuidadoras de hogar para la promoción de la actividad física, Promoción de Espacios Libres de Humo, Incremento en el consumo de Frutas y Verduras y Liderar Cambios. En él se desarrollan 7 sesiones de nutrición, 7 sesiones de actividad física, 3 sesiones de lidera cambios y 2 sesiones de espacios libres de humo, con cada grupo abordado. Dichas sesiones son de capacitación y educación y tienen como objetivo prevenir la presencia de enfermedades crónicas en la población y estimular la multiplicación de conocimientos y prácticas aprendidas con su familia y la comunidad en general. Se desarrolla con 10 grupos en la localidad Rafael Uribe y ubicándonos actualmente en los territorios de Diana Turbay, Samoré y Colinas para Rafael Uribe. Metas anual: 24 grupos al año, cada uno con 20 a 25 personas entre los 18 y 65 años de edad.

Muévete comunidad: Construir y/o fortalecer procesos socio políticos para abogar por el mejoramiento de la calidad de vida y salud, a través de la promoción de condiciones que facilitan la práctica de actividad física, con colectivos de los territorios de las localidades del distrito capital.

Se realiza la promoción y la abogacía por la práctica de la actividad física a 13 grupos comunitarios ubicados en la localidad y Rafael Uribe Uribe, donde se abordan temas relacionados con los beneficios de la actividad física, determinantes, trabajo en equipo, liderazgo, normatividad y espacios públicos. Este proceso tiene como mínimo una intensidad de 16 sesiones por grupo. UPZ – territorios: Diana Turbay – Marruecos (molinos, cultivos) UPZ 54 Marruecos, Samoré (Libertador, Bravo Páez) UPZ 39 Quiroga. Actualmente se cuenta con grupos de Rap, Brace Dance en Muévete Comunidad y jóvenes pertenecientes al ISPA que se encuentran en TU VALES.

El hospital desde la intervención psicosocial tiene proyectos dirigidos específicamente a las familias, orientados a procesos de autonomía, restablecimiento de derechos y educación en el medio familiar y la ampliación de redes de apoyo.

En el año 2009, la intervención Psicosocial del ámbito familiar, atendió un total de 81 casos en jóvenes de ambos sexos, los cuales representan el 44% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (183 casos). En la distribución por género existe predominio de factores que influyen en la salud familiar en las jóvenes (61,7%), mientras que en los jóvenes se presentó en un 38% de los casos. La distribución de casos según territorio social fue: COLINAS (27 casos que equivalen al 33% del total reportado), DIANA-MARRUECOS (41 casos que equivalen al 50,6% del total reportado), SAMORÉ (13 casos que equivalen al 16% del total reportado).

El programa Tu Vales del Ámbito comunitario, desarrolla acciones para la apropiación y actualización del conocimiento, acercamiento a la comunidad para conformación de grupos, desarrollando módulos de espacios libres de humo, lidera cambios, actividad física y patrones de consumo. La cobertura en el 2009 fue de 15 jóvenes donde solo participa un hombre que pertenecen a la institución educativa san Pablo apóstol. La población se ubicó en el territorio Samoré (UPZ Quiroga, barrio Libertadores).

Desde el ámbito escolar- Intervención salud mental: se realizan: Promoción de la línea 106: Grupo de estudiantes máx. 15 niños multiplicadores, capacitados en temas de salud mental y reconocimiento

de la línea. Movilización de la ruta de atención ante violencias: capacitación y formación a la comunidad educativa; identificación y canalización de casos. Sensibilización en conducta suicida: Sensibilización y formación a docentes en conducta suicida y factores de riesgo, primeros auxilios psicológicos; Identificación y canalización de casos. Jóvenes en total 2009: 89 que representan el 39% de la población total. 61,5% hombres y 38% mujeres en relación a población total.

Acción Promocional: Salud Sexual y Reproductiva: Fortalecimiento de competencias en educación sexual, a través de la apropiación del conocimiento para propender por la construcción de una escala de valores y por el desarrollo de la autonomía. Con la adolescente gestante: Realización de las visitas domiciliarias, en el espacio familiar y el trabajo realizado en el colegio. Este último comprende la movilización de la ruta de atención y la socialización y restablecimiento de derechos. Se atienden Jóvenes de ambos sexos pertenecientes a los grados sextos, séptimos, octavos, novenos, decimos y onces, ubicados en los siguientes colegios: SAMORE: IEDs Restrepo Millán y Clemencia Holguín y Alexander Fleming. COLINAS: IEDs Misael Pastrana. DIANA- MARRUECOS: IEDs Palermo sur, La Paz, Marruecos y Molinos, San Agustín, Colombia Viva y Alfredo Iriarte.

Acción Promocional: Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas: Durante el año 2009, se trabajó diferentes fichas técnicas sobre resolución de conflictos, manejo de ira, autoestima, proyecto de vida, asertividad, actividades para el aprovechamiento del tiempo libre, etc. Por medio de estrategias comunicativas y lúdicas tales como: afiches, plegables, cine foros, charlas, conversatorios, bitácora interactiva, Talk shows con invitados que han sido consumidores, encuentros con padres de familia y obras de teatro con grupos líderes de los colegios. Ubicado en DIANA- MARRUECOS: IEDs Marruecos y Molinos (barrio Molinos del sur)- San Agustín (barrio la Picota).

Sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (Sivim): Se realiza seguimiento a casos prioritarios (presunto abuso sexual y/o aquellos que revisten riesgo de fatalidad), o de control (casos que se encuentran intervenidos por otras instituciones) a través de IEC (investigaciones epidemiológicas de campo), consulta programada, seguimiento telefónico, canalización a instituciones.

Durante el proceso de seguimiento los profesionales encargados del caso asesoran, orientan y realizan acompañamiento si así lo requieren a las víctimas de alguna situación de violencia.

La atención a víctimas de violencias comprende 13 acciones, donde se realiza una evaluación y un diagnóstico, lectura del paciente y sus redes de apoyo, se establece un plan de tratamiento y unos objetivos, diligenciamiento de ficha Sivim, articulación de caso por trabajo social y psicología, se realiza psicoterapia.

Desde la transversalidad Género-componente mujer: Se realiza posicionamiento de la política pública de género y LGBT en los diferentes espacios. Se realizar jornadas de sensibilización con las mujeres como 8 de marzo día internacional de los derechos de las mujeres, 28 de mayo día internacional por la salud de las mujeres y 25 de noviembre día de la no violencia contra las mujeres y 16 días de activismo. Proyecto intercambio saberes: 20 hombres- 23 mujeres. Jornadas de salud: 7 mujeres de la etapa juventud. Esta transversalidad coordina sus acciones con diferentes instituciones como son: Casa de igualdad de oportunidades, punto focal de las alcaldías y abogada jurisperita.

Por el ámbito Comunitario-Comedores se realiza: capacitación en temas como: Resolución de conflictos, derechos colectivo, Buenas Prácticas de Manufactura, Pautas de Alimentación saludable, trastornos alimentarios, Política de Seguridad Alimentaria. Soberanía Alimentaria, Redes Sociales, BPM, Derechos y Deberes, Reconocimiento institucional (como por ejemplo Dirección Local de Educación, Personería y otros), Habilidades para la vida. Reconocimiento de BPM. Las coberturas son: COLINAS (niñas: 46 y niños: 42), SAMORE: (niñas: 93), DIANA -MARRUECOS:(niñas: 195 y

niños: 160) y 96 personas desplazadas.

UEL: Proyecto: 504 “Fortalecimiento de Ciudadanía en salud y comunidades saludables”

Componente: Salud al Colegio Vigencia: 2009

Componente 1 de Prevención: Formación de líderes, Encuentro de promoción y multiplicación y Diseño de cartillas: “Decálogo de la paz”.

Componente 2 Promoción: Jornadas de reconciliación familiar con padres de familia y estudiantes con el fin de fortalecer la vinculación afectiva.

- Guías de fortalecimiento familiar: Se desarrollara un proceso de acompañamiento a través del desarrollo de 2 guías una duración de 1 hora enfocada al fortalecimiento familiar.
- Jornadas de reconciliación escolar: Se realizaran 16 jornadas de impacto escolar, adicionalmente se ubicara un espacio en cada IED denominado el rincón de la paz en el cual se trataran las situaciones de conflicto presentes.

Componente 3 intervención: Se realizara asesoría psicológica a 139 estudiantes y sus familias 17 por cada IED víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, adolescente gestante, niño, niña y joven trabajador, conducta suicida.

Coberturas: COMPONENTE: PREVENCIÓN: 80 líderes estudiantiles (20 por cada IED) de los grados 8, 9,10 y 11 que se convertirán en Gestores de Reconciliación y Paz. COMPONENTE 2: PROMOCION. Se realizaran 8 jornadas de reconciliación (2 por cada IED) Se seleccionara 10 núcleos familiares por cada IED. COMPONENTE 3: INTERVENCIÓN, Asesoría psicológica a 139 estudiantes y sus familias 17 por cada IED víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, adolescente gestante, niño, niña y joven trabajador, conducta suicida.

El Centro de Escucha Granjas de San Pablo realiza la atención a víctimas de violencias comprende 13 acciones, donde se realiza una evaluación y un diagnóstico, lectura del paciente y sus redes de apoyo, se establece un plan de tratamiento y unos objetivos, diligenciamiento de ficha Sivim, articulación de caso por trabajo social y psicología, se realiza psicoterapia. Adolescentes de ambos géneros que pertenecen al Fondo Financiero y residen en la localidad 18.

Desde los sectores locales se encontraron las siguientes acciones:

IDIPRON: Promoción para la formación integral del niño/a, joven en situación de vida en calle, pandillero, en riesgo y alta vulnerabilidad, es decir; su desarrollo físico, social y espiritual para que, en el marco de un profundo respeto por su libertad e individualidad, logre avanzar gradualmente e integrarse a la sociedad, al trabajo y mantenerse como ciudadano de bien. Desarrollar acciones preventivas de la problemática callejera que afecta a la población en situación de vulnerabilidad. Dirigido a Niños y niñas habitantes de calle con edades entre 8 y 14 años. Atención integral a jóvenes en condición de pandilla con edades entre los 14 y los 26 años que estén des escolarizados. Meta 2010 375 personas.

DILE: Secretaría de educación / dirección de bienestar estudiantil programa salud al colegio/ gestión local – dile Rafael Uribe Uribe: Realizan promoción, prevención, identificación y atención de casos de niños y adolescentes matriculados en las instituciones educativas oficiales de la localidad de factores y dificultades que interfieren en la permanencia y el aprendizaje escolar. Coberturas: Con estrategia directa con las acciones coordinadas con el hospital Rafael Uribe Uribe 10 Restrepo Millán sedes c y b, Misael pastrana y Alfredo Iriarte sede b. Para acciones con la Secretaría de educación se

trabaja con los 26 colegios de la localidad. Colegios de la localidad a saber: la paz, Palermo sur, san Agustín, Colombia viva, Alexander Fleming, Marruecos y molinos, clemencia Holguín.

El proyecto 535 servicios integrales a las Familias: Realiza fortalecimiento de estrategias o de acciones para la prevención de la violencia intrafamiliar- Contrato 4370 – 2009 Entre Rosa Helena Casas Sarmiento y La UEL Rafael Uribe Uribe: Contribuir al restablecimiento de derechos de niños, niñas, jóvenes y sus familias afectados o en riesgo por episodios de Violencia Intrafamiliar, abuso y explotación sexual y maltrato a los menores en la Localidad Rafael Uribe Uribe mediante el desarrollo de acciones de atención y prevención de dichas problemáticas. Cobertura: Niños, niñas, jóvenes y sus familias en situación o en riesgo de Violencia Intrafamiliar atendidas en el componente de identificación. Docentes de los diferentes colegios de la localidad atendidos en el componente de prevención. Niños, niñas y jóvenes y sus familias, atendidos en el componente de prevención. Grupos familiares en situación de vulneración de sus derechos por conductas violentas al interior de la familia que requieren atención terapéutica. Ubicados en los tres territorios sociales.

Clubes Juveniles y pre-juveniles ICBF: Apoyan el fortalecimiento de organizaciones pre-juveniles y juveniles como espacios de crecimiento grupal, que faciliten la integración social, el ejercicio de sus derechos, la construcción de ciudadanía, la construcción de proyectos de vida colectivos, en un ambiente de respeto, sana convivencia y dignidad humana, en interacción con la familia, la comunidad como parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Previenen el maltrato, el abuso sexual, la drogadicción y otras problemáticas que afectan a los jóvenes en condición de especial vulnerabilidad. Cobertura: NNA entre 7 y 18 años de edad de sectores poblaciones con vulnerabilidad socioeconómica y cultural; prioritariamente pertenecientes a hogares con jefatura femenina; niños, niñas y jóvenes trabajadores desescolarizados o desplazados por la violencia (idealmente pertenecientes a los niveles I y II de SISBEN).

Instituciones amigables y saludables PDA salud mental (IPS): Realiza capacitación a funcionarios de los centros de atención: Granjas de San Pablo, Bravo Páez, Diana Turbay, Chircales, Lomas, Olaya, Sevilla; en temáticas de socialización de la ruta, línea 106, Interrupción voluntaria del embarazo y portafolio de servicios de salud mental. También se brinda asesoría Técnica a IPS con servicios de salud mental, inducción y re inducción a funcionarios de salud mental de ámbitos y componentes. Coberturas: Periodo de enero a mayo 2010: asesoría técnica: Granjas: 2 funcionarios y 6 funcionarias. Bravo Páez: 4 funcionarias. Cami Olaya: 5 funcionarias. Capacitación: Cami Diana Turbay: 5 funcionarios y 3 funcionarias. Cami chircales: 1 funcionaria. Cami Olaya: 1 funcionaria, San José obrero: 6 funcionarios y 4 funcionarias, Cami Lomas: 9 funcionarias. UBA móvil: 3 funcionarios, 1 funcionaria. Sevilla 2 funcionarias. Subgerencia de servicios: 8 funcionarios, 4 funcionarias. Mesa de sexualidad: 14 funcionarias. Inducción y re inducción: 6 funcionarias de ámbitos y componentes de salud mental.

