

HOSPITAL DEL SUR
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ANALISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD 2009

LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

Noviembre de 2010

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1 ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO-POBLACIÓN Y AMBIENTE LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA	14
1.1 DINÁMICA TERRITORIAL	14
1.1.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y AMBIENTALES	14
1.1.2 CARACTERÍSTICAS POLÍTICO - ADMINISTRATIVAS	20
1.1.3 TERRITORIOS SOCIALES DE LA GSI	22
1.2 CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA	24
1.3 DINÁMICA POBLACIONAL	27
1.3.1 PERFIL POBLACIONAL	27
1.3.1.1 Población en situación de discapacidad	31
1.3.1.2 Población por grupo étnico	38
1.3.1.3 Tasa bruta de natalidad	39
1.3.1.4 Tasa global de fecundidad	39
1.3.1.5 Tasa general de fecundidad	40
1.3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	41
1.3.2.1 Mortalidad general	41
1.3.2.2 Mortalidad evitable	42
1.3.2.2.1 Mortalidad infantil	44
1.3.2.2.2 Mortalidad en menores de 5 años	46
1.3.2.2.3 Mortalidad materna	52
1.3.2.2.4 Mortalidad perinatal	54
1.3.2.2.5 Suicidio	56

1.3.2.2.6	VIH/SIDA y mortalidad por sida _____	57
1.3.3	MORBILIDAD EN LA LOCALIDAD _____	58
1.3.3.1	Comportamiento del estado nutricional _____	58
1.3.3.2	Programa Ampliado de Inmunización (PAI) _____	65
1.3.3.3	Expresiones de la violencia _____	66
1.3.3.3.1	Violencia intrafamiliar y delitos sexuales – SIVIM _____	66
1.3.4	EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA _____	69
1.3.4.1	Enfermedades inmunoprevenibles _____	71
1.3.4.1.1	Hepatitis A _____	71
1.3.4.1.2	Tuberculosis _____	71
2	ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN – CONSUMO _	72
2.1	ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO _____	72
2.2	ESCOLARIZACIÓN Y DESESCOLARIZACIÓN _____	83
2.3	EQUIDAD EN SERVICIOS DE SALUD _____	86
2.4	CONDICIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL _____	91
3	PROFUNDIZACIÓN DE LOS TERRITORIOS SOCIALES _____	98
3.1	METODOLOGÍA _____	99
3.1.1	Ordenadores conceptuales del proceso de análisis _____	99
3.1.2	Análisis de la realidad social _____	100
3.1.3	Análisis de problemas – Problematización – _____	100
3.1.4	El Flujograma Situacional _____	101
3.1.5	Esquema de causalidad de un problema _____	102
3.1.6	Análisis de situación: Estructura – Coyuntura _____	103
3.1.7	Unidades de Análisis por etapa de ciclo vital _____	103
3.2	TERRITORIO 1: - CIUDAD MONTES _____	103

3.2.1	DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO.	103
3.2.1.1	Posición social.	106
3.2.1.2	Potencialidades	107
3.2.1.3	Pirámide poblacional UPZ Montes	106
3.2.2	COMO LEEMOS EL TERRITORIO	110
3.2.2.1	Núcleo problematizador No. 1	¡Error! Marcador no definido.
	Núcleo problematizador No. 2	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2.2	Núcleo problematizador No. 3	111
3.2.2.3	Núcleo problematizador No. 4	¡Error! Marcador no definido.
3.3	TERRITORIO 2: MUZÚ	115
3.3.1	DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO	115
3.3.1.1	Posición social	118
3.3.1.2	Potencialidades	119
3.3.1.3	Pirámide poblacional UPZ Muzú	119
3.3.2	COMO LEEMOS EL TERRITORIO	122
3.3.2.1	Núcleo problematizador no. 1	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2.2	Núcleo problematizador no. 2	122
3.3.2.3	Núcleo problematizador no. 3	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2.4	Núcleo problematizador no. 4	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2.5	Núcleo problematizador no. 5	¡Error! Marcador no definido.
3.4	TERRITORIO 3. SAN RAFAEL	128
3.4.1	DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO	128
3.4.1.1	Posición social	130
3.4.1.2	Potencialidades	131
3.4.1.3	Pirámide poblacional UPZ San Rafael	133

3.4.2	COMO LEEMOS EL TERRITORIO	135
3.4.2.1	Núcleo problematizador No. 1	135
3.4.2.2	Núcleo problematizador No. 2	136
3.4.2.3	Núcleo problematizador No. 3	138
3.4.2.4	Núcleo problematizador No. 4	140
3.4.2.5	Núcleo problematizador No. 5	141
3.5	TERRITORIO 4 – INDUSTRIAL Y COMERCIAL	142
3.5.1	DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO	142
3.5.1.1	Posición social	145
3.5.1.2	Potencialidades	145
3.5.1.3	UPZ 108 zona industrial.	147
3.5.1.3.1	Pirámide poblacional UPZ Industrial	149
3.5.1.3.2	Como leemos el territorio	150
3.5.1.3.2.1	Núcleo problematizador No. 1	150
3.5.1.3.2.2	Núcleo problematizador No. 2	153
3.5.1.3.2.3	Núcleo problematizador No. 3	154
3.5.1.4	UPZ 111 Puente Aranda	155
3.5.1.4.1	Pirámide poblacional UPZ Puente Aranda	157
3.5.1.4.2	Como leemos el territorio	158
3.5.1.4.2.1	Núcleo problematizador No. 1	158
3.5.1.4.2.2	Núcleo problematizador No. 2	159
3.5.1.4.2.3	Núcleo problematizador No. 3	164
4	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA	165
4.1	TEMAS GENERADORES	165
4.2	RESPUESTA DESDE EL MODELO DE GESTIÓN DE LA ESE – PIC	166
4.2.1	RESPUESTA SASC EN EL TERRITORIO	166

4.2.2	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA COMUNITARIA	168
4.3	RESPUESTA DESDE LA GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL (GSI)	171
4.4	ANÁLISIS DE LA INVERSIÓN LOCAL	175
4.5	ANÁLISIS SOCIOMÉTRICO DEL TERRITORIO SOCIAL SAN RAFAEL	177
4.6	PROPUESTA DE RESPUESTA	181

LISTA DE MAPAS

Mapa 1.	Generalidades localidad Puente Aranda	15
Mapa 2.	Territorios sociales de la GSI localidad Puente Aranda	23
Mapa 3.	Población por rangos de edad localidad Puente Aranda	30
Mapa 4.	Caras de la Mortalidad	43
Mapa 5.	Casos de Mortalidad Materna. Localidad de Puente Aranda. Años 2008-2009 _ ¡Error! Marcador no definido.	
Mapa 6.	Relación Producción Consumo	74
Mapa 7.	Ámbito laboral Puente Aranda	77
Mapa 8.	Escolarización y desescolarización localidad Puente Aranda 2009	84
Mapa 9.	Equidad en servicios de salud	87
Mapa 10.	UPZ Ciudad Montes	105
Mapa 11.	Territorio Muzú	116
Mapa 12.	UPZ San Rafael	129
Mapa 13.	Territorio industrial y comercial	144
Mapa 14.	UPZ 108 Industrial	148
Mapa 15.	UPZ 111 Puente Aranda	156
Mapa 16.	Respuesta SASC en el territorio	167

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Pirámide poblacional localidad de Puente Aranda año 2010 _____	27
Gráfico 2.	Distribución poblacional por UPZ y por sexo – Localidad de Puente Aranda-Proyección 2009. _____	29
Gráfico 3.	Pirámide Poblacional por Etapa de Ciclo Vital. Localidad de Puente Aranda 2010 ____	31
Gráfico 4.	Distribución de la población con Discapacidad según Sexo, Etapa de Ciclo Vital y UPZ35	
Gráfico 5.	Dificultades permanentes por grupo etéreo en personas con Discapacidad, Localidad de Puente Aranda. Años 2005 – 2007 (n=11.132) _____	36
Gráfico 6.	Origen de la discapacidad según sexo. Localidad de Puente Aranda. Años 2005 – 2007 (n=11.132) _____	36
Gráfico 7.	Población por grupo étnico por localidad, según sexo. _____	38
Gráfico 8.	Tasa Bruta de Natalidad- Localidad de Puente Aranda- 2004-2010 _____	39
Gráfico 9.	Tasa Global de Fecundidad- Localidad de Puente Aranda- 2004-2010 _____	40
Gráfico 10.	Tasa General de Fecundidad. Localidad de Puente Aranda 2004-2010 _____	40
Gráfico 11.	Tasa de mortalidad infantil localidad Puente Aranda Año 1999-2010 _____	44
Gráfico 12.	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de 5 años. Localidad de Puente Aranda. 2004-2010 . _____	47
Gráfico 13.	Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Tasa por 100.000 menores de 5 años. Puente Aranda 2000-2010 _____	49
Gráfico 14.	Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Tasa por 100.000 menores de 5 años. Puente Aranda 2000-2009 _____	50
Gráfico 15.	Casos atendidos en salas ERA Hospital del Sur E.S.E. por mes. Localidad de Puente Aranda. Años 2008-2009 _____	51
Gráfico 16.	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad de Puente Aranda. Año 2004-2010 Tasa * 100.0000 menores de 5 años _____	52

Gráfico 17.	Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Localidad Puente Aranda 2000-2010	53
Gráfico 18.	Casos de Mortalidad Materna. Localidad de Puente Aranda. Años 2008-2010	54
Gráfico 19.	Tasa de Mortalidad Perinatal - Localidad de Puente Aranda 2004-2009	55
Gráfico 20.	Mortalidad por suicidio Localidad de Puente Aranda. Años 2005 a 2009. Tasa * 100.000 habitantes.	56
Gráfico 21.	Mortalidad por suicidio Localidad de Puente Aranda. Años 2005 a 2010. Tasa * 100.000 habitantes.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 22.	Proporción de Incidencia de casos notificados de VIH/Sida * 100.000 habitantes. Localidad Puente Aranda. Años 2005-2009	58
Gráfico 23.	Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Talla "DNT AGUDA". Localidad de Puente Aranda. Años 2009-2010	59
Gráfico 24.	Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Talla "DNT AGUDA". Localidad de Puente Aranda. Años 2009-2010	60
Gráfico 25.	Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Talla/Edad "DNT CRONICA". Localidad de Puente Aranda. Años 2009-2010	61
Gráfico 26.	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 10 años. Localidad Puente Aranda. Años 2005-2010	61
Gráfico 27.	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 10 años. Sobrepeso por UPZ. Localidad Puente Aranda. Años 2005-2010	62
Gráfico 28.	Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Edad "Desnutrición Global". Bajo peso según UPZ. Localidad de Puente Aranda. Años 2005-2010	62
Gráfico 29.	Comportamiento del estado nutricional de gestantes Localidad Puente Aranda Año 2009-2010	64
Gráfico 30.	Comportamiento del bajo peso de gestantes por UPZ. Localidad Puente Aranda Año 2005-2010	64
Gráfico 31.	Comportamiento de la notificación de gestantes por grupo de edad. Localidad Puente Aranda Año 2005- 2009 y I semestre 2010	65
Gráfico 32.	Porcentaje de Cumplimiento. Programa Ampliado de Inmunizaciones - Localidad Puente Aranda 2004-2010	66

Gráfico 33.	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS POR UPZ. PUENTE ARANDA 2009 - 2010	67
Gráfico 34.	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA 2009 – 2010	68
Gráfico 35.	Proporción de la notificación de abuso sexual por UPZ. Localidad Puente Aranda. Años 2009-2010	68
Gráfico 36.	Tipos de violencia por UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2010	69
Gráfico 37.	Actividades económicas intervenidas localidad Puente Aranda	78
Gráfico 38.	UTI intervenidas por UPZ localidad de Puente Aranda 2010	79
Gráfico 39.	Distribución de la población trabajadores en UTI por género 2010	79
Gráfico 40.	Población trabajadora por etapa de ciclo vital y género 2010	80
Gráfico 41.	Afiliación al SGSSS de las personas caracterizadas en las UTI 2010	81
Gráfico 42.	Enfermedades diagnosticadas que tienen relación con el trabajo localidad de Puente Aranda 2010	82
Gráfico 43.	Accidentes de trabajo por actividad económica localidad de Puente Aranda 2010	82
Gráfico 44.	Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras	88
Gráfico 45.	Pirámide poblacional UPZ Montes	107
Gráfico 46.	Estado nutricional de las gestantes notificadas al SISVAN residentes en la UPZ 40. Localidad Puente Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010.	111
Gráfico 47.	Pirámide poblacional UPZ Muzú	120
Gráfico 48.	Numero de gestantes notificadas al SISVAN según grupo de edad. Localidad Puente Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010	125
Gráfico 49.	Numero de gestantes notificadas al SISVAN por UPZ de residencia. Localidad Puente Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010	126
Gráfico 50.	Prevalencia de consumo de drogas año 2009 por tipo de droga según grupo de edad	127

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Características biofísicas de la localidad de Puente Aranda _____	16
Tabla 2.	División político administrativa de la localidad de Puente Aranda _____	21
Tabla 3.	Caracterización de población en situación de discapacidad por UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2009 _____	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4.	Tasas de Mortalidad General por diez primeras causas x 10.000 habitantes. Localidad de Puente Aranda. 2005-2007 _____	41
Tabla 5.	Tasa de mortalidad en menores de 1 año según causas. Localidad de Puente Aranda 2005-2007	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6.	Casos notificados al SIVIGILA. Localidad de Puente Aranda. Año 2009	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7.	Vinculación al SGSSS 2009 _____	88
Tabla 8.	Población potencial a ser atendida por el Hospital del Sur ESE _____	89
Tabla 9.	Recurso Humano en Salud – Hospital del Sur ESE 2008 _____	89
Tabla 10.	Motivos de barreras de Acceso Hospital del Sur E.S.E. 2009 _____	90
Tabla 11.	Consolidado por tipos de barreras de acceso, de los motivos de barreras de acceso, identificados a través del SIDBA y SQS. Año 2009 _____	91
Tabla 12.	Encuesta calidad de vida Bogotá 2007. Percepción sobre poder adquisitivo del ingreso del hogar.	93
Tabla 13.	Encuesta calidad de vida Bogotá 2007. Hogares donde, por falta de dinero, algún miembro no consumo ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana. _____	93
Tabla 14.	Estado nutricional de niños y niñas menores de 10 años de la UPZ Ciudad Montes.	110
Tabla 15.	Caracterización de población en situación de discapacidad por UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2009 _____	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 16.	Tabla Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones de la localidad de Puente Aranda _____	¡Error! Marcador no definido.

Tabla 17.	Tabla Tasas de aprobación, reprobación y deserción en colegios oficiales distritales de la Localidad de Puente Aranda Año 2008-UPZ 43	137
Tabla 18.	Tabla Distribución porcentual del empleo y desempleo de la población de la UPZ 43. Equipo 28 San Rafael - SASC.	137
Tabla 19.	Tabla Número de personas en condición de discapacidad – UPZ 43	139
Tabla 20.	Tabla Alteraciones permanentes-UPZ 43.	139
Tabla 21.	Tabla Ocupación UPZ 43 –SASC Equipo 28 San Rafael año 2009.	141
Tabla 22.	RIPS UPA Cundinamarca 2009	151
Tabla 23.	Tabla Concentración de PM10 por mes	161
Tabla 24.	Actividad económica realizada 2009	161
Tabla 25.	Tabla Vinculación al Régimen de Seguridad Social	164
Tabla 26.	Enfoques estratégicos de la política social en salud	184

INTRODUCCIÓN

La actualización del Diagnóstico local de salud con participación social de la localidad de Puente Aranda, año 2010, se inicia con la generación de un plan de trabajo, construido y liderado por integrantes de los componentes del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en el cual se establecieron acuerdos para la generación, consolidación y análisis de la información contando con los ordenadores territorial, etapas del ciclo vital y núcleos problemáticos.

La recolección de la información primaria surge del análisis de las lecturas de necesidades realizadas en años anteriores y los encuentros ciudadanos realizados durante el año 2008, que son el insumo básico para la construcción de las narrativas realizadas por los equipos territoriales (ET), los equipos de salud a su casa (SASC), los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y las transversalidades que operan en los ámbitos de vida cotidiana, con el fin de lograr una representación de la realidad social, expresada en necesidades sociales, causalidades y generación de respuestas.

Posteriormente se consolida el análisis por territorio social, profundizando la visión desde las etapas del ciclo vital, enfoque de género y enfoque diferencial, validado en los territorios sociales, y enriquecido con datos cuantitativos y cualitativos, suministrados por los núcleos de gestión ampliados en los microterritorios de salud a su casa. Simultáneamente con el proceso interno de análisis de la información, a nivel transectorial se desarrollan ejercicios locales de socialización en los comités, consejos, redes, y unidad de apoyo técnico (UAT) del Consejo Local de Política Social (CLOPS) con el fin de validar la información, reconociendo la importancia de la articulación institucional y comunitaria para viabilizar soluciones efectivas.

A partir de esta etapa y a través de la metodología de análisis situacional surgen los núcleos problemáticos y los temas generadores que se convierten en el derrotero de la apuesta institucional, como Agenda Social para el 2010 y como elemento que permite orientar la construcción de respuestas integrales, así como generación de procesos de fortalecimiento de la participación comunitaria.

En el presente documento, se describen y analizan aspectos relacionados con las condiciones en las que se desarrolla la vida de los pobladores permanentes, estacionarios y flotantes de la localidad de Puente Aranda, se describen factores sociales, demográficos y geográficos relacionados con el dominio general, así como factores determinantes de fenómenos singulares relacionados con el estado de salud y aparición de la enfermedad, las condiciones de discapacidad y situaciones de desplazamiento; finalmente se pretende analizar los factores protectores o causantes de deterioro del bienestar de la población en sus ámbitos de vida cotidiana.

El diagnóstico local pretende suministrar herramientas para la lectura de la realidad de la localidad, el reconocimiento del estado de bienestar y la formulación de las políticas en salud así como el diseño de planes, programas y proyectos por parte de actores sociales, institucionales y comunitarios.

De manera simultánea a la recopilación y análisis de la información, se construyó la caracterización del contexto social, administrativo y de servicios locales, con el fin de complementar la información obtenida y construir en forma conjunta con instituciones y actores comunitarios una visión integral de la localidad, buscando incidir en la afectación de las condiciones reales en las cuales se desarrolla el día a día en Puente Aranda.

1 ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO- POBLACIÓN Y AMBIENTE LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

1.1 DINÁMICA TERRITORIAL

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

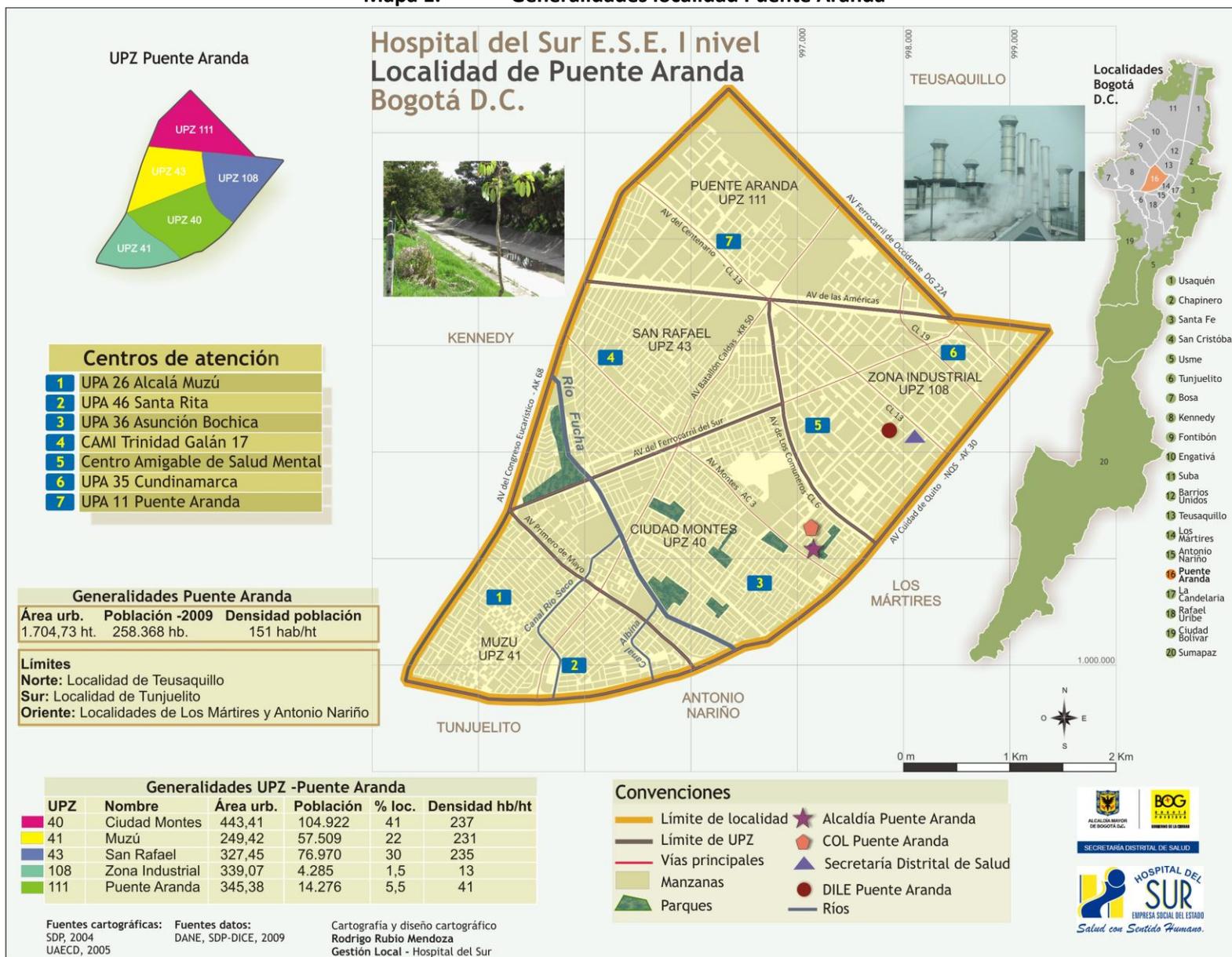
Esta vida en los territorios se construye en el espacio colectivo, primer ámbito de relación de los habitantes con el territorio y primer escenario donde se identifican ventajas, oportunidades, o problemas y necesidades de la vida en comunidad: barrio sin parques, casas sin antejardín, hogares sin servicios públicos completos, vías sin pavimento o en mal estado, andenes rotos, que contrastan con las mega construcciones de una ciudad para el futuro. Esto es lo que refleja el espíritu de un territorio que lo hace ser distinto de otro.

1.1.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y AMBIENTALES

Puente Aranda es la localidad 16 dentro de la división administrativa del Distrito Capital, está ubicada en el centro de la ciudad; de acuerdo a su extensión (1.724 ha.), representa el 2% del área total de la ciudad ocupando el noveno lugar y no posee suelo rural ni de expansión; la descripción de las características geográficas, políticas y sociales de la localidad, permite comprender las condiciones en las cuales se desarrollan las formas de vida y de participación de las personas habitantes de la localidad.

Puente Aranda Limita por el norte con la localidad de Teusaquillo, al sur con las localidades de Antonio Nariño y Tunjuelito; al oriente con las localidades de Los Mártires y Antonio Nariño y por el occidente con las localidades de Fontibón y Kennedy. Construida a finales del siglo XVI, Puente Aranda se caracteriza por ser el centro de la actividad industrial de Bogotá, considerada localidad corazón y localidad de conexión con los cuatro puntos cardinales de la ciudad.

Mapa 1. Generalidades localidad Puente Aranda



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

El funcionamiento natural de los ecosistemas específicamente desde el medio ambiente, se ve afectado por una de sus mayores problemáticas: la alta contaminación del aire, el agua y el suelo con productos que potencialmente afectan la salud del hombre; esto debido al desarrollo Industrial y comercial que presenta la zona.

Tabla 1. Características biofísicas de la localidad de Puente Aranda

AREA	1,724 ha.
ALTURA	2600 m
CLIMA	Frío
MESES LLUVIOSOS	abril – Junio y octubre - noviembre
MESES SECOS	diciembre-marzo y julio-septiembre
TEMPERATURA PROMEDIO	14.2º C
HUMEDAD RELATIVA(Meses lluviosos)	85 – 93%
HUMEDAD RELATIVA(Meses secos)	62 y 66%
PRECIPITACIÓN (Meses Lluviosos)	184 y 307 m.m.
PRECIPITACIÓN (Meses Secos)	3.4 y 9.8. m.m.

Fuente: Hospital del Sur. 2010¹.

Puente Aranda presenta dos tipos de sectores: Uno que es un corredor Industrial y otro que es una zona residencial y comercial. El primero comprende 1.071,81 hectáreas, y es considerado como el de mayor tradición e importancia en el país, principalmente por las características topográficas del terreno y el fácil acceso de vías que favorecen este tipo de asentamiento. El segundo se ha desarrollado al sur de la Avenida sexta, con un área de 651,32 hectáreas.

En la actualidad el espacio libre para construcción es mínimo; por tanto, las necesidades de urbanización han llevado a la remodelación y construcción vertical en zonas de uso residencial.

En Puente Aranda se encuentran los parques zonales²: Ciudad Montes en la carrera 38 A con calle 10 sur, Veraguas calle 3 carrera 5, el jazmín diagonal 2 A con carrera 45 A, y Milenta – Tejar – San Eusebio en la diagonal 19 A con carrera 50 C, además los parques de barrio o de bolsillo los cuales brindan bienestar y calidad de vida a la población de la localidad, y que junto con las rondas de canales se convierten en zonas de protección ambiental.

Según el plan local de arborización urbana PLAU³ en la localidad Puente Aranda hay 34.987 árboles en el espacio público, que corresponden al 3,2% de los árboles de la ciudad, entre ellos se encontraron 174 especies de las cuales el 39,7% son nativas y el 60,3% foráneas; las principales áreas arborizadas son el canal del río Fucha, la calle 6ª y los parques zonales Ciudad Montes, Milenta, Tejar y Jazmín. Desde 1.998 se han sembrado 4.863 árboles y por diversas causas se pierden unos 36 árboles por año, lo que representa una reposición moderada.

¹ Decreto 190 del 22 de junio de 2004 POT

² Estos parques comprenden entre 1 y 10 ha.

³ Alcaldía Mayor de Bogotá. Jardín Botánico José celestino Mutis. 2007. Plan Local de Arborización Urbana. Localidad Puente Aranda.

La proporción de habitantes por árbol es de 7,4 en la localidad con lo cual ocupa el décimo lugar en Bogotá, índice mayor que el promedio de la ciudad de 6,2 hab/árbol., con la consecuente disminución en la producción de oxígeno y la baja captura de partículas. (Jardín Botánico de Bogotá, 2007)⁴.

Una de las mayores problemáticas de la localidad es la mala calidad del aire asociada con las altas concentraciones de material particulado menor a 10 micras (PM₁₀) y gases, debido en gran medida a las emisiones atmosféricas de las industrias y los vehículos de transporte pesado y público colectivo que circulan por la localidad. Así a través de los datos suministrados por la red de monitoreo de calidad del aire de Bogotá, se ha logrado establecer que la localidad de Puente Aranda se encuentra en un nivel moderado de contaminación ya que durante el año 2009 y en el periodo transcurrido 2010 se han presentado niveles de concentración entre los 51µg/m³ y 100µg/m³.

El deterioro de la calidad de aire se constituye en un determinante de afectación a la salud, específicamente en las etapas de ciclo vital infancia y vejez debido a las enfermedades de origen respiratorio y cardiovascular principalmente, y otras de tipo nervioso y dermatológico con evidencia menos fuerte. Cuando las concentraciones de PM₁₀ se encuentran en un nivel de 0 a 50µg/m³ donde pese a que los niveles de concentración son considerados no adversos para la salud puede presentarse el mínimo de inicio de síntomas o molestias asociadas al sistema respiratorio tales como irritación de mucosas en grupos sensibles y en algunas personas sanas, (según lo reportado por el proyecto especial de calidad de aire del Hospital del Sur), por otro lado, si la concentración del material particulado se encuentra en un nivel moderado de contaminación 51 a 100µg/m³ pueden presentarse un incremento en la probabilidad de ocurrencia de síntomas respiratorios tales como (irritación de mucosas, dolor de cabeza, malestar general, tos) en personas sensibles y con enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Los principales motivos de derechos de petición y quejas a causa de los establecimientos visitados por la línea de intervención de Industria y Ambiente son: Contaminación Ambiental por material particulado de las fábricas de maderas, emisiones atmosféricas generadas principalmente en las tintorerías o en establecimientos que aun utilizan como combustible carbón o ACPM, y la contaminación por el ruido generado por establecimientos dedicados a trabajos de ornamentación, metalmecánica y afines.

La mayor densidad de predios con uso industrial se localiza en los barrios Centro Industrial, Salazar Gómez y Ortezal, Pensilvania e industria Centenario (territorio social Industrial y Comercial), y en La Pradera, Trinidad y San Rafael Industrial (territorio social San Rafael). De acuerdo con la Secretaría Distrital de Ambiente y su proyecto Zonas Piloto para la Recuperación Ambiental (ZOPRA); en el 2008 y en cuatro áreas de concentración industrial como los son: (1) Carrera 68 y 57A entre calle 3 y Avenida las Américas; (2) Carrera 30 y 34A entre calle 9 y 6; (3) Calle 13 y 11 entre carrera 65B y 68; y (4) Avenida Ferrocarril hasta la carrera 46 y calle 6 hasta la calle 18; se identificaron 752 industrias que generan problemáticas ambientales.

⁴ IDEA, cálculos basados en el censo de arbolado del JBJCM 2007 y DANE censo habitantes 2005.

En un estudio realizado por el Hospital del Sur se identificaron como puntos críticos de contaminación atmosférica los corredores de la Avenida 68, la Avenida de las Américas, la Avenida Ciudad de Quito, la Avenida de los Comuneros (Calle 6), la Avenida Primera de Mayo, la Carrera 50, la Avenida Colón (Calle 13) y la Calle 11 Sur, todos estos relacionados con vías importantes de transporte.

Otra de las problemáticas ambientales asociadas son: la contaminación visual y por ruido, sin embargo en la Localidad de Puente Aranda no se cuenta con un registro actualizado de las vallas ni de avisos comerciales por parte de la autoridad ambiental que puedan evidenciar esta situación. Existen impactos ambientales asociados al número excesivo de publicidad exterior visual, en especial por publicidad de uso comercial. El 77% de la contaminación por ruido es industrial y empresarial (SDA, UNIINCA, Mapa digital de ruido ambiental de la localidad de Puente Aranda, 2008).

La contaminación auditiva y visual causa cansancio, estrés, dolor de cabeza, pérdida de audición, alteraciones en la presión arterial o el ritmo cardiaco, irritabilidad, depresión, trastorno del sueño y malestar (IDEAM, Documento soporte norma de ruido ambiental, 2006), adicionalmente trae consigo la degradación del paisaje en estética y orden de la ciudad. Este tipo de contaminación está localizada en los ejes comerciales como San Andresito (Calle 38) y la zona de talleres automotrices (calles 13 a 19 entre carreras 50 y 59), las zonas comerciales de Alquería, Galán y Outlets de las Américas (Alcaldía Local de Puente Aranda, Plan Ambiental Local, 2007), y en las vías principales por el tránsito vehicular, principalmente esta última para generación de ruido.

La localidad de Puente Aranda se caracteriza por estar ubicada en un terreno plano con un ligero desnivel de oriente a occidente, sin riesgo geotécnico y alejada de las laderas de las montañas, la zona donde se encuentra ubicada la localidad, se distinguió en el pasado por ser el cruce de varios ríos y humedales y a causa de ello, este sector sufría frecuentes inundaciones. No obstante, en la actualidad existen 4 cuerpos hídricos, el principal es el Río Fucha (3500 m) y sus afluentes son el canal Río Seco (1800 m), La Albina (1600 m), Los Comuneros (2200 m) y San Francisco (canal subterráneo), para un total de 9.100m extensión (Alcaldía Local de Puente Aranda, 2007), los canales en esencia se estructuraron para el transporte de aguas lluvias (EAAB, 2010), los cuales por falta apropiación industrial y comunitaria presentan contaminación por aguas residuales e industriales, disposición inadecuada de basuras y escombros, invasión de rondas, presencia de ciudadano habitante de calle, baja arborización y pocas zonas verdes, malos olores y proliferación de vectores. Este inadecuado manejo de los cuerpos de agua puede causar enfermedades infectocontagiosas, diarreicas, respiratorias y de piel (Consortio Duque Sima, Diagnóstico, zonificación y prospectiva de la cuenca del río Fucha, 2007).

En cuanto a pozos profundos, las empresas de la Localidad de Puente Aranda cuentan con 16 pozos registrados ante el Secretaría Distrital de Ambiente (SDA, 2008). Existe un inadecuado manejo técnico del recurso hídrico subterráneo, en donde se explota este recurso sin la existencia de los controles adecuados, que “puede conllevar a una contaminación de los mismos por infiltración causada por la fuga, en superficie, de sustancias tóxicas o hidrocarburos de tanques de almacenamiento” (SDA, 2008). Lo cual trae como consecuencia la disminución de la cantidad y calidad de agua para consumo humano.

Con respecto a la producción de residuos, actualmente se generan desechos Industriales, residenciales, comerciales, institucionales, de construcción y hospitalarios. Los riesgos derivados de un inadecuado manejo de residuos sólidos son múltiples y se presentan desde el sitio de generación hasta el sitio de disposición final incluyendo todo el proceso de transporte.