Desde ámbito familiar, se considera que la formación de los jóvenes en educación técnica, tecnológica o profesional es costosa, sumado al hecho que deben trasladarse fuera de su localidad, aumentando los costos de inversión. Por parte de la intervención Discapacidad del ámbito familiar, se trabaja de forma articulada para proceso de ayuda técnicas, acompañamiento a cuidadores, lo cual facilita la el desempeño de los jóvenes en alguna actividad de formación o laboral. En el 2009 la meta estaba en 224 casos para los tres territorios de GSI de toda la etapa de ciclo.

A través del ámbito LABORAL se realizan las siguientes acciones por Intervención:

Trabajo infantil: Identificación de niños y jóvenes trabajadores y desescolarizados / atención de casos y canalización intra e interinstitucional.

Laboral desplazados: Mejorar las condiciones de trabajo en seguridad industrial y asesoría de sus derechos como población desplazada.

Laboral Empresas Formales Discapacidad: Sensibilización sobre el decreto 470, Política pública distrital de discapacidad, para que se empoderen de los derechos por personas en condición de discapacidad; también derechos y deberes en salud ocupacional, con el fin de que los jóvenes busquen trabajo en condiciones dignas y seguras.

Las coberturas 2009 son: En el 2009 se caracterizaron 447 niñas y niños trabajadores. El 26,3% de las niñas trabajadoras identificadas estaban entre los 5 y 10 años de edad, seguido del 11,9% entre 16 y 17 años; en cuanto al sexo masculino, se encontró un mayor porcentaje de niños trabajadores entre los 5 y 10 años con un 26,4% y con un 17,9% en las edades de 16 y 17 años.

La distribución del total de niños y niñas trabajadores por género fue 54,1% masculino y 45,9% femenino.

En 2010 la línea de trabajo Infantil caracterizo 288 niños y niñas trabajadores. Aun no se ha procesado la información por lo que no se cuenta con todos los datos que se tuvieron en cuenta para los años 2008 y 2009.

Formación de líderes en Salud y Trabajo: En el 2009 se Trabajaron tres grupos de estudiantes del Instituto San Pablo Apóstol de los programas de marroquinería, inyección de plásticos y mecánica industrial.

En el 2010 se Trabajaron dos grupos de estudiantes del Instituto San Pablo Apóstol de los programas de inyección de plásticos y mecánica industrial.

Con respecto a las transversalidades de etnias, desplazados y discapacidad que se encuentran sumergidas dentro de este núcleo problema tenemos acciones que puedes velar sobre derechos sociales y productivos en temas de educación y trabajo como: Socializar y sensibilizar la política pública étnica a los jóvenes en el reconocimiento de los derechos que les otorga la ley para la participación en los diferentes proyectos productivos que hay en los espacios locales, donde se les dé un trato incluyente con el enfoque diferencial. Promover universalidad y la equidad en el acceso a los servicios de salud a través de intervenciones y políticas de salud en particular tendiente a reducir o eliminar las desigualdades o inequidades sociales además de sensibilizar sobre redes de apoyo en la localidad.

El ámbito IPS desarrolla las siguientes acciones como respuestas a las situaciones encontradas en este núcleo problemático:

Fortalecimiento y/o construcción de redes institucionales para la operación de los programas de salud pública con articulación del sector público y privado. Programas de salud pública posicionados e implementados.

Programas de salud pública innovadores, integrales e integrados con enfoque de ciclo vital y guías de atención actualizadas y unificadas.

Profesionales de salud con habilidades, conocimientos y actitudes frente a la salud pública.

Implementación del proceso de Humanización en la prestación de los servicios

Programas de salud pública con seguimiento permanente y evaluación periódica.

Avances en el Proceso de Acreditación en las ESEs, incluidos procesos de Salud Pública

Fortalecimiento de los referentes de Intervención a los procesos de Calidad, para revisión, adopción y socialización de guías.

Desde la construcción colectiva, crear propuestas que apunten a la garantía de mejores alternativas en salud a la población, es decir, la integración de diversos actores (sociales e institucionales) favorece la lectura de necesidades y la identificación de respuestas que apunten a las necesidades reales de los grupos poblacionales.

Visitas de verificación por parte de la SDS a las ESEs para certificar la Habilitación de los prestadores.

Asignación de mayor presupuesto para ampliar los tiempos e intervención

Implementación, reporte y seguimiento a Indicadores de Impacto de Salud Pública que relacionan la ejecución de actividades de P y P

Implementación de la estrategia “ IPSs Amigas de la Discapacidad y su familia” en las IPS Públicas y Privadas para sensibilizar al talento humano y prestar servicios con calidad y calidez.

Implementación y reporte de Indicadores Trazadores a los Procesos de Salud

Implementación y reporte de Indicadores de Impacto en Salud Pública

En el programa de salud sexual y reproductiva del hospital se busca articular intersectorialmente acciones de identificación, información y canalización efectiva a servicios de salud a las adolescentes desarrollando acciones de asesoría, acompañamiento, construcción de conocimiento en torno a la vivencia de la sexualidad y movilización de la comunidad.

Un programa estratégico que incide positivamente para dar respuesta a este núcleo problema es la implementación de un servicio amigable en salud para jóvenes en el hospital Rafael Uribe UPA San Jorge. El cual busca minimizar las barreras de accesos del joven a la salud hasta ahora en temas de salud sexual y reproductiva, servicios en regulación de la fecundidad planificación, asesorías en VIH – ITS, salud oral y medicina general. De allí la importancia que este servicio cada día se vuelva más integral y pueda brindar mejores respuestas a las necesidades de los jóvenes. En la actualidad es fundamental replicar este trabajo en toda la localidad.

En temas de salud oral se busca fortalecer y apoyar las prácticas de autocuidado y el mantenimiento de prácticas saludables en salud oral estas acciones se desarrollan en institutos educativos, en visitas familiares, espacios comunitarios y se canalizan para hacer seguimiento y tratamiento en los servicios de consulta externa del hospital.

También es de resaltar las otras acciones que se realizan con el ámbito IPS y que de una u otra manera viven más directamente las falencias del sistema de salud frente a los y las jóvenes. Estos programas son el de crónicos y cáncer de cuello uterino, los cuales han incidido para dar respuesta frente a estos problemas de salud, sin embargo manifiestan que aún hay mucho por hacer sobre todo en temas de cobertura, calidad y eficiencia

En cuanto a los programas medio ambientales del hospital y que hacen parte de este núcleo problema se destacan: Inspección vigilancia y control a establecimientos Abiertos al Público e industrias que puedan ofrecer riesgo para la población. Acciones de promoción y prevención en enfermedades compartidas entre el hombre y los animales. Seguimiento a familias mediante la Estrategia Entornos Saludables. Visitas por vivienda Saludable. Formación a Monitores Ambientales Comunitarios. Jornadas Ambientales de mejoramiento del Entorno.

Desde el sector salud se determinó en el plan Distrital de Salud como meta a 2010 haber implementado el programa de promoción de la actividad física en los ámbitos cotidianos de los

jóvenes de 13 a 17 años de los colegios intervenidos en cada localidad por parte del programa salud al colegio, en consecuencia hay que contribuir al desarrollo de una educación enmarcada en el reconocimiento del cuidado propio y de la salud, como componentes básicos del bienestar, donde la actividad física es uno de los medios para lograrlo.

Se pretenden afectar los procesos y prácticas pedagógicas de las instituciones educativas, transcurriendo desde las dinámicas escolares cotidianas, como una forma de materializar la acción sobre los determinantes de la calidad de vida de las comunidades educativas, con esto nació la idea de trabajar en las instituciones educativas con la propuesta de desarrollo de acciones desde un modo de trabajo acompañado y colaborativo por parte del sector salud apoyados en la construcción de equipos técnicos que han querido pedagógica acciones de salud en el ámbito escolar. El proyecto pedagógico “Tiempo Libre” liderado por la ESE Hospital Rafael Uribe Uribe en la localidad 18 cumplió con la meta estimada para ésta vigencia en un 70% de las 15 instituciones educativas distritales intervenidas (10 IED) , ésta meta se justifica por la dinámica identificada en la mayoría de los colegios frente al desarrollo del proyecto y por la necesidad de fortalecer con mayor dedicación de tiempo, las iniciativas y procesos donde los grupos gestores no demostraron mayor grado de compromiso, además de tener en cuenta que algunos colegios ni siquiera cuentan con maestro de educación física.

Desde la intervención entornos saludables- ámbito comunitario se desarrollan acciones: de educación en deberes y derechos de la salud, ejercicio de reconocimiento territorial y lectura de necesidades, fortalecimiento en el proceso de formación para la práctica de agricultura urbana, gestión que favorezca el proceso de reconocimiento de las políticas públicas de calidad de vida y salud y sus líneas de acción, Construcción de mapa de actores local y al interior de Hospital RUU y Construcción de una red local de salud ambiental según dinámica de las mesas territoriales de calidad de vida en las siguientes UPZ – TERRITORIOS: Barrio Diana Turbay – Territorio: Diana Turbay Marruecos – UPZ: 55 Diana Turbay. (Grupo Colegio Colombia Viva sede B). Con un total de 30 participantes 16 jóvenes hombres y 14 jóvenes mujeres.

Vigilancia sanitaria: Inspección vigilancia y control a establecimientos Abiertos al Público e industrias que puedan ofrecer riesgo para la población.

Entornos saludables/ Ámbito Familiar: -Visitas de asesoramiento a familias en temáticas como: la vivienda como espacio vital, manejo de agua para consumo humano, residuos sólidos, alimentos y vivienda con higiene y salud, prevención ante la presencia de plagas, manejo de riesgos químicos en el hogar y tenencia adecuada de mascotas. -Junto con la Caja de vivienda Popular se diagnosticaron 448 familias que por su condición de infraestructura en las viviendas pudiesen viabilizarse para obtener un subsidio de mejoramiento de vivienda. Meta: 3343 visitas a núcleos familiares conformados por población infantil, juvenil, adultos y adultos mayores. Ubicación: SAMORE: UPZ Marco Fidel Suárez (Barrios Santa Lucía, San Jorge, Marco Fidel Suárez). COLINAS: UPZ Marco Fidel Suárez y Marruecos barrios Madrid, el triunfo Mirador, Luis López de Mesa). DIANA-MARRUECOS: UPZ Diana Turbay (Barrios: Puerto Rico, Arboleda Sur, la Esperanza, Providencia. Barrios Lanceros, Chircales, Zarazota, Sector plan 95, Callejón de santa Bárbara y Comuneros

Caja de vivienda popular: Viabilización de viviendas para obtener subsidio de mejoramiento de vivienda en cocinas y baños.

La Secretaría Distrital de Ambiente/Alcaldía Local/Jardín Botánico de Bogotá, realizan las siguientes actividades en todos los territorios de la localidad y para toda la población.

1. Vigilancia y Control a industrias de la localidad.
2. Sanciones a infractores de Normas ambientales.

3. Control de la Contaminación Atmosférica.
4. Sanciones a infractores en la localidad.
5. Operativos de control a establecimientos de la localidad.
6. Siembra de Árboles en Parques.

Análisis de respuestas

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

En este núcleo problema se visibiliza las situaciones de riesgo de los jóvenes relacionadas con la salud mental y sexual. Los referentes que trabajan en el proceso de salud mental analizan que para el hospital es necesario contratar más profesionales y ampliar la cobertura en la localidad dando mayor respuesta a las necesidades del joven, para esto se debe hacer inversión social para tratar las problemáticas de salud mental.

También proponen como respuestas abarcar más en la sensibilización de los jóvenes a sus proyectos de vida, procesos de autoestima, procesos afectivos y autonomía y restablecimiento de dinámicas sociales.

Se encuentran como brechas partiendo de la no existencia de un sistema de aseguramiento equitativo ni acorde a las necesidades y condiciones sociales de la población. Las metas contratadas por SDS no tienen suficiente cobertura para atender todos los casos de salud mental, de igual manera la cobertura de salud a su casa no llega a la totalidad de la localidad.

Algo de vital importancia es que las instituciones del estado trabajan de forma desarticulada frente a los eventos relacionados con la salud mental a pesar de que existen redes conformadas por instituciones todavía falta seguir avanzado en este proceso.

Una de las grandes falencias o brechas para dar una integral solución en lo que refiere la salud mental desde el hospital, es la contratación del POS el cual hace que solo se cubra cierta parte mínima en los tratamientos a la población, teniendo en cuenta además que el nivel de atención del hospital, no permite dar mayor respuestas a las necesidades de los jóvenes en cuanto a servicios especializados como psiquiatría y en temas de respuesta frente al consumo de SPA.

En lo que refiere a las situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad para los referentes que trabajan en salud sexual y reproductiva analizan las brechas como el desconocimiento que existe frente a los derechos sexuales y reproductivos por parte de los y las jóvenes en todo a lo que refiere al manejo de ITS, VIH y VPH, siendo importante brindar asesoría a los profesionales de la salud en los derechos sexuales y reproductivos para que de esta manera sean multiplicadores de información a los usuarios que asisten a consulta.

En visitas del programa SASC los jóvenes y niños por lo general NO se encuentran en el momento de la visita de seguimiento por escolaridad. En los núcleos de gestión de la salud se trabajan algunos grupos de jóvenes, el cubrimiento es bajo en comparación al número de jóvenes de la Localidad. Lo anterior no permite el conocimiento de sus necesidades y el abordaje integral de las mismas, orientación oportuna en cada caso.

PDA Salud Mental: Prevención de consumo de sustancias psicoactivas: Para las Colegios promotores de calidad de vida y salud es difícil consolidar un proceso de prevención de uso de sustancias debido a una conceptualización del problema errada ya que solo se observa el consumo y no lo que lleva al consumo. No se asignan recursos.

Para la transversalidad del componente género mujer, se evidencian brechas en la recolección de información clara por género haciendo un adecuado enfoque diferencial. En la práctica el trabajo realizado del enfoque de género siempre existe mayor participación del género femenino que masculino, esto obedece a que la mayoría de los casos reportados se vulneran más sus derechos y sus condiciones de salud mental y física. Se propone entonces continuar realizando actividades para capacitar a más mujeres sobre derechos y deberes en salud y en las políticas públicas de mujer (el plan de igualdad de oportunidades, la ley 1257 del 2008, la sentencia 355 del 2006, el auto 092 y otra normatividad).