De acuerdo con el consorcio de aseo (Aseo Capital, rendición de cuentas 2010), se producen 13.394 toneladas/mes de residuos sólidos y 2.823 toneladas/mes de escombros, esta problemática se evidencia principalmente en:

- Alrededores de la Cárcel Nacional Modelo
- Rondas de los canales Fucha, Río Seco, La Albina y Los Comuneros
- Sector de la Plaza Trinidad Galán
- Sector Comercial San Andresito (UPZ 108) carrera 38 con calle 10
- Outlet's de las Américas (UPZ 111) Av. Américas con carrera 60
- Sector Comercial la Alquería (UPZ 41) Av. Carrera 68 y carrera 50
- Sector Comercial Av. Primero de Mayo (UPZ 40 y 41) desde la Av. carrera 68 hasta la Av. Ciudad de Quito
- Avenida Carrera 30 con Calle 19
- Calle 6 con Carrera 33
- Carrera 60 con Calle 13
- Transversal 42 entre Calles 6 y 12
- Transversal 42 Calle 9, costado Sur y Norte Vía Férrea
- Avenida 1 de Mayo con carrera 50 Costado Norte (Canal Río Seco)
- Avenida Américas con Calle 13 "PULPO"
- Avenida Américas con Carrera 32
- Calle 22 B Carrera 32A (El Litoral)
- Carrera 36 Bis con Calle 20 (Cundinamarca)
- Avenida 1 de Mayo con Avenida 68
- Av. calle 3 con carrera 38 (Canal Comuneros)
- Carrera 44 entre Calles 6A 10A (hogar de paso)
- Transversal 42 con diagonal 4A Costado Norte Vía Férrea y
- Calle 18 entre carreras 36 y 37.

La presentación y manejo inadecuado de residuos sólidos promueve la presencia de ciudadano habitante de calle, de caninos, de roedores, de palomas, e insectos, (a través de los cuales se transmiten las enfermedades), pozamientos de agua, taponamiento de redes de alcantarillado, zonas que se utilizan como botaderos de basura, invasión de espacio público, generación de malos olores y deterioro paisajístico; otro riesgo de contaminación es el derivado por elementos no biodegradables que por mucho tiempo contaminan las aguas y los suelos.

La presencia de caninos se debe a varios fenómenos, entre ellos el abandono de los animales en vía pública, la no esterilización con el consecuente aumento de la población canina y la inadecuada tenencia de los mismos; los caninos en espacio público generan ruptura de las bolsas de basura, (generalmente en busca de comida), haciendo que esta se esparza por los sectores, causando malos olores y un aspecto deteriorado de los barrios; la presencia de excretas de caninos genera vectores y sirve de medio para la diseminación de parásitos; otro aspecto importante es el riesgo

de accidente rábico que generan tanto los caninos como los felinos. Los barrios donde se realiza mayor cantidad de recolecciones caninas son: Alquería, Muzú, Alcalá, el Sol, Pradera, Galán, Puente Aranda, Cundinamarca, Pensilvania, Primavera y Ciudad Montes.

La localidad se caracteriza por la ubicación de industrias y comercio, principalmente en las UPZ Zona Industrial y Puente Aranda que configuran el territorio social Industrial y Comercial, en el cual existe alto volumen de producción y transporte de materiales químicos y residuos peligrosos que la hacen una localidad con alta presencia de riesgos biotecnológicos.

Dentro de los riesgos que se pueden generar se encuentran el de Incendio: en Puente Aranda y Salazar Gómez. Sismo o colapso estructural por la deficiencia en las construcciones: UPAS Alcalá - Muzú, Santa Rita, Puente Aranda, Asunción -Bochica, Cundinamarca, Hogares infantiles ICBF de Ciudad Montes, Primavera y Santa Rita. Atentado terrorista: Cárcel Nacional Modelo, guarniciones militares, RCN, Subestaciones eléctricas y pulpo sector industrial. Escape de gas: Zona Industrial ubicada en la UPZ Puente Aranda, entre la Calle 17 y la Carrera 53. Riesgo tecnológico y eléctrico en los barrios Panamericano, Cundinamarca y Asunción, UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111, Puente Aranda⁵.

1.1.2 CARACTERÍSTICAS POLÍTICO - ADMINISTRATIVAS

En cumplimiento del Acuerdo 26 de 1972, se crearon en el Distrito Especial de Bogotá, 16 Alcaldías Menores, con lo cual Puente Aranda pasó a integrar, con otros barrios circunvecinos, la Alcaldía Menor del mismo nombre, administrada por el alcalde menor, correspondiéndole como nomenclatura el número 16.

Mediante el Acuerdo 8 de 1977 se ratificó la división administrativa del distrito y sus 16 localidades, y en 1992, la ley 1ª reglamentó las funciones de las Juntas Administradoras Locales (JAL)⁶, de los Fondos de Desarrollo Local (FDL) y de los alcaldes locales, y determinó la asignación presupuestal de las localidades por medio de los acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital definió el número, la jurisdicción y las competencias de las JAL. y bajo esta normativa, se constituyó la localidad de Puente Aranda, conservando sus límites y nomenclatura.

1.1.2.1 Unidades de planeación zonal – UPZ

Con la expedición del POT Plan de Ordenamiento Territorial, - Decreto 619 de 2001 y el posterior Decreto 159 de 2004, se configuró la división administrativa del Distrito Capital, que favorece la planeación local e introduce el concepto de territorio en la ciudad, dando a la localidad un carácter administrativo conformado por Unidades de Planeación Zonal (UPZ).

5 Incidentes ocurridos en el año 2008: (1) accidente de una grúa cuyo brazo quedo a 50cm de un tanque con thinner provocando un alto riesgo por explosión; (2) escape de ácido butílico al frente de un colegio afectando a varios estudiantes; y (3) un derrame en una industria de 18 mil litros de ácido sulfúrico que afectó a 9 personas (DPAE, 2008).

6 Las Juntas Administradoras Locales son corporaciones públicas de elección popular que se constituyen en el máximo ente de representación política a nivel local. Son elegidas popularmente en cada localidad por períodos de cuatro años y están integradas por entre siete, nueve y once ediles, de acuerdo con el tamaño de cada localidad. la Junta Administradora Local de Puente Aranda está integrada por un total de 9 ediles.

Las UPZ se definen como una porción del territorio urbano más pequeña que la localidad, que comprende un conjunto de barrios o sectores que comparten algunas características urbanísticas como uso del suelo, tipo de ocupación y rasgos socioeconómicos; las cuales se ajustan a las directrices del Plan de Ordenamiento Territorial, el cual brinda las estrategias y las directrices en materia de crecimiento urbano, renovación o conservación de estructuras urbanas, obtención de suelos para el desarrollo de infraestructuras.

La Localidad de Puente Aranda, es entonces una organización administrativa conformada por un total de 177 barrios⁷, legalizados en su totalidad, los cuales se encuentran agrupados en cinco (5) UPZ de las cuales todas se encuentran reglamentadas.

Como se muestra en la Tabla 2. *División político administrativa de la localidad de Puente Aranda*, la UPZ Ciudad Montes es la más grande de la localidad con una extensión de 443.41 ha, y la más poblada con 105.662 habitantes, de los cuales el 47% corresponde a hombres y el 53 % corresponde a mujeres.

Tabla 2. División político administrativa de la localidad de Puente Aranda

No.	Nombre	Barrios	Ha	Hombres	Mujeres	Total
40	Ciudad Montes	44	443.41	49.626	56.753	106.379
41	Muzú	19	249.42	26.299	30.289	56.588
43	San Rafael	56	327.45	36.071	40.453	76.524
108	Industrial	37	344.82	2.261	1.946	4.207
111	Puente Aranda	21	359.39	12.144	2.909	15.053
16	TOTAL	177	1.724,49	126.401	132.350	258.751

FUENTE: Hospital del Sur a partir de datos Bogotá D.C. *Proyecciones de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007*

Las UPZ que conforman el territorio social industrial y comercial, son las siguientes en tamaño con 359.39 y 344.82 ha, UPZ Puente Aranda e Industrial, respectivamente; sin embargo son las que albergan el menor número de habitantes de la localidad. La UPZ Puente Aranda hospeda a 15.053 habitantes, de los cuales el 80.6% corresponde a hombres y el 19.4% corresponde a mujeres, situación que puede explicarse por la ubicación de la Cárcel Nacional Modelo, que alberga aproximadamente 6.000 reclusos; la UPZ Industrial acoge a 4.207 habitantes, de los cuales el 53% son hombres y el 47% son mujeres.

Finalmente las UPZ de San Rafael y Muzú tienen una extensión de 327.45 y 249.42 ha y alojan a 76.524 y 56.588 habitantes respectivamente, en cada una, la población de hombres representa el 47% y la población de mujeres representa el 53%.

7 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Puente Aranda: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009

1.1.2.2 Territorios sociales de la GSI

En concordancia con la lógica planteada por el modelo de atención que desarrolla el Hospital del Sur E.S.E., el territorio toma un enfoque directamente relacionado con las actividades desarrolladas en el campo de acción del Hospital, que se enmarcan en la construcción social y de salud del mismo, generando respuestas oportunas y elevando la calidad de vida de la población de las dos localidades en las que interviene.

El Hospital del Sur E.S.E, para una mejor prestación de servicios y en la búsqueda de respuestas integrales concibe el territorio de su jurisdicción, desde las UPZ, como espacios de análisis de la demanda de necesidades en salud de la población de las localidades de Kennedy y Puente Aranda, para poder generar respuestas acertadas y consistentes con las problemáticas del territorio administrado.

Desde una mirada territorial, se plantea tejer puentes más estrechos entre lo social y lo económico, para lo cual es necesario reconocer el territorio en su integralidad y las UPZ, son áreas geográficas continuas que se encuentran dentro el perímetro urbano legalmente aprobado para la ciudad. Permiten mejorar la planeación del desarrollo urbano, que anteriormente se hacía para la ciudad como totalidad, es decir a nivel macro, o para los lotes, es decir a nivel micro, sin que existiera un nivel intermedio como el de las UPZ.

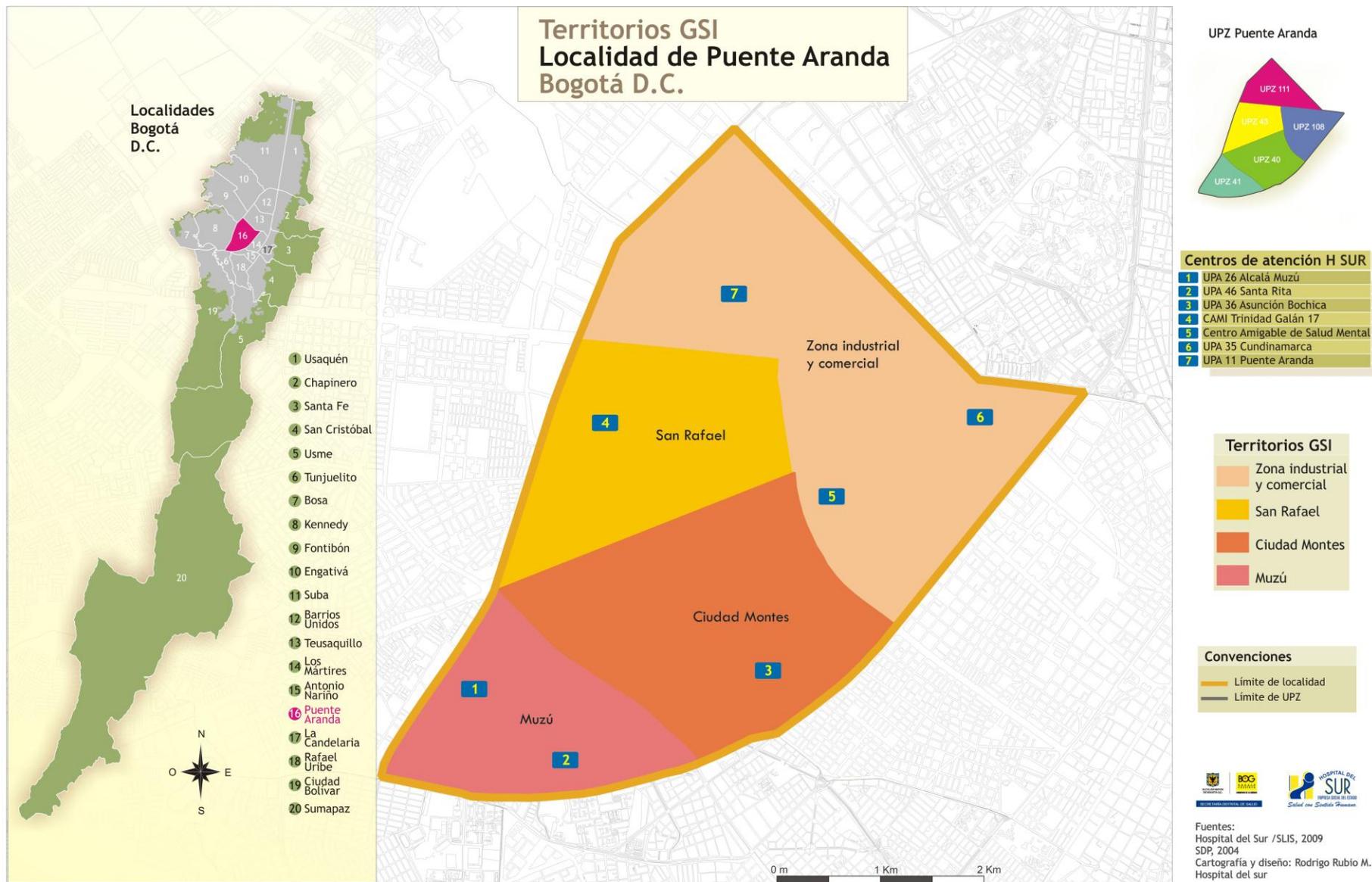
En este sentido la Localidad de Puente Aranda avanza en la concertación para la definición de territorios, el ejercicio de análisis y lectura del territorio se plantea a este nivel de escala porque es un espacio convenido tácitamente entre todos los sectores para la consolidación de información y la definición intervenciones integrales, es por este motivo que para la definición de los territorios sociales de la Gestión Social Integral (GSI) se parte del reconocimiento de las UPZ y la agregación de algunas de ellas en las que se considera que se comparten condiciones sociales, económicas, políticas o culturales.

Como se muestra en el Mapa 2. *Territorios sociales de la GSI localidad Puente Aranda*, la implementación de la GSI, permitió la conformación de 4 territorios sociales que fueron avalados posteriormente en el Consejo Local de Gobierno: Territorio 1: Ciudad Montes (UPZ 40), Territorio 2: Muzú (UPZ 41), Territorio 3 : San Rafael (UPZ 43) y Territorio 4: Industrial y Comercial (UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda).

En cada uno de estos territorios se conformaron equipos territoriales transectoriales (ETT) y Mesas territoriales de calidad de vida (MTCV) y se ha avanzado en la construcción de narrativas, núcleos problemáticos, temas generadores y respuestas integrales. Este ejercicio se realizó desde los ETT y se socializó y retroalimentó en las MTCV; liderado por el equipo dinamizador (ED) de la GSI⁸.

⁸ Equipo de servidoras y servidores públicos de los diferentes sectores y entidades con presencia en la localidad de Puente Aranda, que facilita procesos de articulación de actividades para el desarrollo de la estrategia de GSI con enfoque de derechos y etapa de ciclo vital que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de las puente arandinas y los puente arandinos.

Mapa 2. Territorios sociales de la GSI localidad Puente Aranda



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

1.2 CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

Puente Aranda, su nombre procede del puente de la antigua hacienda de Juan Aranda sobre el río Chinúa hoy llamado caño San Francisco, contiene las huellas de las diferentes sociedades que desarrollan distintos sistemas de organización económico-social y que han configurado la Bogotá de hoy. Por eso el actual territorio de la localidad es fruto de complejos y contradictorios procesos de urbanización y de las dinámicas económicas, políticas y sociales del país y en algunos casos del mundo. A continuación nos referiremos a los principales hitos que han marcado la historia de la localidad.

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

Hacia finales del siglo XIX empiezan a constituirse sistemas de transporte, acueducto y alumbrado público en Bogotá. Para el año 1900 la ciudad sólo había crecido un 60 por ciento con respecto al área que tenía en 1810, sin embargo la población había aumentado cinco veces, es decir, este crecimiento se hizo a costa de la ocupación de los intersticios de las casas y solares coloniales.

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

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

Algunos economistas resaltan el que Bogotá haya seguido creciendo a una tasa superior al resto de las grandes ciudades colombianas, adquiriendo mayor importancia nacional y regional. Tiene el 15 % de la población del país (8 millones de habitantes) y la mayor tasa de crecimiento demográfico (2.29%) de las 4 grandes ciudades. Ocupa el primer lugar del mercado de capitales, telecomunicaciones y desarrollo tecnológico y es el primer centro de educación, servicios sociales

y comerciales. Representa la mayor participación en el PIB⁹ (24%), es el principal puerto exportador (20%), y centro financiero y bursátil (66% del mercado)¹⁰.

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

Algo similar ocurre al interior de la localidad de Puente Aranda, ligada a importantes procesos del desarrollo urbano de Bogotá. Inmersa dentro de la llamada Zona Industrial de Bogotá, la localidad tiene 1 713, 12 hectáreas y cuenta con 257.583 habitantes (DANE, SDP, 2008).

9 de abril de 1948 y la Industrialización

Uno de los acontecimientos que transformó el modelo de urbanizador, fue la revuelta popular desencadenada por el asesinato del caudillo liberal Jorge Eliécer Gaitán el 9 de abril de 1948, acontecimiento conocido como el “Bogotazo”.

Este suceso dividió la historia del país además de la de Bogotá. Surgió una nueva época en la ciudad, pues como consecuencia cambiaron radicalmente los conceptos urbanísticos y no hubo de pasar mucho tiempo para que la capital sufriera una profunda transformación. Pero también este suceso dio origen a una profunda violencia nacional con saldo de cientos de miles de muertos en los pueblos y veredas.

Sin embargo, según April-Gnisset (1992), este cambio ya venía en marcha con el advenimiento del nuevo orden mundial, surgido con la consolidación de Estados Unidos como potencia hegemónica al final de la segunda guerra mundial. El inicio de la llamada “guerra fría” hizo que los norteamericanos asumieran el control de América Latina, lo que a su vez requería reordenar el territorio para el desarrollo de la nueva estructura económica y política.

En Puente Aranda el espacio geográfico también cambió. Para los años 40, el Estado había contratado estudios de desarrollo urbano al urbanista Karl Brunner, quien diseñó un plan hacia el occidente, pasando por el entonces barrio Puente Aranda. A raíz de la destrucción de varias manzanas, se dio paso a nuevas construcciones, especialmente en altura, a la construcción de vías anchas como la Avenida de Las Américas. Desde inicios de los cuarenta, la mejoría o la apertura de nuevas vías urbanas de proyección regional fueron las principales dinamizadoras del proceso, en tanto que el ferrocarril no solo expresaba síntomas de crisis sino que incomodaba espacialmente para la expansión urbana, por lo cual siempre figuraba en los planes de traslado hacia los bordes occidentales de la ciudad (Acebedo, 2006). En este nuevo sector de Puente Aranda se dio el proceso de densificación, concentración y diversificación Industrial más significativa de la época y hoy día sigue siendo la principal zona Industrial de Bogotá.

9 Producto Interno Bruto

10 Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD), 2003

Por otro lado, la primacía Industrial de Bogotá, su cercanía con el mundo a través del aeropuerto de Techo y posteriormente el Dorado, fue un factor determinante para que gran cantidad de empresas manufactureras la eligieran como sede y se fuera ampliando a diferentes actividades como las de los plásticos, textiles, químicos, farmacéutica, metalmecánica, gaseosas, concentrados e industrias alimenticias que tienen su asiento en Puente Aranda.

Este modelo urbanizador requería de un sector residencial al lado del Industrial, donde se concentraba la mano de obra. Fue en el año 1944 cuando Puente Aranda se organizó urbanísticamente mediante el primer reglamento de zonificación, el cual se consolidó a partir del plan de Le Corbusier -Plan Piloto de Bogotá-, adoptado en 1951 y de la zonificación efectuada por la oficina de planeación de Bogotá en 1963.

Se reconoce también como parte del mismo proceso la zona comercial de San Andresito y las bodegas comerciales de venta al público en la zona Industrial (outlet), este componente ha tenido un importante desarrollo en los últimos años junto con la entrada de grandes hipermercados como Carrefour y Alkosto.

En la última década se ha venido reorientando la ciudad para que sea más competitiva y atractiva a los inversionistas privados, tanto nacionales como extranjeros. El desarrollo de sistemas masivos de transporte tipo Transmilenio, metro, etc.; la puesta en marcha de planes zonales y de planes maestros; los nuevos desarrollos urbanísticos verticales de alta densidad, entre otros, pone de manifiesto unas nuevas condiciones para quienes habitamos la ciudad y para los que llegan, en su mayoría desplazados. Es así que para la localidad de Puente Aranda el Plan Centro determina un alto desplazamiento de ciudadano habitante de calle, problemática que se viene evidenciando desde el desmonte del sector conocido como el "Cartucho", aunado a la construcción del Centro comercial en el sector de Cinco Huecos, los cuales han generado que sectores residenciales y comerciales de esta localidad tengan que convivir a diario con esta población que según la comunidad genera inseguridad, deterioro del paisaje, aumento de la contaminación, invasión del espacio público, ocupación de rondas de los ríos, intolerancia, aumento del comercio de sustancias psicoactivas, todo esto asociado a la dinámica de movilidad y modos de vida de los ciudadanos habitantes de calle. Llegando a la conclusión que este Plan Centro lo que hace es diseminar la problemática social sin buscar una solución concreta.

En buena medida esta planificación establece una ciudad virtual que no guarda relación con las condiciones reales de producción de la ciudad por el mercado, ignorando que la mayor parte de la población urbana percibe bajísimos ingresos y que es nula su inversión en un mercado costoso. Pasamos de un modelo del habitante como ciudadano al habitante como consumidor, lo que excluye de una u otra forma a los habitantes, especialmente los más pobres, de condiciones de calidad de vida y del ejercicio efectivo de sus derechos.

Finalmente se debe indicar que a raíz de los cambios en el modelo económico mundial y la crisis económica se ha profundizado un proceso de desindustrialización (cierre o traslado de industrias) de la localidad propiciando el abandono de algunos sectores y por ende generando espacios de deterioro urbanístico, como lo es el Antiguo matadero distrital que se proyecta como biblioteca de la Universidad Distrital, la reconversión del uso del suelo se manifiesta en más locales comerciales, especialmente de venta de ropa importada -outlet- y la ubicación de algunas instituciones de orden distrital como la Secretaría Distrital de Salud.

Por eso no es gratuito que en la localidad de Puente Aranda, a pesar de que sólo haya población de estratos 3 y 4, el deterioro de la calidad de vida es palpable. En las UPZ residenciales como San Rafael, Ciudad Montes y Muzú, con una población estimada en 240 000 habitantes (93% de la localidad) (DANE-SDP, 2008), se evidencia la pérdida de poder adquisitivo y el deterioro urbanístico y social.

1.3 DINÁMICA POBLACIONAL

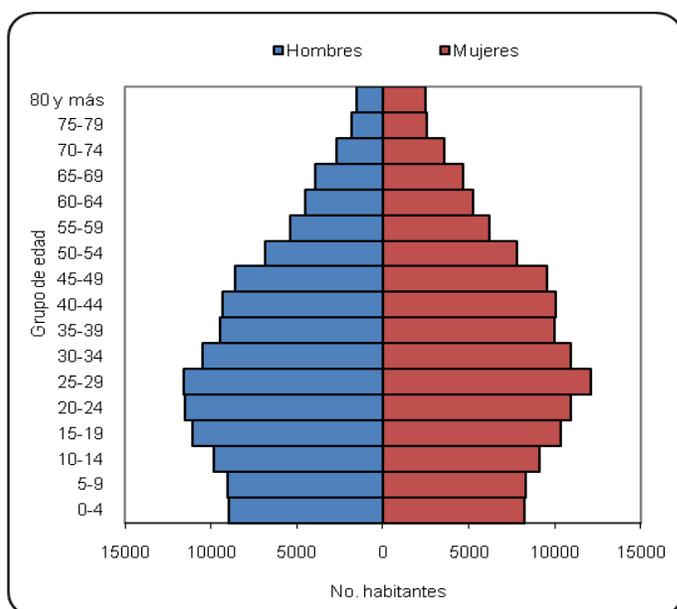
La dinámica de una población es su desarrollo en el tiempo y en el espacio, que está determinada por factores que actúan en el organismo, en la población y en el medio ambiente. Se refiere a la dispersión, a la densidad y al crecimiento.

Los individuos que componen una población poseen características biológicas, económicas, espaciales y culturales diferentes, respecto de las cuales es posible agruparlas en categorías más o menos homogéneas, es así como se realiza una descripción de la dinámica poblacional en la localidad de Puente Aranda la cual permitirá avanzar en la comprensión del territorio.

1.3.1 PERFIL POBLACIONAL

La localidad de Puente Aranda cuenta con una población total de 258.751 habitantes, la composición de la población está constituida en un 51,2% de mujeres y 48,8% hombres.

Gráfico 1. Pirámide poblacional localidad de Puente Aranda año 2010



Grupo Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4 años	8943	8.226	17.169
5-9 años	9021	8.299	17.320
10-14 años	9822	9.144	18.966
15-19 años	11093	10.354	21.447
20-24 años	11512	10.941	22.453
25-29 años	11540	12.142	23.682
30-34 años	10461	10.982	21.443
35-39 años	9446	9.973	19.419
40-44 años	9295	10.067	19.362
45-49 años	8582	9.534	18.116
50-54 años	6827	7.810	14.637
55-59 años	5377	6.243	11.620
60-64 años	4507	5.285	9.792
65-69 años	3897	4.658	8.555
70-74 años	2694	3.578	6.272
75-79 años	1836	2.596	4.432
80 y más	1548	2.518	4.066
Total	126401	13350	258751

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

En la pirámide poblacional local se puede observar un aumento progresivo de la población infantil y de jóvenes, con la mayor proporción entre los 20 y 29 años, siendo mayor la participación de las mujeres. La pirámide en general corresponde a una población activa, con gran participación de adultos y jóvenes, lo cual puede considerarse como importante en términos de su rol productivo en lo social.

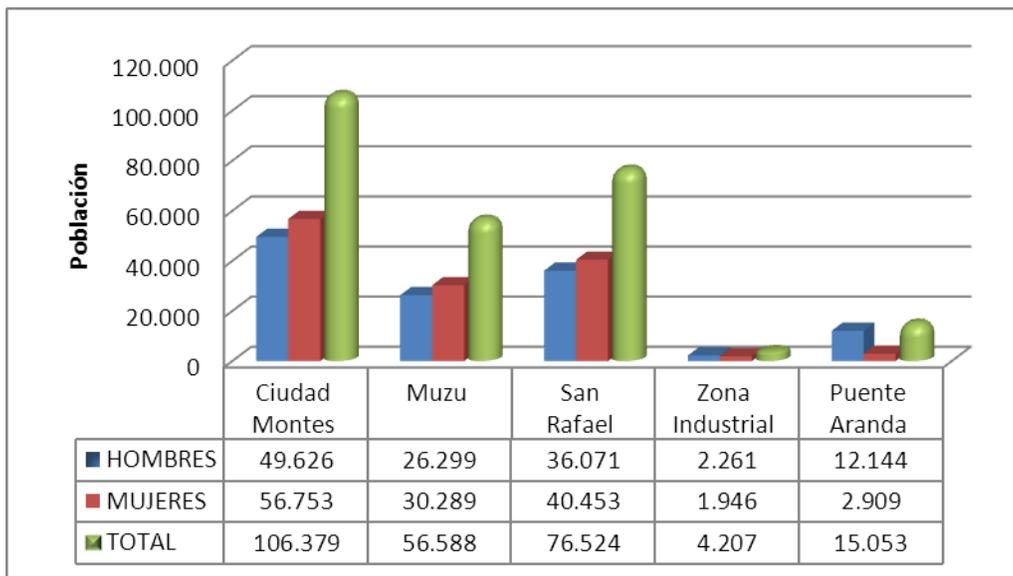
La proporción de población menor de 15 años es de 20,6%, la proporción de adolescentes es de 8,3% y la de mayores de 60 años es de 12,7%, siendo la población productiva (20 a 59 años) la de mayor proporción en la localidad de Puente Aranda (58,1%), lo que puede deducirse que es una localidad que está en una etapa de desarrollo importante. Como resultado de esta distribución y del comportamiento del mercado de trabajo, el índice de dependencia económica en la localidad de Puente Aranda es de 0,44 frente al 0,55 en Bogotá

Como se muestra en el Mapa 3. *Población por rangos de edad localidad Puente Aranda*, la mayor parte de la población se concentra en las UPZ Ciudad Montes (41%), San Rafael (29,5%) y Muzú 21.8%; en tanto la UPZ Puente Aranda (5.8%) y la UPZ zona Industrial por su condición concentran el menor número de la población (1,6%). La mayor densidad poblacional se encuentra en Ciudad Montes con 237 habitantes por hectárea y es proporcional a la cantidad de hectáreas por habitante (443,41 ht/hab); la UPZ San Rafael tiene una densidad de 235 habitantes por hectárea, seguida de la UPZ Muzú con 231 habitantes por hectárea. Puente Aranda y la zona Industrial son las UPZ que menos densidad tienen (41,13) pero tienen mayor número de hectáreas por habitante, esto es entendible puesto que es una zona donde se encuentran ubicadas grandes fábricas.

En la localidad de Puente Aranda la tasa de crecimiento natural para el quinquenio 2005-2010 fue de 8,6, inferior a la de Bogotá 12,4 y la de Colombia 14,1. La esperanza de vida al nacer es de 75,5 años (en mujeres 78,88 y en hombres 75,5), igualmente inferior a la de Bogotá: 77,1, pero superior a la registrada para Colombia: 74 años.

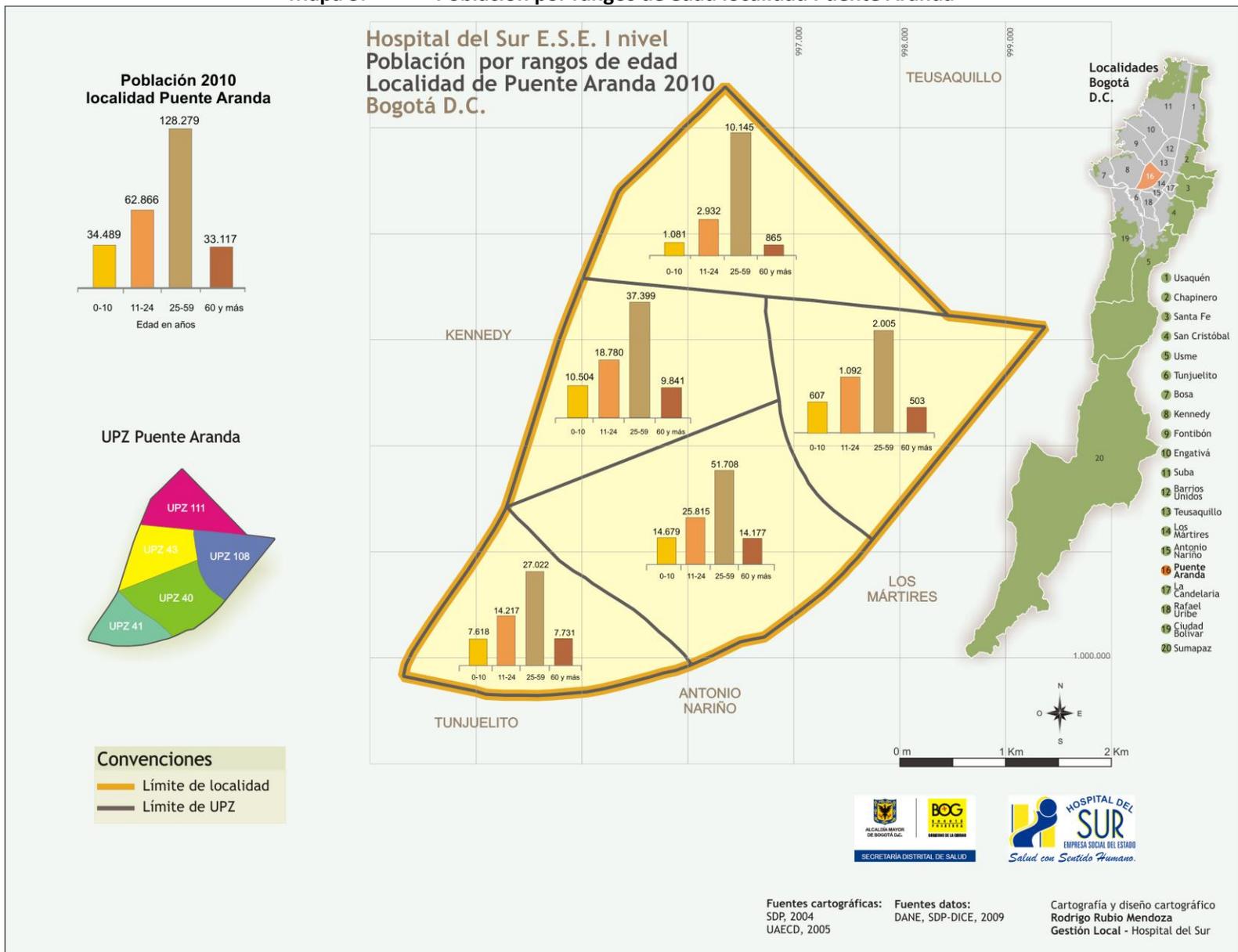
Como se observa en el Gráfico 2. *Distribución poblacional por UPZ y por sexo – Localidad de Puente Aranda- Proyección 2010*, las UPZ mayormente pobladas son Ciudad Montes, Muzú y San Rafael, con 106.379, 56.588 y 76.524 habitantes respectivamente, y en cada una de ellas la población masculina representa el 46.7% y la población femenina representa el 53.2%, proporciones que se invierten ostensiblemente en las UPZ Industrial y Puente Aranda donde la población masculina representa el 74.8% frente a 25.2% que representa la población femenina.

Gráfico 2. Distribución poblacional por UPZ y por sexo – Localidad de Puente Aranda- Proyección 2010.