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

Para este núcleo problema se tienen en cuenta las deficiencias en la educación y el acceso del joven al mundo laboral. Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que haya una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la alcaldía local diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

Deben existir escuelas de formación en el arte u oficio con formación en salud ocupacional. Frente a las inspecciones de trabajo debe haber mayor control que proteja al joven de las condiciones que afectan su calidad de vida y salud, cumpliendo así con lo estipulado por la ley.

Para la población en condición de discapacidad hay una alta incidencia de desempleo y no es posible dar un cubrimiento total a las necesidades básicas de desarrollo personal. Se propone entonces sensibilizar a las grandes empresas de la localidad sobre las normas vigentes de beneficios a los que pueden acceder personas en condición de discapacidad. La población en condición de desplazamiento y perteneciente a etnias también se deben priorizar en la oferta de mejora social y productiva. Se plantea la formación de programas y proyectos específicos para los y las jóvenes. En la gestión local se debe trabajar más en el conocimiento de las políticas públicas en sus deberes y derechos para la población étnica y en desplazamiento.

Es difícil medir brechas en cada una de las líneas de intervención del ámbito laboral ya que por ejemplo para el caso de Unidades de Trabajo Informal no existen documentos de diagnóstico que den una cifra exacta del número de empresas informales en la localidad, además la dinámica actual hace que se abran y se cierren empresas con frecuencia ya que algunas no se logran consolidar. Sin embargo existen algunos factores que pueden ocasionar brechas en los resultados esperados como son:

La no implementación por parte de las y los trabajadores de las recomendaciones propuestas por los profesionales. La creencia de que la formalización acarrea mayores cargas tributarias. La falta de recursos por parte de los empresarios para realizar los cambios sugeridos.

Poco a poco el ámbito laboral, apoyado con la línea de intervención Red Local de Salud y Trabajo del componente de gestión local y las actividades realizadas por el Hospital Rafael Uribe han ganado un reconocimiento a nivel local y se han logrado articulaciones importantes con instituciones, como por ejemplo el Instituto San Pablo Apóstol articulo la intervención en algunos grupos para la Formación de Líderes en Salud y Trabajo.

También sería pertinente tener más acceso a capacitaciones dadas desde el ámbito comunitario con el fin de garantizar otra vía de acceso económica generada de manera independiente para así no estar en la larga lista de espera a la que se ven frecuentemente expuestas las personas en condición de Discapacidad. La población en condición de desplazamiento y perteneciente a etnias también se deben priorizar en la oferta de mejora social y productiva. Se plantea la formación de programas y proyectos específicos para los y las jóvenes. En la gestión local se debe trabajar más en el conocimiento de las políticas públicas en sus deberes y derechos para la población étnica y en desplazamiento.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Son muchas las falencias del sistema de salud, teniendo en cuenta la crisis actual por la cual está pasando el país. Para la población vulnerable esto se evidencia aun más teniendo en cuenta las condiciones de pobreza en las que viven, creando barreras de acceso al servicio de salud.

Se propone para las personas en condición de discapacidad hacerles un estudio profundo para que no se les tenga en cuenta un nivel de SISBEN.

La oferta del hospital en servicios asistenciales es nivel I, lo que limita la atención en servicios especializados. Se propone entonces que desde el nivel distrital se amplíe mediante inversión económica la cobertura al menos en los centros de salud mejorando la infraestructura.

Existe mucha apatía de los jóvenes frente a los servicios de salud, las razones van desde sus condiciones económicas y la situación a la que se enfrenta cuando cumplen la mayoría de edad y quedan por fuera del sistema de salud ya sea por que no están estudiando o no están laborando en la formalidad.

El perfil epidemiológico morbi – mortalidad continúa en aumento en esta población, es aquí donde se propone bajar estos índices mediante la implementación de un servicio de salud amigable para los jóvenes, que ofrezca lo adecuado según la expectativa que tienen.

En cuanto a la salud oral aun se mantiene la alta prevalencia de enfermedades orales a pesar de las acciones realizadas en promoción y prevención. El hospital no cuenta con un registro de índice COP de dientes cariados, obturados y perdidos que ayude al análisis de situación oral de los y las jóvenes.

Es necesario ampliar los tiempos en los tratamientos odontológicos para garantizar buenos resultados, teniendo en cuenta que el tiempo estipulado es de 20 minutos por paciente de régimen subsidiado y 40 minutos de régimen vinculado o fondo financiero distrital.

Se debe mejorar lo plasmado en bases de datos del hospital que tengan que ver con las diferentes patologías consignadas desde los códigos de CIE 10 para que puedan ser bien interpretados. Las acciones realizadas en salud a su casa y al colegio en higiene oral no dan cuenta específica de la situación real de los jóvenes en su salud oral, puesto a que solo se limita a realizar control de placa bacteriana.

Debido a la alta demanda en tratamientos de odontología las personas que asisten por urgencias no son atendidas con prioridad por lo que se propone que exista un odontólogo exclusivo para atender las urgencias.

Algo muy importante es que no hay cobertura total en tratamientos especializados de odontología como lo son la rehabilitación oral en temas de prótesis, radiología oral ortodoncia, ortopedia maxilar y periodoncia. Existen tratamientos de endodoncia pero solo en 2 IPS del hospital para las 2 localidades.

Por todo esto, se ve la necesidad de incorporar un referente exclusivo para el PDA de salud oral, que pueda posicionar la política pública y direccionar acciones de manera articulada en el hospital.

Las metas en régimen subsidiado y vinculado no se alcanzan a cumplir en Jóvenes (Detección de alteraciones). Los resultados de 40 encuestas realizadas a adolescentes y jóvenes, entre 10 a 26 años (70% mujeres y 30% hombres) en abril de 2010, en los Centros de atención, Olaya, San José, Chircales, Diana Turbay y San Jorge, revelaron: barreras de acceso por trato, no alcanzan las fichas para darle las citas, capacidad instalada deficiente, remisión para entrega de medicamentos al Olaya, Diana Turbay y Bravo Páez y con las EPS subsidiadas que tienen convenios, la prueba de VIH solo se realiza con EPS contratadas. Se realizan remisiones para laboratorio Clínico en la Candelaria, lo cual dificulta el desplazamiento porque no tienen para el transporte.

Las guías de atención para salud oral no están actualizadas lo cual genera diferencias en las intervenciones educativas, lo cual influye en el mantenimiento de la prevalencia de enfermedades en salud oral.

En la ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual Incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Algunos centros de atención, como SAN JORGE todos los consultorios se ubica en el 2 piso, se observan paciente en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes, ANTONIO NARIÑO no entra la silla de ruedas al consultorio. En Diana Turbay y Lomas, tampoco entran las sillas de ruedas. IPS realizó caracterización de los centros, se radico en SDS y se presento a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

De igual forma se observan servicios y programas fragmentados que responden a una visión fragmentada de la realidad de la persona y no da respuesta a la complejidad de sus necesidades. Baja capacidad instalada.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Scord Card están unificados se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

Se identifican barreras de acceso a los servicios de salud en lo que implica la condición de aseguramiento, pues muchas veces los jóvenes son remitidos constantemente a otras IPS para continuar con el tratamiento, esto sumado a insuficiente cobertura para la población por la alta demanda y a las deficiencias encontradas en el sistema de información de referencia y contra referencia.

Tema generador: Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

En el hospital el área que maneja el proceso relacionado con el medio ambiente tiene dentro de sus análisis que la vigilancia sanitaria realizada a establecimientos abiertos al público no es suficiente para garantizar un acceso adecuado a productos de calidad incidiendo así en la salud y calidad de vida de los y las jóvenes. Las acciones desde Secretaría de ambiente no alcanzan la cobertura ideal por falta de recursos económicos y profesionales. En la localidad Rafael Uribe hay insuficiencia en las actividades de control de población canina callejera. Se cuenta con solo una plaza de mercado con carencia en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales lo que afecta el buen acceso de alimentos sanos.

Se propone que lo realizado por el jardín botánico aumente su cobertura en las actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes públicas.

Desde la comunidad, se tienen malos hábitos por parte de los jóvenes quienes agreden con sus conductas el ambiente y contribuyen con el deterioro del mismo.

Las propuestas para dar solución son destinar mayor cantidad de recursos económicos para el hospital y así ampliar la cobertura tanto en control y educación a la población, la alcaldía local debe gestionar el control de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos. Se debe vincular a los procesos ambientales, colaborando con las entidades y trabajando en Pro de los derechos del medio ambiente.

Una de las debilidades identificadas por el ámbito Escolar, en cuanto a condiciones para actividad física es no tener conformado el consejo local de deportes, lo que no ha permitido que surjan propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas que permitan el buen aprovechamiento del tiempo libre por parte de la comunidad educativa y la comunidad en general.

Los sitios donde los jóvenes realizan sus prácticas recreo-deportivas se ven limitadas en ocasiones por la inseguridad de cada sector y el consumo de sustancias psicoactivas en los parques, como es el caso del parque Diana Turbay (Territorio Diana Marruecos) y el parque metropolitano Bosques de San Carlos (Territorio Colinas).

Una opción podría ser implementar más programas de deportes, recreación y actividad física dirigidos a toda la población y a todas las etapas de ciclo. Para garantizar que la oferta supla la demanda debe iniciarse un trabajo articulado entre todas las instituciones de la localidad que aporten en este sector, así mismo, debe realizarse un ejercicio muy juicioso y coordinado delegando funciones, con el fin de abarcar todos los aspectos relacionados con el tema y de esta manera lograr una mayor cobertura.

Desde la transversalidad discapacidad existe poca oportunidad de trabajo ya que las empresas tienen temor a contratar por la capacidad de rendimiento que puedan tener las personas con discapacidad. Falta de oportunidades para continuar sus estudios o seguir carreras técnicas o profesionales ya que no cuentan con los recursos económicos para esto. El embarazo en la persona con discapacidad es un factor determinante en su desarrollo personal ya que sea hombre o mujer no están en la capacidad sea por su edad o tipo de discapacidad o recurso económico de brindarle la calidad de vida al bebe.

1.1.2 ETAPA CICLO ADULTEZ

A continuación se presentan los resultados del ejercicio de consolidación de la matriz de

respuestas, el cual aun no se ha finalizado pues se observan dificultades para entregar información diferencial y por territorio social por parte de los ámbitos, PDA y transversalidad. A nivel general se observa que los núcleos problemáticos relacionados con salud mental, obtuvieron mayor número de respuestas por diferentes actores del hospital.

Balance de la oferta actual

A través del componente de Gestión local se realizan las siguientes actividades: visualización y reconocimiento de necesidades en salud de la población. Posicionamiento en las agendas locales institucionales las necesidades de la población con miras a accionar de forma interinstitucional. Identificación de necesidades y construcción de diseño de respuestas integrales. Posicionamiento de respuestas integrales en mesas, comités y redes locales.

A través de las líneas de acción de la Intervención Salud mental- Ámbito Comunitario, se desarrolla:

1-Fortalecimiento de Redes Sociales: Es la construcción de escenarios conversacionales-colectivos y reflexivos con la comunidad con el fin de fortalecer las redes sociales, promocionar la salud mental y mejorar la calidad de vida en los espacios locales. Se trabaja con 2 grupos conformado por madres FAMI y Madres Comunitarias, llamadas Claveles Rojo integrado por 8 mujeres, el cual se encuentra ubicado:

Territorio GSI Samoré: UPZ Marco Fidel Suárez (barrio el Socorro) y Manos Unidas, el cual no tiene un lugar fijo de reuniones, este semanalmente varía ubicándonos en barrios como: La Merced, Resurrección, Villa Gladis, Socorro, etc.

2- Promoción y Fomento de la Salud Mental: se trabaja con los 2 grupos de madres FAMI y Madres Comunitarias, llamadas Claveles Rojo. Territorios Samoré y Colinas.

transversalidad Genero/Componente mujer: Posicionar el tema de política pública de mujer y genero y el plan de igualdad de oportunidades y los 6 derechos que contempla el plan, adicionalmente realizar acciones que ayuden a la transversalización de género como categoría analítica. Cobertura: Trabajo con organizaciones de mujeres, funcionarias y funcionarios de los diferentes instituciones en los tres territorios GSI.

Instituciones amigables y saludables PDA salud mental (IPS): Realiza capacitación a funcionarios de los centros de atención: Granjas de San Pablo, Bravo Páez, Diana Turbay, Chircales, Lomas, Olaya, Sevilla; en temáticas de socialización de la ruta, línea 106, Interrupción voluntaria del embarazo y portafolio de servicios de salud mental. También se brinda asesoría Técnica a IPS con servicios de salud mental, inducción y re inducción a funcionarios de salud mental de ámbitos y componentes. Coberturas: Periodo de enero a mayo 2010: asesoría técnica: Granjas: 2 funcionarios y 6 funcionarias. Bravo Páez: 4 funcionarias. Cami Olaya: 5 funcionarias. Capacitación: Cami Diana Turbay: 5 funcionarios y 3 funcionarias. Cami chircales: 1 funcionaria. Cami Olaya: 1 funcionaria, San José obrero: 6 funcionarios y 4 funcionarias, Cami Lomas: 9 funcionarias. UBA móvil: 3 funcionarios ,1 funcionaria. Sevilla 2 funcionarias. Subgerencia de servicios: 8 funcionarios, 4 funcionarias. Mesa de sexualidad: 14 funcionarias. Inducción y reinducción: 6 funcionarias de ámbitos y componentes de salud mental.

La línea de Fortalecimiento a Grupos y Organizaciones realiza la canalización de las situaciones de violencia y fragilidad evidenciada en los grupos a otros ámbitos y/o instituciones que posean las herramientas de apoyo, así mismo reactiva las redes familiares y sociales, aunque estas no tienen un efecto inmediato ya que se deben presentar protocolos que limitan la consecución de ayudas.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 46 casos en adultos y adultas, los cuales representan el 25% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (183 casos). En la distribución por género, existe predominio de factores que influyen en la salud familiar en las mujeres adultas (73,9%), mientras que en los hombres adultos se presentó en un 26% de los casos. La distribución de casos según territorio social fue: COLINAS (8 casos que equivalen al 17,3% del total reportado), DIANA-MARRUECOS (28 casos que equivalen al 61% del total reportado), SAMORÉ (10 casos que equivalen al 21,7% del total reportado).

El programa Tu Vales del Ámbito comunitario, desarrolla acciones para la apropiación y actualización del conocimiento, acercamiento a la comunidad para conformación de grupos, desarrollando módulos de espacios libres de humo, lidera cambios, actividad física y patrones de consumo. La cobertura en el 2009 fue de 200 adultos y adultas. La población se ubicó en: Territorio: **Diana- Marruecos** (barrios: molinos II y Bochica). Territorio: **Colinas** (barrios: Gustavo Restrepo, Country Sur, San José), Territorio: Samoré (barrios: Quiroga, Quiroga central, Ingles, Libertadores)

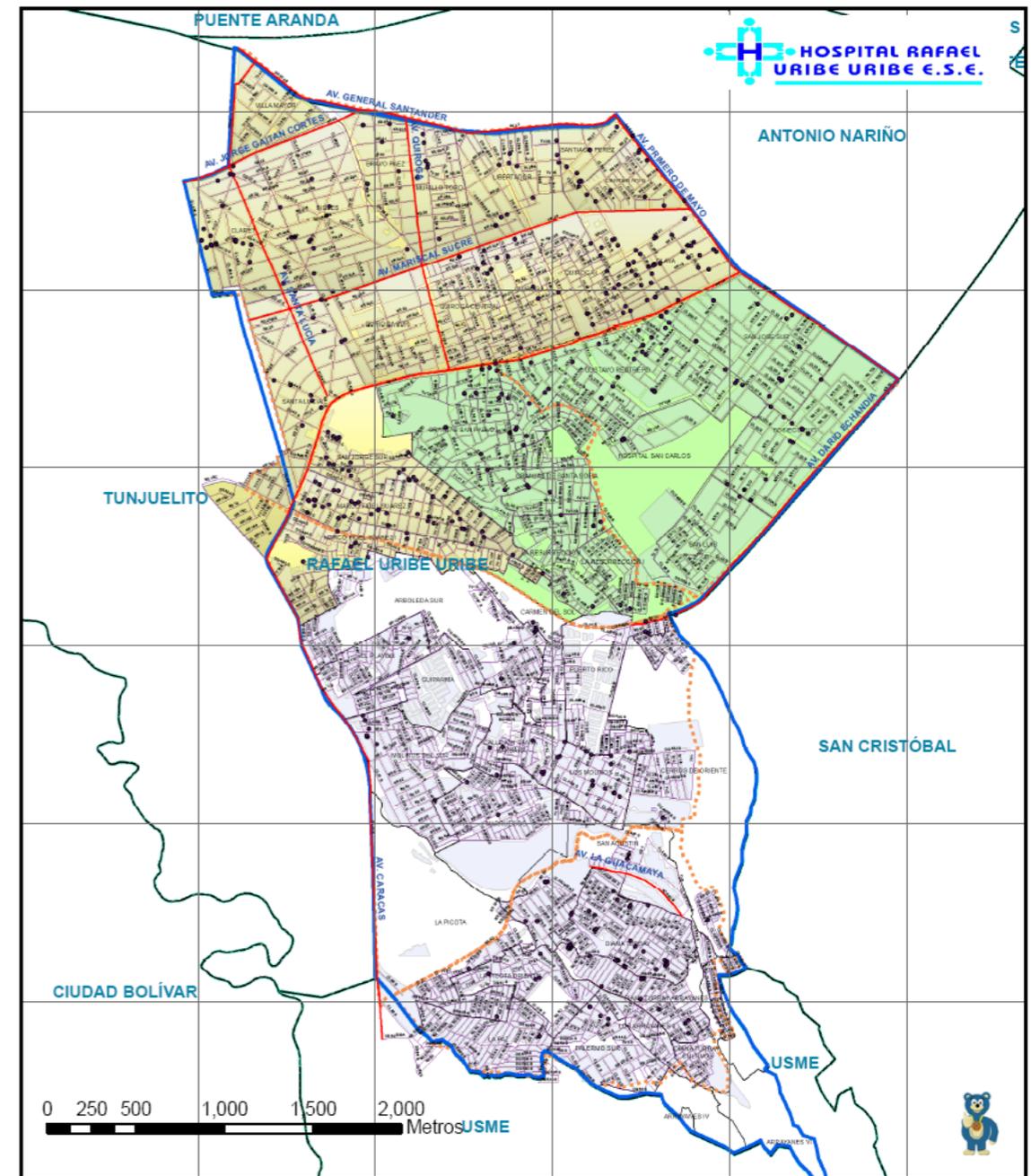
Por el Ámbito laboral, se realizan acciones desde las diferentes intervenciones encaminadas a mejorar condiciones laborales, de trabajo en seguridad industrial y asesoría de sus derechos, así como de acceso a la formalidad laboral en la población adulta analizadas para este núcleo problémico:

Asesoría a empresas para la inclusión laboral de hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva: En el 2009 se trabajo con 84 empresas y para el 2010 se espera intervenir 46 empresas

Unidades de Trabajo Informal: En 2009 se adelanto el proceso de identificación mediante la búsqueda activa de esta población en espacios abiertos como son las zonas comerciales ubicadas en cada uno de los barrios que conforman las cinco UPZ de la localidad Rafael Uribe Uribe (San José, Quiroga, Marco Fidel Suárez, marruecos y Diana Turbay). Con base en los lineamientos la meta establecida era de 430 UTIS, sin embargo se hizo intervención a 438 empresas informales (UTIS) debido a que cerraron 8 de estas. En el 2010 se caracterizaron 212 Unidades de Trabajo Informal. Las actividades económicas priorizadas fueron calzado, restaurantes, lavanderías, panaderías. (Ver mapa 18).

La mayoría de personas habitan en barrios de estratos 1, 2 y 3, en los cuales las oportunidades de pertenecer a un empleo formal con prestaciones sociales es muy difícil.

Mapa 18. UTIS Ámbito Laboral. Localidad Rafael Uribe



- UTIS - Rafael Uribe Uribe
- Ejes Principales
- ▭ Limite de Localidad
- ▭ Limite de UPZ
- Malla Vial
- ▭ Manzanas
- ▭ Territorio Diana-Marruecos
- ▭ Territorio Samore
- ▭ Territorio Colinas

ESCALA 1:30.000

Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 2536/29 de Abril de 2004)

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LOCALIDAD
18

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

Fortalecimiento del Comité de Emergencias y Brigadas de Emergencias y convocatoria a nuevos participantes.

Formación de líderes en Salud y Trabajo: En el 2009 se Trabajaron tres grupos de estudiantes del Instituto San Pablo Apóstol de los programas de marroquinería, inyección de plásticos y mecánica industrial.

En el 2010 se Trabajaron dos grupos de estudiantes del Instituto San Pablo Apóstol de los programas de inyección de plásticos y mecánica industrial.

También se realiza sensibilización de los microempresarios para que ingresen a la formalidad y vinculen sus trabajadores al Sistema Integral de Seguridad Social, proporcionando condiciones dignas de trabajo.

PDA SSR/IPS: Componente ITS-VIH: El componente de VIH-ITS para el ámbito IPS evalúa las acciones de que se realizan para el seguimiento y control de los casos de VIH y sífilis tamizados en nuestra institución positivos con el fin de garantizar un tratamiento oportuno al momento de la confirmación del diagnóstico y garantizar la adherencia al programa respectivo.

Para el año 2009 se presentaron 12 casos para sífilis Gestacional reportadas y dos casos congénitos, de los cuales el 100% fueron mujeres del grupo etario de 25 a 29 años usuarias mujeres gestantes. 5 casos de VIH Positivos grupo de 24-27 años, dos casos femeninos y tres casos masculinos.

Detección de Cáncer Cuello de Uterino (CCU): El programa de detección de cáncer de cuello uterino se ejecuta en los Centros de Atención para el año 2009 se tomaron en general para la ESE 13.909 citologías.

El programa de Cáncer de cuello uterino opera por centros de atención por ser del ámbito IPS no se tiene caracterizado por barrios. La información de los Centros para la localidad Rafael Uribe pertenecen UPA San Jorge, UPA Bravo Páez, UPA Quiroga, UPA San José Obrero, Cami Chircales, Cami Diana Turbay, UPA Lomas, se realiza una variación en la matriz respecto a las variables analizadas para el DX debido a que el VPH tiene una clasificación específica y no concuerda con la que se encontraba clasificada para el Dx en la misma.

ASCUS: Para el total de la ESE se obtuvo un total de 620 reporte citológico positivos los cuales se encuentran discriminados por centros de la siguiente manera: UPAS san Jorge 86, Cami Diana Turbay 98, UPA Bravo Páez 74, Quiroga 73, José Obrero 75, Cami Chircales 80, UBA móvil 41, UPA Lomas 30.

NIC I: Para la ESE se obtuvo un total de 346 usuarias de acuerdo con el reporte de citologías, enero-dic.-2009, los cuales se encuentran discriminados por centros de la siguiente manera: UPA San Jorge 60, Cami Diana Turbay 54, UPA Bravo Páez 39, UPA Quiroga 18, UPA San José Obrero 31, Cami Chircales 65, UBA móvil 24, UPA Lomas 16.

NIC II: Para la ESE se obtuvo un total de 49 usuarias de acuerdo con el reporte de citologías, enero-dic.-2009, los cuales se encuentran discriminados por centros de la siguiente manera: UPA San Jorge 8, Cami Diana Turbay 6, UPA Bravo Páez 4, UPA Quiroga 4, UPA San José Obrero 7, Cami Chircales 4, UBA móvil 6, UPA Lomas 2.

LEI DE ALTO GRADO: Para la ESE se obtuvo un total de 12 usuarias de acuerdo con el reporte de citologías, enero-dic.-2009, los cuales se encuentran discriminados por centros de la siguiente manera: UPA San Jorge 1, Cami Diana Turbay 0, UPA Bravo Páez 4, UPA San José Obrero 1, Cami Chircales 1, UBA móvil 3, UPA Lomas 0.

Gestión local: movilización social por el derecho a la alimentación: realiza educación en: política de SAN, derecho a la alimentación, componentes de la SAN. Cobertura: 78 adultos/as profesionales ESE de los tres territorios sociales.

Ámbito comunitario/ Tu vales: Brinda educación en: Definición de alimento, nutriente, nutrición y alimentación, DNT, Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, Grupos de Alimentos, Manipulación de Alimentos, Almacenamiento y Conservación de los Alimentos, Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Distribución del Presupuesto Familiar, Necesidades nutricionales y Porciones según grupo de Edad, Elaboración de una Minuta, Creencias frente al consumo y mezcla de frutas y verduras. Con cobertura de 520 personas de los tres territorios sociales.

PDA Crónicos/IPS: En el programa a personas con condiciones crónicas de a ESE se atiende a la población de la localidad Rafael Uribe Uribe (18) con tres CAMIS y seis UPA, en las cuales se atendieron en los servicios de consulta externa y Urgencias veintinueve mil trescientas ochenta consultas en el año dos mil nueve.

En la distribución por ciclo vital el 66% corresponde a personas con edades iguales o mayores a 60 años, el 27 % con edades entre los 45 a 59, el 6 % con edades de 27 a 44 y el 1% de 19 a 26 años.

En la distribución por genero el 66 % es femenino y el 34 % masculino.

Distribución por aseguramiento: Subsidiados 64%, Vinculados 35%, Vinculados Desplazados 1%.

La mayoría de usuarios son atendidos en el territorio Samoré. La siguiente es la distribución por territorio y UPZ:

Tabla 32. Distribución de consultas de pacientes crónicos por Centro de atención. Hospital Rafael Uribe 2009

| LOCALIDAD | TERRITORIO | UPZ | CENTRO DE ATENCION | No. consultas Personas con DM, HTA, EPOC 2009 | PORCENTAJE |
|-------------------------|--------------|-------------------------|---------------------|---|------------|
| Rafael Uribe Uribe (18) | Samoré | Marco Fidel Suárez (53) | UPA San Jorge | 2226 | 8 |
| | | Quiroga (39) | CAMI Olaya | 7278 | 25 |
| | | | UPA Quiroga | 2640 | 9 |
| | | | UPA Bravo Páez | 3694 | 13 |
| | Colinas | San José (36) | UPA San José Obrero | 3589 | 12 |
| | | Marco Fidel Suárez (53) | UPA Lomas | 411 | 1 |
| | Marruecos | Chircales (54) | CAMI Chircales | 4813 | 16 |
| | Diana Turbay | Diana Turbay (55) | CAMI Diana Turbay | 3908 | 13 |

Fuente: Base de datos PDA crónicos, ámbito IPS. 2009

El programa en la institución consta de cuatro componentes: Promoción y Prevención, Detección de alteraciones, Tratamiento y Rehabilitación.

Análisis de respuestas

Tema generador: Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

Desde la Vigilancia Sanitaria, como componente ambiente del HRUU, se evidencia que las actividades de control de la población canina callejera son insuficientes para toda la demanda presente en la localidad. La presencia institucional de la Secretaría de ambiente y sus acciones no cubren la totalidad del territorio sin alcanzar la cobertura total en sus acciones porque existe déficit de personal. La carencia de una plaza de mercado en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales afecta el buen acceso a alimentos sanos, problema que es de la Alcaldía local.

Por parte de la intervención GESA (Gestión Local), se cuenta con un referente para las dos localidades y algunos de los espacios de discusión no avanzan positivamente, por la falta de tiempo disponible.

Jardín Botánico: Las acciones de recuperación de las zonas verdes del espacio público son insuficientes para las necesidades de la población.

En general la comunidad continúa con malos hábitos que agreden con sus conductas el ambiente y contribuyen con el deterioro del mismo. Por tanto se debe replantear las estrategias de sensibilización y educación impartidas o ausentes en muchos casos por la falta de recurso humano y por otro lado el cumplimiento de sanciones a que haya lugar en caso de presentarse estos comportamientos.