FUENTE: Hospital del Sur a partir de datos Bogotá D.C. Proyecciones de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007

Mapa 3. Población por rangos de edad localidad Puente Aranda

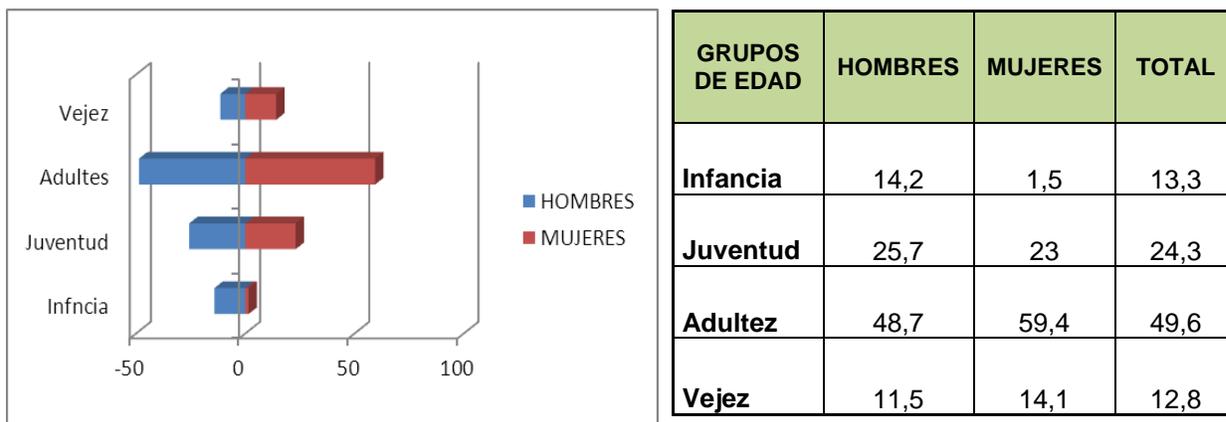


Fuente: Hospital del Sur. 2010.

El *Índice de Envejecimiento* de la población de la localidad de Puente Aranda, ha sido acelerado. En 14 años su valor ha aumentado en un 80%, pasando de (18,6) a (33,5) adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en Bogotá para el año 2009, el índice de envejecimiento para la localidad de Puente Aranda está en 81,9. Las desigualdades son amplias entre localidades. De hecho, la brecha entre localidades tuvo un aumento significativo de 45% (la distancia entre máximo y mínimo distrital paso de 55,6 a 80,8%) en el año 2009. Estas disparidades locales expresan diferencias en etapas de su evolución demográfica.

Abordar a la población, permite asumir al ser humano desde su integralidad, prestando especial atención a las características propias de la persona en cada una de las etapas del ciclo vital. Entonces las etapas del ciclo vital (ECV) son un conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona. En esta perspectiva se hace necesario conocer la distribución de la población por las etapas del ciclo vital para conocer cuál es su dinámica y poder intervenir de acuerdo a sus necesidades. Como se muestra en el Gráfico 3. *Pirámide Poblacional por Etapa de Ciclo Vital. Localidad de Puente Aranda 2010*, las ECV con mayor participación son adultez y juventud y las de menor participación son infancia y vejez.

Gráfico 3. Pirámide Poblacional por Etapa de Ciclo Vital. Localidad de Puente Aranda 2010



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

1.3.1.1 Población en situación de discapacidad

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

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

ciudadanas. La inclusión social implica acceder, disponer, aportar y transformar las condiciones que determinan la desigualdad; implica también, reconocer y hacer uso de los recursos conceptuales, técnicos y metodológicos que contribuyen a reconstruir los lazos sociales y culturales para disfrutar de la vida y de la ciudad.

La discapacidad reconoce la etapa del ciclo de vida de la persona y de la familia, la etnia y géneros, sin tener en cuenta el estatus social.

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

Como se muestra Gráfico 4. Caracterización de población en situación de discapacidad por UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2010, La población con discapacidad caracterizada en la Localidad de Puente Aranda (n=11.132) constituye el 4.3% del total de la población de la localidad (n=257.583) y se distribuye por etapa de ciclo vital así: 210 personas en la etapa infancia (1.9%); 969 personas en la etapa de adolescencia y juventud (8.7%); 3.867 personas en la etapa adultez (34.7%) y 6.086 en la etapa de vejez (54.7%).

Al comparar la población general con la población con discapacidad por sexo, se puede observar que la relación hombre mujer es cercana a 1 a 1 entre la población general, donde los porcentajes corresponden al 47.8% para los hombres y al 52.8% para las mujeres, proporción que se mantiene en todos las etapas de ciclo vital.

Entre la población con discapacidad la relación es de 1 a 2, donde los porcentajes corresponden al 35.9% para los hombres y al 64.1% para las mujeres, relación que varía según la etapa del ciclo vital, de manera que durante la infancia y la adolescencia es cercana a 1:1, mientras que en las etapas de adultez y vejez es 1:2, dado que las mujeres reportan más esta condición.

Así mismo, se evidencia que por etapas de ciclo vital entre la población general se encuentra un mayor número de personas en la infancia y la adolescencia, sin embargo entre la población con discapacidad de la localidad, este panorama cambia y es entre los adultos y las personas mayores que se concentra el 86% de la población.

Tabla 3. Caracterización de población en situación de discapacidad por UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2009

<i>Tasa bruta y ajustada por edad y sexo (por 1000 habitantes) de personas caracterizadas por localidad (n=176,592)</i>							
LOCALIDAD	Tasa Bruta	Tasa Ajustada por edad	Intervalo de Confianza (95%)	Columna1	Tasa Ajustada por sexo	Intervalo de Confianza (95%)2	Columna 3
SUMAPAZ	51,5	51,1	45,3	56,8	51,9	46,1	57,7
RAFAEL URIBE	50,5	51,8	51	52,5	50,7	49,9	51,4
CANDELARIA	45,9	37,7	35,5	40	46,8	44	49,5
PUENTE ARANDA	43,2	36,8	36,1	37,5	43,3	42,5	44,1
TUNJUELITO	34	33,3	32,6	34,1	81,1	79,9	82,4
ANTONIO NARIÑO	32,1	27,5	26,5	28,4	32,1	31,1	33,2
BOSA	31,1	37,8	37,2	38,3	53,4	52,8	54
SAN CRISTOBAL	30	32,1	31,6	32,7	30,1	29,5	30,6
BARRIOS UNIDOS	29,2	27,4	26,7	28,1	29,2	28,5	29,9
KENNEDY	28,7	31,3	30,9	31,6	8,1	7,9	8,3
SANTA FE	27,6	25,5	24,6	26,4	27,7	26,7	28,7
CHAPINERO	25,5	26,7	25,7	27,7	25,5	24,6	26,4
FONTIBON	25	25,2	24,6	25,8	37,3	36,7	38
USME	23,8	30,8	30,1	31,5	23,9	23,4	24,4
USAQUEN	22,4	19,3	18,9	19,7	22,3	27,8	22,7
MARTIRES	21	18,1	17,3	18,9	21	20,1	21,9
TEUSAQUILLO	20,6	20,9	20,1	21,8	20,6	19,9	21,4
CIUDAD BOLIVAR	19,5	24,2	23,7	24,6	19,5	19,1	19,8
ENGATIVA	14,5	13,7	13,4	13,9	13,8	13,6	14,1
SUBA	11,6	12	11,8	12,2	11,6	11,4	11,8

Fuente: Vigilancia en Salud Publica, Secretaría Distrital del Salud, 2009

La localidad de Puente Aranda se ubica en cuarto lugar en cuanto a las localidades que participaron en la caracterización de la población en condición de discapacidad DANE – Años 2005 - 2007 con lo que se puede hacer un acercamiento a la realidad de este grupo poblacional.

Tabla 4. Comparación por sexo y etapa de ciclo vital, entre las poblaciones: General de Bogotá D.C., General de la localidad de Puente Aranda y Población con Discapacidad caracterizada en la localidad de Puente Aranda 2005 – 2007

Poblacion	Sexo	infancia		Adolescencia y Juventud		Adultez		Vejez		Total	
		frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Poblacion General	Hombre	606562	8,9	1029831	15,2	1364452	20,1	239624	3,5	3240469	47,8
Bogota D.C	Mujer	583416	8,6	1071080	15,8	1559139	23	324587	4,8	3538222	52,2
	Total	1189978	17,5	2100911	31	2923591	43,1	564211	8,3	6778691	100
Poblacion General	Hombre	12819	5	36950	14,4	60008	23,3	14542	5,6	124319	48,3
Puente Aranda	Mujer	12722	4,9	36232	14,1	64574	25,1	19624	7,6	133152	51,7
	Total	25541	9,9	73182	28,5	124582	48,4	34166	13,2	257471	100
Poblacion General	Hombre	109	1	590	5,3	1275	11,5	2021	18,2	3995	35,9
Discapacida d de Puente Aranda	Mujer	101	0,9	379	3,405	2592	23,3	4065	36,5	7137	64,1
	Total	210	1,9	969	8,71	3867	34,8	6086	55	11132	100

Fuente: Censo DANE 2005, Registro para la localizacion y caracterizacion de personas con discapacidad DANE 2005-2007.

En cuanto a la distribución por UPZ, el 36,5% de las personas con discapacidad identificadas en la localidad de Puente Aranda están ubicadas en la UPZ Ciudad Montes, en el 29,6% en la UPZ Muzú y el 26,4% en la UPZ Castilla, de manera que los porcentajes más bajos corresponden a las UPZ Zona Industrial y Puente Aranda.

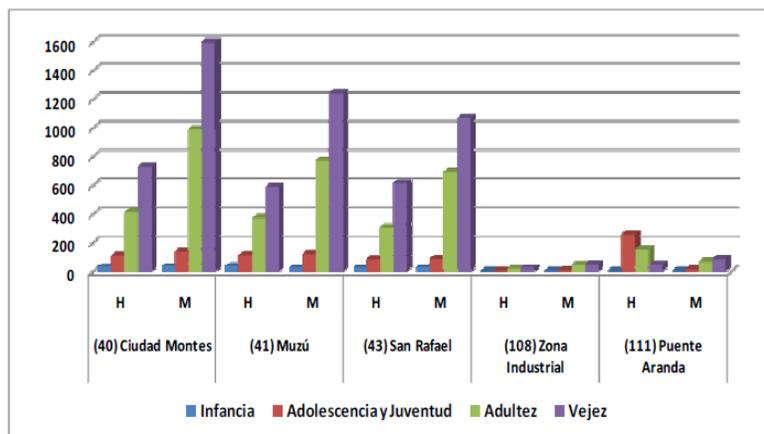
Tabla 5. Distribución de la población general y población en condición de discapacidad por Unidades de Planeación Zonal – UPZ

UPZ	Número de Habitantes	Población con Discapacidad	% personas con Discapacidad
40 Ciudad Montes	103,582	4,065	36,5
41 Muzu	58,501	3,293	29,6
43 Castilla	77,457	2,935	26,4
108 Zona Industrial	4,371	178	1,6
111 Puente Aranda	13,56	661	5,9
TOTAL	257,471	849,293	100

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

Las UPZ con mayor porcentaje de población en condición de discapacidad mantienen la distribución por sexo donde son las mujeres las que presentan los mayores porcentajes, especialmente en las etapas adultez y vejez.

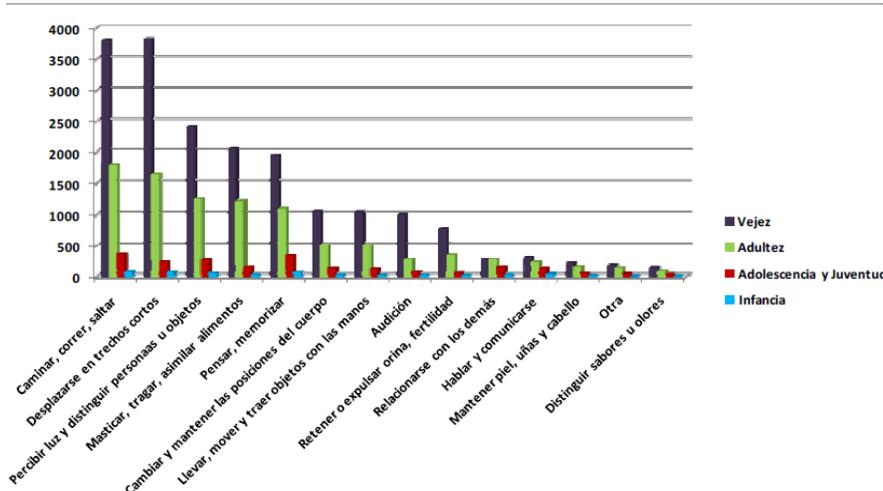
Gráfico 4. Distribución de la población con Discapacidad según Sexo, Etapa de Ciclo Vital y UPZ



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE 2005 – 2007.

En cuanto a las dificultades permanentes por grupo etáreo identificadas en la Localidad de Puente Aranda, predominan las relacionadas con la movilidad y habilidades motoras, seguidas de las alteraciones visuales y auditivas.

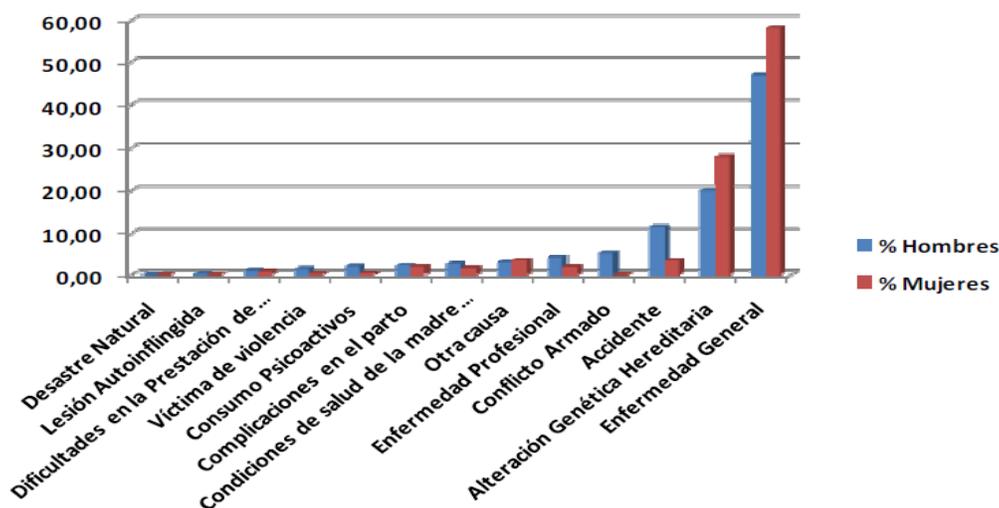
Gráfico 5. Dificultades permanentes por grupo etáreo en personas con Discapacidad, Localidad de Puente Aranda. Años 2005 – 2007 (n=11.132)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE 2005 – 2007.

La gráfica 6, muestra la distribución según las causas de la discapacidad, ubicando la enfermedad general en primer lugar, seguida de factores genéticos siendo mayor la participación para las mujeres, mientras que en tercer, cuarto y quinto lugar se ubican los accidentes, el conflicto armado y enfermedades profesionales, con una mayor la participación de los hombres en estos casos.

Gráfico 6. Origen de la discapacidad según sexo. Localidad de Puente Aranda. Años 2005 – 2007 (n=11.132)



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE Años 2005 – 2007

En cuanto a la distribución por etapa de ciclo vital, las alteraciones genéticas ocupan el primer lugar en todas las etapas, siendo la mayor proporción en la infancia y adultez, en segundo lugar las enfermedades generales principalmente para la vejez y la adultez y en tercer lugar las condiciones de salud de la madre durante el embarazo, con una participación del 13.5% en la etapa de infancia y el 7.9% en la adolescencia y juventud.

Tabla 6. Origen de la Discapacidad según etapa de ciclo vital, Localidad de Puente Aranda – Años 2005 – 2007 (n=11.132)

Origen de la deficiencia	Infancia	Adolescencia y Juventud	Adultez	Vejez	Total General
	%	%	%	%	%
Alteración genética hereditaria	35,6	22,1	30,1	21,5	25,0
Enfermedad general	28,8	26,4	44,8	66,3	54,0
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	13,5	7,9	2,0	0,3	1,9
Complicaciones en el parto	13,5	6,2	2,6	0,4	2,0
Otra causa	4,3	4,0	3,4	3,1	3,3
Dificultades en la prestación de servicios de salud	2,5	1,9	1,1	0,5	0,9
Conflicto armado	1,2	12,1	1,9	0,1	1,9
Accidente	0,6	12,6	8,6	4,0	6,4
Lesión Autoinflingida	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2
Enfermedad profesional	0,0	3,5	3,0	2,4	2,7
Consumo Psicoactivo	0,0	1,5	0,9	1,0	1,0
Desastre natural	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Víctima de violencia	0,0	1,3	1,3	0,2	0,7
Total	100	100	100	100	100

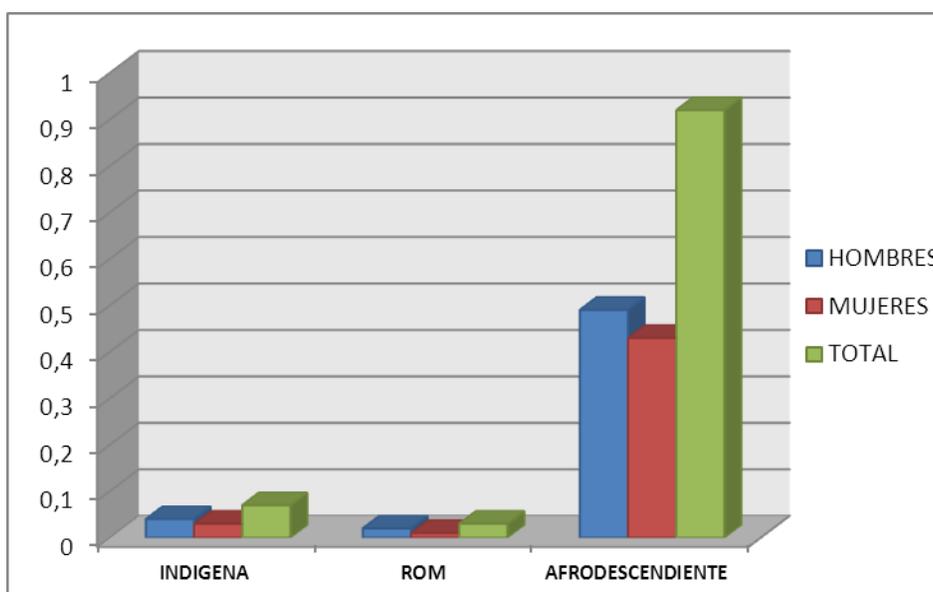
Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad DANE 2005 - 2007

1.3.1.2 Población por grupo étnico

Los grupos étnicos representan aproximadamente el 2% de la población de la localidad y como se aprecia en Gráfico 5. *Población por grupo étnico por localidad, según sexo.*, el grupo más predominante es el afro descendiente. Uno de los principales grupos de población rom, habita en el barrio Galán de la localidad de Puente Aranda.

A continuación se caracteriza la presencia de grupos étnicos a nivel local, en la que predomina la población afrodescendiente, indígena y ROM; quienes en la búsqueda constante por su reconocimiento como grupos poblacionales étnicos, avanzan en la reivindicación de sus derechos y el rescate de su cultura.

Gráfico 7. Población por grupo étnico por localidad, según sexo.

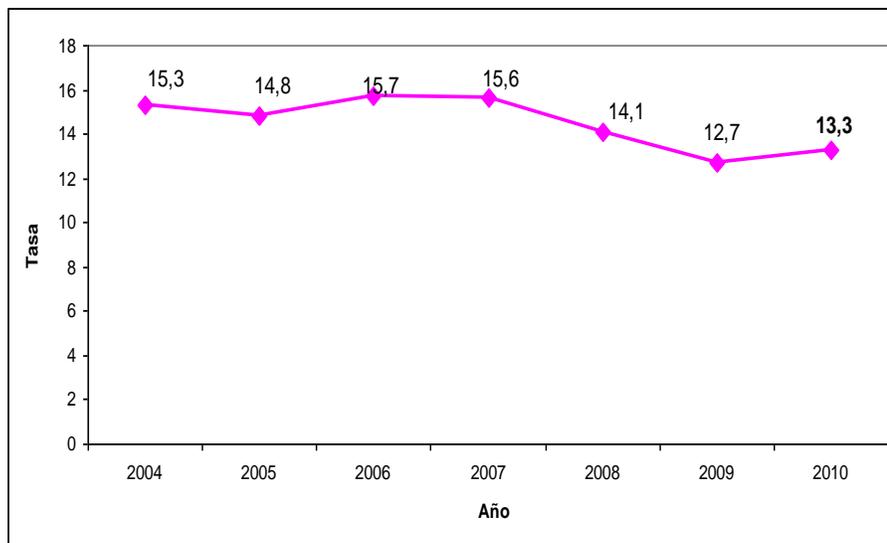


Fuente: DANE – Censo General 2005. Cálculos SDP – SIEE – DICE "(Información tomada de: Boletín Informativo: sistema de información estadístico con información RELEVANTE de CIUDAD - Número 1, Noviembre 2008 - Pag. 10)

1.3.1.3 Tasa bruta de natalidad

La tasa bruta de natalidad en la localidad de Puente Aranda para el año 2010 fue de 13.3 nacidos vivos por 1.000 habitantes, observando un aumento del 0.6 con respecto al año 2009, la tasa bruta de natalidad es inferior a la presentada en el distrito capital (16,3 nacidos vivos * 1.000 habitantes) y en el país 19,86 nacidos vivos por 1.000 habitantes.

Gráfico 8. Tasa Bruta de Natalidad- Localidad de Puente Aranda- 2004-2010

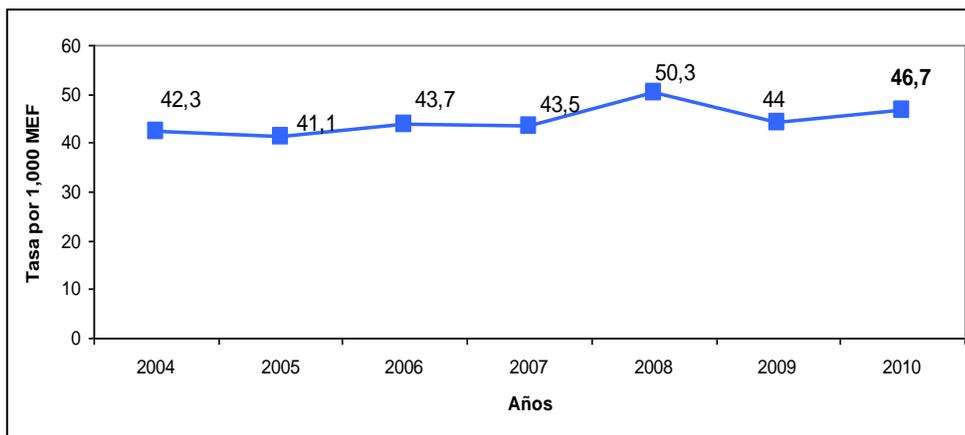


Fuente: DANE. Base de datos certificado de defunción y nacimientos. DANE y SDP: Proyecciones de población para Bogotá D.C. 2000-2015

1.3.1.4 Tasa global de fecundidad

La tasa global de fecundidad, es decir el número promedio estimado de hijos que tendría una mujer en el año fue de 1,56, en la localidad de Puente Aranda para el 2010, cifra de la cual participan aquellas madres que durante su periodo fértil, tuvieron sus hijos. Esta cifra muestra un aumento con respecto al comportamiento en descenso presentado el año 2007 y el 2009. Las tasas de fecundidad proyectada entre los años 2005 y 2010 en Bogotá es de 1,9 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres, lo que ubica a la localidad de Puente Aranda por debajo de lo proyectado para el Distrito en el mismo período.

Gráfico 9. Tasa Global de Fecundidad- Localidad de Puente Aranda- 2004-2010



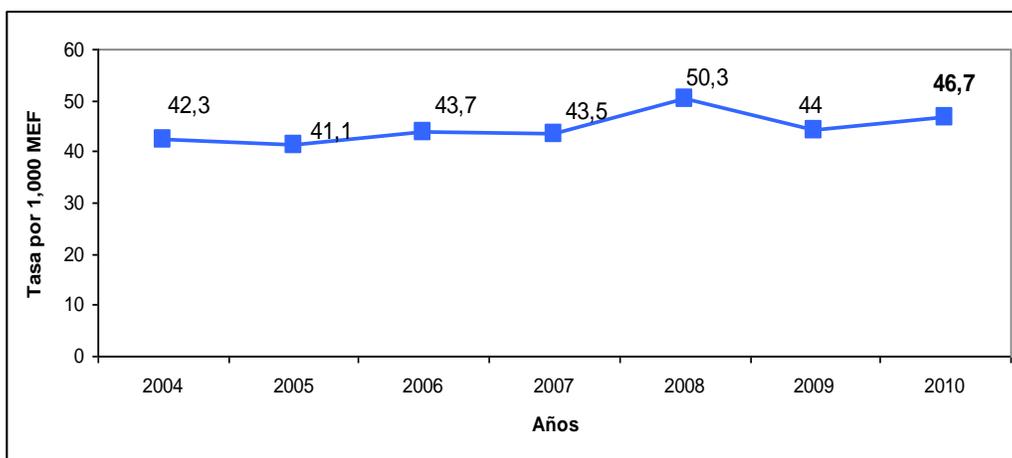
Fuente: DANE. Base de datos certificado de defunción y nacimientos. 2010 preliminares

DANE y SDP: Proyecciones de población para Bogotá D.C. 2000-2015

1.3.1.5 Tasa general de fecundidad

La tasa general de fecundidad en la localidad de Puente Aranda para el año 2010 fue de 46,7, es decir por cada mil mujeres en edad fértil (15-49 años) nacen alrededor de 47 niños. El comportamiento de la tasa general de fecundidad en la localidad muestra un comportamiento fluctuante en el número de nacimientos ocurridos y la cantidad de población femenina en edad fértil para el período 2004 a 2010, con un valor mínimo de 41,1 en el año 2005 y un valor máximo en el año 2008. La tasa general de fecundidad para Bogotá se ha mantenido entre 45,1 y 45,8, lo que ubica a la localidad de Puente Aranda por encima de la tasa del Distrito Capital para el mismo período.

Gráfico 10. Tasa General de Fecundidad. Localidad de Puente Aranda 2004-2010



Fuente: DANE. Base de datos certificado de defunción y nacimientos. 2010 preliminares

DANE y SDP: Proyecciones de población para Bogotá D.C. 2000-2015

1.3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El perfil epidemiológico es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad. Para este análisis se tendrá en cuenta la mortalidad general, la mortalidad evitable que se encuentra sujeta a la vigilancia en salud pública y todo lo relacionado a la morbilidad de la localidad de Puente Aranda.

Con el paso del tiempo el análisis epidemiológico evoluciona al incorporar nuevos elementos, amplía y profundiza su campo como reflejo de otros procesos entre los que destaca la falta de una respuesta social organizada ante la enfermedad y la evolución misma del concepto de salud.

1.3.2.1 Mortalidad general

En la localidad de Puente Aranda en el año 2007 la primera causa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón (7,2 por 10.000 habitantes), seguida de las enfermedades cerebro vascular (4,0 * 10.000 habitante) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias. El orden de las tres primeras causas de mortalidad se han mantenido en los años 2005, 2006 y 2007.

Tabla 7. Tasas de Mortalidad General por diez primeras causas x 10.000 habitantes. Localidad de Puente Aranda. 2005-2007

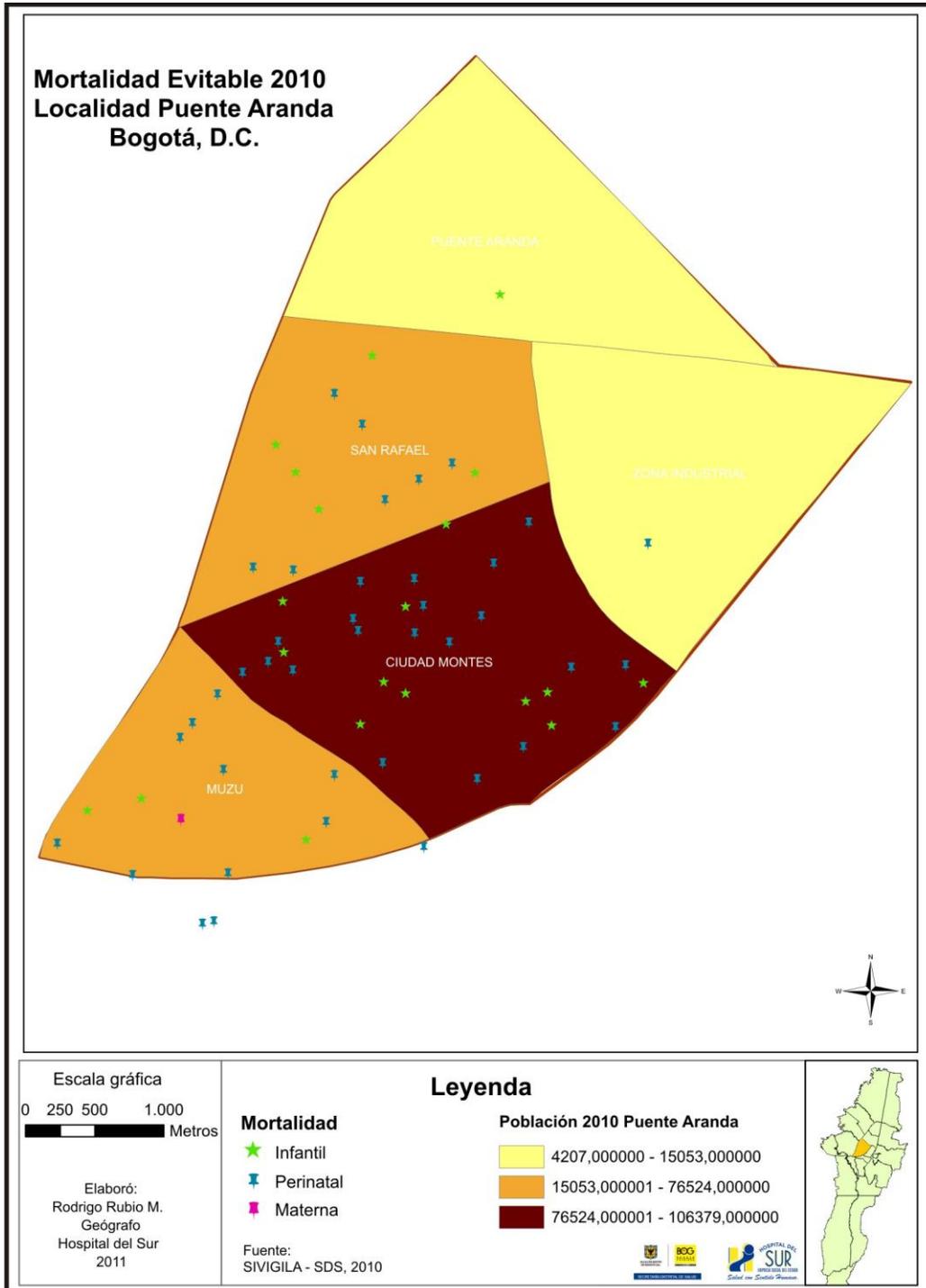
Orden	CAUSAS DE MUERTE	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	155	6,0	1	169	6,6	1	186	7,2
2	1-055 Enfermedades cerebro vasculares	102	4,0	2	123	4,8	2	102	4,0
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	58	2,3	3	68	2,6	3	83	3,2
4	1-059 Neumonía	56	2,2	5	45	1,7	5	53	2,1
5	1-041 Diabetes mellitus	46	1,8	4	54	2,1	4	67	2,6
6	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	35	1,4	7	33	1,3	7	34	1,3
7	1-013 Tumor maligno del estómago	33	1,3	8	26	1,0	6	38	1,5
8	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	32	1,2	9	25	1,0	10	29	1,1
9	1-050 Enfermedades hipertensivas	29	1,1	6	34	1,3	8	33	1,3
10	1-054 Insuficiencia cardiaca	25	1,0				9	32	1,2
	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón			10	20	0,8			
	Resto de causas	614	23,9		628	24,4		620	24,1
	Total	1.185	46,1		1.225	47,6		1.277	49,6

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares).2005-2007

1.3.2.2 Mortalidad evitable

Hasta el momento, la muerte es un evento inevitable. Sin embargo, muchas de las causas que conducen a ella son controlables por el individuo y por la sociedad. En este sentido, las muertes que se produzcan por condiciones evitables también son evitables. La confianza en la posibilidad de controlar las enfermedades y postergar el momento de la muerte, es el fundamento de toda política de salud, uno de cuyos resultados debe ser reducir la mortalidad, mediante la intervención de aquellos factores que aumentan el riesgo de morir. Es importante tener en cuenta que una de las formas de medir las inequidades en salud está precisamente relacionada con los eventos evitables que por la presencia de algunos determinantes en salud hace que se desencadenen en enfermedad y muerte y que pueden estar condicionados directa o indirectamente por sus condiciones de vida, como se muestra en el Mapa 4. Caras de la mortalidad, la UPZ Ciudad Montes, concentra el mayor número de casos de mortalidad infantil evitable.

Mapa 4. Caras de la Mortalidad



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

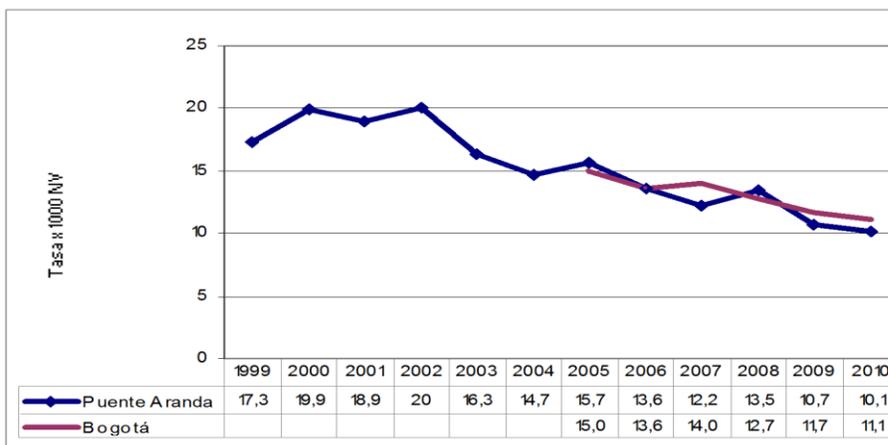
1.3.2.2.1 Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos (N.V) registrados, durante el primer año de su vida. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando se sobrepasa el primer cumpleaños, las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza (a mayor pobreza, mayor índice de mortalidad infantil) y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

En Colombia la tasa de mortalidad infantil es de 19,51 por cada mil niños nacidos vivos. En los últimos quince años se han presentado reducciones drásticas gracias a una mejor asistencia sanitaria, innovaciones médicas y políticas públicas de mayor cobertura, así como programas nutricionales. Una de las estrategias aplicadas se refiere a la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, que se aplica en varias regiones del país, con resultados muy positivos.

El comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en Bogotá, de igual forma tiende a disminuir, similar tendencia presenta la localidad de Puente Aranda, es así como en el año 2000 la tasa de mortalidad infantil estaba en 19,9 x 1.000 N.V., en el año 2008 bajó a 13,5 x 1.000 N.V y en el 2009 a 9,8 *1.000 nacidos vivos. Teniendo en cuenta que una de las Metas del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para vivir mejor es reducir la mortalidad infantil por debajo de 9.9 por cada 1.000 niños y niñas menores de 1 año para el año 2015, la localidad de Puente Aranda continuará empleando todas las estrategias para bajar la razón de mortalidad infantil ya que la meta se alcanzó en este año.

Gráfico 11. Mortalidad infantil, tasa por 1 000 nacidos vivos, localidad Puente Aranda Año 1999-2010



Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas vitales. Mortalidad evitable y certificado de nacido vivo. 1999 – 2010 preliminares

Tabla 8. Casos de mortalidad infantil según el régimen de seguridad social. Localidad de Puente Aranda - Año 2010

Régimen	Mortalidad Infantil	%
Contributivo	21	58.3
Excepción	1	2.8
Subsidiado	3	8.3
Vinculado	11	30.5
Total general	36	100

Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas vitales. Mortalidad evitable y certificado de nacido vivo. 1999 – 2010 preliminares

Del total de las muertes infantiles en el año 2010 aproximadamente el 58.3% se encontraba afiliado al régimen contributivo, mientras que el régimen vinculado aportó el 30.5% del total de muertes infantiles, según el aplicativo RUAF de Bogotá D.C.

Como se muestra en la Tabla 3 *Tasa de mortalidad en menores de 1 año según causas. Localidad de Puente Aranda 2005-2007*, el mayor número de casos para los años 2005 a 2007 se presentó por Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal.

Tabla 9. Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos en menores de 1 año según causas. Localidad de Puente Aranda 2005-2007

Orden	CAUSAS	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	17	46,1	1	12	33,1	1	19	53,2
2	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	7	19,0	2	9	24,8	3	5	14,0
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	6	16,3	3	9	24,8	5	3	8,4
4	Infecciones específicas del período perinatal	5	13,6	4	4	11,0	2	6	16,8
5	Neumonía	3	8,1	6	2	5,5	8	1	2,8
6	Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	3	8,1	8	2	5,5	6	2	5,6
7	Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	2	5,4	7	2	5,5	9	1	2,8
8	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	2	5,4				4	3	8,4
9	Enterocolitis necrotizante del	2	5,4	9	2	5,5	7	2	5,6

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
	feto y del recién nacido								
10	Septicemia, excepto neonatal	1	2,7						
	Deficiencias nutricionales			5	2	5,5			
	Enfermedades del peritoneo y todas las demás enfermedades del sistema digestivo			10	1	2,8			
	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer						10	1	2,8
	Resto de causas	12	32,6	10	27,6		6		16,8
	Total	60	162,8		55	151,7		49	137,1

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares).Años 2005-2007

1.3.2.2.2 Mortalidad en menores de 5 años

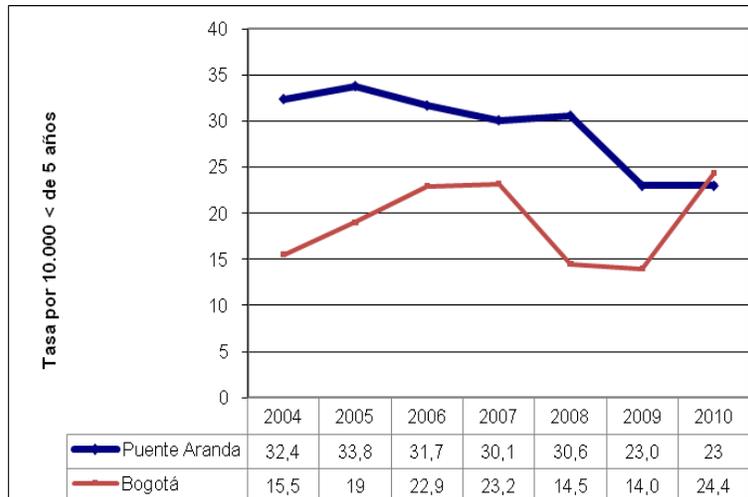
La tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 10.000 menores de 5 años expresa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años de edad.

Es así como para el año 2007, a partir de datos preliminares del DANE, se obtiene para Colombia una tasa muy cercana a la meta propuesta por Objetivos de Desarrollo del Milenio de 17 muertes por mil nacidos vivos. Aunque a partir de otros datos, como el Estado Mundial de la Infancia 2009 para este mismo año 2007, Colombia ocupa el puesto 112 de 191 países de mayor a menor tasa, con un valor de 20 defunciones en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos, tasa inferior a la estimada para el mundo (68) y para América Latina y el Caribe ¹¹.

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

11 Así vamos en salud. Seguimiento al sector salud en Colombia. http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=89:Tasa%20de%20mortalidad%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os.%20&catid=55:Indicadores&Itemid=74. Agosto 2010.

Gráfico 12. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de 5 años. Comparativo entre la localidad de Puente Aranda y Bogotá. 2004-2010 .



Fuente: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales – Datos preliminares Años 2004-2010

El comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años en la localidad de Puente Aranda muestra una tendencia a disminuir a partir del año 2005, con un valor máximo en la tasa de 33.8 por cada 10.000 menores de 5 años hasta una tasa de 23 por cada 10.000 menores de 5 años en el 2010. El distrito capital tiene un comportamiento fluctuante, con un pico en la tasa de 23.2 por cada 10.000 menores de 5 años en el año 2007 y un valor máximo de 24.4 por cada 10.000 menores de 5 años en el 2010, alcanzando un valor mínimo en la tasa de 14,5 y 14.0 por cada 10.000 menores de 5 años en el 2008 y 2009 respectivamente.

Dado que la mortalidad en la niñez está fuertemente influenciada por las condiciones socio-ambientales y de acceso a los bienes y servicios del niño y de la madre, este indicador revela más claramente una brecha de implementación del derecho a la salud y del derecho a una salud que considere las especificidades culturales del territorio.

Tabla 10. Casos de mortalidad en menores de 5 años según el régimen de seguridad social. Localidad de Puente Aranda – Año 2010

Régimen	Mortalidad menores de 5 años	%
Contributivo	24	60
Excepción	1	2.5
Subsidiado	4	10
Vinculado	11	27.5
Total general	40	100

Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas vitales. Mortalidad evitable y certificado de nacido vivo. 1999 – 2010 preliminares

Para este indicador el 60% de los casos corresponden a menores de cinco años del régimen contributivo, el 27,5% al régimen viunculado y el 10% al régimen subsidiado.

La meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establece: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

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

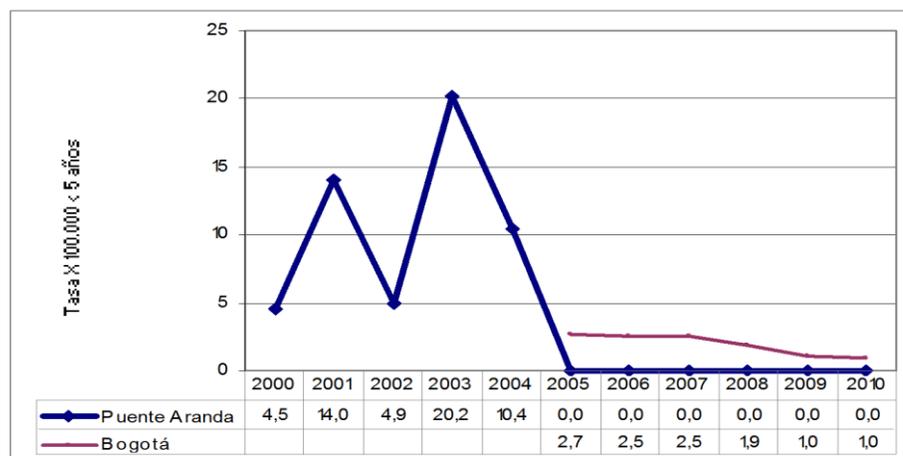
En la propuesta de la OMS y de la OPS sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), donde se han tratado de unir varios programas, entre otros enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda (CED-IRA) se vienen adelantando diversas estrategias o líneas de trabajo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

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

Con respecto al comportamiento de la mortalidad en Bogotá, por enfermedad diarreica aguda, en la última década se observa un descenso importante en la mortalidad para los menores de cinco años, siendo proporcionalmente esta reducción más marcada en los menores de un año, que presentaba para el año de 1987 una tasa de mortalidad de 23.5 por 100.000 habitantes, comparada con la tasa de mortalidad para el año 1996 que es de 11.66 por 100.000 habitantes, alcanzando para el 2008 una tasa del 1,9 x 100.000 menores de 5 años y en el año 2009 1,0 *100.000 menores de 5 años, lo que indica un impacto en la reducción de la mortalidad.

Dentro de la localidad de Puente Aranda la enfermedad diarreica aguda en los últimos años se evidencia un declive significativo de la mortalidad en menores de 5 años por esta causa, ya que desde el año 2005 no se presentan casos, siendo proporcional esta reducción con la de Bogotá. La reducción de la mortalidad por EDA continua siendo importante obedeciendo a estrategias que generan impacto como AIEPI que se tienen implementadas en la localidad, unidas a otras estrategias como medidas higiénico sanitarias como acceso al agua potable, alcantarillado e infraestructura en general que en términos generales son aceptables en toda la localidad de Puente Aranda.

Gráfico 13. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Tasa por 100.000 menores de 5 años. Puente Aranda 2000-2010



Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas vitales. Mortalidad evitable y certificado de nacido vivo. 1999 – 2010. Años 2008 – 2010 con datos preliminares

Las **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)** constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo.¹²¹³

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes¹⁴. En Colombia la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años para el año 2006 fue de 8,4 por 100.000 menores de 5 años.

En Puente Aranda se observa que el comportamiento de la neumonía en menores de 5 años ha venido en descenso a partir del año 2000 cuando la tasa de mortalidad estaba en el 44,9 por cada

12 Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996.

En:<http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>

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

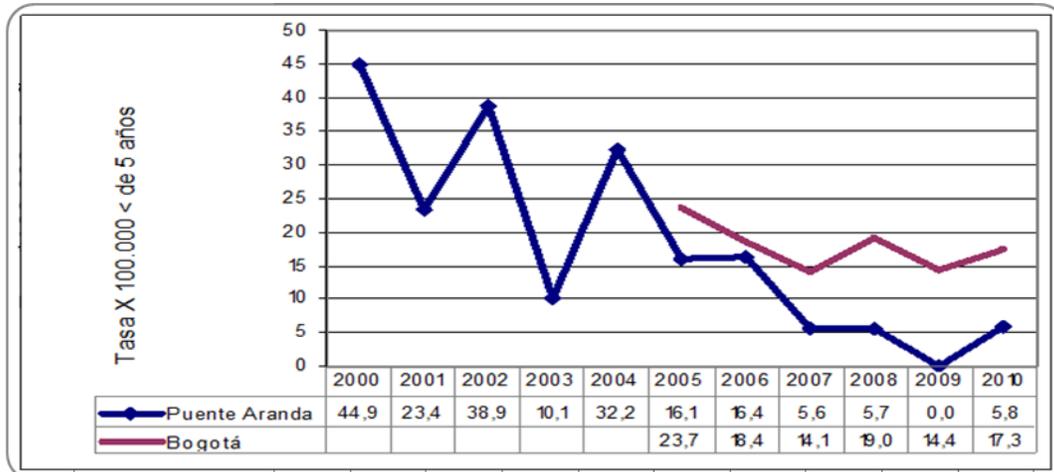
14 CDC. Pneumonia among children in developing countries.

http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/pneumochilddevco_unt_t.htm

100.000 menores de 5 años hasta alcanzar una tasa de 0,0 por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2009, inferior a la del distrito capital desde el año 2005, a pesar del aumento en la tasa durante el año 2010 a 5.8 por cada 100.000 menores de 5 años.

Teniendo en cuenta que una de las metas distritales es la de reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores de 5 años, de mantenerse el comportamiento del indicador de Puente Aranda se logrará cumplir la meta en la localidad.

Gráfico 14. Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Tasa por 100.000 menores de 5 años. Puente Aranda 2000-2009

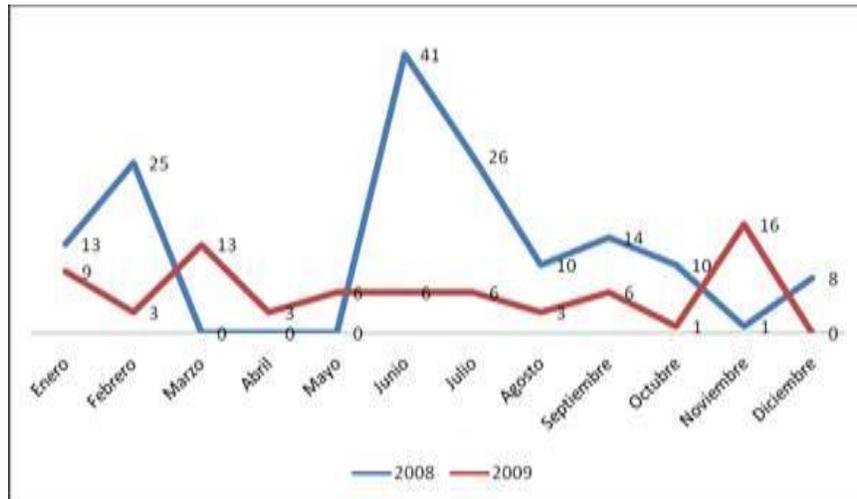


Fuente Certificados de defunción -Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales – SDS. NOTA: Los datos del 2006 a 2009 son preliminares.

Dentro del programa de salud a su casa, se contempla las estrategias de atención a la infancia (AIPEI, IAMI), la canalización a los programas de promoción y prevención a los centros de atención del Hospital y la detección oportuna de signos de alarma, ha permitido que paulatinamente se vaya disminuyendo la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.

Las infecciones respiratorias comprenden desde una gripa o resfriado común hasta una neumonía. En las épocas de invierno suele aumentar los casos hasta un 20% la consulta de urgencias y consulta externa en los hospitales del Distrito.

Gráfico 15. Casos atendidos en salas ERA Hospital del Sur E.S.E. por mes. Localidad de Puente Aranda. Años 2008-2009



Fuente: Sivigila-SDS-2008-Datos preliminares 2009.

En los últimos 20 años se ha estudiado la relación entre mortalidad y desnutrición infantil, evidenciándose que esta es mucho más alta de la que aparece en los reportes de estadísticas vitales. El Estado Mundial de la Infancia 1998, basándose en publicaciones de la OMS, planteaba que, “de los cerca de 12 millones de niños menores de 5 años que mueren anualmente de enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, el 55 por ciento perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición¹⁵. Un reciente estudio de la revista The Lancet afirma que, “en los países pobres, la desnutrición materno–infantil es la causa subyacente de más de un tercio (3,5 millones) de todas las muertes de niños menores de 5 años de edad, muchas de las cuales se pueden prevenir mediante intervenciones efectivas que aborden la desnutrición en gran escala”.

En Colombia, un estudio realizado por Nubia Ruiz y Magda Ruiz, del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado, titulado Mortalidad por desnutrición en Colombia, estableció que entre 1998 y 2002 el porcentaje de desnutrición reportada como causa de muerte¹⁶ fue del 6,66 por ciento y como causa asociada del 7,45 por ciento, para un total de 14,11 por ciento.

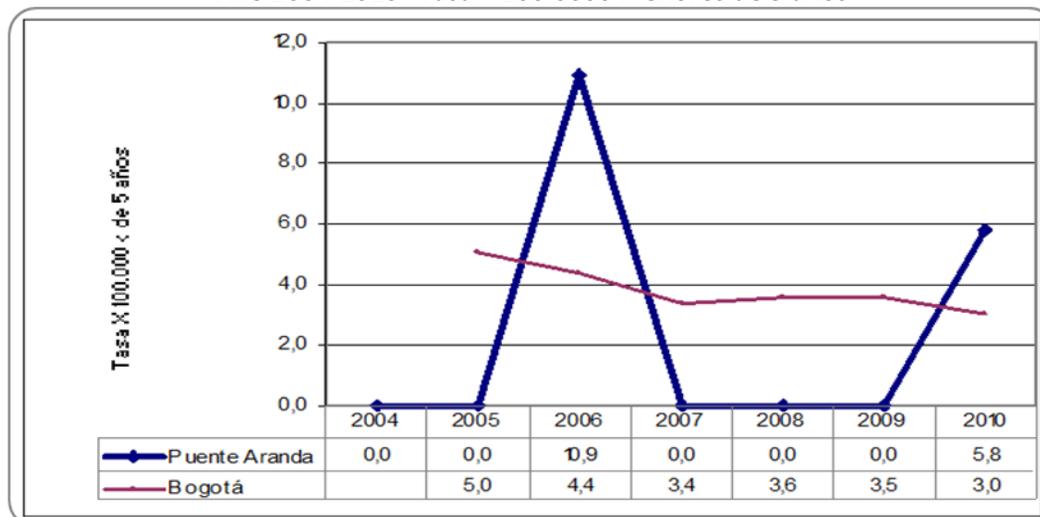
La **tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años** en Bogotá para el año 2005 fue de 5,0 por cada 100.000 menores de 5 años, manteniendo una tendencia a la disminución hasta alcanzar una tasa de 3,0 por cada 100.000 menores de 5 años. En el año 2006 la tasa fue de 10.9 por cada 100.000 menores de 5 años en la localidad de Puente Aranda, siendo este el valor máximo para este indicador en los 5 años, manteniendo en cero el número de casos durante los años 2007, 2008 y 2009. En el año 2010 se presenta un nuevo pico en la tasa con un valor de 5.8 por cada 100.000 menores de 5 años, siendo este valor superior a la meta del Plan de Desarrollo

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

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

Distrital que está proyectada en una tasa de 3 por cada 100.000 menores de 5 años. Cabe resaltar que los datos son preliminares y que un solo caso de mortalidad por virus sincitial respiratorio en la localidad puede llegar a elevar las tasas para evento en la localidad.

Gráfico 16. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad de Puente Aranda. Año 2004-2010 Tasa * 100.000 menores de 5 años



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

1.3.2.2.3 Mortalidad materna

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la familia gestante, que modifica su proyecto vital si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, son las apropiadas.

Los determinantes sociales, culturales, económicos y de servicios de salud, afectan positiva o negativamente el desarrollo de la gestación, siendo la participación integrada de todos los actores un factor que contribuye a minimizar los riesgos que pueda tener la mujer en su periodo de gestación.

Uno de los principales riesgos en el proceso de la gestación, es el evento de una mortalidad materna o perinatal. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, por el gran impacto que genera en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud (iqen INS 2009).

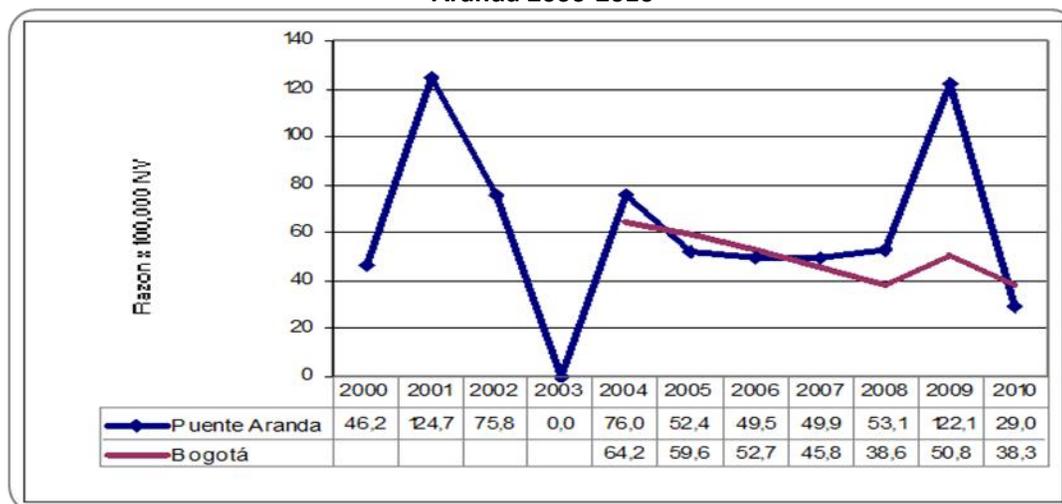
La mortalidad materna o muerte materna describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte

materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

La Razón de Mortalidad Materna en Colombia, para los años 2006 y 2007 (75.02 y 75.57 por 100.000 N.V respectivamente) aún están lejos de la meta del milenio aunque el descenso ha sido importante respecto al año 2.000, lo que significa que Colombia tendrá que reducir la razón en 3,3 muertes por 100.000 N.V. anualmente para lograr la meta.

En Bogotá en los últimos años se ha presentado una reducción importante, pasando de una razón de 64 casos de mortalidad materna x cada 100.000 N.V en el 2004 a una razón de 38.3 casos de mortalidad materna x cada 100.000 N.V en el año 2010. La meta de BOGOTA POSITIVA es reducir la razón de mortalidad materna por debajo de 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para 2015.

Gráfico 17. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Localidad Puente Aranda 2000-2010



Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales – Datos preliminares año 2009.

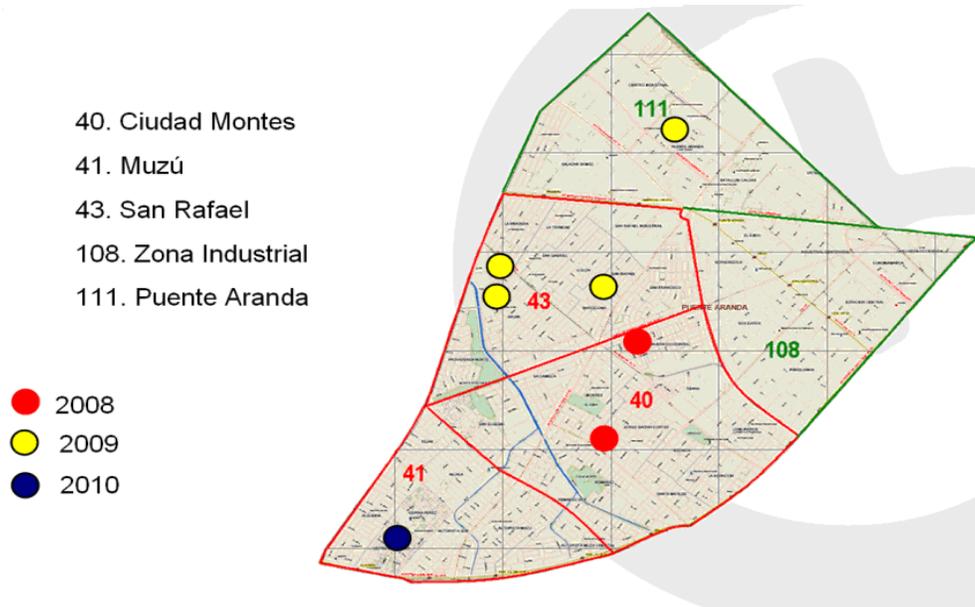
En la localidad de Puente Aranda la tendencia de la mortalidad materna ha sido variable presentando dos picos, el primero en el año 2001 donde la razón de mortalidad fue de 124.7 por cada 100.000 N.V. y el segundo con una razón de mortalidad de 122.1 por cada 100.000 N.V. en el año 2009, mientras que para el año 2003 no se presentaron casos. El año 2010 con una tasa de 29,0 por cada 100.000 N.V. se evidencia una disminución con respecto al año 2009.

En la localidad de Puente Aranda se ha observado tabús culturales en la familia y comunidad en general frente a la planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, convirtiéndose en factores de riesgo para la mortalidad materna.

Otros aspectos encontrados en la localidad son el inicio tardío de control prenatal, poca adherencia a los controles prenatales, lo que de alguna forma puede limitar la detección de

factores determinantes asociados al embarazo, parto y/o puerperio. Además la localidad tiene una tasa muy representativa de adolescentes embarazadas (12,45 x 10.000 MEF) con edades entre los 15 y 19 años, siendo una población de alto riesgo obstétrico.

Gráfico 18. Casos de Mortalidad Materna. Localidad de Puente Aranda. Años 2008-2010



Fuente: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales (Datos años 2008 a 2010 son preliminares)

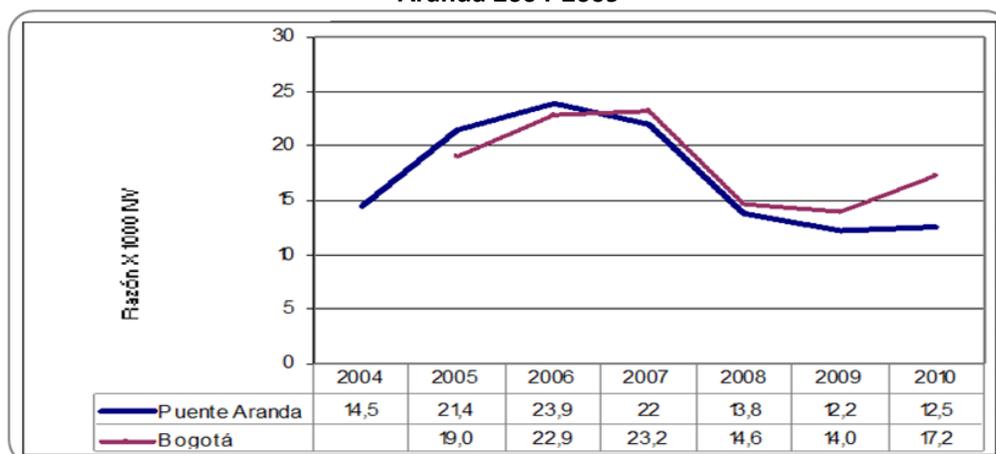
1.3.2.2.4 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es un indicador de la salud materno-infantil que evalúa la calidad del control prenatal y se considera una causa de muerte evitable que comprende las muertes fetales ocurridas entre la semana 22 de gestación y el 7º día de nacimiento. Dentro de la mortalidad perinatal, el bajo peso al nacer (BPN) tiene una gran importancia .

La mortalidad perinatal en el distrito capital ha venido en descenso, en el año 2007 la tasa de mortalidad fue de 23,2 x1.000 nacidos vivos y descendió a 14,0 en el año 2009, con un leve incremento en el año 2010 a una tasa de 17.2 x 1.000 N.V.. La meta distrital a 2012 es reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos, línea de Base 19,8 x 1.000 nacidos vivos. Vigencia 2005 (Ajustada).

El comportamiento de la mortalidad perinatal en la localidad de Puente Aranda presentó un valor máximo en el año 2006 con una tasa de 23.9 x 1.000 N.V. momento a partir del cual se presenta una tendencia a disminuir llegando a tasas de 12.2 y 12,5 x1.000 N.V en los años 2009 y 2010 respectivamente.

Gráfico 19. Tasa de Mortalidad Perinatal por 1 000 nacidos vivos, - Localidad de Puente Aranda 2004-2009



Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales – Los datos de los años 2008 y 2010 son preliminares.

El 79% de los casos de mortalidad perinatal identificados en el año 2010 corresponden al régimen contributivo, el 14% al régimen vinculado y el 7% restante al régimen subsidiado.

Tabla 11. Casos de mortalidad perinatal según el régimen de seguridad social. Localidad de Puente Aranda – Año 2010

Régimen	Mortalidad perinatal	%
Contributivo	34	79
Subsidiado	3	7
Vinculado	6	14
Total general	43	100

Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas vitales. Mortalidad evitable y certificado de nacido vivo. 1999 – 2010 preliminares

Dentro de la localidad existen una serie de programas como campañas educativas, la presencia de salud a su casa en tres territorios de la localidad (Muzú, Puente Aranda y San Rafael), que cubre a 3.600 familias, donde a través de la visita domiciliaria se logra captar oportunamente eventos de interés en salud pública.

1.3.2.2.5 Suicidio

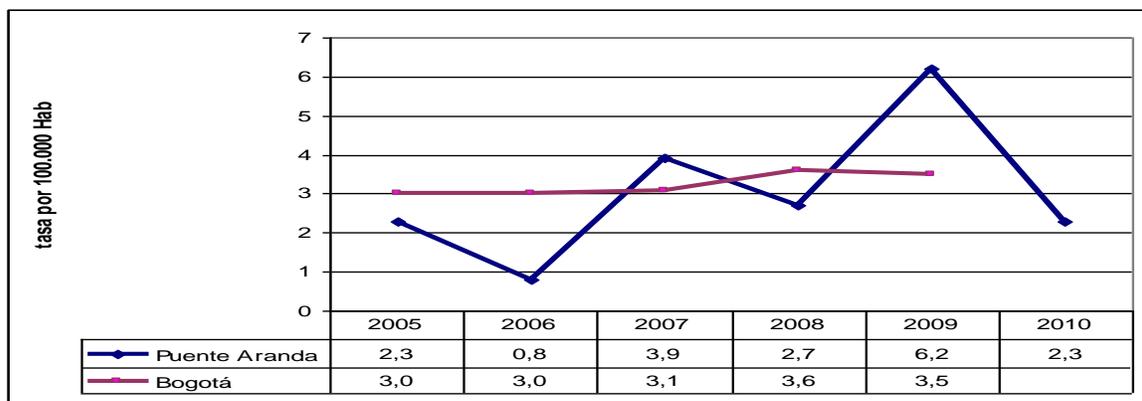
Se reporta que en el mundo se suicidan aproximadamente mil personas al día. En algunos países el suicidio es una de las diez primeras causas de mortalidad y parece que el problema está aumentando. Desde la perspectiva epidemiológica el suicidio se presenta ya como un problema de salud pública mundial debido al notable incremento de su incidencia. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 el suicidio o la muerte por lesiones auto infringidas, alcanzó el mayor porcentaje (49%).

En el año 2009 perdieron la vida en Colombia 1.845 suicidas, con una tasa del 4.1 por 100.000 habitantes. El 80,2% de las víctimas eran varones, por cada mujer que se suicida lo hacen 4,1 hombres, la edad promedio en ambos sexos fue de 36 años. En el 46% de los suicidios fue por asfixia mecánica según medicina legal¹⁷.

En Bogotá D.C. la situación del suicidio no es diferente, en el año 2009 según medicina legal se presentaron 254 suicidios, con una tasa del 3,5 por 100.000 habitantes según datos del Instituto de Medicina Legal y ciencias forenses.

Respecto a la localidad de Puente Aranda, se observa un comportamiento fluctuante en los últimos años. En el año 2009 se presentó la tasa más alta de casos de suicidio con una tasa de 6.2 por 100.000 habitantes y en el año 2006 se presentó la tasa más baja con 0.8 * 100.000 habitantes, sin embargo se puede pensar que probablemente haya mejorado el proceso de notificación de los casos. Con respecto al año 2010 se presentó una disminución de 3.9 en la tasa * 100.000 Habitantes en relación al año anterior.

Gráfico 20. Mortalidad por suicidio Localidad de Puente Aranda. Años 2005 a 2009. Tasa * 100.000 habitantes.



17 Valenzuela, D. (Junio 2009). Suicidio: Colombia 2009. En Forensis 2008: Datos para la Vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

FUENTE: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. Los datos del 2007 - 2010 son preliminares. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, datos de 2008-2010.

Respecto al grupo de edad y el sexo, se encontró que los hombres son los más afectados (93,75%), y en cuanto a grupos de edad se presentó un caso de una persona de 18 años, 2 en las edades de 28 y 32 años y una de 47 años.

En estos territorios se encuentran factores que pueden de alguna forma incidir en el aumento de conducta suicida y suicidio consumado. Los problemas relacionados con la deserción escolar, baja tolerancia a la frustración, déficit en desarrollar habilidades en la solución de conflictos, la soledad y baja autoestima esencialmente en jóvenes y en población adulta probablemente por el cambio de nivel socioeconómico y al verse afectados por la disminución de la capacidad adquisitiva hace que se desencadenen procesos de depresión, sentido de no futuro lo que finalmente puede generar condiciones que en algún momento los haga pensar en desencadenar una conducta suicida. Otro aspecto que influye de manera negativa, son los medios de comunicación, los cuales brindan unos prototipos y modelos de vida que no corresponde a la realidad de los jóvenes, sometiéndolos a una auto desvalorización y auto percepción negativa de su vida y de su existencia. Las instituciones no han podido responder frente a esta problemática y por ende las intervenciones que brindan no son las más adecuadas¹⁸.

1.3.2.2.6 VIH/SIDA y mortalidad por sida

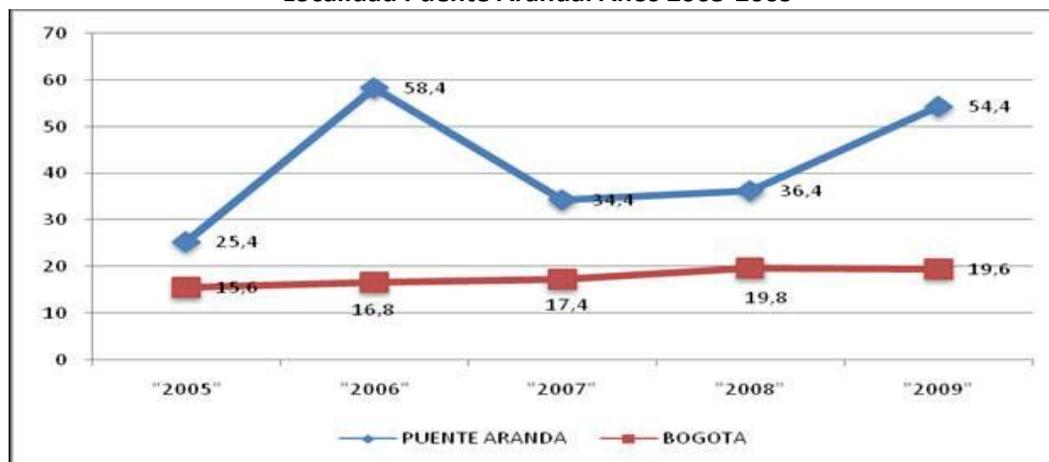
El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios.

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

Bogotá en el año 2010 notificó 380 casos de VIH/SIDA y muerte por sida, de los cuales se notificaron 12 casos de mortalidad en la localidad de Puente Aranda, de los cuales el 100% corresponde a hombres. El de menor edad tenía 25 años y el de mayor edad 63 años, con un promedio de edad de 42 años. Esta letalidad puede estar determinada posiblemente por barreras de acceso a la prueba voluntaria de VIH que desencadena diagnósticos tardíos y en las salas de urgencias cuando ya se ha establecido el SIDA. En los últimos años la tendencia de los casos notificados de VIH/Sida o muerte por Sida ha venido en aumento. Al SIVIGILA del Hospital del Sur se notificaron 54 casos de morbilidad por VIH/SIDA.

18 SIVIM Sala situacional. Memorias, secretaría Distrital de Salud. Bogotá, analiza y decide. Año 2008

Gráfico 21. Proporción de Incidencia de casos notificados de VIH/Sida * 100.000 habitantes. Localidad Puente Aranda. Años 2005-2009



Fuente: Sivigila- SDS. Año 2009.

1.3.3 MORBILIDAD EN LA LOCALIDAD

A continuación se describen algunos componentes relacionados con la morbilidad de la localidad de Puente Aranda, que son el producto de la vigilancia como el estado nutricional de los menores de 10 años, la situación de violencia intrafamiliar y eventos de notificación obligatoria que se encuentran dentro del sistema de vigilancia en salud pública del país.

1.3.3.1 Comportamiento del estado nutricional

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

La desnutrición aguda es la deficiencia de peso por altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. En cambio la Desnutrición crónica es el retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza y relacionada con dificultades de aprendizaje y menos desempeño económico. La desnutrición global es la deficiencia de peso para la edad. Es un índice compuesto por peso para la edad por altura para la edad y es el que se utiliza para dar seguimiento a los objetivos del milenio.

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

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN, 2005, reportó que la situación de la población materno infantil muestra graves problemas de acceso a alimentos.

La prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 4 años de edad es de 12% siendo un problema importante. Tanto ésta como la desnutrición global 7%, son la manifestación de condiciones deficientes de alimentación y calidad de vida de los niños y niñas. La desnutrición crónica y la global son más altas en la zona rural y en estratos socioeconómicos bajos, en niños cuyo orden de nacimiento es de 6 o más y con intervalo corto de nacimiento entre hijos.

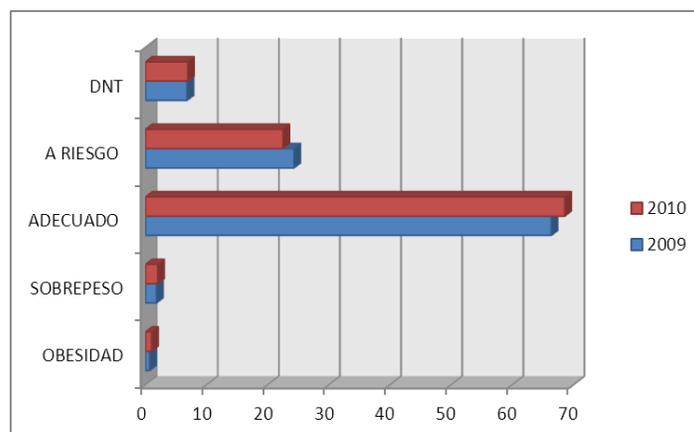
Más de 500.000 niños colombianos, el 13% de la población infantil que vive en este país, sufre de desnutrición crónica según el centro de investigaciones de la facultad de economía de la Universidad de los Andes, que corresponde al 20% de los colombianos que son pobres frente a un 3% que nació en el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

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2005, incluyó la toma de medidas antropométricas a las embarazadas entre 13 y 49 años de edad presentes en los hogares de la muestra general de la encuesta, en total correspondió a 1621 mujeres.

La prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 4 años de edad es de 12% siendo un problema importante. Tanto ésta como la desnutrición global 7%, son la manifestación de condiciones deficientes de alimentación y calidad de vida de los niños y niñas. La desnutrición crónica y la global son más altas en la zona rural y en estratos socioeconómicos bajos, en niños cuyo orden de nacimiento es de 6 o más y con intervalo corto de nacimiento entre hijos.

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

Gráfico 22. Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Talla “DNT AGUDA”. Localidad de Puente Aranda. Años 2009-2010



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

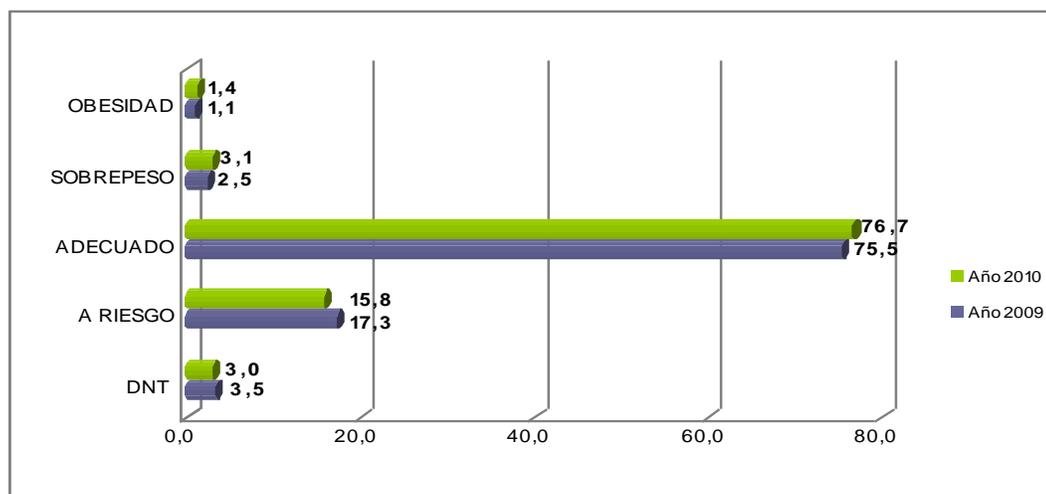
La desnutrición aguda infantil afecta a todos los ámbitos: a la mortalidad, a la educación de toda una generación, a la productividad de un país. Es uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Estas consecuencias devastadoras tienen además un coste económico muy elevado: se estima que las pérdidas de productividad superan el 10% de los ingresos que una persona obtendría a lo largo de su vida, y debido a la desnutrición se puede llegar a perder hasta el 3% del Producto Interior Bruto de un país.

Aunque el riesgo de desnutrición se ha mantenido a partir de 2006 (17,7% a 17,3%), es importante tener en cuenta que la obesidad y el sobrepeso son características de mal nutrición que de manera directa e indirecta afectan a la población menor de 10 años y es superior a la de riesgo, por lo tanto es importante realizar intervenciones que permitan mantener un estado nutricional adecuado para la edad.

Analizando la desnutrición aguda por UPZ la mayor incidencia se presenta en Punte Aranda (5,3%), seguida de Muzú (3,9%) y San Rafael (3,8%). Estas UPZ presentan como característica relevante que aunque sea estrato tres, las familias son numerosas, las condiciones económicas no son las mejores, presentando carencias para poder cubrir todas las necesidades básicas de una familia.

Al realizar el análisis comparativo en los últimos dos años para este indicador se observa un leve aumento para el estado adecuado, sobrepeso y obesidad en el 2010, mientras que para el riesgo de desnutrición y desnutrición hubo un leve aumento.

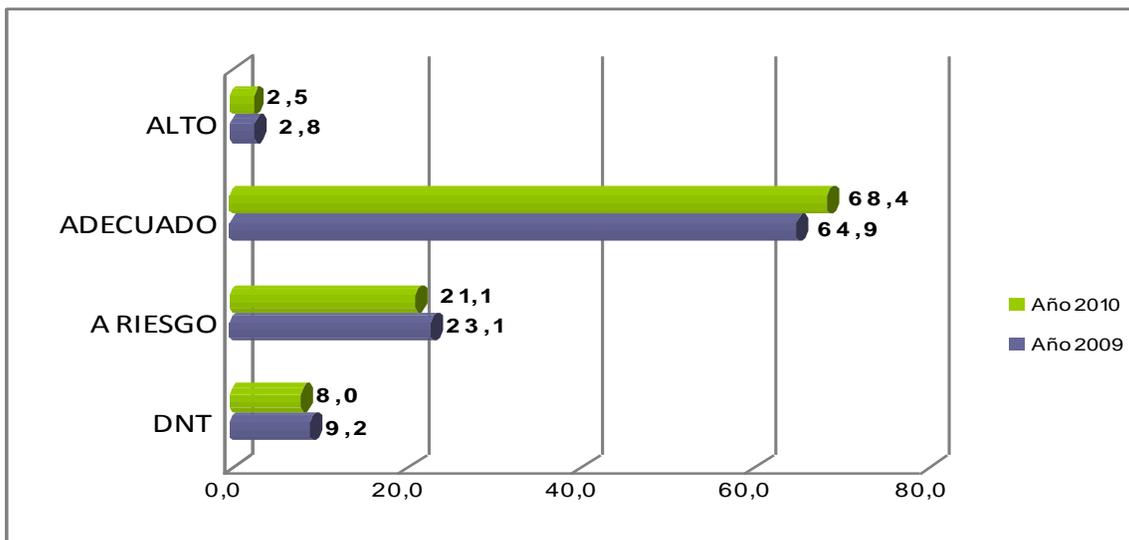
Gráfico 23. Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Talla “DNT AGUDA”. Localidad de Punte Aranda. Años 2009-2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN-2005-2010

La desnutrición crónica es el retardo de altura para la edad, asociada principalmente a situaciones de pobreza y relacionadas a dificultades de aprendizaje y menos desempeño económico, por eso es probable que a la población menor de 10 años no se le garantice una dieta proteica calórica adecuada (nutrición balanceada) que garantice una buena nutrición.

Gráfico 24. Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Talla/Edad “DNT CRONICA”. Localidad de Puente Aranda. Años 2009-2010

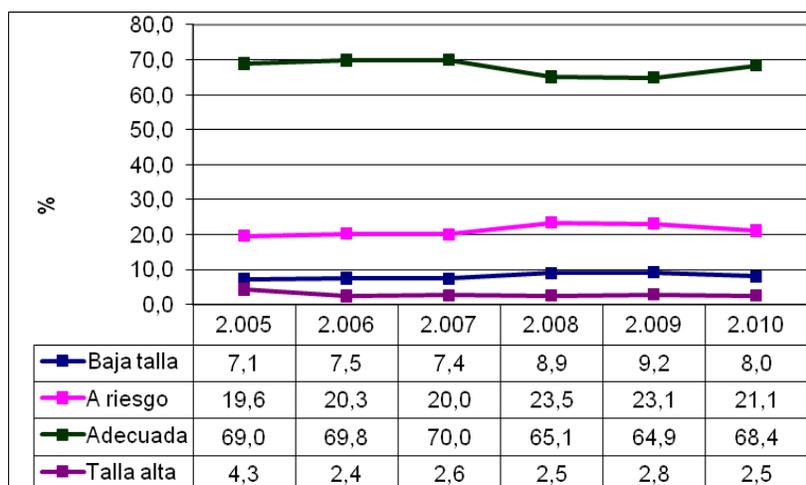


Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN-2005-2009

Se observa que la desnutrición crónica muestra un menor valor en el año 2010 con respecto al año 2009 en la localidad de Puente Aranda, en los estados de desnutrición, a riesgo y alto. En cuanto al estado adecuado, se evidencia un aumento durante el año 2010.

La desnutrición global hace referencia al peso para la edad, este indicador es el utilizado para realizar el seguimiento a los objetivos del milenio. La proporción de desnutrición en la localidad de Puente Aranda como se puede observar en el gráfico 23 se ha mantenido relativamente estable en los últimos 5 años.

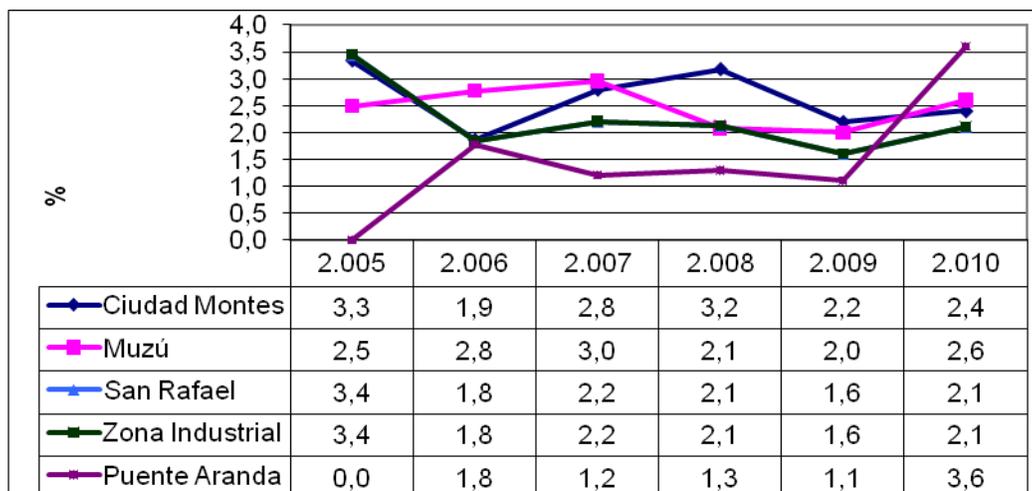
Gráfico 25. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 10 años. Localidad Puente Aranda. Años 2005-2010



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

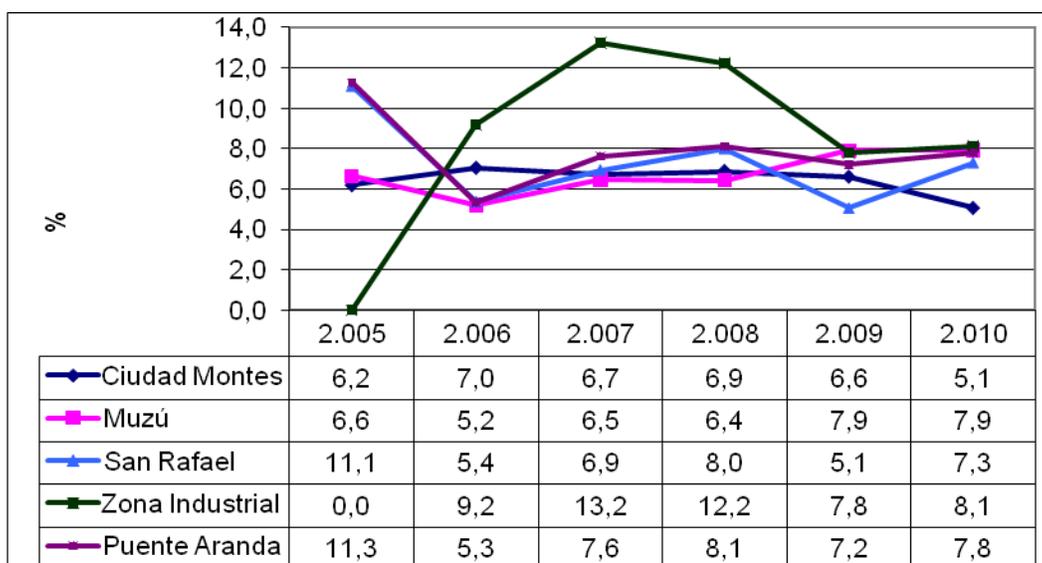
Al analizar el porcentaje de desnutrición crónica, se puede observar que en todas las UPZ el sobrepeso muestra valores superiores en el 2010 con respecto a este indicador durante el 2009.

Gráfico 26. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 10 años. Sobrepeso por UPZ. Localidad Puente Aranda. Años 2005-2010



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

Gráfico 27. Estado nutricional de los menores de 10 años notificados al SISVAN según indicador Peso/Edad "Desnutrición Global". Bajo peso según UPZ. Localidad de Puente Aranda. Años 2005-2010



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

La prevalencia de la desnutrición global para bajo peso por UPZ se encuentra entre 5.1 para Ciudad Montes y 8.1 en la Zona Industrial con un comportamiento muy variado en cada una de las UPZ de la Localidad de Puente Aranda, siendo esta última la UPZ que históricamente ha presentado los valores más altos para este indicador. Si comparamos estas prevalencias con la meta de ciudad en el plan de desarrollo (7,5%), 4 de 5 UPZ alcanzan a cumplir con lo estipulado.

La disminución en las minutas y porciones de comida por los bajos ingresos de las familias pueden ser factores adicionales que conlleven a desencadenar algún grado de desnutrición.

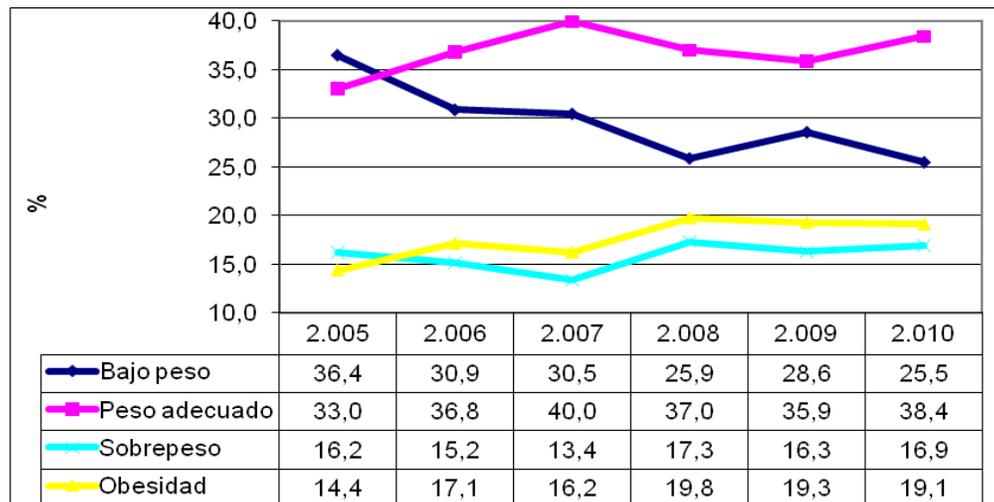
El acceso a la alimentación saludable de calidad es un derecho fundamental del ser humano. A partir de este enfoque la desnutrición es un problema de salud pública que afectan los grupos más vulnerables de la sociedad (niños y niñas, las gestantes y madres lactantes), una preocupación constante debe ser la protección de la gestante porque la malnutrición durante este periodo así como durante la lactancia, puede transformarse en un problema de desnutrición en el niño lactante siendo un obstáculo para su desarrollo psicomotor. Las gestantes en su gran mayoría desconocen los cambios morfológicos y fisiológicos que enfrentan sus cuerpos y lo que requieren para lograr mantener el crecimiento y desarrollo del feto en una forma adecuada; por tanto, la deficiencia de hierro producto de la carencia nutricionales que se observa durante la gestación es identificada como la primer causa de anemia en países en desarrollo.

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2005, incluyó la toma de medidas antropométricas a las embarazadas entre 13 y 49 años de edad presentes en los hogares de la muestra general de la encuesta, en total correspondió a 1621 mujeres.

Según el IMC (índice de masa corporal) gestacional, el bajo peso se encuentra en una quinta parte de las mujeres en embarazo (20.7%). En las gestantes de 13 a 18 años el bajo peso se halló en 33.2%. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se presenta en 30% de las embarazadas: 23% corresponde a sobrepeso y 7% a obesidad. El exceso es mayor a medida que aumenta la edad de la mujer (18.6% en las de 13 a 18 años frente a 53.5% en las de 37 a 49 años) y a medida que aumenta el trimestre de embarazo: 25% en el primero y 39.1% en el tercero¹⁹.

19 Tomado de: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005. Bogotá, Capítulo 2 Valoración del estado nutricional por indicadores antropométricos.

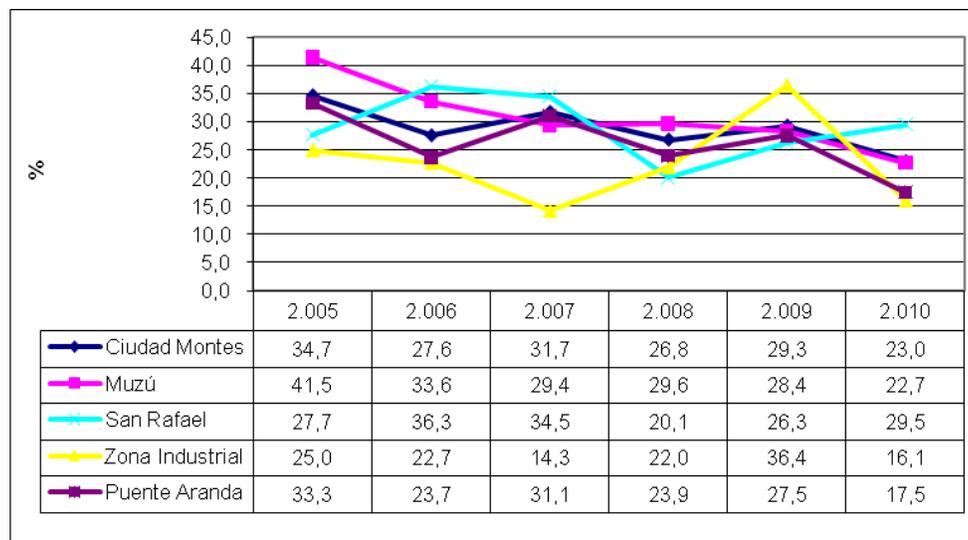
Gráfico 28. Comportamiento del estado nutricional de gestantes Localidad Puente Aranda Año 2009-2010



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

Respecto al comportamiento del estado nutricional de las gestantes notificadas en la localidad de Puente Aranda, se pudo observar que en el 2010 el mayor porcentaje de las gestantes tuvieron un peso adecuado y hubo una tendencia a disminuir el bajo peso durante la gestación, lo que genera riesgos que pueden desencadenar no solo recién nacidos con bajo peso, sino complicaciones durante la gestación, parto y puerperio que inclusive pueden llevar a la muerte del binomio.

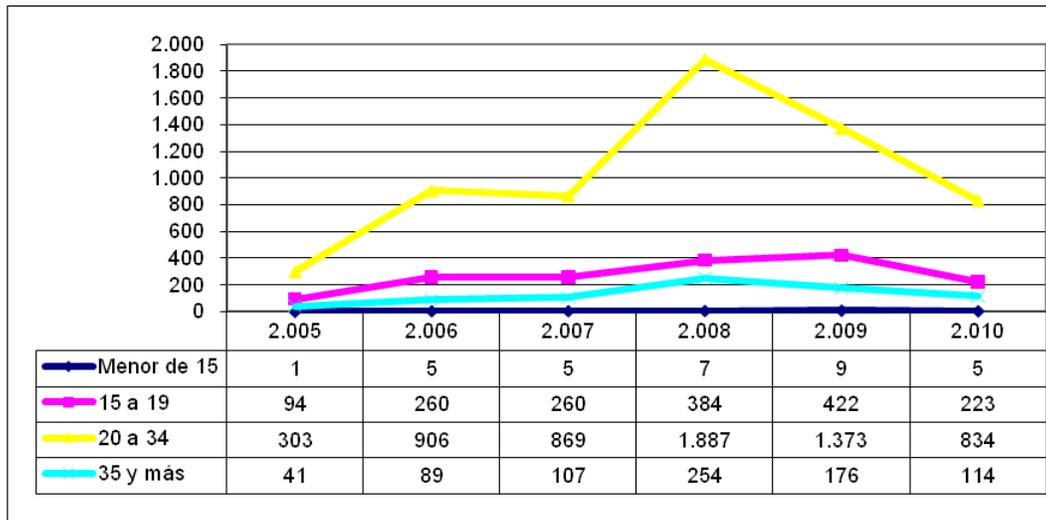
Gráfico 29. Comportamiento del bajo peso de gestantes por UPZ. Localidad Puente Aranda Año 2005-2010



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

En las UPZ Muzú, Ciudad Montes y Puente Aranda el bajo peso en las gestantes ha tenido un comportamiento con tendencia a disminuir en los últimos 5 años. Mientras que en las UPZ San Rafael e Industrial el comportamiento ha sido fluctuante, con tendencia a disminuir en el año 2010 con respecto al año 2009.

Gráfico 30. Comportamiento de la notificación de gestantes por grupo de edad. Localidad Puente Aranda Año 2005- 2009 y I semestre 2010



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

En cuanto al comportamiento de la notificación por grupo de edad se observa que el grupo de edad de menos de 19 años muestra tendencia al aumento, más aún si se tiene en cuenta que se está presentando la notificación del I semestre del año 2010, con datos que superan el 50% de la notificación del año 2009. Mientras que para los grupos de edad superiores a los 20 años, la notificación ha disminuido, especialmente a partir del año 2008.

En cuanto al comportamiento del bajo peso durante la gestación se ha mantenido el comportamiento para todos los grupos etáreos en los últimos 5 años.

1.3.3.2 Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

El programa ampliado de inmunizaciones PAI, está encaminado a la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia en población menor de 6 años.

Esta inmunización implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso siendo la mejor estrategia y el más costo efectivo, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.

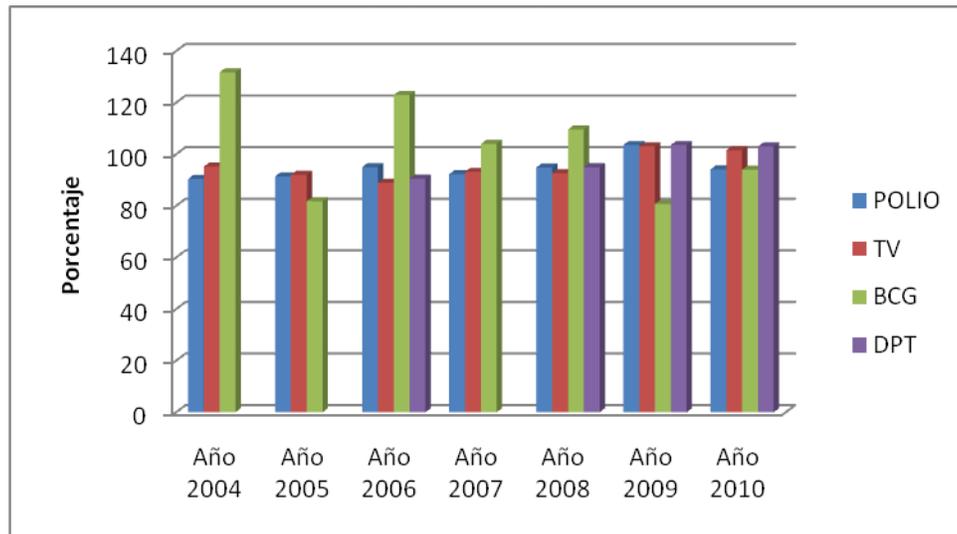
En Colombia para el año 2008 se alcanzaron coberturas de vacunación superiores al 90%, y es así como para VOP (vacuna antipolio) se obtuvo una cobertura de 96,8%, para BCG 92,64%, DPT 92,2 y Triple viral 92,36% (4).

En el distrito capital durante los cuatro últimos años se ha presentado un aumento en las coberturas de vacunación para los niños menores de un año y de un año de edad, debiéndose en gran parte a la voluntad política y a la combinación de estrategias, al sostenimiento financiero del programa en el tiempo y a la dedicación del equipo de vacunación en el nivel local.

Para el 2010 se alcanzaron coberturas de vacunación superiores al 95% y es así como para VOP se obtuvo una cobertura de 96,8%, DPT 103% y Triple viral 101.6% (4). Estas coberturas se han logrado mantener gracias a la capacidad de resolución que tienen los equipos de vacunación en la localidad.

En la localidad de Puente Aranda para el año 2010 se observan coberturas superiores al 90%; en Polio (94,1%) y BCG 94%, esto probablemente se deba a un subregistro. En cuanto a fiebre amarilla se logró una cobertura del 48.9%. Se sugiere que para mejorar el indicador se reemplace la cobertura medida en dosis suministradas por esquemas completos para medir la efectividad del programa.

Gráfico 31. Porcentaje de Cumplimiento. Programa Ampliado de Inmunizaciones - Localidad Puente Aranda 2004-2010



Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación y Hospital del Sur. Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI. Proyección de población DANE 2005, distribución localidades DAPD. Año 2010

1.3.4 Expresiones de la violencia

1.3.4.1 Violencia intrafamiliar y delitos sexuales – SIVIM

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

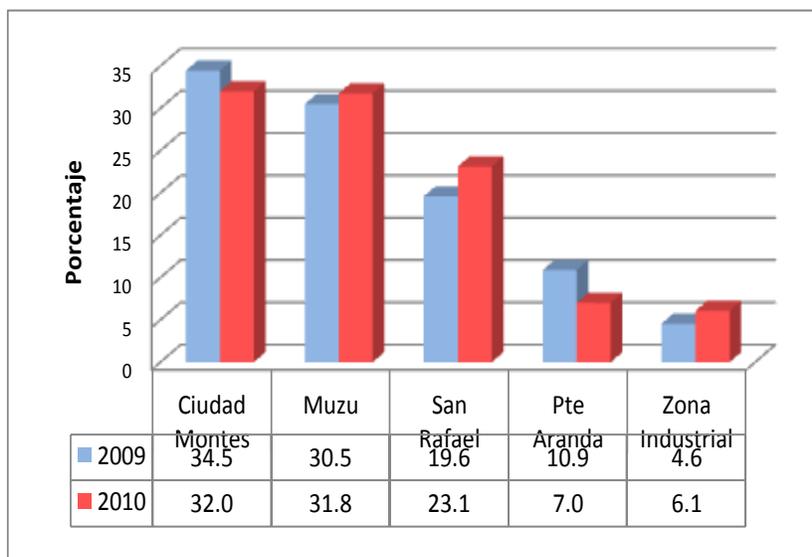
La violencia intrafamiliar se refiere a toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, que afecte el bienestar y la integridad física, psicológica o la libertad y derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia, sin importar el espacio físico en donde ocurra. Por tanto, la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

Los casos de violencia intrafamiliar conocidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia pasaron 89.803 en 2008 a 93.859, para un incremento de 4.056 casos. La mayoría de los hechos se registraron en la vivienda con un total de 55.677 casos. Los años de vida saludable perdidos AVISA en 2008 fueron 105.069. La violencia de pareja en 2009 contó con una representación porcentual del 65%, seguido de la violencia entre otros familiares (18%), violencia infantil (15%) y, por último, violencia contra el adulto mayor (2%).

En Bogotá para el año 2009 se notificaron 25.226 casos de violencia intrafamiliar, siendo la violencia de pareja la más alta (17.368 casos). En Puente Aranda en el mismo año se notificaron 1274 casos de violencia intrafamiliar, siendo la violencia emocional la de mayor frecuencia (50,1%).

En cuanto al comportamiento de la notificación en la localidad de Puente Aranda, se evidencia para el año 2010 (n=428) una leve disminución con respecto al año anterior (n=505) y las UPZ con mayor porcentaje de casos en la localidad son Ciudad Montes, Muzú y San Rafael, para los dos años analizados.

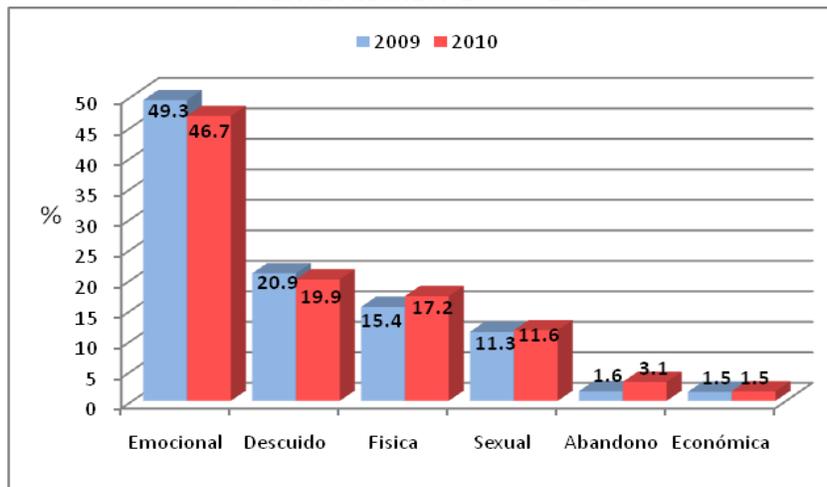
Gráfico 32. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS POR UPZ. PUENTE ARANDA 2009 - 2010



Fuente: SIVIM-SDS-Hospital del Sur. 2009-2010

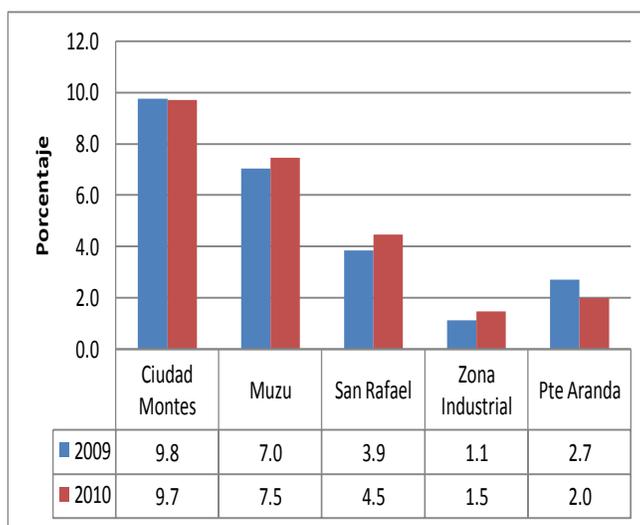
En cuanto a los tipos de violencia, la emocional fue la de mayor notificación seguida de descuido con una leve disminución en la notificación durante el año 2010 con respecto al año 2009, en la violencia física, sexual y abandono hubo mayor notificación durante el año 2010 con respecto al año anterior.