Por la transversalidad Discapacidad: Desde el ámbito familiar se presenta una brecha frente al direccionamiento que se realiza a las asesorías domiciliarias

Desde el ámbito laboral se detecta que es poca la articulación entre los ámbitos para retroalimentar la base de datos con perfil para procesos de inclusión laboral desde la misma comunidad. El perfil académico de la población en condición de discapacidad es muy bajo. La localidad no está diseñada para el correcto tránsito de las personas en condición de discapacidad.

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

PDA Salud Mental: Las dificultades radican en la falta de coherencia en la línea técnica, de las intervenciones en Salud Mental, falta de articulación con el grupo funcional de Salud Mental de la SDS, no está activo el Comité de Salud Mental Distrital, alta rotación de los referentes de Salud Mental y desactualización de la Política Distrital de Salud Mental. Falta del desarrollo de documentos, guías, estrategias que sustenten lo que es Desarrollo de Autonomía en Salud Mental.

Por ámbito comunitario: Deserción de los diferentes participantes, los diferentes imaginarios culturales de las comunidades, desarticulación de los diferentes ámbitos de trabajo.

En el trabajo con FAMIS, una de las principales brechas que se cree existe, es la neutralización de la violencia contra la mujer como un imaginario cultural. No existen programas que tengan cubrimiento para fortalecer la estructura afectiva de las usuarias lo que hace que a pesar que conozcan las rutas de atención a las diferentes violencias continúen en el ciclo del maltrato, sumado al nivel de stress que esta población reporta el sistema de aseguramiento les impide acceder a alternativas terapéuticas de calidad en salud mental, lo que desafortunadamente incrementa esta misma problemática, sumándose además la mala situación económica por la que atraviesan generando altos niveles de frustración y desesperanza.

Por Sivim: Aunque la ficha Sivim se actualizo en el año 2007 es necesario realizar ajustes a la misma. Falta apoyo de las instituciones para oportunidad y efectividad en la atención de casos remitidos. No se reportan los accidentes, amenazas y agresiones de trabajo de los psicólogos a la SDS ni a la ESE para implementar acciones de salud ocupacional al riesgo psicosocial y de seguridad. No se logra atender toda la demanda del distrito por falta de recurso humano. No se lleva a cabo un registro articulado a nivel de red distrital que permita el reconocimiento y seguimiento de los casos notificados.

Ámbito familiar- Intervención psicosocial: La definición presupuestal establecida por SDS de salud, no es suficiente para dar cumplimiento a las acciones exigidas por lineamientos.

Falta de sensibilización adecuada de los equipos SASC y otros equipos para generar un mayor número de canalización de casos, debido a que se desconoce los criterios definidos por la escala del CIE 10. Se hace necesario definir criterios de inclusión a las familias teniendo como base el riesgo psicosocial y que no solo está enmarcada por la presencia de enfermedad.

No hay suficiente oferta de servicios a nivel distrital para la remisión de algunos eventos, especialmente los relacionados con consumo de Sustancias psicoactivas, la poca oferta esta dirigida a situaciones relacionados con el consumo crónico y muy poca oferta a nivel de consumo incipiente.

Existe múltiples imaginarios sociales y culturales asociados a la salud mental, la percepción de las comunidades se limita hacia la situación de patologías evidentes, “yo no estoy loco yo no necesito un psicólogo”, estos imaginarios hacen que la intervención pierda la importancia que tiene la salud mental en lo social.

La oportunidad de atención en las instituciones que tienen a cargo los procesos resolutivos de salud mental son de tiempo extenso, lo que hace que el usuario termine por desistir en recibir una atención específica en salud mental.

La información de las canalizaciones recibidas es incorrecta, en muchos de los casos, referido a la dirección y/o teléfono; lo cual dificulta o impide el contacto con el usuario.

La intervención desde el lineamiento, los tiempos asignados y el presupuesto no contemplan el acompañamiento que el profesional debe realizar en muchos casos en los que se necesita una intervención integral con participación intersectorial oportuna.

El sistema judicial del país es muy corto frente a las acciones que se deben tener contra el agresor y la protección a la víctima ya que muchas veces no se cuenta con la evidencia física del hecho.

Baja notificación de eventos de maltrato familiar por temor a la denuncia ya que el agresor cuenta con mucho tiempo para seguir ejecutando sus agresiones (los procesos judiciales son muy demorados)

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

Discapacidad: La incidencia del desempleo a la población en condición de discapacidad, a pesar de estar en edad productiva la situación económica a nivel familiar. Generalmente es crítica y muchas se acuerdan en nivel 3 del SISBEN.

Esto no les permite acceder al servicio por costos en el copago y de desplazamiento y además que muchos viven en arriendo

Ámbito Laboral: Es difícil medir brechas en cada una de las líneas de intervención ya que por ejemplo para el caso de Unidades de Trabajo Informal no existen documentos de diagnóstico que den una cifra exacta del número de empresas informales en la localidad, además la dinámica actual hace que se abran y se cierren empresas con frecuencia ya que algunas no se logran consolidar.

Sin embargo existen algunos factores que pueden ocasionar brechas en los resultados esperados como son:

La no implementación por parte de las y los trabajadores de las recomendaciones propuestas por los profesionales.

La creencia de que la formalización acarrea mayores cargas tributarias.

La falta de recursos por parte de los empresarios para realizar los cambios sugeridos.

Es mayor el número de UTIS existentes que las que ha intervenido el hospital (Poca cobertura)

La informalidad e inestabilidad laboral hace que la población salte del régimen contributivo a subsidiado o viceversa

Cámara de comercio: (Formalización), es mucho el impuesto que se debe pagar cuando se tiene registro mercantil y esto es difícil para el microempresario

La ULDE ofrece empleabilidad, emprendimiento y fortalecimiento empresarial pero les falta brindar capacitación en salud ocupacional y seguridad industrial

Alcaldía local y proyectos productivos para la población vulnerable, la población se queja de que la convocatoria es restringida y a veces se contamina con intereses políticos

FENALCO: Apoya a los comerciantes pero sólo los que están en la formalidad (Que son la minoría)

Poco a poco el ámbito laboral, apoyado con la línea de intervención Red Local de Salud y Trabajo del componente de gestión local y las actividades realizadas por el Hospital Rafael Uribe han ganado un reconocimiento a nivel local y se han logrado articulaciones importantes con instituciones, como por ejemplo el Instituto San Pablo Apóstol articulo la intervención en algunos grupos para la Formación de Líderes en Salud y Trabajo.

Etnias – Desplazados: Falta de cobertura para la población perteneciente a minorías étnicas, los cuáles no tienen el suficiente reconocimiento en la localidad. No hay inclusión ni equidad para la población desplazada y perteneciente a minorías étnicas en las instituciones de la localidad. Mano de obra calificada que permita el acceso a un trabajo digno para acceder a los servicios de salud. Falta de oportunidades de acceder al mercado laboral que les permitan acceder a todos los servicios de salud para el adulto y su familia. Se presentan dificultades para solicitar citas médicas, por las largas filas y demora en la atención.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Por parte del ámbito IPS del HRUU, se encuentra que: no hay actualización, unificación en el manejo y aplicación de las guías, protocolos y procesos de atención en las IPS para los programas y procesos de salud pública. Genera complicaciones en el estado de salud de la población adulta y persona mayor según información del comité técnico enfermedades crónicas 2009-2010- evaluación adherencia a guías de P y P marzo 2010. Salud mental: la demanda está desbordada por casos reportados.

En las ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Algunos centros de atención, como SAN JORGE todos los consultorios se ubica en el 2 piso, se observan paciente en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes, ANTONIO NARIÑO no entra la silla de ruedas al consultorio. En Diana Turbay y Lomas, tampoco entran las sillas de ruedas. IPS realizó caracterización de los centros, se radico en SDS y se presento a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

PDA SSR – IPS: Baja cobertura a la población adulta para la realización del examen de VIH y la citología, por barreras de acceso en el aseguramiento. Fragmentación de los servicios de salud para el tratamiento de los usuarios con resultado anormal de (0) positivos o de citología para los niveles II y III de atención.

Desconocimiento por parte de los usuarios acerca de la prevalencia del VPH, como factor de riesgo para el desarrollo de virus.

SAN: Las formaciones son muy específicas y no llegan a la totalidad de la población de la localidad.

Según resultados de la encuesta adherencia al tratamiento aplicada en 2009 por PDA Crónicos del ámbito IPS se encontró: Para esta encuesta se aplicó una formula de muestreo simple para la adquisición de datos del 36,4% con un margen de error del 0,05% a una población de 640 personas que son los usuarios asistentes a las sesiones educativas en el periodo noviembre - diciembre de año 2009, sin embargo la muestra solo logró aplicarse al 28,3% de la población esperada. Esta encuesta permite ver la satisfacción de los usuarios respecto a la atención dentro de las sesiones grupales del programa “vive tu salud en grande”, Estos resultados salen de apreciaciones subjetivas las cuales dejan evidenciar la calidad y calidez de la atención por parte de la institución.

Proporción de hipertensos controlados: El indicador es medido en los usuarios que asisten a la consulta multidisciplinaria en la cual se realiza atención médica y asesoría en diversos temas como nutrición, actividad física, Ingesta de medicamentos, conocimiento de la enfermedad entre otros aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento. Ha mejorado con respecto al 2008, por la facilidad y oportunidad que tienen los usuarios para acceder a estos espacios, la conformación de equipos de trabajo, la unificación de criterios médicos, la adherencia a guías de hipertensión y diabetes por parte de los profesionales capacitados y que integran equipo.

Indicador diabéticos atendidos sin complicación: Se observa que de los usuarios con Diabetes atendidos en a institución el 50% tienen algún tipo de complicación, motivo por el cual deberían ser atendidos en instituciones de mayor nivel de complejidad, sin embargo se presta el servicio en a ESE ya que usuarios han manifestado las dificultades que presentan para lograr una oportuna cita para asistir con médico especialista o para tomarse un examen. Por parte de los profesionales se

manifiesta inconformidad en el sistema de referencia y contra referencia ya que no se puede dar continuidad a los tratamientos de personas que han sido refeídas por falta de la contra referencia o especificaciones del especialista en el mismo.

Cumplimiento de las normas: Para dar cumplimiento a la resolución 4700-08 la cual establece el reporte de información como talla, peso y resultados de laboratorios como valores de creatinina. Se realiza evaluación de la calidad de diligenciamiento observando que estos formatos son diligenciados de manera incompleta dificultando así el reporte de esta información a las EPS, quienes establecen de acuerdo con valores de cada usuario falla renal y previniendo complicaciones en el usuario.

1.1.3 ETAPA PERSONA MAYOR

Para el planteamiento de los temas generadores y de las respuestas integrales, se parte de las líneas de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital con el fin de operacionalizar la política en el nivel local de manera conjunta y coordinada con las acciones que se realizan a nivel institucional.

Para este fin se identifica a partir de los núcleos problemáticos de envejecimiento el tema generador y las respuestas que se dan al interior de la ESE, con el fin de determinar la brecha que existe y movilizar acciones que conlleven al planteamiento de respuestas integrales a partir del conocimiento y de los recursos existentes.

El análisis de respuesta como el planteamiento de los temas generadores están expuestos en los tres territorios de la localidad evidenciando la respuesta institucional desde las diferentes intervenciones al interior de la ESE; así mismo se retoma el documento elaborado por el Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente el cual realiza un análisis de la respuesta dada a partir del planteamiento de los núcleos problemáticos, este análisis complementa lo expuesto en este documento y lo elaborado desde las Unidades de Análisis del componente Gestión Local y del Equipo Técnico Poblacional de Vejez de la Localidad Rafael Uribe Uribe.

Balance de la oferta actual

A continuación se presentan los resultados del ejercicio de consolidación de la matriz de respuestas, diseñada para este proceso, donde los diferentes ámbitos, PDA y transversalidades del PIC y algunas Instituciones locales, aportaron información sobre la oferta de servicios que prestaron durante el año 2009 y 2010, en caso de haber sido incluido o suprimido algún proceso o intervención con respecto al año anterior.

Desde el centro escucha se realiza una atención a víctimas de violencias comprendiendo 13 acciones, donde se realiza una evaluación y un diagnóstico, lectura del paciente y sus redes de apoyo, se establece un plan de tratamiento y unos objetivos, diligenciamiento de ficha Sivim, articulación de caso por trabajo social y psicología, se realiza psicoterapia. Esta atención es prestada a Personas Mayores que pertenecen al Fondo Financiero y que residen en los tres territorios GIS de la localidad.

En Sivim se realiza seguimiento a casos prioritarios (presunto abuso sexual y/o aquellos que revisten riesgo de fatalidad), o de control (casos que se encuentran intervenidos por otras instituciones) a través de IEC (investigaciones epidemiológicas de campo), consulta programada, seguimiento telefónico, canalización a instituciones (Bravo Páez, Centros de atención). Durante el proceso de seguimiento los profesionales encargados del caso asesoran, orientan y realizan acompañamiento si así lo requieren a las víctimas de alguna situación de violencia.

En los Servicios en Salud Mental del Área de Promoción y Prevención del Hospital Rafael Uribe se incentiva la realización de intervenciones de promoción de la salud, detección oportuna, protección

específica y atención de enfermedades de interés en salud pública. Mediante asesoría de sexualidad en la persona mayor se brinda orientación sobre menopausia, sus efectos y manejo en la mujer, así mismo climaterio masculino, sus efectos y manejos. Se brinda educación sobre cambio de hábitos al grupo familiar para soporte social al paciente crónico, en sesiones de 60 minutos distribuidos entre Terapeuta, Nutricionista y Psicólogo con un promedio 5 personas. Los usuarios residen en los tres territorios de la localidad y pertenecen al Fondo financiero y EPS –S capitadas con el hospital.

Desde la Intervención Psicosocial del ámbito familiar, se da un proceso de apoyo psicosocial a la familia en la que se presenta un evento prioritario en salud mental (Conducta suicida, violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, episodios depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación). Se interviene en el domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con problemas de salud mental.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 22 casos en personas mayores de ambos sexos, los cuales representan el 12% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (183 casos). En la distribución por género, existe predominio de factores que influyen en la salud familiar en las mujeres mayores (77%), mientras que en los hombres mayores se presentó en un 23% de los casos. La distribución de casos según territorio social fue: COLINAS (4 casos que equivalen al 18% del total reportado), DIANA-MARRUECOS (8 casos que equivalen al 36,3% del total reportado), SAMORÉ (10 casos que equivalen al 45,4% del total reportado).