Gráfico 33. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA 2009 – 2010



Fuente: SIVIM-SDS-Hospital del Sur. 2009-2010

Gráfico 34. Proporción de la notificación de abuso sexual por UPZ. Localidad Puente Aranda. Años 2009-2010

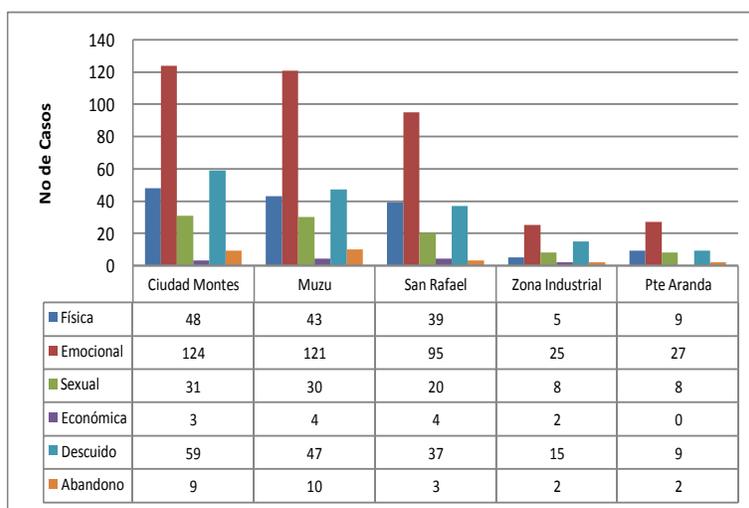


Fuente: SIVIM-SDS-Hospital del Sur. 2009-2010

En cuanto a la notificación de casos de abuso sexual las UPZ que presentaron la mayor proporción de casos fueron las UPZ 40-Ciudad Montes, seguido de la UPZ 42-Muzú y la UPZ 43-San Rafael y presentaron una mayor notificación durante el año 2010 con respecto al año 2009.

Las etapas de ciclo vital donde se presenta el mayor número de casos de violencia intrafamiliar son la infancia (41,9%), y juventud (40,3%).

Gráfico 35. Tipos de violencia por UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2010



Fuente: SIVIM-SDS-Hospital del Sur. 2009-2010

Analizando los tipos de violencia el primer lugar lo ocupan la violencia emocional seguida de la descuido y física, presentando el mayor número de casos en las UPZ de Ciudad Montes, Muzú y San Rafael.

1.3.5 EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

En el año 2010 fueron notificados 1929 casos al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, siendo la varicela individual la que aporta el mayor número de casos (42.5%), seguido de parotiditis (12.5%) y exposición rábica 7,7%.

Tabla 12. Casos notificados al SIVIGILA. Localidad de Puente Aranda. Año 2010

Evento	Ciudad Montes	Muzú	Puente Aranda	San Rafael	Zona Industrial	Total local
Anomalías congénitas	2			2		4
Chagas	1		1			2
Dengue	47	25	15	27	9	123
Dengue grave	7	1	1	2		11
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	1	1		1		3
Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela)	27	23	10	16	5	81
Enfermedad transmitida por alimentos o agua	37	9	5	9	4	64
Evento adverso seguido a la vacunación.	2	2		1		5
Exposición rábica	57	44	15	26	7	149
Hepatitis a	5	2	4	2		13
Hepatitis b	4	2	2		2	10
Hipotiroidismo congénito				1		1
Influenza humana por virus nuevo	1					1
Intoxicación por fármacos	35	21	8	12	5	81

Intoxicación por metales pesados				1		1
Intoxicación por monóxido de carbono y otros gases	1	1	1	1	1	5
Intoxicación por plaguicidas	3	4	2	2	5	16
Intoxicación por solventes	2	2		1		5
Intoxicación por sustancias otras químicas	18	10	7	6	7	48
Intoxicación por sustancias psicoactivas	5			2	1	8
Leishmaniasis cutánea			2			2
Leptospirosis		1	1			2
Lesiones por pólvora	1					1
Leucemia aguda pediátrica linfoide	1	1				2
Malaria asociada (formas mixtas)			1			1
Malaria falciparum				2		2
Malaria vivax	2		9	2	1	14
Meningitis meningocócica	4					4
Meningitis por haemophilus influenzae				1		1
Meningitis tuberculosa	1					1
Mortalidad materna		1				1
Mortalidad perinatal	11	7	5	8	1	32
Mortalidad por ira	1	2				3
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años) (casos probables)	1					1
Parotiditis	67	46	60	56	12	241
Rubéola (casos sospechosos)	26	4	1	9	2	42
Sarampión (casos sospechosos)	11	8	6	4	1	30
Sífilis congénita	3	1		2	4	10
Sífilis gestacional	5	5	2	4	2	18
Síndrome de rubéola congénita				1		1
Tos ferina (casos probables)	9	2	1	4	2	18
Tuberculosis extra pulmonar	6	2		3	1	12
Tuberculosis pulmonar	15	4	8	6	5	38
Varicela individual	330	135	78	226	52	821
Total eventos	749	366	245	440	129	1929

Casos notificados al SIVIGILA. Localidad de Puente Aranda. Año 2010

En el año 2010 se notificaron 10 caso sífilis congénita y 18 de sífilis gestacional, a pesar que el número de casos de sífilis congénita es bajo, no se puede bajar la alerta frente al seguimiento de la gestante y garantizar el diagnostico precoz y tratamiento oportuno ya que dentro del plan de eliminación de la sífilis congénita debe haber cero tolerancia a la presencia de estos casos, puesto que el país tiene dadas todas las herramientas referentes a la atención integral de la gestante.

1.3.5.1 Enfermedades inmunoprevenibles

1.3.5.1.1 Hepatitis A

Uno de los eventos a notificar es la Hepatitis A, es considerada como una infección frecuentemente subclínica en población infantil y sólo puede reconocerse mediante pruebas de laboratorio, causa una elevada morbilidad en la población adulta, y en algún caso puede llegar a tener consecuencias graves como la insuficiencia hepática aguda de evolución fatal. En la localidad de Puente Aranda en el año 2010 se notificaron 13 casos de hepatitis A, los cuales fueron intervenidos de manera oportuna y el resultado es como se observa en la gráfica una disminución de casos en los último períodos epidemiológicos logrando mantenerla en la línea de seguridad.

1.3.5.1.2 Tuberculosis

Dentro de los objetivos de la vigilancia en salud pública es realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de tuberculosis de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

Es así como en la localidad de Puente Aranda se hace un seguimiento estricto a la vigilancia de la tuberculosis teniendo en cuenta que es una enfermedad reemergente y que se debe actuar de manera oportuna tanto en la captación, diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el año 2010 se notificaron 38 casos de tuberculosis pulmonares y 12 extra pulmonares. Todos los casos se intervinieron y se realizaron las respectivas investigaciones de campo.

2 ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN – CONSUMO

2.1 ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO EN EL TERRITORIO

Puente Aranda es considerada como la localidad industrial del distrito capital, condición que podría ser una oportunidad para su población, cuenta con todos los servicios básicos, no obstante, presenta una dualidad frente al acceso a los mismos pues no precisamente quienes la habitan son quienes acceden a la oferta de empleo local y su limitación al pretender acceder a servicios sociales se ve mediada por políticas distritales que agudizan esta situación. A continuación se hace una presentación gráfica de esta dinámica y un análisis narrativo de su impacto en el territorio.

Las centralidades son clasificadas de acuerdo a su función en la estrategia de ordenamiento: de integración internacional, nacional, regional y urbana. En una edad temprana de las ciudades la configuración urbana se establece a partir de los espacios de atracción de población ya sea esta la organización administrativa, el mercado local, la iglesia entre otros.

Desde la perspectiva económica un lugar central establece un ordenamiento de usos y rentas del suelo, en tal sentido el lugar central ofrecerá bienes y servicios de mayor jerarquía que el resto del territorio. Para la definición de las centralidades se tiene en cuenta la información como la población, movilidad, polos recientes o históricos sobre ejes radiales de transporte, intensidad de uso del suelo, especialización sectorial y relación con otros sectores estratégicos de la ciudad. Bogotá tiene una estructura monocéntrica. En efecto, en el denominado “centro expandido” correspondiente al área comprendida entre las calles 1ª y 100 al oriente de la avenida Ciudad de Quito, se localizan la mayoría de zonas de trabajo, estudio y administración pública, y el resto del área urbana está dedicada a la actividad residencial, siendo las excepciones las áreas Industriales de Puente Aranda y Bosa. Bogotá está compuesta por tres ejes:

- La Ciudad Central, comprendida entre las calles 1ª y 100 al oriente de la avenida Ciudad de Quito.
- El Eje Occidente o Anillo de Innovación, correspondiente a la extensión de la Ciudad Central al occidente desde Ciudad Salitre hasta el Aeropuerto Eldorado.
- El Núcleo de Equipamientos Metropolitanos, correspondiente a las zonas del CAN y parque Simón Bolívar.

Puente Aranda está relacionada directamente con el Eje de Occidente, y además concentra una centralidad de integración nacional e internacional “Salitre Zona Industrial” y una de las

operaciones estratégicas priorizadas por el plan de ordenamiento territorial, el Anillo de innovación, todas estas destinadas a lograr la integración de la localidad con la región y además fortalecer las condiciones de movilidad y eficiencia del sector con corredores viales importantes y conexiones a con las diferente vías principales para facilitar el tránsito de productos y materiales propios de la actividad económica y empresarial que registra la localidad. Ejemplo de esto es que Puente Aranda es una de las localidades que tiene el mayor movimiento de cargas, incluidas las cargas peligrosas pues allí funciona el complejo petroquímico manejado por ECOPETROL.

La localidad concentra una considerable cantidad de empresas que aporta buena cantidad de los empleos de la ciudad. Sin embargo, llama poderosamente la atención que a pesar de esto y la afectación de varias centralidades, la localidad de Puente Aranda cuenta con una tasa de desempleo del 7,54%, y es la décima localidad con el mayor número de desocupados de la ciudad (8.368), la localidad número catorce (14) en el ranking de hogares con necesidades básicas insatisfechas, 1.535 hogares que corresponde al 1,6% de los hogares. Puente Aranda registra solamente 151 hogares en miseria, es decir el 1,4% del total de hogares. Sin embargo, presenta el índice de personas por hogar (3,6) más alto de Bogotá y superior al promedio de la ciudad (3,5).

Puente Aranda cuenta con un mercado laboral importante, el 84,4% de las personas de la localidad, equivalente al 3,6% del total de la ciudad, se encuentra en edad de trabajar²⁰, la población económicamente activa²¹ representa el 43,74% y la localidad aporta 102.592 de los empleos del Distrito, lo cual ocasiona que se registre una tasa de ocupación de 47,87%, siendo superior a la registrada para la ciudad.

Como se muestra en el Mapa 5. *Relación Producción Consumo*, las actividades que generan mayor ocupación son: comercio, hoteles y restaurantes (28.6%), servicios sociales, Comunes y personales (22.2%) y transporte, almacenamiento y comunicaciones (9,1%)²². Además dentro de la localidad se encuentran 14.434 empresas que representan el 5,9% de las registradas en Bogotá, según el registro mercantil de 2008 de la cámara de comercio, de las cuales 123 de las 1535 grandes empresas de la ciudad se encuentran ubicadas en esta localidad y el 11,7% del total de las empresas realizan operaciones de comercio exterior.

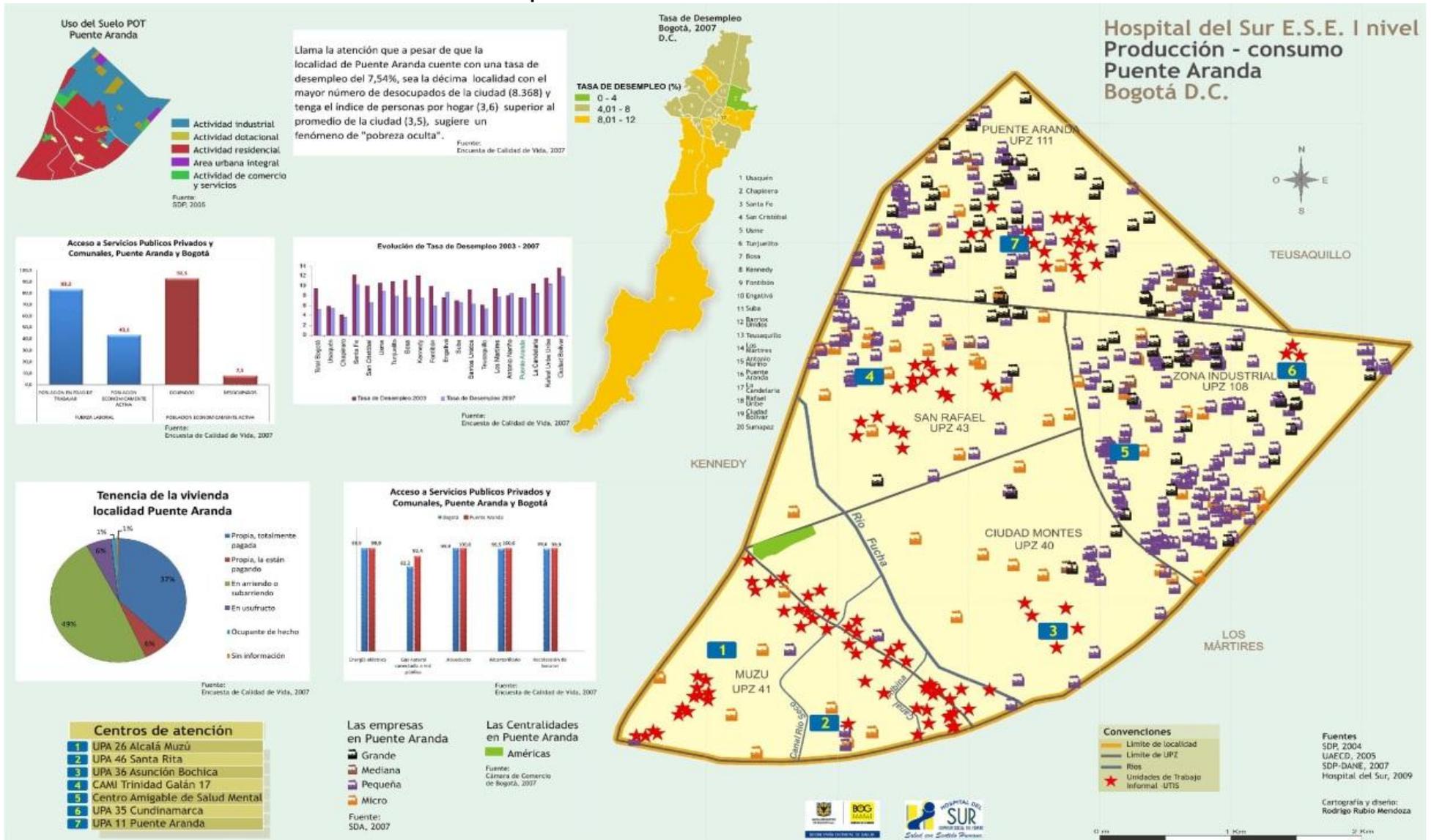
El uso del suelo es predominantemente industrial, setecientas hectáreas están ocupadas aproximadamente por tres mil instalaciones industriales. Además, ejerce importancia sobre el uso del suelo la proximidad de la vía férrea y la magnitud de las vías de acceso a la localidad.

²⁰ Población en edad de trabajar es la población mayor de diez años ocupada, desocupada y población inactiva.

²¹ Población económicamente activa son las personas en edad de trabajar que trabaja “ocupados” o desean trabajar “desocupados”.

²² Fuente de Encuesta de calidad de vida, 2007 - Perfil económico y empresarial de Puente Aranda 2007.

Mapa 5. Relación Producción Consumo



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

La localidad cuenta con importantes procesos productivos y comerciales que históricamente han contribuido al desarrollo económico y social de su población y la del Distrito. Grandes empresas y zonas comerciales reconocidas que se posicionan como escenarios de creación de empleo y consumo lo cual constituye una potencialidad para el territorio. La vida de miles de personas en del sector está relacionada con sus dinámicas productivas y comerciales, en barrios como el Galán y Nueva Primavera han residido trabajadores, obreros, vendedores ambulantes y propietarios de negocios independientes que desarrollan su actividad en la localidad.

Las actividades de servicio automotor ocupan una cantidad apreciable del suelo urbano; la distribución de estas actividades corresponde a estaciones de servicio, talleres, servitecas y almacenes de repuestos ubicados en toda la localidad. La zona petroquímica ubicada en el sector de Puente Aranda que ocupa espacio considerable, es un gran factor de riesgo no sólo para la localidad sino para toda la ciudad.

El área industrial, se encuentra en el sector comprendido entre la Calle 13 y la calle 22, desde la Avenida 68 hasta la carrera 30, las industrias en su gran mayoría son formales, legalmente establecidas y cumplen con la afiliación de sus trabajadores al sistema de seguridad social y riesgos profesionales, no obstante pululan unidades productivas informales que precarizan las condiciones laborales de los trabajadores y no cumplen con normas ambientales.

El área comercial, se encuentra establecida principalmente en el sector correspondiente a la calle 13 hasta la Avenida 6 y de la Avenida 68 a la carrera 30, conocido como el sector de “San Andresito”. Este sector ha sido punto de referencia comercial para la población capitalina, al existir oferta y demanda de productos importados y nacionales.

Este sector es de alta vulnerabilidad social por la inseguridad, manejada desde diferentes grupos de movilización social y atracción de economía informal, lo que lo ha convertido en blanco de atentados con artefactos explosivos.

Las siguientes Industrias se destacan dentro de la zona:

- Industria Petroquímica
- Industria Química
- Industria farmacéutica
- Industria de Papeles
- Industria textil
- Industria Alimentaria
- Industria automotriz
- Industria de calzado
- Industria de envasado de carne
- Industria de productos lácteos

2.2 UNA MIRADA DESDE EL ÁMBITO LABORAL

El ámbito laboral es el espacio territorial donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En él se expresan intercambios simbólicos y culturales, se dan prácticas de producción y de consumo que determinan la calidad de vida de los sujetos y sus familias.

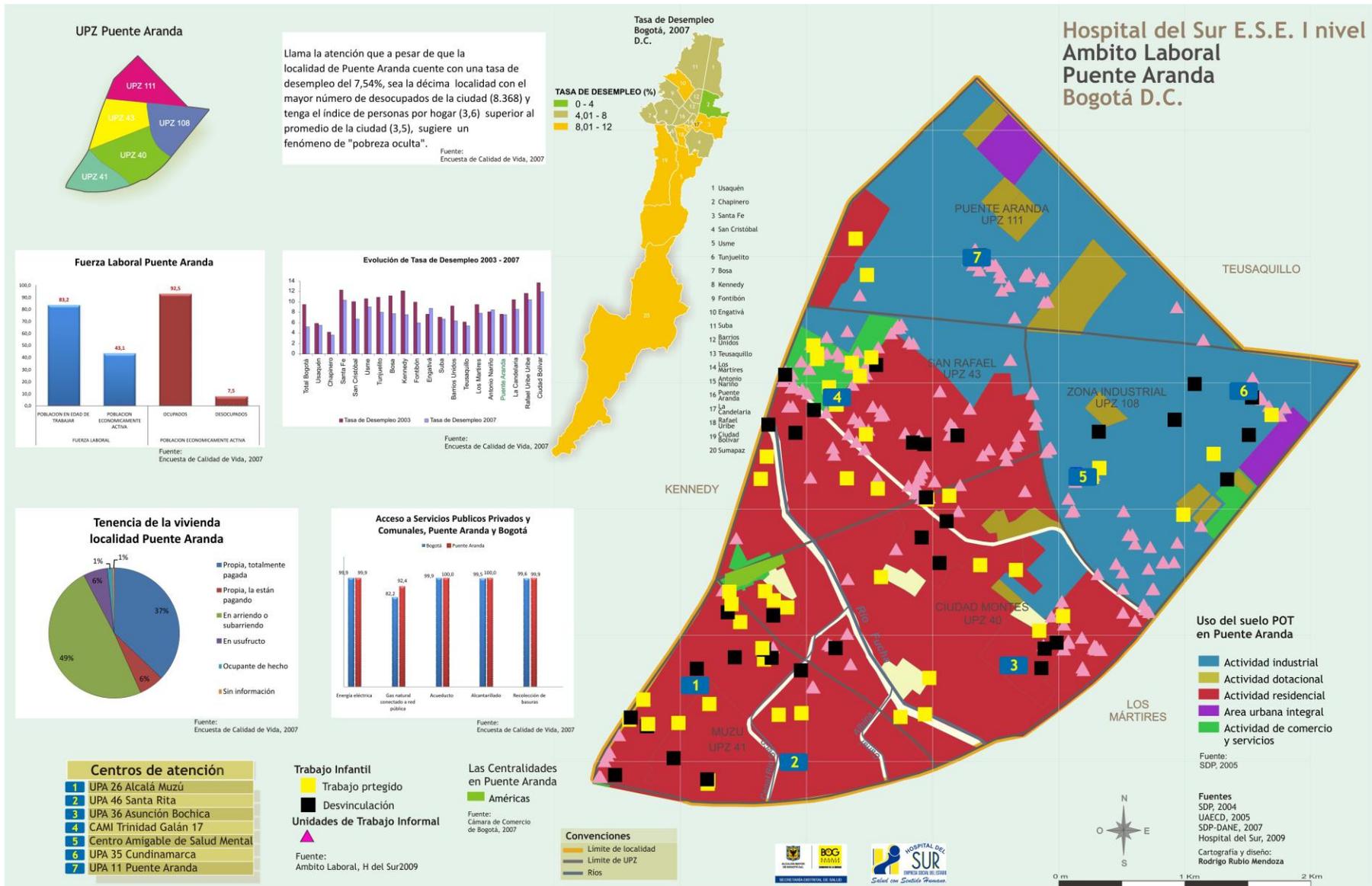
Desde el ámbito laboral del hospital del sur se planean y ejecutan acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población intervenida; de igual manera se busca dar respuesta efectiva a las necesidades de la comunidad a través de los procesos de articulación institucional e intersectorial, ejercicio que hace parte de la implementación del modelo de gestión territorial propuesto por la ESE, por tal razón se busca avanzar en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los trabajadores, sus familias y la comunidad aledaña, 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.

Durante las vigencias 2008, 2009 y 2010 han sido intervenidas unidades de trabajo informal en la localidad de Puente Aranda pertenecientes a diferentes actividades económicas; En el 2008 se intervinieron actividades económicas como maderas, salas de belleza, colchones, lavaderos de automóviles y metalmecánica; en 2009 se visitaron talleres de mecánica automotriz, metalmecánica, talleres de confección y el sector de las maderas. En cuanto a la información poblacional se puede afirmar que durante las vigencias 2008 y 2009 el porcentaje de trabajadores informales caracterizados en Puente Aranda fue menor (30 a 40 % de la población total caracterizada en ambas localidades). En el 2009 se intervinieron 174 unidades de trabajo informal (UTI) en Puente Aranda y en 2010 se realizaron acciones con 258 UTI.

Como se muestra en Mapa 6. *Ámbito laboral Puente Aranda*, en 2008 se ejecutaron acciones dirigidas a prevenir y erradicar el trabajo infantil con 90 niñas, niños y adolescentes (NNA) trabajadores y sus familias, en 2009 209 NNA trabajadores y en el 2010 184 NNA trabajadores. En el 2008 se promovió la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad en aproximadamente 20 empresas del sector formal, en 2009 100 empresas del sector formal y en 2010 86 empresas del sector formal.

En Puente Aranda solo se han ejecutado acciones en la plaza de Trinidad Galán durante las vigencias 2008 y 2009. Además de las intervenciones mencionadas con anterioridad es importante aclarar que durante la vigencia 2009 y 2010 se ejecutaron acciones de salud mental y con los grupos de líderes.

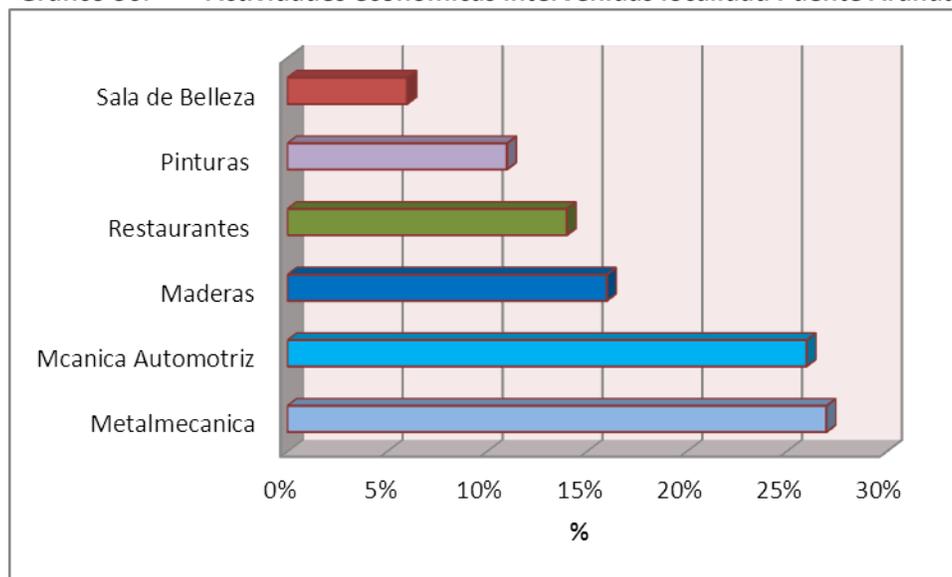
Mapa 6. Ámbito laboral Puente Aranda



Fuente: Hospital del Sur. 2010

Según datos parciales para el año 2010 del ámbito laboral del Hospital de Sur, en la localidad de Puente Aranda se intervinieron 258 Unidades de Trabajo Informal (UTI), de las cuales 21 forman parte del proyecto centro comercial de la 38 apoyado por el Instituto para la Economía Social (IPES). Como se muestra en el Gráfico 37. *Actividades económicas intervenidas localidad Puente Aranda*, se encuentra que el 27% de la UTI intervenidas corresponde a actividades de metalmecánica, seguidas por el 26% que corresponde a mecánica automotriz, el 16% se encuentra dedicado a transformación de maderas, el 14% a restaurantes y en menor proporción se desarrollan actividades de pinturas y sala de belleza, las cuales representan el 11% y 6% respectivamente.

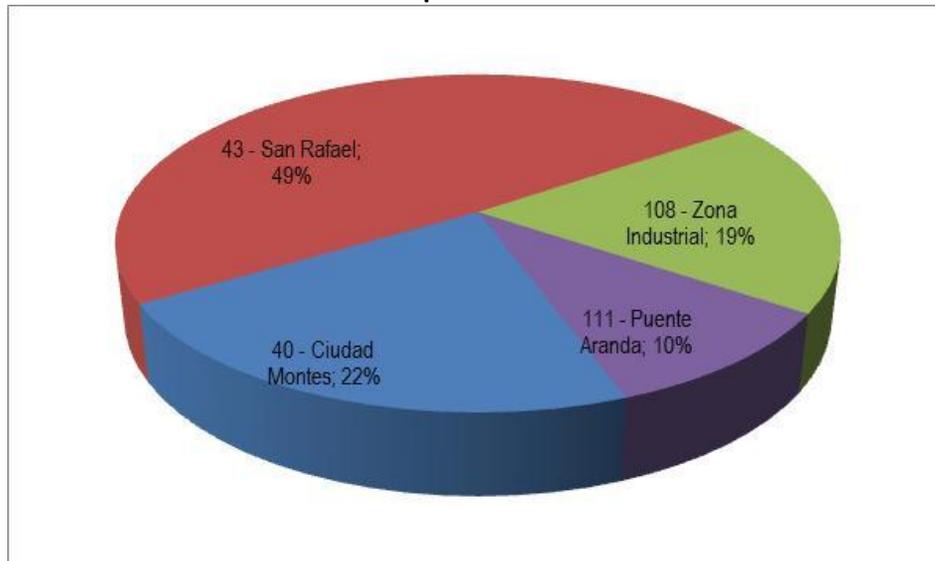
Gráfico 36. Actividades económicas intervenidas localidad Puente Aranda



Fuente: Hospital del Sur ESE. Datos parciales ámbito laboral. 2010

Como se muestra en el Gráfico 38. *UTI intervenidas por UPZ*, la UPZ de mayor concentración de UTI es San Rafael con un 49%, de las cuales, las principales actividades desarrolladas corresponden a metalmecánica, talleres de mecánica automotriz y maderas, le sigue la UPZ Ciudad Montes con un 22%, en donde las principales actividades económicas son la transformación de maderas y talleres de mecánica automotriz; la UPZ Zona Industrial, con un 19%, alberga principalmente talleres de mecánica automotriz, y restaurantes; finalmente la UPZ Puente Aranda con un 10%, dedicadas a actividades de metalmecánica y talleres de latonería y pintura, principalmente, para la UPZ Muzú no se reportaron datos de intervención desde este ámbito.

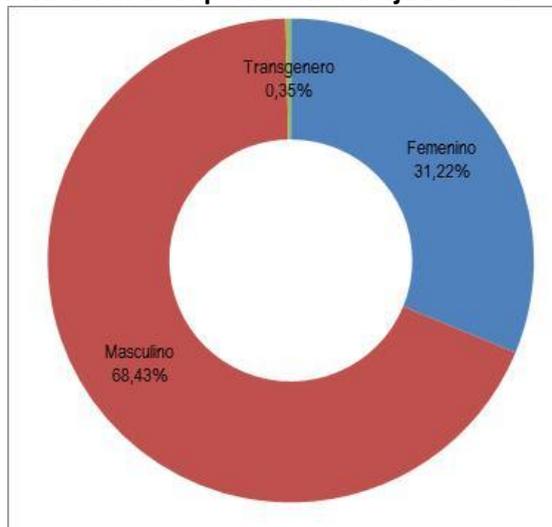
Gráfico 37. UTI intervenidas por UPZ localidad de Puente Aranda 2010



Fuente: Hospital del Sur ESE. Datos parciales ámbito laboral. 2010

Como se muestra en el Gráfico 39. *Distribución de la población trabajadores en UTI por género*, del total de 567 personas caracterizadas, se encontró que el 68,43% se ubican en el género masculino, los cuales se dedican a actividades de maderas, metalmecánica y talleres de mecánica automotriz, el 31,22% en el género femenino que se dedican a actividades como restaurantes y salas de belleza y el 0,35% corresponden a la categoría transgenerista, sin información sobre el tipo de actividad que desarrollan, tanto hombres como mujeres desarrollan múltiples roles en sus vidas cotidianas, no obstante, en la mayoría de las sociedades, los roles de los hombres en la esfera productiva son prominentes o están relacionados con actividades donde se requiere el uso de la fuerza, mientras que a las mujeres se relega la reproducción de labores domésticas como en el caso de los restaurantes, o actividades de belleza, como en el caso analizado.

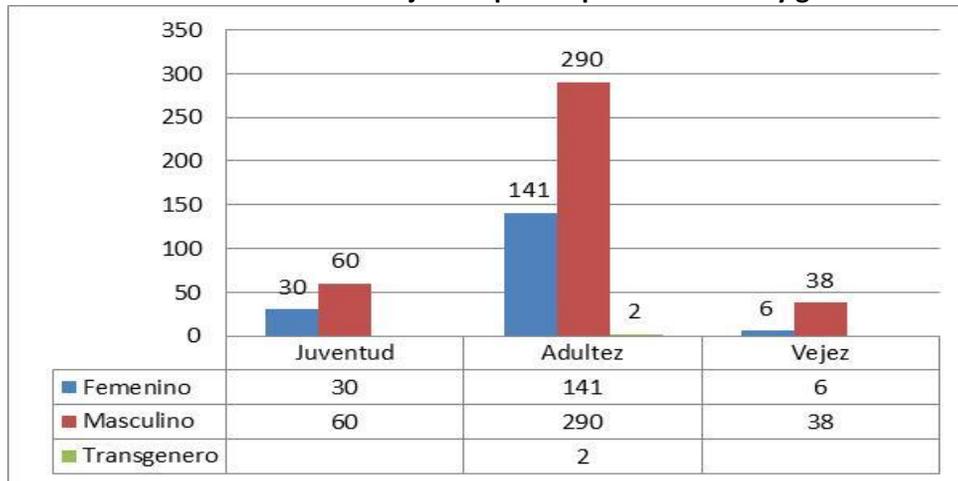
Gráfico 38. Distribución de la población trabajadores en UTI por género 2010



Fuente: Hospital del sur. Base de datos, Ámbito Laboral. 2010.

Como se muestra en el Gráfico 40. *Población trabajadora por etapa de ciclo vital y género 2010*, en concordancia con el rol proveedor asignado a la etapa de ciclo vital (ECV) adultez se encontró que el 76% de las personas caracterizadas en las UTI se encuentran ubicadas en esta ECV, seguidas por el 16% correspondiente a juventud y el 8% correspondiente a personas de la ECV vejez, estas últimas se dedican principalmente a actividades de mecánica automotriz y transformación de maderas, las cuales ejercen sin conocimiento técnico alguno o de manera empírica debido a su nivel de escolaridad primaria y/o bachiller incompleto.