A partir de la intervención de Fortalecimiento a Grupo de Gestores Comunitarios del ámbito comunitario en los años 2009 y 2010 se ha generado y fortalecido la construcción de sujetos políticos y de los procesos organizativos sobre la base de la autonomía, cooperación y ejercicio de la ciudadanía, a partir de la promoción del desarrollo de habilidades y competencias sociales en actores sociales, que les permita avanzar en el reconocimiento de sus derechos, de la autonomía, la cooperación y el ejercicio de la ciudadanía. En el 2009 la cobertura de persona se encontraba ubicada en los territorios de Colinas, Diana Marruecos y Samoré; barrios Molinos, mirador de Marruecos, lomas, Madrid, Govaroba, Bravo Páez.

Se reactivan las redes sociales y familiares a través del reconocimiento de los sujetos, de la importancia de las relaciones interpersonales y el apoyo a la referente del proceso de Persona Mayor.

En la vigencia 2010, se está trabajando con 4 grupos y/o organizaciones de persona mayor, con una intervención de 2 o 3 sesiones al mes, las temáticas establecidas corresponde a: Participación social- liderazgo- autogestión, Envejecimiento- vejez- cambios asociados- memoria, Enfermedades más frecuentes en las personas mayores, Sexualidad y envejecimiento, hábitos y estilos de vida saludables en la persona mayor, salud mental, buen trato y además se está realizando encuentros intergeneracionales y circuitos en cada uno de los grupos.

En los 4 grupos que se están interviniendo en la localidad RUU, están participando un número de 100 personas mayores, de los y las cuales 17 son hombres y 83 corresponde a mujeres. La ubicación en territorio de estos grupos, corresponde a los territorios Diana Turbay, Colinas y Samoré, UPZ Quiroga, Marco Fidel Suárez y Diana Turbay - Barrios Quiroga, la Paz sector la Torre y Paz sector Caracas, el Portal Granjas de San Pablo, Resurrección.

Con esta intervención se reactivan las redes sociales y familiares a través del reconocimiento de los sujetos, de la importancia de las relaciones interpersonales y el apoyo a la referente del proceso de Persona Mayor.

La Intervención Desplazados realiza sensibilizar sobre redes de apoyo en la localidad. Cubriendo 200 familias para los 3 Territorios GSI.

A través del Ámbito Institucional - PDA de Salud Mental del Hospital Centro Oriente, se obtuvo información sobre las intervenciones que se realizan en 5 hogares de personas mayores ubicados en el Territorio Colinas así: 1 Hogar (Barrio Gustavo Restrepo), 2 Hogares Barrio Country Sur y 2 Hogares Barrio Sosiego.

Las actividades que desarrollan en los hogares, tienen como objetivo fortalecer los recursos con los que cuentan las instituciones de protección de personas mayores con el fin de promover espacios de interlocución con su entorno favoreciendo el bienestar subjetivo, el uso óptimo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas con la participación activa de otros actores sociales con los que se relacionan cotidianamente.

Desde el ámbito comunitario en la línea de Fortalecimiento a Grupos y Organizaciones se realiza la canalización de las situaciones de violencia y fragilidad evidenciada en los grupos a otros ámbitos y/o instituciones que posean las herramientas de apoyo, así mismo reactiva las redes familiares y sociales, aunque estas no tienen un efecto inmediato ya que se deben presentar protocolos que limitan la consecución de ayudas.

Desde la ESE se evidencia desde el Ámbito Familiar -Entornos Saludables, la realización de visitas de asesoramiento a familias en temáticas como: vivienda como espacio vital, manejo de agua para consumo humano, residuos sólidos, alimentos y vivienda con higiene y salud, prevención ante la presencia de plagas, manejo de riesgos químicos en el hogar y tenencia adecuada de mascotas. A su vez se coordinan con la Caja de vivienda Popular, para la canalización de familias con viviendas que aplican para subsidio de mejoramiento de vivienda. Esta intervención es realizada en el Territorio **Samoré** en los barrios Santa Lucia, San Jorge, Marco Fidel Suárez; en el Territorio **Colinas** en los barrios Madrid, Puerto Rico, el triunfo Mirador, Luis López de Mesa, Arboleda Sur la Esperanza; y en Territorio **Diana Marruecos** en los barrios Lanceros, Chircales, Zarazota, Sector plan 95, Providencia, Callejón de santa Bárbara y Comuneros.

Así mismo desde el componente de Ambiente se realiza la Inspección vigilancia y control a establecimientos Abiertos al Público e industrias que puedan ofrecer riesgo para la población, acciones de promoción y prevención en enfermedades compartidas entre el hombre y los animales. Y la Formación a Monitores ambientales comunitarios y jornadas ambientales de mejoramiento del Entorno, desde el ámbito comunitario. No se especifica en que territorios.

En el ámbito laboral en la UTIS se realiza asesorías en seguridad industrial y salud ocupacional con el fin de disminuir los riesgos en el ambiente y momento de trabajo. Así mismo se sensibiliza en deberes y derechos en cuanto a los usuarios a los servicios de salud. Y en los Empleos formales de Discapacidad, se realiza asesoría para disminuir barreras físicas para personas con discapacidad, con el fin de disminuir los riesgos en el ambiente y momento de trabajo. No hay información con respecto a los territorios y a la cobertura de persona mayor.

En la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional se realiza la Movilización social por el derecho a la alimentación a partir de la educación en: política de SAN y derecho a la alimentación; esta intervención es realizada a 27 personas mayores del territorio de Diana T- Marruecos, en el año 2009.

En la Línea Crónicos: Vive tu Salud en Grande, se realizan asesorías farmacológica y de hábitos de alimentación. En el año 2009 esta intervención atendió a 135 usuarios encuestados en los centros, teniendo por territorio la siguiente cobertura de personas mayores: Samoré: 78, Colinas: 51, Diana T- Marruecos: 6

A través del Ámbito Institucional – Entornos saludables del Hospital Centro Oriente, Durante la Vigencia 2010, se ha visitado a las instituciones de manera personalizada y no a través de redes

como se hacía en vigencias anteriores. La metodología utilizada en la asesoría y acompañamiento a las instituciones es teórico – práctica, la cual incluye las siguientes temáticas:

- Diseño e implementación de programas e instrumentos en saneamiento básico, se socializa y entrega la estructura para presentar por escrito cada programa del Plan.
- Promoción de ambientes libres de humo.
- Promoción del Manejo Seguro de sustancias químicas.

Las anteriores actividades recogen aspectos de promoción y prevención a posicionar tanto en las instituciones como con la población institucionalizada, con base en las seis (6) líneas de acción de la Transversalidad de ambiente. En cuanto a la cobertura 2010 (a Julio): De manera directa se han capacitado 14 directivos y cuidadores, e indirectamente a 129 Personas Mayores, de los cuales 51 son Hombres y 78 son Mujeres.

Desde la intervención entornos saludables- ámbito comunitario se desarrollan acciones: de educación en deberes y derechos de la salud, ejercicio de reconocimiento territorial y lectura de necesidades, fortalecimiento en el proceso de formación para la práctica de agricultura urbana, gestión que favorezca el proceso de reconocimiento de las políticas públicas de calidad de vida y salud y sus líneas de acción, Construcción de mapa de actores local y al interior de Hospital RUU y Construcción de una red local de salud ambiental según dinámica de las mesas territoriales de calidad de vida en las siguientes UPZ – TERRITORIOS:

Barrio Granjas de San Pablo – Territorio: Colinas – UPZ: 53 Marco Fidel Suárez. (Grupo Abuelos Felices)

Barrio El Mirador – Territorio: Diana Turbay Marruecos – UPZ: 54 Marruecos. (Grupo Club la Esmeralda)

Con un total de 60 participantes en total entre ellos 10 mujeres y 50 hombres, de ciclo vital Persona Mayor.

Se evidencia que desde el ámbito laboral se realiza en la Transversalidad de Desplazados la mejora de las condiciones de trabajo en seguridad industrial y asesoría de sus derechos como población desplazada. Desde la Transversalidad de Discapacidad se desarrollan asesorías a empresas para la inclusión laboral a personas con discapacidad y asesoría y direccionamiento a trabajadores informales con discapacidad. No se especifica cobertura de las personas mayores y territorios. No se evidencia más respuestas institucionales desde los procesos al interior de la ESE, debido a la falta del suministro de la información para esta etapa.

A través del Ámbito Institucional – Entornos de trabajo saludables del Hospital Centro Oriente, enmarca dentro de la Transversalidad de Trabajo, la implementación de estrategias de Trabajo Protegido para las Personas Mayores Institucionalizadas que realicen o no, cualquier tipo de actividad productiva en dicho espacio, con el fin de favorecer las condiciones de manejo de tiempo libre y el mantenimiento de habilidades para beneficiar la independencia y por ende la Calidad de Vida de estas personas.

Las acciones del componente durante la vigencia 2010 han sido las de sensibilización, acompañamiento y construcción mutua de objetivos, diseño de formatos y propuesta de actividades, de manera individual y personalizada, por institución, así como de construcción conjunta con otras instituciones; realizando cubrimiento a las sesenta (60) instituciones objeto de asesoría y de acompañamiento del ámbito institucional durante la vigencia 2010.

Qué ofrece la ESE se evidencia a partir de Salud a su casa del ámbito familiar la caracterización de familias, seguimiento con sensibilización en temas (educación e información en: derechos y deberes, adherencia a programas, manejo de pacientes crónicos, prevención Influenza A H1N1) y canalizaciones a diferentes servicios y ámbitos. Participación en Núcleos de gestión de la salud, donde se identifican necesidades en salud. Se da una cobertura de Caracterizaciones en el 2009 de: 169 Mujeres y 107 Hombres mayores. En los microterritorios pertenecientes a SASC.

En el ámbito IPS en el programa de crónicos, se realiza la Promoción y Prevención, Detección de alteraciones, Tratamiento y Rehabilitación. En el programa Transmisibles, por parte de los actores públicos y privados se identifica posibles casos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y acciones de vigilancia en salud pública de los pacientes con eventos como la tuberculosis, lepra, fiebre amarilla, leishmaniasis, Chagas, dengue o malaria. No se suministra información con respecto a la cobertura en la etapa y se generaliza en la localidad la intervención.

En el ámbito familiar desde el PDA de Salud Oral se caracteriza y se realiza seguimiento a las familias sobre el adecuado manejo de la salud oral. No se evidencia cobertura por etapa y se manifiesta que esta intervención se realiza en los microterritorios SASC de la localidad.

Desde la transversalidad de Etnias se realiza acercamiento y sensibilización a la población étnica como a los diferentes ámbitos en la política pública étnica para el reconocimiento de los derechos y servicios de en salud que se prestan. No se especifica territorio ni cobertura.

En el ámbito comunitario desde la línea Fortalecimiento a Grupo de Gestores Comunitarios se realizan talleres de formación en donde se fomenta la organización y participación de actores sociales, para la autogestión en el mejoramiento de su calidad de vida y salud e incrementando la incorporación de la ciudadanía en las decisiones de carácter cívico local, que facilite la creación de alianzas estratégicas y de cooperación entre los distintos sectores y actores sociales interesados. Se busca fortalecer la organización a través del diálogo entre la comunidad y el sector salud, con el fin de disminuir brechas, orientar la respuesta y ampliar el conocimiento que se pueda tener de los servicios de salud y de las condiciones a las cuales se encuentran sometidos en la cotidianidad la comunidad.

El Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente a través del PDA Salud Oral y el PDA Crónicos, realiza acciones de respuesta que contribuyen al mejoramiento de este núcleo problémico.

PDA Salud Oral: propicia prácticas protectoras en los actores sociales que hacen parte de las instituciones de protección para la persona mayor para hacer de ellas ambientes favorables a la salud oral. Esto se trabaja a través de asesoría técnica y capacitación a los cuidadores y funcionarios que allí laboran en diferentes temas relacionados con salud oral. En la vigencia 2010 se cuenta con 11 instituciones gerontológicas participantes en el proceso ubicado por territorio GSI así: SAMORÉ: 2 hogares (Barrio El Claret), 2 hogares (Barrio Quiroga), COLINAS: 1 hogar (Barrio G. Restrepo), 2 hogares (Barrio Country Sur), 2 hogares (Barrio Sociego). El total de personas mayores institucionalizadas es 129, de los cuales 78 son mujeres y 51 hombres.

Las acciones de respuesta dadas por el PDA Crónicos en el 2010, se centran en la categorización y recolección de información la actualización de diagnóstico, según diagnóstico médico, luego se generan un plan de acción integral por el profesional de gerontología del ámbito, para la intervención directa con capacitación, asesoría y acompañamiento en los temas de captación y seguimiento de las personas mayores en condición crónicas, que viven en estos hogares. Se brindan herramientas, como prácticas de auto cuidado y prevención de factores de riesgo que conduzcan a las personas mayores a condiciones crónicas, o los que ya posee esta condición se empeore y precipiten su deterioro. El cubrimiento en la Localidad es de 10 Instituciones geriátricas donde se encuentran un total de 86 adultos mayores (60 mujeres y 26 hombres).

Análisis de respuestas

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

En el análisis de la brecha se estima que la falta de creación de vínculos afectivos y sociales en los territorios GIS, repercute en la salud mental de las personas mayores generando episodios de enfermedades mentales como la depresión, reduciendo la autonomía y los vínculos entre las personas mayores y su familiares. Para contrarrestar esta situación se realizan intervenciones desde la ESE, sin embargo no tienen la mayor cobertura para las personas mayores debido a que los lineamientos trazan determinadas metas que no permiten la inclusión de más personas en los procesos.

Así mismo, se determina que se deben abordar las necesidades relacionadas con sexualidad, erotismo y vinculación afectiva en las personas mayores. Y se percibe que los sistemas de información no suministran información adecuada sobre la etapa de ciclo por territorio.

Es muy importante la respuesta que hoy se está dando a la situación social en salud de las personas mayores, a través del proceso de Fortalecimiento de Grupos y/o organizaciones de Persona mayor, pero el talento humano es mínimo por lo tanto no se logra cubrir 80 grupos existentes en la localidad Rafael Uribe y solamente se está cubriendo 4 grupos con este proceso; es decir que se requiere aumentar el talento humano por cada localidad para lograr dar mayor cobertura y de esta forma la respuesta será más efectiva e integral.

Desde el Ámbito Institucional - PDA de Salud Mental del Hospital Centro Oriente, se identificaron como Brechas que: A diario se vulneran los derechos de las personas mayores no sólo en las instituciones sino en la sociedad en general. Aunque se ha observado un esfuerzo de las instituciones por fortalecer sus redes apoyo para brindar bienestar a las personas mayores y de hacer partícipes a sus familiares del proceso que viven estas personas, se encuentra que aún faltan esfuerzos para permitir que la persona mayor siga integrado a su comunidad como parte activa.

Desde la transversalidad Discapacidad se analizan las siguientes brechas: Falta más acceso a las ayudas que brinda integración social y el mismo estado ya que los criterios para recibirlos son muy exigentes. El impacto en las actividades físicas no es el que se espera ya que no se desarrollan de manera permanente.

Desde el mismo núcleo familiar se hace exclusión a la persona mayor ya sea porque son personas muy dependientes o porque requieren mayor atención que las otras de su mismo género pero que no están en condición de discapacidad.

La atención en salud no es la que se esperaría ya que se siente la exclusión que se le hace a la persona con discapacidad en este ciclo vital.

El alcance en la realización de actividades encaminadas a favorecer el desarrollo físico y en general de la persona mayor se ve limitado por el acceso a barrios que son peligrosos y que no permiten el acceso de los grupos que facilitan estos procesos.

Tema generador: Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

Se evidencia que las actividades de control de población canina callejera son insuficientes para toda la demanda. Así como la presencia institucional de la Secretaría de Ambiente y sus acciones no cubren la totalidad de los territorios, lo que no permite alcanzar la cobertura en acciones. Existe déficit de talento humano en las instituciones.

La carencia de una plaza de mercado en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales afecta el buen acceso a alimentos sanos. En el proceso de GESA, se tiene un solo referente para las dos localidades, además de la dificultad en algunos espacios en donde los procesos no avanzan positivamente. Por último se evidencia que las actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes pública son insuficientes para las necesidades de la población.

Frente al programa de crónicos se propone contratar un profesional de nutrición, no se evidencia más respuestas institucionales desde los procesos al interior de la ESE, debido a la falta del suministro de la información para esta etapa.

Como factores protectores y potencialidades se encontró:

Las instituciones de ésta localidad son muy receptivas y muestran mucho interés por el proceso. Han expresado que la información y la asesoría brindada por el Componente Entornos Saludables del Ámbito Institucional son de suma importancia porque aportan al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de las personas mayores institucionalizadas, directivos y cuidadores.

Las personas mayores institucionalizadas requieren que su entorno físico les provea condiciones adecuadas, porque estas condiciones pueden generar riesgos en salud por enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), además de otras enfermedades infectocontagiosas. Por ello se hace necesario de intervenciones que permitan reconocer la situación en salud ambiental e implementar barreras de transmisión.

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

La falta de acciones de las organizaciones encaminadas al trabajo de la población adulta mayor y la falta de programas que promuevan e incentiven a la persona mayor en el desarrollo de las habilidades o potencialidades que mejoren su situación económica en los territorios de la localidad Rafael Uribe.

Lo evidenciado por el Ámbito institucional- Hospital Centro Oriente, tiene que ver con la aplicación del Instrumento de Recolección de Información "Lista de Chequeo", revelando un mínimo desarrollo de actividades productivas y de manejo del tiempo libre en las Instituciones de Protección para la Persona Mayor y por ende la afectación por desuso de las habilidades de las Personas Mayores Institucionalizadas, lo que sustenta la importancia de la generación del Componente Entornos de Trabajo Saludables, de la Transversalidad de Trabajo, en el Ámbito Institucional y las acciones de tal Intervención, para brindar herramientas que permitan el diseño y ejecución de dichas actividades en las Instituciones.

Se identifican como factores protectores que la institución brinda a sus personas mayores institucionalizadas cuidados integrales relacionados con el auto cuidado, como higiene oral, baño, vestido, alimentación y rutina de medicamentos; también lo correspondiente al cuidado de la ropa, limpieza del espacio físico y procedimientos de seguridad, que favorecen la integridad física.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Se identifica la discriminación a las personas mayores étnicas en la orientación, atención en los servicios de salud y la poca existencia de programas a nivel institucional que dé respuesta a las necesidades de las personas mayores, invisibilizado así sus problemáticas y necesidades, así mismo a partir de una muestra no representativa se generaliza la situación de las personas mayores. Por último la falta de sistemas de información integrados que puedan dar cuenta de la situación de las personas mayores en los territorios es un problema que se generaliza e impide un análisis más específico.

El PDA Salud Oral del ámbito institucional Hospital Centro oriente, evidencia problemas que están relacionados principalmente con la falta de prácticas adecuadas y desconocimiento por parte de los cuidadores de hábitos y rutinas en salud oral para la persona mayor.

Entre los factores protectores y potencialidades de las instituciones gerontológicas, las personas mayores, están al cuidado de personal con experiencia en este campo, reciben en la mayoría de ellos atención especial, cariño, compañía, respeto y son comprendidos de acuerdo con las condiciones de discapacidad y deterioro mental y físico que presentan de acuerdo con su edad.

Por parte del PDA Crónicos, del Hospital Centro Oriente, se evidencian dificultades relacionadas con: la falta de acceso a los servicios por la exclusión de la persona mayor de 60 años en las actividades de P y P, talento humano no capacitado ni sensibilizado en el proceso de envejecimiento y la etapa de vejez, lo cual se refleja en la atención con calidad y calidez que se brinda a la persona mayor.

Falta de compromiso familiar, responsabilidad del cuidado y acompañamiento de sus mayores, la manejo de hábitos y estilos de vida inadecuados y no saludables desde las etapas de ciclo vital anteriores, son temas que deben enmarcar las políticas para la promoción y prevención de las condiciones crónicas en las personas mayores.

Para lograr mayor impacto y cobertura en el tema de Cultura de Envejecimiento es necesario contar con más profesionales en el área de la gerontología, que contribuyan a la masificación de las acciones encaminadas a la promoción y prevención que minimicen el riesgo de adquirir condiciones crónicas en las personas mayores institucionalizadas en los hogares intervenidos.

Por parte del ámbito IPS del HRUU, se encuentra que: no hay actualización, unificación en el manejo y aplicación de las guías, protocolos y procesos de atención en las IPS para los programas y procesos de salud pública, generando complicaciones en el estado de salud de la población adulta y persona mayor, según información del comité técnico enfermedades crónicas 2009-2010 en la evaluación de adherencia a guías de promoción y prevención (marzo de 2010). En cuanto a la atención de salud mental, la demanda está desbordada por casos reportados.

En la ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Algunos centros de atención, como SAN JORGE todos los consultorios se ubica en el 2 piso, se observan paciente en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes. En Diana Turbay y Lomas, tampoco entran las sillas de ruedas. IPS realizó caracterización de los centros, se radico en SDS y se presento a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto

para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Scord Card están unificados se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

PROPUESTAS PARA MEJORAMIENTO DE LA RESPUESTA

Después de armonizar la información contenida en los capítulos anteriores (Territorio, población, Ambiente, Consumo, Producción y Respuesta), con énfasis en análisis crítico por etapa de ciclo vital, se realizaron 3 talleres con la participación de los referentes de los PDA, Transversalidades, Etapas de Ciclo, Ámbitos y Componentes del PIC, con el fin de establecer los temas generadores partiendo de los núcleos problemáticos ya definidos y teniendo en cuenta Territorios más afectados, intervenciones o respuestas ofertadas por el PIC y otros sectores y haciendo un análisis de los déficit de atención o brechas existentes desde las que permitiera sustentar o justificar la razón de cada tema generador, los cuales se convierten en una parte fundamental para ya que estos representan ámbitos o focos de actuación, los cuales posteriormente se convierten en Propuesta para el PIC 2010. Dichas propuestas se presentan de manera específica (por territorio social UPZ), en término de poblaciones a abordar, acciones e interacciones a desarrollar, que permitan dar solución o mejoren en parte la situación de calidad de vida y salud de la población en la Localidad.

La información sobre propuestas desde la ESE, fueron el resultado de un trabajo conjunto entre la comunidad e instituciones en la mesa de salud local RUU con la participación de 150 personas aproximadamente, participaron, comité participación comunitaria, asociación de usuarios, grupos gestores del ámbito comunitario, grupos de fortalecimiento a organizaciones comunitarias y núcleos de gestión de ámbito familiar. Adicionalmente se participó en todos los espacios locales liderados desde la Alcaldía en el mes de octubre para construcción de presupuestos participativos, Consejo Local de Política Social y las 3 Mesas Territoriales, entregando resultados finales del ejercicio al Consejo Local Planeación para que realizar las observaciones al documento propuesto por la Alcaldesa y una vez ajustado se va a debate los primeros días de diciembre del presente año.

TERRITORIO 1801: DIANA MARRUECOS

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Busca contribuir al restablecimiento de derechos de niños, niñas, jóvenes y sus familias que se encuentren en riesgo por episodios de Violencia Intrafamiliar, abuso y explotación sexual, maltrato infantil y uso indebido de Sustancias Psicoactivas en la Localidad Rafael Uribe Uribe mediante el desarrollo de acciones de atención y prevención de dichas problemáticas. Metas: Atención terapéutica (50 personas), Prevención (75 personas). Formación (130 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (70 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

La sensibilización a través de Encuentros intergeneracionales, como alternativa para sensibilizar sobre la importancia de compartir experiencias, conocimientos y tiempo con las personas mayores, para la consolidación de vínculos en las redes familiares y sociales en la vejez.

Consolidar una red distrital de instituciones de cuidado para las personas mayores, que trabajen de manera articulada y permitan la socialización de las personas mayores de todas las instituciones por medio de actividades culturales, recreativas y pedagógicas.

DESDE SECTORES

Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes e infantes de la localidad en Colegios intervenidos por Salud al Colegio a través de la conformación de CIRCULOS SALUDABLES en los colegios con la participación de adolescentes, padres y/o madres, docentes y niños y niñas de las dos localidades. Meta: 4 Círculos en Diana Marruecos. Cada uno con 20 a 30 personas.

POAI 2011: Estratégico integral de salud a su casa, al colegio, a la familia y las instituciones salud prevención spa salud mental salud sexual (835 millones de pesos); Atención integral en salud población vulnerable víctimas de violencia y familias con enfoque de género y diferencial y centro de escucha, construcción de protocolos (200 millones de pesos). Observatorio local en participación y desarrollo local (150 millones de pesos).

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

TEMA GENERADOR 2. Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

DESDE LA ESE

Ampliar la inversión económica, aumentando la cobertura en Inspección, Vigilancia y Control, para mejorar el cumplimiento de las Normas sanitarias y reducir así los efectos adversos causados por las actividades humanas en cada una de las etapas de ciclo vital.

Fortalecer el programa de educación ambiental y sanitaria para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

Fortalecer la estrategia de Agricultura Urbana como forma de recuperación de saberes de la persona mayor y de producción de alimentos orgánicos, que permitan la construcción de soberanía alimentaria y exigibilidad del derecho humano a la alimentación generando redes sociales.

DESDE SECTORES

POAI 2011: Control de vectores y plagas en exteriores e interiores (viviendas). (150 millones de pesos)

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores.

Creación de políticas de mejoramiento de las viviendas, focalizadas en la población en situación de fragilidad.

Se propone que lo realizado por el Jardín botánico aumente su cobertura en las actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes públicas.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos a cargo de la Alcaldía local.

DESDE COMUNIDAD

Realizar veeduría para el cumplimiento de políticas en materia ambiental, de planificación urbana y de la política de envejecimiento y vejez para garantizar a la comunidad en general espacio públicos y espacios privados (casa) adecuados.

NÚCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: ámbito laboral, gestión local- articulación Transectorial (Sena, Ulde, Instituto para la Economía Social IPES, Secretaría de desarrollo económico, escuelas de formación en artes y oficios y personas mayores de los territorios.

Promoción de trabajos protegidos para jóvenes desde la escuela: una aproximación al mundo del trabajo a través de capacitación y coordinación sectorial de convenios. Participan estudiantes de los grados décimos y once de las IED de la localidad Rafael Uribe Uribe.

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Presupuesto participativo, Formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

DESDE SECTORES

Creación de una casa de productividad generada por la red de adulto mayor de la localidad Rafael Uribe, a esta propuesta se articula la del sector salud y se posiciona para el POAI, esta propuesta se maneja en los tres territorios Colinas, Samoré y Diana-Marruecos y tiene como temas centrales, la productividad, entornos saludables y cuidado de la persona mayor.

POAI 2011: Asistencia alimentaria (fortalecimiento de plan de abastecimiento alimentario, consumo, suministro de refrigerios escolares, 400 bonos canjeables para madres gestantes y lactantes y 9 comedores) (4,200 millones de pesos).

POAI 2010: Fomento para el empleo de vendedores ambulantes y padres de niños y niñas trabajadores; Fomento para la generación de Ingresos de Mujeres. (a. Fortalecimiento empresarial, b. fortalecimiento de unidades productivas, c. banco de talentos y semilleros de formación) (450 millones de pesos)

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4. Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Incluir en las fichas de intervención de ámbitos para la intervención de salud oral variables diferenciales. También identificar el índice COP en la población intervenida que permitan realizar un diagnóstico de la situación en salud oral más cercano a la realidad.

Aumentar capacidad instalada para la atención de la población en el Centro de Atención Diana Turbay del Hospital Rafael Uribe.

Realizar proceso de asignación de recursos del régimen subsidiado y vinculado acorde a la población y nivel de prestación de servicios.

Ampliar la cobertura de TU VALES en este territorio y a la población persona mayor.

Que se realice asignación de presupuesto real del PIC, según la planeación presupuestal.