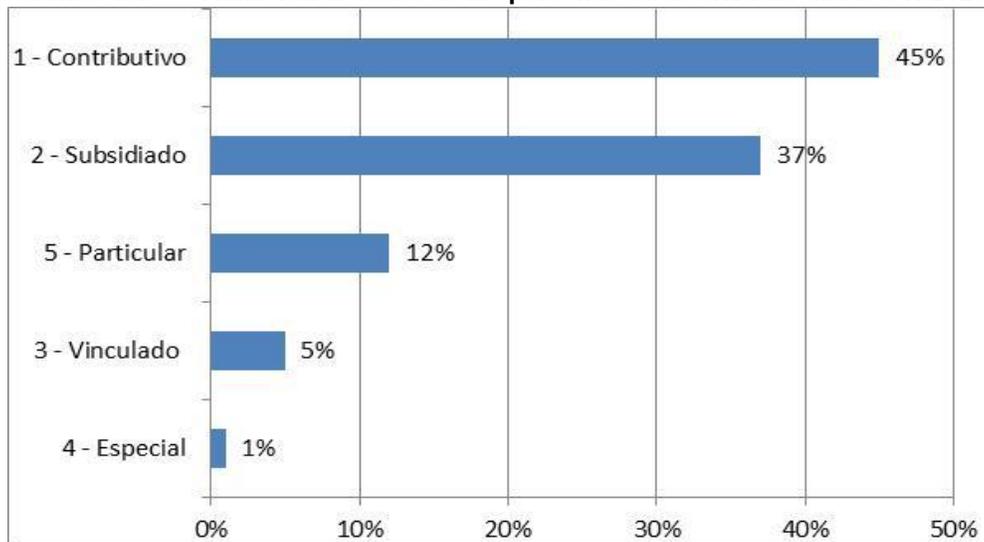
Gráfico 39. Población trabajadora por etapa de ciclo vital y género 2010



Fuente: Hospital del sur base de datos. Ámbito Laboral. 2010.

Como se observa en la Gráfico 41. *Afiliación al SGSSS de las personas caracterizadas en las UTI 2010*, el 88% de los trabajadores se encuentran afiliados al sistema de seguridad social en salud, el 45% se encuentran adscritos al régimen contributivo, de los cuales el 57% son cotizantes y el 43% son beneficiarios, en un segundo lugar se encuentran los trabajadores vinculados al SGSSS mediante afiliación al régimen subsidiado, los cuales representan el 37 % de los trabajadores caracterizados en las UTIS, en menor proporción se encuentran las personas vinculadas o en un régimen especial, las cuales corresponden al 5% y 1% respectivamente, el 12% no tienen ningún tipo de afiliación o acceden a servicios de salud de manera particular, los trabajadores informales manifiestan que no acceden a servicios de salud ya sea subsidiado o contributivo , porque el servicio no es oportuno y de calidad.

Gráfico 40. Afiliación al SGSSS de las personas caracterizadas en las UTI 2010

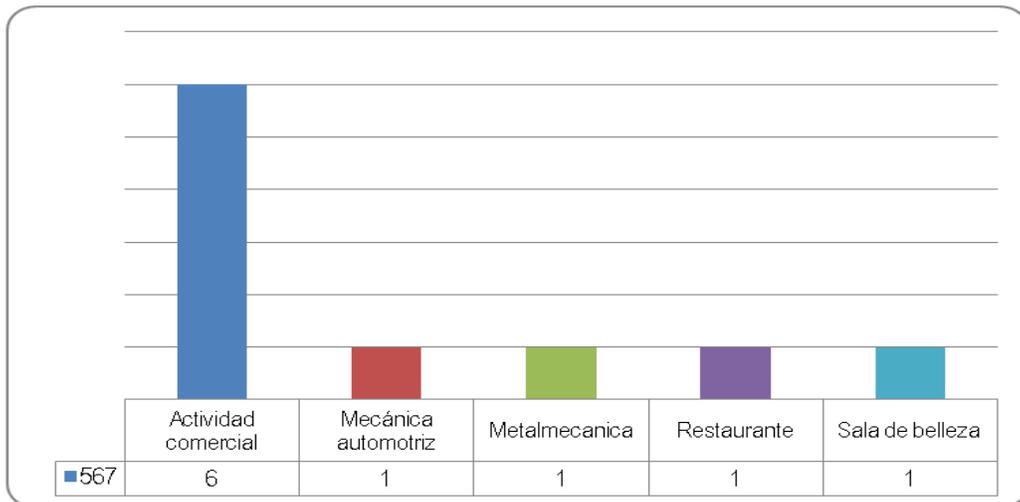


Fuente: Hospital del sur. Ámbito laboral. 2010.

Con respecto a la identificación de enfermedades asociadas al trabajo, el 1,76% de la población caracterizada reportó este tipo de situación, porcentaje relativamente bajo debido a que la mayoría de enfermedades son diagnosticadas y tratadas como enfermedades de tipo general o de origen común, acontecimientos que se presentan porque los trabajadores no las relacionan directamente con la actividad económica o el médico no ha referido que esté relacionada con la actividad que se desempeña, es importante anotar entonces que se presenta un subregistro debido a que no existe un sistema de información adecuado y pertinente que permita dar cuenta de las enfermedades asociadas a la actividad productiva.

Como se muestra en el Gráfico 42. *Enfermedades diagnosticadas que tienen relación con el trabajo localidad de Puente Aranda 2010*, se encuentra que del total de reportes (10), 6 se encuentran asociados a actividad comercial y los 4 restantes se distribuyen en actividades mecánica automotriz, metalmecánica, restaurante y sala de belleza, respectivamente.

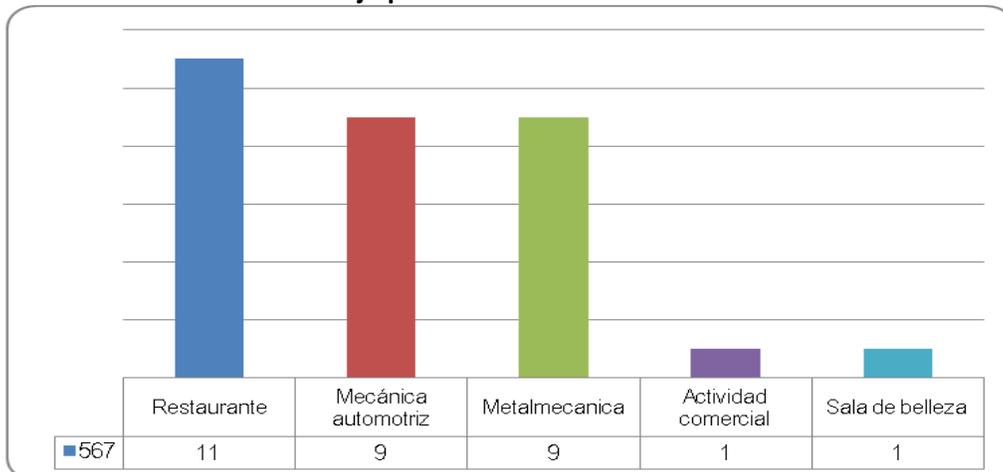
Gráfico 41. Enfermedades diagnosticadas que tienen relación con el trabajo localidad de Puente Aranda 2010



Fuente: Hospital del sur base de datos. Ámbito Laboral. 2010.

Como se muestra en el Gráfico 43. *Accidentes de trabajo por actividad económica localidad de Puente Aranda 2010*, el 5% de los trabajadores, que corresponde a 31, de un total de 567 caracterizados, manifiestan haber tenido accidentes relacionados con el trabajo, cifra que presenta subregistro dado que traumas por aplastamiento “machucón” u otro tipo de incidentes sean considerados como propios, asociados o naturales de la actividad y no se reporten como accidentes de trabajo, situación que se ve favorecida porque no se cuenta con un sistema de información para reportar o notificar estos casos. Los trabajadores que mas presentaron accidentes con relación al trabajo son los de restaurantes, metalmecánica y mecánica automotriz, con relación a otras actividades económicas como la comercial o sala de belleza.

Gráfico 42. Accidentes de trabajo por actividad económica localidad de Puente Aranda 2010



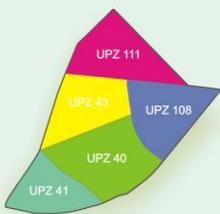
Fuente: Hospital del sur. Base de datos. Ámbito Laboral 2010

2.3 ESCOLARIZACIÓN Y DESESCOLARIZACIÓN

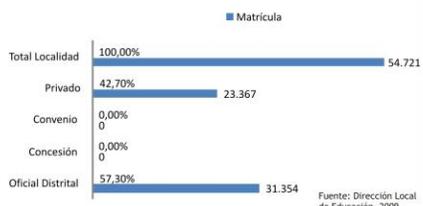
Como se muestra en el Mapa 7. *Escolarización y desescolarización localidad Puente Aranda 2009*, el acceso a la escolarización en Puente Aranda es suficiente, a tal punto que se permite albergar a estudiantes de otras localidades, sin embargo, son múltiples las dificultades que tiene la población para acceder a la educación, en especial a niveles superiores o universitarios, pues algunos de los jóvenes deben abandonar sus estudios, para dedicarse a actividades económicas que garanticen el sustento familiar.

Mapa 7. Escolarización y desescolarización localidad Puente Aranda

UPZ Puente Aranda

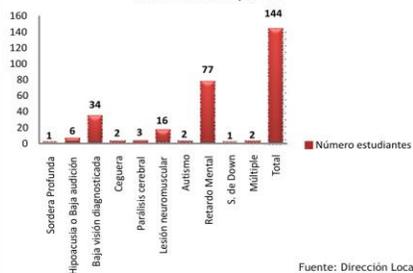


Matrícula por tipo de colegio Puente Aranda, 2009



Fuente: Dirección Local de Educación, 2009

Matrícula oficial por tipo de discapacidad Puente Aranda, 2009



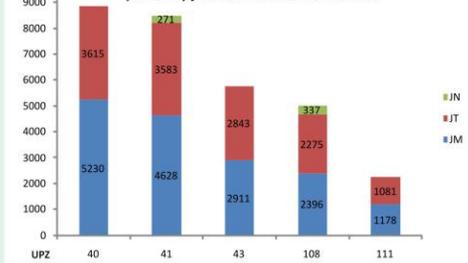
Fuente: Dirección Local de Educación, 2009

Indicadores de eficiencia interna por sector 2004 - 2008 Puente Aranda

Sector	Año	Tasa Deserción %	Tasa Reprobación %	Tasa Aprobación %
NO OFICIAL	2004	1,6	2,4	95,9
	2005	2,3	2,6	95,1
	2006	1,3	1,8	96,9
	2007	1,5	1,9	96,6
	2008	2,1	2,1	95,8
OFICIAL	2004	2,8	3,8	93,4
	2005	3,7	4,3	91,8
	2006	4,5	4,2	91,3
	2007	5,4	5	89,6
	2008	4,3	5,1	90,6

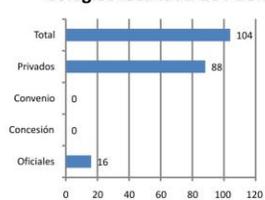
Fuente: Dirección Local de Educación, 2009

Cobertura Salud al Colegio por UPZ y jornada - Puente Aranda 2009



Fuente: Ambito Escolar Hospital del Sur, 2009

Colegios localidad de Puente Aranda



Fuente: Dirección Local de Educación, 2009

Centros de atención

- 1 UPA 26 Alcalá Muzú
- 2 UPA 46 Santa Rita
- 3 UPA 36 Asunción Bochica
- 4 CAMI Trinidad Galán 17
- 5 Centro Amigable de Salud Mental
- 6 UPA 35 Cundinamarca
- 7 UPA 11 Puente Aranda

Población en edad escolar - Puente Aranda, 2009

50.110 19,4% de la población total

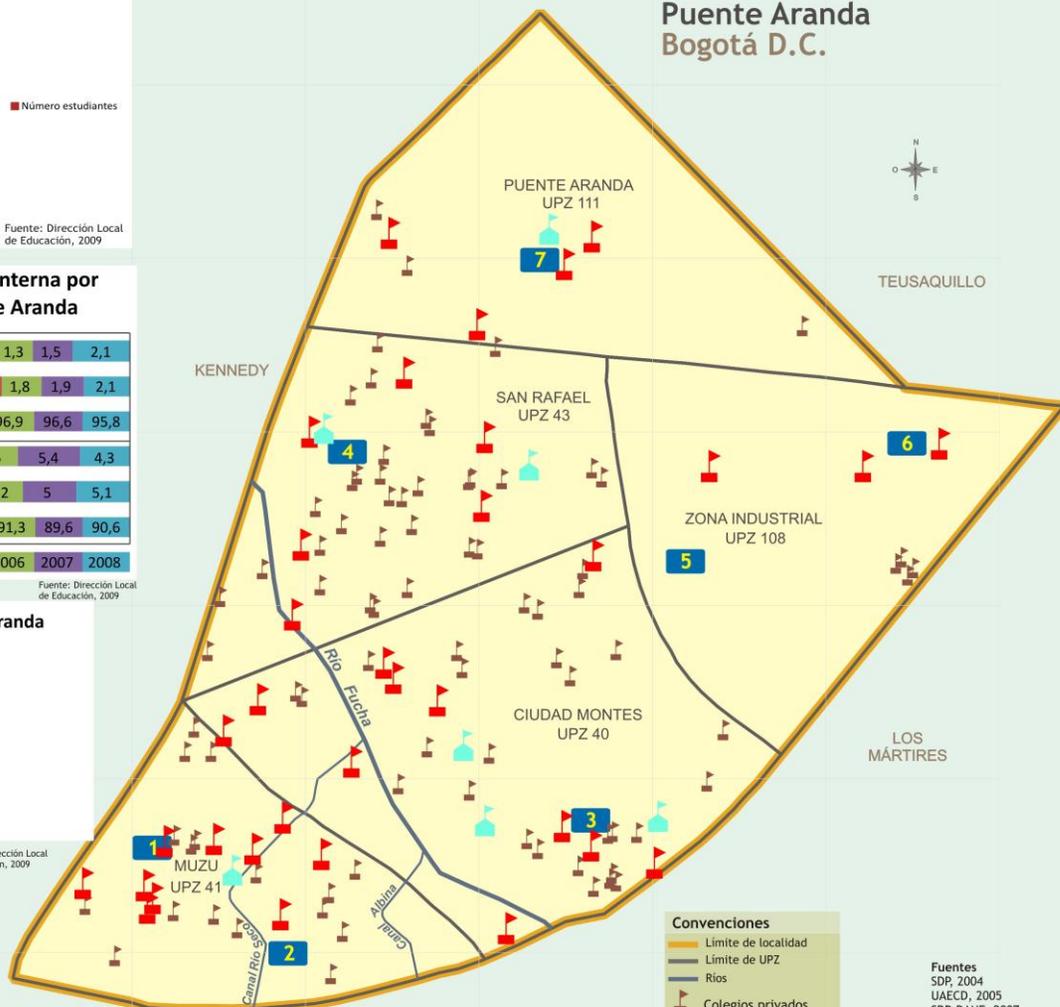
Fuente: SED, 2009

Tasa de analfabetismo

Hombres 2,5
Mujeres 2

Fuente: DANE, 2005

Hospital del Sur E.S.E. I nivel
Ámbito Escolar
Puente Aranda
Bogotá D.C.



- Convenciones**
- Límite de localidad
 - Límite de UPZ
 - Ríos
 - 🚩 Colegios privados
 - 🚩 Colegios públicos atendidos por el Ambito Escolar
 - 🏡 Jardines infantiles

Fuentes
SDP, 2004
UAECD, 2005
SDP-DANE, 2007
Ambito Escolar Hospital del Sur, 2009
Cartografía y diseño: Rodrigo Rubio Mendoza



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

El 19.39% de la población proyectada para el año 2009 para la localidad de Puente Aranda, está dentro del rango de 5 a 17 años que se clasifica como población escolar (50.110 habitantes). La población en edad escolar de la localidad cuenta con 15 Colegios Oficiales Distritales, que tienen una oferta de 35.027 cupos según el sistema de matrícula, de la Secretaría de Educación.

Sin embargo, pese a los esfuerzos de la administración Distrital en generar el crecimiento en la oferta de cupos a la población de la ciudad, esta tiende a ser insuficiente. Esto se evidencia en la localidad de Puente Aranda donde la oferta a pesar de ser considerable para la población es sobrepasada por la demanda que asciende a 35.526 cupos (La demanda está compuesta por los promocionados, más los inscritos que solicitaron en ese colegio como primera opción, más los no inscritos que fueron asignados a ese colegio) dejando un déficit de 499 cupos que no se satisfacen.

No todos los que solicitan cupo se matriculan, y no todos los cupos de los colegios se copan y así lo demuestran las cifras de la matrícula oficial en la que para el año 2009 se consolidó en 31.354 matriculados en los colegios distritales, (teniendo en cuenta que la oferta de cupos en el 2009 fue de 35.027). De estos niños y jóvenes matriculados 17.748 no están clasificados dentro de la encuesta del SISBEN, mientras que 8.398 la mayoría están clasificados como nivel 3, lo que es coherente con la estratificación que prima en la localidad. Aunque la demanda de cupos en la localidad 16 es mayor a la oferta oficial, se observa una dinámica particular, pues un gran porcentaje de los estudiantes de los colegios de la localidad no tienen su lugar de residencia en ella. Es decir, la capacidad de oferta de los colegios de Puente Aranda es aprovechada por otras localidades como Kennedy y Bosa, sin embargo no está muy claro la razón de la distribución de estos cupos en habitantes de otros sectores de la ciudad, generando una problemática adicional que es el desplazamiento que deben realizar los estudiantes para llegar a su colegio.

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

En la localidad de Puente Aranda la mayoría de los colegios oficiales están concentrados, especialmente en la UPZ 43 San Rafael, seguido por la UPZ 41 Muzú y UPZ 40 Ciudad Montes. El sector educativo en la localidad presenta una tasa de deserción en promedio de 5,36 para los colegios oficiales distritales durante el año 2008²³. Lo que podría deberse a la distancia que tiene que recorrer alguno de los niños y jóvenes para llegar a la institución educativa, la falta de recursos y la necesidad de los jóvenes de aportar económicamente para el sustento familiar.

Uno de los programas bandera de la administración que acompaña a los escolares es “Salud al colegio”, que durante el año 2009 intervino cerca de 30.348 jóvenes y niños de los diferentes colegios en sus dos jornadas²⁴, porque aunque se registra la jornada nocturna ésta no ha sido

23 Fuente: SED, Censo C-600 año 2009. Cálculos Oficina Asesora de Planeación.

24 Hospital del Sur E.S.E., Ámbito Escolar, informe de gestión 2009.

intervenida desde el programa. Sin embargo esta cobertura es limitada y no llega al 100% de los colegios distritales de la localidad restringiendo sus posibilidades de impacto.

2.4 EQUIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

El análisis de las inequidades y las barreras de acceso en la prestación de servicios de salud, motiva la estandarización de procesos claves como el número de puntos de atención y su capacidad instalada, que comparada con la necesidades y desafíos de la atención plena permite ver las condiciones actuales y potenciales del Hospital.

Con el fin de abordar la salud más allá de la relación salud-enfermedad y poder realizar un proceso de promoción y prevención, el PIC realiza una intervención desde los ámbitos de vida cotidiana encaminadas a brindar orientación y asesoría de hábitos saludables de acuerdo a lo que se espera resolver, expresando una planeación basada en metas de cobertura.

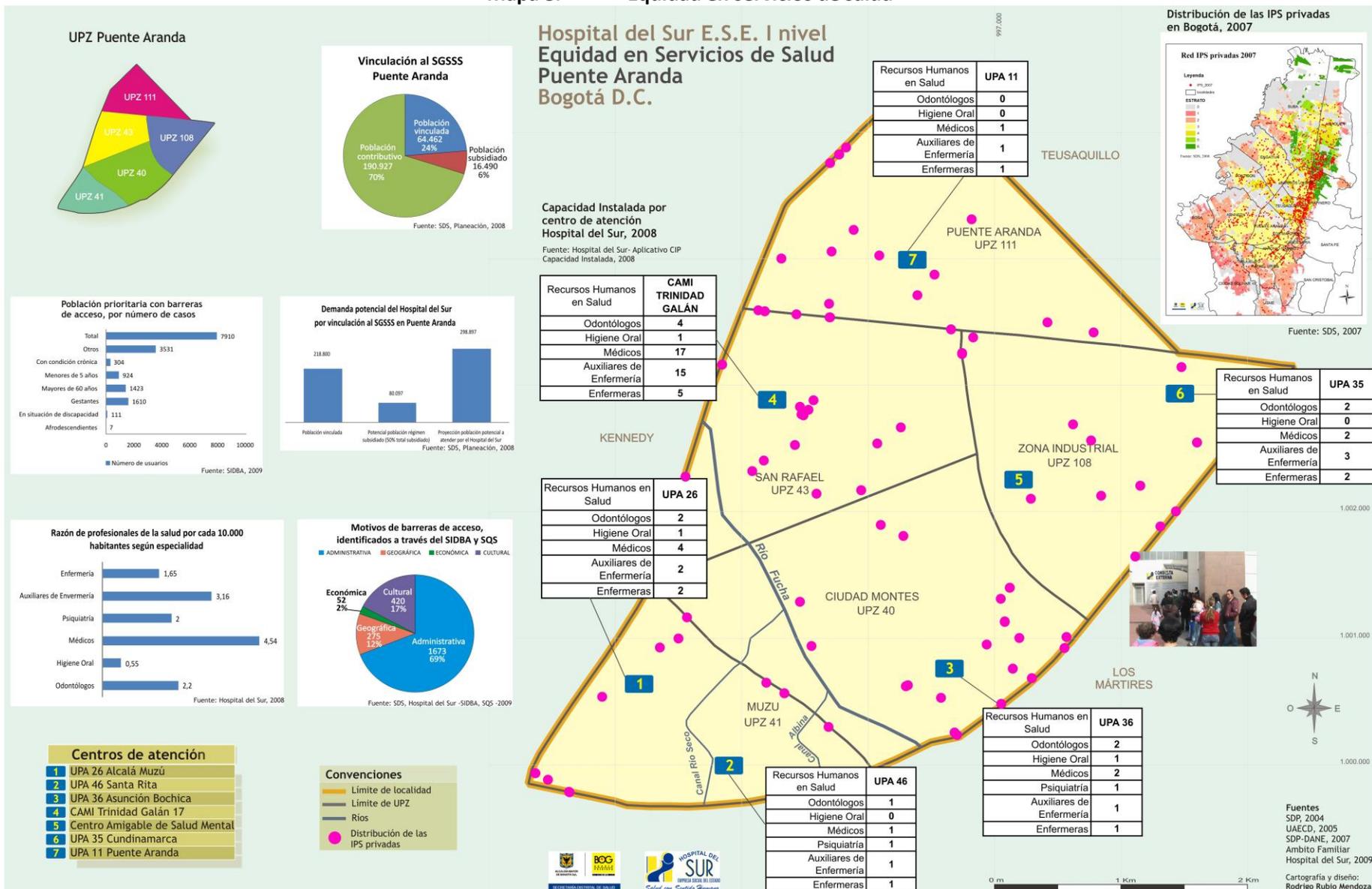
“La Sociedad Internacional para la Equidad en Salud desarrolló definiciones para la equidad y la inequidad en servicios de salud, que ahora son aceptadas globalmente: La equidad en salud ha sido definida como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de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

Es importante señalar aquí la diferencia que existe de la equidad en salud de una población y la equidad en la entrega de servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud define equidad en salud como la noción según la cual cada individuo y grupo debe gozar del más alto nivel de bienestar físico, psicológico y social permitido por las limitaciones biológicas.

Por otro lado, equidad en la entrega de servicios significa que los recursos y servicios del sector salud se distribuyen y suministran de acuerdo con las necesidades de la población y los servicios se financian de acuerdo con la capacidad de pago de la población. De manera más operacional, se puede decir que cuando se habla de equidad en relación con el estado de salud de una población, se trata de niveles de mortalidad y morbilidad que afectan a los grupos sociales de dicha población. Equidad en la entrega de servicios de salud se refiere a niveles de acceso, utilización y financiación de servicios de salud, que afectan a los diferentes grupos sociales”²⁵. En el Mapa 8. *Equidad en servicios de salud*, se muestra la situación evidenciada en la localidad.

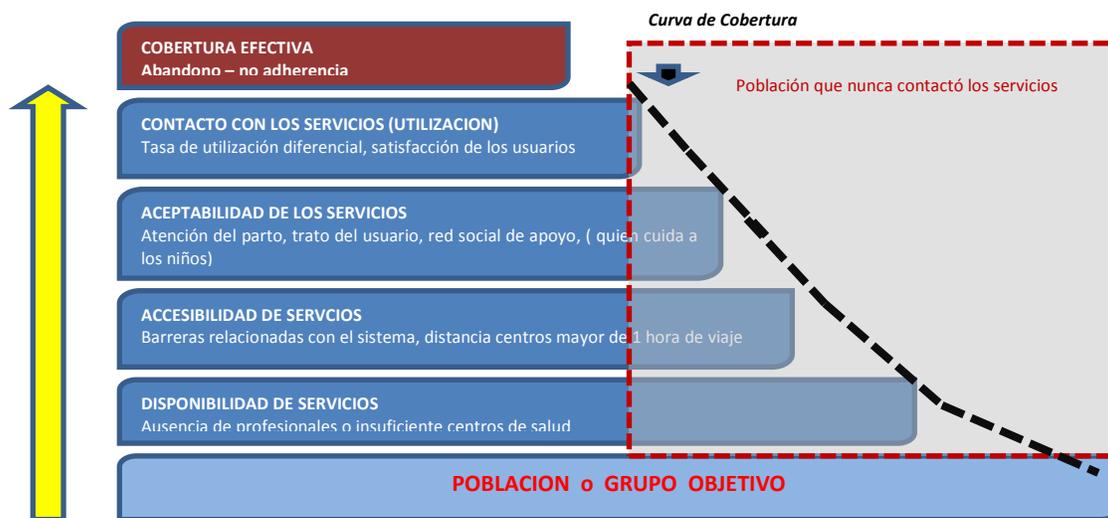
25 RIUTORT, Mónica y CABARCAS, Fabio. Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Volumen 5 número 11. Universidad Javeriana. Diciembre de 2006, Página 25.

Mapa 8. Equidad en servicios de salud



Como se muestra en Gráfico 44. *Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras*, más ampliamente, equidad en la entrega – provisión - de servicios de salud se refiere a garantizar niveles de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con los servicios (uso) y cobertura efectiva.

Gráfico 43. Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras



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

Como se muestra en la Tabla 6. Vinculación al SGSSS 2009, en la localidad se encuentran 64.462 personas como población vinculada, 16.490 como población subsidiada y 190.927 como población en el régimen contributivo, si se tiene en cuenta que las proyecciones de población para el mismo año es de 258.368 personas, podría afirmarse que el 100% de la población se encuentra vinculada a algún régimen, lo cual podría ser un indicador de sobreestimación en alguna de las cifras.

Tabla 13. Vinculación al SGSSS 2009

REGIMEN DE AFILIACION	No. DE PERSONAS
Población vinculada	64.462
Población subsidiado	16.490
Población contributivo	190.927
Población total	271.879

Fuente: SDS, Dirección de aseguramiento / Dirección de Planeación. 2009.

De acuerdo con la anterior información, se calcula que la *población potencialmente* susceptible de ser atendida por el Hospital del Sur ESE es como se muestra en la Tabla 7. *Población potencial a ser atendida por el Hospital del Sur ESE.*

Tabla 14. Población potencial a ser atendida por el Hospital del Sur ESE

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	No DE PERSONAS
Población vinculada	64.462
Potencial población régimen subsidiado (50% total subsidiado)	8.245
Proyección población potencial a atender por el Hospital del Sur	72.707

Fuente: Cálculo realizado con información de la SDS, Dirección de aseguramiento / Dirección de Planeación. 2008.

Con respecto a la disponibilidad de servicios, para el análisis se toman como referencia la disponibilidad de recurso humano en salud y la disponibilidad (suficiencia) de centros de atención; con respecto al primero, es importante observar que por cada 10.000 habitantes de la localidad de Puente Aranda - que por su nivel de afiliación son susceptibles de ser atendidos por el Hospital del Sur ESE (100% de vinculados y 50% de subsidiados) - existen 4,26 médicos generales, 2,2 odontólogos, 1,65 enfermeras, 3,16 auxiliares de enfermería y 0,55 higienistas orales, indicadores bajos si se compara con el estándar nacional que por cada 10.000 habitantes cuenta con 9 médicos generales, 16 médicos, 8 enfermeros(as), 9 odontólogos y 34 auxiliares de enfermería²⁶, vale la pena señalar que países como Canadá y Cuba presentan indicadores en los que hay 1 médico por cada 470 habitantes y 1 médico por cada 170 habitantes, respectivamente (datos a 2006)²⁷.

Tabla 15. Recurso Humano en Salud – Hospital del Sur ESE 2008²⁸

Recursos humanos en salud	ODONTOLOGOS	HIGIENE ORAL	MEDICOS	PSIQUIATRIA	AUXILIARES ENFERMERIA	ENFERMERAS
Razón de médicos generales por cada 10000 habitantes			4,26			
Razón de médicos por cada 10000 habitantes			4,54			
Razón de enfermeros profesionales por cada 10000 habitantes						1,65
Razón de odontólogos por cada 10000 habitantes	2,2					
Razón de auxiliares de enfermería por cada 10000 habitantes					3,16	
Razón de higienistas orales por cada 10000 habitantes		0,55				
No. Total	16	4	31	2	23	12

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

Con respecto al segundo aspecto (suficiencia de centros de salud), puede observarse que para la localidad de Puente Aranda el Hospital del Sur cuenta con 6 centros de atención, 5 unidades

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

27 Tomado de internet de la página www.doctorsoftheworld.nl. Consultado la última vez el 16 de diciembre de 2010.

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

prioritarias de atención (UPA) y 1 centro de atención médica inmediata (CAMI); adicionalmente se cuenta con 2 centros satélites que atienden población especial (ciudadano habitante de calle), siendo este el hospital público con mayor número de centros disponibles del Distrito; sumando las dos localidades de su influencia: Kennedy y Puente Aranda, es importante señalar que dadas las condiciones sociales de los habitantes de la localidad de Puente Aranda, caracterizadas principalmente por estar ubicados en estrato socioeconómico 3, su acceso a los servicios sociales - entre estos los de salud- es limitado, teniendo una capacidad instalada subutilizada en algunos puntos de la localidad, lo que no significa que no se requieran sino que las poblaciones no pueden acceder a ellas por su régimen de aseguramiento.

Con respecto a la accesibilidad, las principales barreras encontradas por los usuarios del Hospital del Sur ESE se relacionan con el funcionamiento del sistema de salud, tales como la imposibilidad o inoportunidad de acceder a citas con especialistas, dificultades de acceso a los servicios por inconsistencias en las bases de datos, falta de claridad en los servicios incluidos en el POS, incapacidad de pago, entre otros; siguen en orden de importancia las barreras relacionadas con calidad en la atención (deshumanización, inoportunidad) y barreras geográficas relacionadas con la dificultad (lejanía) para llegar a los centros de salud.

Tabla 16. Motivos de barreras de Acceso Hospital del Sur E.S.E. 2009

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

Fuente: SDS. Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. Base de Datos Reportes SIDBA-SQS. / Hospital del Sur ESE Oficina de Atención al Usuario y Participación Social - SIDBA, SQS -. 2009.

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

Con respecto a la *utilización de los servicios*, se analizan principalmente las poblaciones a las que por su situación particular se les ha definido políticas prioritarias – diferenciales - en la atención tales como gestantes, personas en situación de discapacidad, mayores de 60 años, niños y niñas menores de 5 años, afro descendientes, entre otros, por ser estas poblaciones las que más demandan servicios de salud. En este sentido, es importante señalar que la frecuencia de uso global para los servicios del Hospital del Sur es de 0,996 año (0,083 mes), lo que significa que en promedio una persona escasamente accede solo una vez al año a los servicios de salud, siendo las frecuencias más altas las de las personas mayores de 60 años, seguida de las mujeres gestantes.

Las causas por las que se presenta esta situación pueden relacionarse con las dificultades de acceso a los servicios debido a la inoportunidad en la atención (la fecha en que se pide la cita y la fecha en que se asigna la consulta es muy larga y la población ya no asiste por que resolvió su problema con gasto de bolsillo o simplemente dejó que su problema se resolviera solo), o por barreras económicas, o porque la percepción de la posibilidad de que el sistema de salud - por la vía de la prestación del servicio - le resuelva su problema es muy baja, a lo cual la comunidad prefiere no usar el servicio; finalmente, hay deficiencias en la calidad de la atención, lo que conlleva a que la población no vuelva a usar los servicios.

Tabla 17. Consolidado por tipos de barreras de acceso, de los motivos de barreras de acceso, identificados a través del SIDBA y SQS. Año 2009

TIPO DE BARRERA DE ACCESO	TOTAL SIDBA	TOTAL SQS	TOTAL GENERAL AÑO 2009	%
ADMINISTRATIVA	560	1113	1673	69%
GEOGRÁFICA	274	1	275	11%
ECONÓMICA	32	20	52	2%
CULTURAL	28	392	420	17%
TOTAL	894	1526	2420	100%

Fuente: SIDBA 2009

2.5 CONDICIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La política pública de seguridad alimentaria y nutricional para Bogotá (Decreto 508 de 2007) ratificó la importancia del estado social de derecho, en cuanto reconoce a sus ciudadanas y ciudadanos como sujetos determinantes de la política, con la pretensión de afectar los determinantes sociales de la población. Esta política permite orientar los recursos en materia alimentaria y a su vez define la responsabilidad administrativa de los distintos sectores

gubernamentales del Distrito Capital. A la luz de los elementos que otorga esta política pública se plantearon los planes locales de seguridad alimentaria y nutricional con vigencia 2008-2012. De ahí que La Localidad de Puente Aranda, como todas las otras de la capital, hiciera un análisis de contexto que permitiera priorizar las acciones que en materia alimentaria debían ejecutarse.

En este orden de ideas, la referencia del plan local de seguridad alimentaria y nutricional son las determinaciones y decisiones de las entidades que intervienen en el territorio, asumieron para definir acciones de acuerdo a cada una de las estrategias o ejes de la seguridad alimentaria y nutricional: disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico.

En el tema de *disponibilidad* que hace referencia a la oferta de alimentos, se encuentra que la localidad, según el Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Puente Aranda, cuenta con 38 industrias alimentarias, que representa el 26,9% de las industrias que hay en la capital, 2 centros de acopio, 1 plaza de Mercado, 6 supermercados y 4 hipermercados. FENALCO reporta que en Bogotá existe 1 tienda por cada 50 personas aproximadamente y el promedio aumenta en zonas que corresponden a estratos 2 y 3 como la localidad de Puente Aranda, siendo esta la proyección, se cuenta con alrededor de 5.796 tiendas. Sin embargo, es pertinente precisar que la disponibilidad de alimentos nos es un indicador de las posibilidades de acceso a los mismos.