Que se tenga en cuenta las propuestas PIC formuladas desde el hospital, porque responden a las necesidades de la población y fueron avaladas en todos los espacios locales MTCV

Realización de grupos focales con el fin de identificar y caracterizar a las personas del sector LGBT en las diferentes etapas de ciclo y fortalecer el auto cuidado y la percepción de una vida de calidad.

Inclusión línea de seguimiento y articulación intersectorial AMBITOS FAMILIAR-ESCOLAR-ICBF, para la identificación y seguimiento oportuno de niños y niñas menores de 5 años, en jardines donde se cuenta con personal entrenado en la estrategia AIEPI y ampliación de cobertura en los jardines donde no se ha implementado dicha estrategia. Cobertura Rafael Uribe: 18 jardines (HOBIS y Mct SASC).

Fortalecer la articulación de las acciones del POS con el PIC, que permitan canalización efectiva de la población de todas las etapas de ciclo a los diferentes servicios de salud, seguimiento oportuno a tratamientos con énfasis en población de alto riesgo con patologías transmisibles y crónicas, mujeres gestantes y niños menores de 5 años. Incluir en los contratos con EPS clausula donde se evalúe la articulación.

Adecuación de infraestructura física del Centro de atención San Jorge del Hospital, donde existen barreras arquitectónicas para el acceso de personas en condición de discapacidad.

Concertación con niveles de atención superior y EPS, los mecanismos o estrategias que garanticen un adecuado y oportuno proceso de referencia y contra referencia de pacientes con énfasis en los que padecen enfermedades crónicas de alta incidencia de mortalidad. Que en el contrato SIRC exista una clausula donde se realice seguimiento y control al cumplimiento de contraferencia para continuidad de tratamientos y actividades de promoción y prevención.

DESDE SECTORES

POAI 2011: Atención integral a gestantes y lactantes de la localidad (150 millones de pesos). Adecuación y dotación en centros de atención hospitalaria INFRAESTRUCTURA FISICA CENTROS DE ATENCION (200 millones de pesos)

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familia residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 personas), Prevención (75 personas). Formación (130 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (70 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

La sensibilización a través de Encuentros intergeneracionales, como alternativa para sensibilizar sobre la importancia de compartir experiencias, conocimientos y tiempo con las personas mayores, para la consolidación de vínculos en las redes familiares y sociales en la vejez. Desde el Gestión Local y ámbito comunitario.

Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes e infantes de la localidad en Colegios intervenidos por Salud al Colegio a través de la conformación de CIRCULOS SALUDABLES en los colegios con la participación de adolescentes, padres y/o madres, docentes y niños y niñas de las dos localidades. Meta: 4 Círculos en colinas. Cada uno con 20 a 30 personas.

DESDE SECTORES

POAI 2011: Estratégico integral de salud a su casa, al colegio, a la familia y las instituciones salud prevención spa salud mental salud sexual (835 millones de pesos); Atención integral en salud población vulnerable víctimas de violencia y familias con enfoque de género y diferencial y centro de escucha, construcción de protocolos (200 millones de pesos). Observatorio local en participación y desarrollo local (150 millones de pesos).

TERRITORIO COLINAS

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familia residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 personas), Prevención (75 personas). Formación (130 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (70 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas

La sensibilización a través de Encuentros intergeneracionales, como alternativa para sensibilizar sobre la importancia de compartir experiencias, conocimientos y tiempo con las personas mayores, para la consolidación de vínculos en las redes familiares y sociales en la vejez. Desde el Gestión Local y ámbito comunitario.

Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes e infantes de la localidad en Colegios intervenidos por Salud al Colegio a través de la conformación de CIRCULOS SALUDABLES en los colegios con la participación de adolescentes, padres y/o madres, docentes y niños y niñas de las dos localidades. Meta: 4 Círculos en colinas. Cada uno con 20 a 30 personas.

DESDE SECTORES

POAI 2011: Estratégico integral de salud a su casa, al colegio, a la familia y las instituciones salud prevención spa salud mental salud sexual (835 millones de pesos); Atención integral en salud población vulnerable víctimas de violencia y familias con enfoque de género y diferencial y centro de escucha, construcción de protocolos (200 millones de pesos). Observatorio local en participación y desarrollo local (150 millones de pesos).

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

DESDE LA ESE

Ampliar la cobertura de TU VALES en este territorio y a la población persona mayor.

Ampliar la inversión económica, aumentando la cobertura en Inspección, Vigilancia y Control, para mejorar el cumplimiento de las Normas sanitarias y reducir así los efectos adversos causados por las actividades humanas en cada una de las etapas de ciclo vital.

Fortalecer el programa de educación ambiental y sanitaria para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

Fortalecer la estrategia de Agricultura Urbana como forma de recuperación de saberes de la persona mayor y de producción de alimentos orgánicos, que permitan la construcción de soberanía alimentaria y exigibilidad del derecho humano a la alimentación generando redes sociales.

DESDE SECTORES

POAI 2011: Control de vectores y plagas en exteriores e interiores (viviendas)

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores.

Creación de políticas de mejoramiento de las viviendas, focalizadas en la población en situación de fragilidad.

Se propone que lo realizado por el Jardín botánico aumente su cobertura en las actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes públicas.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos a cargo de la Alcaldía local.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local- Articulación Transectorial (SENA, ULDE, INSTITUTO PARA LA ECONOMIA SOCIAL IPES, SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONOMICO, ESCUELAS DE FORMACION EN ARTES Y OFICIOS y personas mayores de los territorios.

Promoción de trabajos protegidos para jóvenes desde la escuela: una aproximación al mundo del trabajo a través de capacitación y coordinación sectorial de convenios. Participan estudiantes de los grados décimos y once de las IED de la localidad Rafael Uribe Uribe.

Creación de una casa de productividad generada por la red de adulto mayor de la localidad Rafael Uribe, a esta propuesta se articula la del sector salud y se posiciona para el POAI, esta propuesta se maneja en los tres territorios Colinas, Samoré y Diana-Marruecos y tiene como temas centrales, la productividad, entornos saludables y cuidado de la persona mayor.

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Presupuesto participativo, formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

DESDE SECTORES

POAI 2010: Fomento para el empleo de vendedores ambulantes y padres de niños y niñas trabajadores; Fomento para la generación de Ingresos de Mujeres (a. fortalecimiento empresarial, b. fortalecimiento de unidades productivas, c. banco de talentos y semilleros de formación).

POAI 2011: Asistencia alimentaria (fortalecimiento de plan de abastecimiento alimentario, consumo, suministro de refrigerios escolares, bonos canjeables para madres gestantes y lactantes y 9 comedores)

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4. Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Aumentar capacidad instalada para la atención de la población en diferentes servicios de salud en el Centro de Atención San Jorge del Hospital Rafael Uribe.

Realizar proceso de asignación de recursos del régimen subsidiado y vinculado acorde a la población y nivel de prestación de servicios.

Ampliar la cobertura de TU VALES en este territorio y a la población persona mayor.

Que se realice asignación de presupuesto real del PIC, según la planeación presupuestal.

Que se tenga en cuenta las propuestas PIC formuladas desde el hospital, porque responden a las necesidades de la población y fueron avaladas en todos los espacios locales MTCV.

Frente al programa de crónicos se propone contratar un profesional de nutrición y ampliar la cobertura no solamente en los centros de atención, sino hacer la intervención en los grupos del ámbito comunitario.

Realización de grupos focales con el fin de identificar y caracterizar a las personas del sector LGBT en las diferentes etapas de ciclo y fortalecer el auto cuidado y la percepción de una vida de calidad.

Atención en salud de las personas de todas las etapas de ciclo que pertenecen a grupos étnicos, sensibilizando al personal médico sobre la medicina tradicional de estos grupos.

Fortalecimiento de servicios de salud amigables y accesibles para jóvenes, con recurso humano y difusión.

Incorporar un referente exclusivo para el PDA de salud oral, que pueda posicionar la política pública y direccionar acciones de manera articulada en el hospital.

Inclusión línea de seguimiento y articulación intersectorial AMBITOS FAMILIAR-ESCOLAR-ICBF, para la identificación y seguimiento oportuno de niños y niñas menores de 5 años, en jardines donde se cuenta con personal entrenado en la estrategia AIEPI y ampliación de cobertura en los jardines donde no se ha implementado dicha estrategia. Cobertura Rafael Uribe: 18 jardines (HOBIS y Mct SASC).

1803: SAMORE

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familia residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 personas), Prevención (70 personas).Formación (130 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (70 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

La sensibilización a través de Encuentros intergeneracionales, como alternativa para sensibilizar sobre la importancia de compartir experiencias, conocimientos y tiempo con las personas mayores, para la consolidación de vínculos en las redes familiares y sociales en la vejez. Desde el Gestión Local y ámbito comunitario.

Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes e infantes de la localidad en Colegios intervenidos por Salud al Colegio a través de la conformación de CIRCULOS SALUDABLES en los colegios con la participación de adolescentes, padres y/o madres, docentes y niños y niñas de las dos localidades. Meta: 4 Círculos en colinas. Cada uno con 20 a 30 personas.

DESDE SECTORES

POAI 2011: Estratégico integral de salud a su casa, al colegio, a la familia y las instituciones salud prevención spa salud mental salud sexual (835 millones de pesos); Atención integral en salud población vulnerable víctimas de violencia y familias con enfoque de género y diferencial y centro de escucha, construcción de protocolos (200 millones de pesos). Observatorio local en participación y desarrollo local (150 millones de pesos).

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

TEMA GENERADOR 2- Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

DESDE LA ESE:

Ampliar la cobertura de TU VALES en este territorio y a la población persona mayor.

Ampliar la inversión económica, aumentando la cobertura en Inspección, Vigilancia y Control, para mejorar el cumplimiento de las Normas sanitarias y reducir así los efectos adversos causados por las actividades humanas en cada una de las etapas de ciclo vital.

Fortalecer el programa de educación ambiental y sanitaria para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

Fortalecer la estrategia de Agricultura Urbana como forma de recuperación de saberes de la persona mayor y de producción de alimentos orgánicos, que permitan la construcción de soberanía alimentaria y exigibilidad del derecho humano a la alimentación generando redes sociales.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE:

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local- Articulación Transectorial (SENA, ULDE, INSTITUTO PARA LA ECONOMIA SOCIAL IPES, SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONOMICO, ESCUELAS DE FORMACION EN ARTES Y OFICIOS y personas mayores de los territorios.

Caracterización de la población de 27 a 59 años, concentrados en el análisis de los determinantes sociales que afectan a la población adulta del territorio dentro del ámbito laboral de desarrollo.

Diseño e Implementación de un programa de Recuperación nutricional integral ambulatoria en menores de 5 años, que permita mejorar estado nutricional y condiciones de seguridad alimentaria a través de 3 fases: 1-Estabilización clínica, 2-Tratamiento alimentario y nutricional 3- Seguimiento médico, nutricional y Psicosocial. Localidad 18

Promoción de trabajos protegidos para jóvenes desde la escuela: una aproximación al mundo del trabajo a través de capacitación y coordinación sectorial de convenios. Participan estudiantes de los grados décimos y once de las IED de la localidad Rafael Uribe Uribe.

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Presupuesto participativo, Formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

DESDE SECTORES:

Creación de una casa de productividad generada por la red de adulto mayor de la localidad Rafael Uribe, a esta propuesta se articula la del sector salud y se posiciona para el POAI, esta propuesta se maneja en los tres territorios Colinas, Samoré y Diana-Marruecos y tiene como temas centrales, la productividad, entornos saludables y cuidado de la persona mayor.

POAI 2011: Asistencia alimentaria (fortalecimiento de plan de abastecimiento alimentario, consumo, suministro de refrigerios escolares, bonos canjeables para madres gestantes y lactantes y 9 comedores) (4,200 millones de pesos).

POAI 2010: Fomento para el empleo de vendedores ambulantes y padres de niños y niñas trabajadores; Fomento para la generación de Ingresos de Mujeres. (a. Fortalecimiento empresarial, b. fortalecimiento de unidades productivas, c. banco de talentos y semilleros de formación) (450 millones de pesos)

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4- Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE:

Ampliar microterritorios de SASC en el territorio Samoré

Seguimiento domiciliario a mujeres gestantes en Territorios donde no se aplica el programa SASC. Metas: Localidad Rafael Uribe: 160 mujeres gestantes.

CONCLUSIONES

1. La construcción del Diagnóstico de la localidad sirvió como base fundamental para el inicio del procesos de planeación en la vigencia, fortaleciendo el proceso de la implementación de la estrategia de gestión social integral, a través de varios espacios como equipos transectoriales, de decisión y la participación activa de la Institucionalidad y la comunidad en las mesas territoriales con el fin de avanzar hacia la construcción de respuestas integrales y la construcción de las agendas sociales.

2. El documento de diagnóstico ha hecho que las acciones que se desarrollen en lo local se fortalezcan los procesos de participación y coordinación intersectorial a través de las diferentes mesas, consejos y comités, logrando la interacción y el apoyo de las diferentes políticas y documentos de aporte al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.

3. El ejercicio de actualización ha representado un reto para todos los sectores donde se ha realizado una integralidad desde el abordaje de los diferentes enfoques territorial y diferencial y que a pesar de las dificultades de sistemas de información, se ha logrado profundizar en el análisis y de esta forma desde la Gerencia, su equipo directivo y la Coordinación de Salud Pública, asumir este reto con miras a fortalecer el posicionamiento político en los diferentes espacios Locales y aportar insumos necesarios para el proceso de la gestión social integral (G.S.I) en la localidad Rafael Uribe y que a la vez contribuya para el planteamiento de respuestas integrales, donde prime el mejoramiento a corto, mediano y largo plazo de las condiciones de calidad de vida y salud de la población habitante de la Localidad.

4. El ejercicio de actualización del diagnóstico local ha representado un reto por la naturaleza de su abordaje desde los enfoques territorial y diferencial ya que desde los ámbitos y componentes del PIC los sistemas de información, no cuentan con variables que permitan realizar este tipo de análisis, sin embargo el interés desde la Gerencia y Coordinación de Salud Pública - PIC del Hospital, fue el de asumir este reto con miras a fortalecer el posicionamiento político en los diferentes espacios locales y aportar insumos necesarios para el proceso de la Gestión Social Integral (G.S.I) en la Localidad Rafael Uribe.

www.saludcapital.gov.co