La localidad de Puente Aranda tiene una población total de 289.834 habitantes, los cuales representan el 5% de la población total de Bogotá D.C. La localidad tiene un gran porcentaje de población flotante con respecto a la censada como residente²⁹. El 11% corresponde a menores de 5 años, 21% a menores de 15 años y 5.7% corresponde a población mayor de 65 años. Es de resaltar, que la población menor de 15 años es cinco veces mayor que la población mayor de 65 años, comportamiento semejante al observado en Bogotá

Las familias tienen un promedio de 4.11 personas por núcleo familiar. La mitad de las familias tienen cónyuge o compañera. En la localidad de Puente Aranda las personas con más bajos recursos económicos habitan en inquilinatos, lo que genera niveles de hacinamiento relativamente altos, aumentando los riesgos de violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Gran parte de ellas viven en arriendo o subarriendo, algunas compartiendo la cocina y el sanitario, lo que confirma los reportes de Planeación con respecto a la saturación del espacio que vive la localidad de Puente Aranda.

Como lo muestra la Tabla 11. *Encuesta calidad de vida Bogotá 2007. Percepción sobre poder adquisitivo del ingreso del hogar*, el 24,5% de la población de la localidad no alcanza a cubrir los gastos mínimos y un 62,4% sólo alcanza a cubrirlos, mientras un porcentaje aún más reducido, 18.2% se podría señalar como solvente. Lo que podría catalogarse como “pobreza oculta” que no se evidencia en la caracterización de la localidad en cuanto a infraestructura, pero que en la percepción de la población y las cifras de las que se disponen hacen de este, un hecho incontrovertible.

29 Esta Información fue tomada de la formulación del proyecto “Apoyo en acciones de nutrición y alimentación para los habitantes de la localidad. Componente: Refuerzo raciones HOBIS”, Alcaldía Local de Puente Aranda.

Tabla 18. Encuesta calidad de vida Bogotá 2007. Percepción sobre poder adquisitivo del ingreso del hogar.

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA	2003	2007
No alcanzan para cubrir los gasto mínimos	24,50%	16,60%
Sólo alcanza para cubrir los gastos mínimos	62,40%	65,20%
Cubren más que los gastos mínimos	13,10%	18,20%
% Población total Puente Aranda	100%	100%

Fuente: ECVB , DANE – SDP, 2007

Como se muestra en la Tabla 12. *Encuesta calidad de vida Bogotá 2007. Hogares donde, por falta de dinero, algún miembro no consumo ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana*, del total de familias de la localidad, en el 96.5% de ellas, uno de sus miembros dejó de consumir al menos una ración de alimentos, por falta de dinero, durante el año 2007, considerando que sigue siendo un factor constante de la localidad, este contexto demanda direccionar recursos y ofertas en materia alimentaria con el fin de garantizar el derecho humano a la alimentación, compromiso establecido en la Política Pública de Seguridad Alimentaria.

Tabla 19. Encuesta calidad de vida Bogotá 2007. Hogares donde, por falta de dinero, algún miembro no consumo ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana.

% Población total Puente Aranda	Total	%
Algún miembro no consumió SI	2,50%	3,50%
Algún miembro no consumió NO	68,19%	96,50%
Total de Hogares	70,69%	100,00%

Fuente: ECVB , DANE –SDP 2007

De acuerdo a lo anterior la localidad cuenta con una oferta considerable en lo relacionado con el acceso físico a los alimentos, que si bien no resuelve el problema estructural de hambre, por lo menos contribuye con la reducción de necesidades básicas insatisfechas. En tal sentido la Subdirección Local de Integración Social (SLIS) cuenta con cinco (5) programas en el marco de la seguridad Alimentaria y Nutricional: *jardines infantiles, comedores comunitarios, Bonos para personas en condición de discapacidad, bonos intercambiables de alimentos a mujeres gestantes y bonos de apoyo alimentario.*

En Puente Aranda existen once (11) Jardines infantiles, donde se recibe a niños y niñas entre los seis meses y los cinco años once meses de edad, que para la vigencia 2010 atendieron a 1.406 niños y niñas, los y las que reciben una atención integral en su educación inicial a través Jardines SDIS, Jardines Sociales, Cupos cofinanciados, Casas Vecinales, Jardines FDL, Centros de Desarrollo Infantil y Familiar, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de los niños y niñas de la localidad, no solo por el apoyo alimentario que se estima alrededor del 70% de la necesidad básica alimentaria, sino también que actúa evitando las situaciones de riesgo “intolerables” hacia los niños y niñas.

De otro lado, son cuatro (4) los comedores comunitarios, dos en el territorio social Industrial y Comercial, uno en el territorio social San Rafael y otro en el territorio social Muzú, en los cuales se

atiende a 1.100³⁰ personas de la localidad. En estos espacios se ha hecho un ejercicio de inclusión social de personas, familias y poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, a través del ofrecimiento de comida caliente y de la realización de otras actividades de participación social y comunitaria.

En cuanto a los Bonos para personas en condición de Discapacidad, se entrega a cada familia una ficha canjeable por una canasta básica de alimentos que complementa los requerimientos de calorías, proteínas, vitamina A, hierro y calcio requerida por esta población, se entrega mensualmente a 293 personas, 143 se ejecutan con los recursos del FDL y 150 por parte de la SLIS³¹.

Así mismo, son entregados 142 bonos intercambiables de alimentos a mujeres gestantes con el fin de reducir la condición de vulnerabilidad a esta población y mejorar el consumo de alimentos necesarios durante el periodo de gestación y lactancia, 100 de estos bonos son entregados con los recursos del FDL, orientados a los programas de seguridad alimentaria y nutricional definidos en el plan de desarrollo de la localidad de Puente Aranda. No obstante, se ha evaluado la suspensión del mismo, debido a los malos manejos por parte de quienes lo reciben y por las dificultades frente a los imaginarios y prácticas asistencialistas.

Los bonos de apoyo alimentario son canjeables por alimentos no preparados, entregados de manera transitoria a personas y familias que se encuentren en emergencia social y que carecen de recursos para acceder a los alimentos. Este bono puede otorgarse hasta tres veces en el año de acuerdo a la situación de emergencia social que presente la persona o grupo familiar.

A su vez en cuanto al tema de asistencia alimentaria la Dirección Local de Educación (DILE) entrega 14.615 refrigerios a niños, niñas y adolescentes de los 15 colegios distritales de la Localidad, refrigerios que se han adecuados a las necesidades nutricionales de la población que cubre. Del total de refrigerios, 4.486 son entregados por la Alcaldía Local en el marco del proyecto de implementación de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional y contemplada en el Plan de desarrollo Local *Puente Aranda amable, social y ambientalmente sostenible*.

Otra de las entidades que tiene una presencia importante de programas en la Localidad es el Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) que a través de Hogares infantiles (HOBIS), lactantes preescolar, Desayunos Infantiles con amor-DIA-, Hogares Comunitarios de Bienestar tradicional, Hogares comunitarios FAMI, desayunos industrializados, Hogar Gestor, Hogares sustitutos, el Programa Nacional de alimentación del adulto mayor Juan Luis Londoño, contribuye con la implementación de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional.

Esto se logra a través de seis (6) unidades de servicios, tres en Ciudad Montes y una respectivamente en las UPZ Muzú, San Rafael y Zona Industrial que benefician a 1.092³² niños y niñas menores de cinco años, de familias con vulnerabilidad económica y social y quienes por

30 Comité Local de Seguridad Alimentaria, Respuesta Local SAN Puente Aranda 2010

31 *Ibíd.*

32 *Ibíd.*

razones de trabajo y otras circunstancias comprobadas de sus padres, madres o adultos responsables de su cuidado, permanecen solos temporalmente.

Con relación al programa lactantes preescolar se atiende a cien (100) niños y niñas hasta los cinco años de edad en la UPZ Puente Aranda, en los que se ha evidenciado la falta de una persona adulta para su cuidado. En cuanto a los Desayunos Infantiles con Amor- DIA- se tienen 7 unidades de servicios en las que se recibe a 665 niños y niñas de todos los territorios sociales de la localidad, siendo relevante los tres centros ubicados en la UPZ san Rafael y uno por cada uno de las demás UPZ existentes en la localidad.

Este programa tiene como propósito la complementación alimentaria a niños y niñas entre 6 meses y 5 años 11 meses, para mejorar el consumo y aprovechamiento biológico de alimentos a niños y realización de acciones formativas, de promoción, de prevención y atención en salud en los lugares seleccionados, con la participación activa de la familia, la comunidad y Entes Territoriales.

Los Hogares Comunitarios de Bienestar tradicional son 82 para la localidad distribuidos del siguiente modo: 31 en la UPZ San Rafael, 29 en Ciudad Montes, 20 en Muzú y 2 en la UPZ Zona Industrial. Las características de los 1.066 niños y niñas que asisten a estos Hogares es que sean menores de cinco años de edad, con vulnerabilidad económica, pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, de todas las regiones y grupos étnicos del país o también niños y niñas menores de cinco años de edad vulneradas social, cultural, nutricional y psico-afectivamente, en las zonas donde no funciona el grado de transición de la Secretaría de Educación y/o niños y niñas menores de 5 años y 11 meses en condiciones de desplazamiento.

En cuanto a los desayunos industrializados existe una amplia oferta local por parte del ICBF que entrega estos alimentos a 17.857 niños, niñas y adolescentes escolarizados para contribuir a mejorar el desempeño académico de los niños, niñas y adolescentes, promover el ingreso y la permanencia en el sistema educativo y la formación de hábitos alimentarios saludables en la población escolar, con la participación activa de la familia, la comunidad y el estado a través de los entes territoriales³³.

El Hogar Gestor es un programa de apoyo, acompañamiento y asesoría para el fortalecimiento del medio familiar con el objetivo de que pueda asumir exitosamente la protección de sus niños, niñas y adolescentes. Se aplica cuando la familia ofrece condiciones comprobadas para acoger y brindar cuidado, afecto y atención a niños, niñas y adolescentes y puede asumir la gestión de su desarrollo integral, pero requiere de un apoyo institucional dadas sus precarias condiciones sociales y económicas, razón por la cual se brinda apoyo económico a la familia. Actualmente en este programa participan siete (7) familias de los distintos territorios sociales de la localidad.

Como parte de la atención en el ámbito afectivo de una familia que, previamente seleccionada y capacitada, se compromete voluntariamente a brindarle al niño, niña y adolescente, el cuidado y la atención de tiempo completo en sustitución de la familia de origen, se dispone de 6 hogares

³³ Comité Local de Seguridad Alimentaria, Respuesta Local SAN 2010.

sustitutos, cuatro(4) ubicado en Muzú, uno en Ciudad Montes y otro en San Rafael que reciben a 18 niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, esta modalidad es definida por el artículo 59 de la Ley 1098 de 2006 y procede cuando resulta indispensable la separación del niño, niña y adolescente de su propia familia.

Por su parte, la Alcaldía Local de Puente Aranda, tal como lo contempla en el Plan de desarrollo Local: “Puente Aranda amable, social y ambientalmente sostenible” (Acuerdo 03 de 2008) y el en Objetivo estructurante Ciudad de Derechos, Programa: Toda la vida integralmente protegidos, ejecuta el proyecto de apoyo en acciones de nutrición y alimentación para los habitantes de la localidad, como refuerzo a las raciones HOBIS, a través del cual se benefician 1.216 personas entre niños, niñas, familias con menores de 2 años y madres gestantes y lactante de FAMIS, programas que son liderados por el ICBF en el Localidad.

De acuerdo a las orientaciones planteadas desde la política pública de seguridad alimentaria y nutricional para Bogotá 2007-2015, dentro de las dimensiones estratégicas que se contempla en el tema de *consumo y aprovechamiento biológico*, la Alcaldía Local adelantó acciones de desarrollo humano dentro de un proceso productivo de agricultura urbana que capacitó a 200 personas durante el año 2009 y quienes reciben acompañamiento permanente y asistencia técnica necesaria; por su parte el Hospital del Sur orientó esfuerzos desde la Gestión Local en Seguridad Alimentaria en la generación de senderos saludables al interior de la UPA 26 (Alcalá – Muzú) , UPA11 (Puente Aranda) y el CAMI Trinidad Galán donde se formó a 60 personas mediante la implementación de talleres semanales en agricultura urbana, programa que ha recibido el apoyo técnico del Jardín Botánico; la propuesta es generar capacidades y aprendizajes en la producción de alimentos que mejore las condiciones vida y salud de la población local.

En cuanto a los otros programas que se orientan desde la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y nutricional (SAN) del Hospital del Sur³⁴, se cuenta con la suplementación de micronutrientes, la promoción de la alimentación saludable, la promoción del Derecho Humano a la Alimentación con grupos comunitarios, las practicas saludables de la población materno infantil.

Desde el ámbito escolar del Hospital del Sur, se realizó la suplementación con micronutrientes que contribuye en la disminución de la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia, mediante la desparasitación y suplementación con hierro a los niños y niñas menores de 14 años, con el fin de mejorar su estado nutricional y capacidad de aprendizaje, en la vigencia 2010 se suministraron 27.500 dosis entre las localidades de Kennedy y Puente Aranda, lográndose intervenir los territorios de Ciudad Montes, Muzú y San Rafael, en donde se adelantaron jornadas de sensibilización de la estrategia a la comunidad educativa, entrega de autorizaciones a padres y madres de familia, valoración médica, desparasitación, suplementación con vitamina A, suplementación con sulfato ferroso y aplicación de encuestas de satisfacción como parte del proceso. Igualmente, desde el ámbito se realizó la promoción de una alimentación saludable con 1.060 personas entre docentes, estudiantes, madres y padres de familia y 12 tiendas escolares para mejorar la oferta de las mimas entregándoles herramientas metodológicas para una alimentación saludable.

³⁴ GLSAN: Cuadro de oferta institucional Hospital del Sur 2010

En los territorios de Muzú, San Rafael y Puente Aranda, desde el ámbito Comunitario en coordinación con gestión local – SAN, se realizaron jornadas de formación para promover habilidades y competencias para la construcción de tejido social en torno de la exigibilidad del derecho humano a la alimentación, jornadas en las que participaron alrededor de 120 personas.

3 PROFUNDIZACIÓN DE LOS TERRITORIOS SOCIALES

El Hospital del sur ESE tiene como apuesta avanzar en la implementación de un modelo fundamentado en el desarrollo territorial que responda a las necesidades y problemáticas identificadas, con un enfoque poblacional y una mirada de etapa de ciclo vital, bajo un enfoque de derechos y la afectación de determinantes sociales. Dicho modelo se encuentra establecido en la plataforma estratégica y el mapa de procesos del Plan de Desarrollo Institucional.

El Modelo de gestión establece como estrategias la especialización de los servicios, la GSI, la afectación de determinantes, la cual no es competencia exclusiva del Hospital, sino que requiere la interacción de otros actores. El modelo de prestación está ligado a responder a las necesidades de salud. En los centros de salud se hace la atención de la enfermedad, pero la presencia de esa enfermedad debe llevar a comprender los determinantes que la originan, para que en un ejercicio de GSI se afecten los determinantes de manera que la posibilidad de presencia de la enfermedad disminuya o desaparezca en cada uno de los territorios.

Las MTCV son consideradas espacios importantes para la GSI, donde se han identificado problemáticas y construido respuestas transectoriales con la comunidad, estos ejercicios permiten el desarrollo de articulación de presupuestos adecuados y la realización de proyectos, convenios o respuestas consensuadas entre la comunidad y la institucionalidad.

En las MTCV se ha reivindicado la participación ciudadana como un derecho constitucional y se ha considerado a la comunidad como sujetos de derechos, que debe necesariamente exigir la reivindicación de las deudas sociales del Estado en todos los casos donde este no ha presentado respuestas efectivas, las MTCV son el escenario que permite la cohesión entre el ciudadano y el Estado, y fomenta el respeto y a la autonomía que tienen los habitantes de la localidad de Puente Aranda.

Los actores institucionales más activos han sido: Subdirección Local de Integración Social (SLIS), Hospital del Sur, Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Cultura y Recreación, Secretaría Distrital de Movilidad, Personería local, Dirección Local de Educación (DILE) y el Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal (IDPAC), todos en el marco de la UAT y el ED, que es el espacio transectorial que establece las propuestas de implementación de la GSI, en el cual se han generado consensos de articulación y de acciones para concretar la estrategia, la cual contempla dentro de sus componentes la participación comunitaria.

Las cuatro mesas territoriales de calidad de vida establecidas en la localidad, fueron convocadas por las diferentes instituciones y han tenido acogida generalizada por la comunidad, la cual ha contribuido en la retroalimentación de las problemáticas allí expuestas y la construcción a las respuestas integrales transectoriales.

3.1 METODOLOGÍA

En el marco del plan desarrollo del Hospital y bajo los ordenadores de gestión definidos como territorio, población y núcleos problemáticos, se avanzó en la consolidación de una propuesta metodológica que permitiera la consolidación de un diagnóstico local no solo en salud sino como avance de la dinámica social y comunitaria que se vive en la localidad, a partir de afianzar procesos de planeación participativa y toma de decisiones propias del sector y de otros sectores a través de la consolidación de la estrategia de GSI, a continuación se describen los elementos centrales de esta propuesta:

3.1.1 Ordenadores conceptuales del proceso de análisis

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

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

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

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

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

Bajo este concepto se compartieron las realidades con otros actores que también planifican y juegan un papel importante en el territorio social, lo cual implicó vencer la resistencia de los otros actores y concertar espacios de construcción colectiva del proyecto.

3.1.2.1 Análisis de la realidad social

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

La información secundaria que complementa el ejercicio y apoya la contextualización realizada desde lo cualitativo, se refiere a información por UPZ de los subsistemas de información de SISVAN, SISVAN Escolar, SIVIGILA, Estadísticas Vitales, Discapacidad y SASC, las cuales permiten afianzar de forma cuantitativa la identificación de problemas por territorio. Es de anotar que la ausencia de información por UPZ, generó dificultades en el análisis de la información. Aun así los avances que desde el sector se presentaron se centraron en la identificación de información y construcción transectorial de lecturas.

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

3.1.2.1.1 Análisis de problemas – Problematización –

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

Para el desarrollo de este segundo momento se programaron diferentes sesiones con los ámbitos, transversalidades y PDA de los diferentes territorios y haciendo uso de la metodología de planeación estratégica se orientó la construcción de núcleos problemáticos. Como insumo previo se contó con una serie de problemas que surgieron del desarrollo de un trabajo grupal; con este insumo se diseñó una matriz por UPZ describiendo la problemática detectada y cruzando con una serie de criterios que permiten la focalización de las problemáticas por territorio:

- Valor político del problema para el actor que planea y para los otros actores; para la población en general y para la población afectada por el problema o necesidad:
- Tiempo de maduración de los resultados, para evaluar cuándo puedo obtener los resultados esperados y qué puedo hacer en el corto, mediano y largo plazo.

- Recursos exigidos para el enfrentamiento del problema en relación con los recursos de quien planea
- Gobernabilidad sobre el problema
- Respuesta de los actores con gobernabilidad
- Costo de postergación de la solución
- Exigencia de innovación o continuidad
- Qué pasa si el actor no hace nada con el problema

3.1.2.1.2 *El Flujoograma Situacional*

Una vez terminado el análisis situacional (de actores, de realidad social y selección de problemas), se construyó un flujoograma situacional que permitió establecer las causas profundas de las cuales surgieron los núcleos problemáticos por UPZ y las líneas gruesas para la definición de respuestas.

- Los síntomas del problema (marcador): Un problema se evidencia por su marcador (indicador), es decir por los hechos verificables que lo manifiestan como tal en relación al actor que lo declara. En este sentido, lo primero que se realizó fue describir el problema, enumerando los hechos precisos que verifican su existencia. En este aspecto aún se tiene dificultades con la consecución de bases de datos que ha sido un obstáculo para el análisis cuantitativo por UPZ de los diferentes indicadores que permitan fortalecer la evidencia de los problemas encontrados en el territorio.
- Factores determinantes – Causas -: Explicar un problema es construir un modelo cualitativo de su formación y tendencias, para lo cual se debe identificar las causas o factores que los determinan; estas causas o factores pueden clasificarse:
 - Según la naturaleza de los factores determinantes: Reglas: Normas formales o de hecho que los actores aplican en el juego social (realidad social) o que otros han determinado y que afectan la realidad y ayudan a construir el problema. Acumulaciones: Capacidades o incapacidades que caracterizan a los actores en el juego social. Se relacionan con las costumbres, arraigos y capacidades (o incapacidades) que los actores tienen y que empeoran el problema. Flujos: Movimientos, jugadas o acciones (causas inmediatas).
 - Según el dominio o grado de control que tiene el actor sobre los factores determinantes: Dominio General – fuera del juego: determinantes estructurales (Situación socioeconómica, Situación geopolítica, Situación demográfica, Historia). Dominio particular – fuera de control: relación entre lo individual - familiar y sus condiciones de producción y consumo no estructurales (consumo básico, consumo ampliado, condiciones de trabajo, entorno ambiental, condiciones grupales o familiares) y Dominio individual – bajo control: fenómenos singulares relacionados con bienestar, salud, discapacidad, etnia, etc.

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

3.1.2.1.3 Esquema de causalidad de un problema

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

- Mapa relacional: Para completar el Flujograma situacional, se identificaron las relaciones entre los factores determinantes, para establecer las relaciones de causalidad y determinar si son en una sola vía o doble vía. Este ejercicio se realizó con cada y para cada factor determinante.
- Identificación de Causas Profundas: La relación de causalidad nos lleva a identificar las causas profundas o nudos críticos. Teniendo en cuenta que la utilidad principal del Flujograma situacional consiste en facilitar la respuesta a la pregunta ¿cómo y dónde debemos actuar para transformar el indicador relacionado con el problema y ese cambio sea suficiente para alcanzar los objetivos que perseguimos?, la respuesta es hay que cambiar los nudos críticos del problema.

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

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

3.1.2.1.4 De los nudos críticos a los núcleos problemáticos

Sobre la base de la identificación de los nudos críticos o causas profundas se construyen como se enunció anteriormente los núcleos problemáticos y a partir de ellos se genera la construcción de la respuesta procurando la mejora del Marcador o indicador y en últimas mejorar las condiciones de calidad de vida de los individuos que sufren los efectos y consecuencias del problema.

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

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

3.1.2.1.5 Análisis de situación: Estructura – Coyuntura

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

3.1.2.2 Unidades de Análisis por etapa de ciclo vital

Con el fin de complementar el ejercicio, se involucró la lectura desde las ECV de manera que pudiera evidenciarse la afectación de éstas por las problemáticas encontradas en los territorios, fue así como se realizaron unidades de análisis en el marco de los espacios de los comités de UPZ de las localidades de Kennedy y Puente Aranda y mediante el diligenciamiento de una matriz se evidenció nueva información que enriqueció la lectura realizada, el diligenciamiento de la matriz en grupos y luego la socialización y discusión de la misma, permitió tener una comprensión de los núcleos problemáticos desde las ECV.

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

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

3.2 TERRITORIO 1: - CIUDAD MONTES

3.2.1 Descripción del territorio.

El territorio Ciudad Montes se ubica en la zona suroriental de Puente Aranda, tiene una extensión de 443.41 hectáreas de extensión equivalente al 25.7 % de la localidad y cuenta con 27 ha. de zonas protegidas; limita por el norte con la avenida de los Comuneros (diagonal 6ª); al oriente con la avenida Ciudad de Quito (carrera 30), al sur con la avenida Primero de Mayo (calle 22 sur) y al occidente, con la avenida Ferrocarril del Sur³⁵.

35 Alcaldía Mayor. Secretaría Distrital de Planeación. Op.cit.

Al año 2009, Ciudad Montes tenía un total de 44 barrios³⁶ con total de 105.662 habitantes, siendo la población más alta de la localidad, la clasificación del sector es residencial consolidado, aunque actualmente se presenta cambio en los usos del suelo y un aumento no planificado en la ocupación territorial, de los 105.662 habitantes 103. 831 pertenecen al estrato 3 y 1.831 personas no están estratificadas.

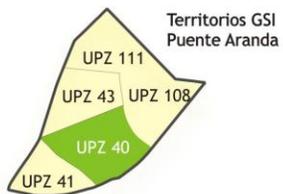
En cuanto a zonas verdes, el territorio cuenta con una buena cantidad de parques, varios de ellos administrados por las Juntas de Acción Comunal y con equipamiento para los diferentes ciclos vitales, por esta razón y sumado a que tiene menos presencia del sector industrial y más suelo protegido se puede afirmar que este es el territorio menos contaminado de la localidad. El territorio cuenta con los corredores ecológicos que comprenden el río Fucha y el canal Comuneros en los cuales se evidenció durante la realización de los recorridos, la presencia de roedores, zancudos y moscos.

El Sector de Salud está representado en el territorio por la Unidad de Atención Primaria (UPA) Asunción Bochica y 188 Instituciones Prestadoras de Salud IPS. Como se muestra en el Mapa 9. *UPZ Ciudad Montes.*

36 *Ibíd.*

Mapa 9. UPZ Ciudad Montes

Hospital del Sur E.S.E. I nivel
Territorio Ciudad Montes
Puente Aranda
Bogotá D.C.



Generalidades Territorio Ciudad Montes

Área urb.	Población -2009	Densidad hab./ht
443,41 ht.	105.662	238

LIMITES

Norte: AC 6 -UPZ 43 San Rafael
Sur: Autopista Sur -Loc. 15 - Loc. 14
Oriente: AK 30 -UPZ 108 Zona Industrial
Occidente: AV 1° de Mayo -UPZ 41 Muzú

Clasificación: Residencial Consolidado

N° de barrios: 18

Estratos: 3

Centros de atención

- 17 UPA 46 Santa Rita
- 18 UPA 36 Asunción Bochica
- 19 CAMI Trinidad Galán 17
- 20 Centro Amigable de Salud Mental

Convenciones

- Limite de UPZ
- Vías principales
- Manzanas
- Parques
- Alcaldía Puente Aranda
- COL Puente Aranda
- Supercalle Calle13
- Ríos

Fuentes

Población: DANE-SDP, 2007
 Cartográficas: UAEC, 2005

Cartografía y diseño:

Rodrigo Rubio Mendoza
 Gestión Local -Hospital del Sur



Fuente: Hospital del Sur. 2010.

Existen 12 salones comunales, La Biblioteca Pública Néstor Forero, el museo ubicado en el barrio Ciudad Montes y 117 parques distribuidos en 27 parques de bolsillo, 87 parques vecinales y 3 parques zonales. Alcaldía local y sus alrededores, debido a que se ubica la mayoría de la oferta institucional como la Subdirección Local de Integración Social, Junta Administradora Local, Personería, Contraloría, Unidad Local de Desarrollo Empresarial, Movilidad, Estación XVI de Policía, ocho equipamientos colectivos de cultura y el parque Ciudad Montes, así como la hacienda de Montes la Milagrosa declarada categoría de conservación monumental.

El territorio cuenta con vías principales como la Av. Primero de Mayo, Avenida NQS sobre la cual pasa el sistema Transmilenio y dentro del tramo que limita con el territorio se encuentran dos estaciones: Santa Isabel y SENA Avenida de los comuneros y la carrera 50 vías que delimitan el territorio y dan movilidad a los habitantes de los diferentes barrios que lo componen.

En cuanto a participación comunitaria se destaca la participación de organizaciones de adultos mayores entre ellos: Asociación adultos mayores nueva vida del barrio de la guaca, Asociación de adultos mayores del parque ciudad Montes, Por siempre jóvenes; organizaciones juveniles como la Fundación Cultural Tiempo Para Vivir, Hermandad de La Buena Gestión HBG, Fundación Artística Formarte, Fundación Cine Libertad Arte Audiovisual, Centro Cristiano de Restauración, COJUESPA y organizaciones ambientales que no sólo trabajan en este territorio sino en toda la localidad, como: CORPOAMBIENTE, CORPADEC, Corporación CIART y ECOANDINA.

También se destacan las Juntas de Acción Comunal de los barrios: Ciudad Montes, Veraguas Central, Santa Matilde, Primavera, Asunción, Bochica, Villa Inés, Carabelas, El sol, Nueva Primavera, Jazmín, Gorgonzola, Santa Isabel Occidental, Ponderosa, Torre Molinos, La Guaca , Corquidi, Tibana, Remanso, la Asunción, Jorge Gaitán Cortes, Los Comuneros, San Eusebio, Torremolinos, Santa Isabel Occidental.

La Subdirección Local de Integración Social cuenta con las siguientes ofertas para el territorio: Proyecto Jóvenes visibles y con derechos, Proyecto de Adultez con oportunidades, Proyecto Participación y Redes Sociales, Proyecto Años dorados: Vejez con dignidad , Seguridad Alimentaria y Nutricional, Proyecto infancia feliz y protegida a través de Jardines infantiles, Proyecto Fortalecimiento a la gestión Integral Local y Comisaría de Familia.

3.2.1.1 Posición social.

El territorio social Ciudad Montes cuenta con una densidad de 237 habitantes por hectárea, para el año 2009 existían 28.610 viviendas y 30.671 hogares, es decir 1,07 hogares por vivienda, posee una cobertura total de servicios públicos, algunas construcciones de viviendas recientes y buena dotación de parques y vías de acceso.

En muchas viviendas se encuentra que habitan varias familias y que hay una pobreza oculta debido a bajos ingresos y condiciones difíciles para sostener el pago de los servicios públicos, al igual que por vivir en estrato 3 no logran acceder a los servicios sociales que posibilita el estar incluidos en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN.

En algunos barrios se encuentra presencia de ciudadano habitante de calle (CHC), sobre todo en la cuenca del Rio Fucha, lo cual genera sensación de inseguridad. En este territorio desemboca el Rio

Seco y Albina sobre el río Fucha, donde se evidencia la presencia de roedores y vectores, en gran medida porque los CHC o los recuperadores de residuos sólidos que transitan por el lugar realizan disposición final de basuras en estos canales o sobre el canal Comuneros que bordea el territorio.

En la calle 8ª sur, se encuentra una de las zonas comerciales donde la presencia de bares y discotecas genera conflictos con los residentes del sector por el ruido y la inseguridad que se presenta. Sobre la avenida 1ª de Mayo se encuentra el comercio de muebles y en la carrera 50 la presencia de venta de vehículos, muebles y comercio en general; en estas zonas la invasión del espacio público por vehículos es lo predominante. Igualmente hay presencia de comercio en la calle 3ª y en la 6ª, allí predominan las industrias pequeñas y medianas. La NQS es una importante vía de gran afluencia vehicular (trasmilenio), sobre la cual también se desarrollan diversas actividades comerciales.

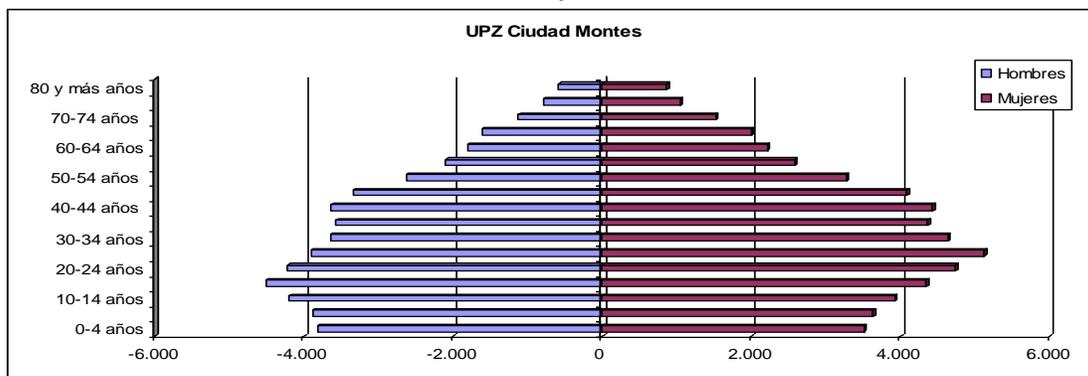
3.2.1.2 Potencialidades

El territorio ciudad Montes posee la mayor hectárea de suelo protegido, allí se realiza el Festival del Viento en el parque Ciudad Montes, la UPA Asunción Bochica es especializada en la Mujer y el Bebé, cuenta con una buena infraestructura de prestación de servicios sociales allí se encuentran las instalaciones de la alcaldía local y demás entidades de los sectores del Distrito, mayor representatividad en el COPACO, oferta educativa representada en 5 colegios públicos y 41 colegios privados, cuenta con 12 salones comunales, importantes vías de acceso, zonas comerciales, el Coliseo El jazmín como centro recreativo, y un número representativo de organizaciones juveniles y de adultos mayores.

3.2.1.3 Pirámide poblacional UPZ Montes

Como se muestra en el Gráfico 45. *Pirámide poblacional UPZ Montes*, el territorio cuenta con 105.662 habitantes, de los cuales el 53% son de género femenino, siendo el grupo quinquenal de 25 a 29 años el de mayor participación, en cuanto al género masculino el grupo quinquenal más representativo es el de 15 a 19 años. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (39.3%), seguido de los jóvenes (25.9%), la infancia (21.6%) y la menor participación es la de las personas mayores (13.2%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con un equilibrio de la distribución por género.

Gráfico 44. Pirámide poblacional UPZ Montes



Fuente: DANE. Proyección población 2005. Año 2009.

Dado que la adultez se asume como cuidadora y protectora de las otras ECV, esta se encuentra seriamente afectada por las problemáticas que afectan a las otras ECV, tales como barreras de acceso a programas para personas en condición de discapacidad, desempleo, mala ocupación del tiempo libre y habitabilidad en calle.

Algunos de los adultos que habitan el territorio, hijos de los primeros pobladores que llegaron al territorio, han accedido a educación superior y han ocupado cargos directivos, medios o profesionales independientes; no obstante, debido a la difícil situación económica muchos de ellos han perdido su trabajo y han tenido que quedarse viviendo con sus padres en condiciones de hacinamiento. Algunos de los jóvenes del territorio participan en espacios como la Mesa Local de Jóvenes, Consejo Local de Juventud y Equipo Local de Apoyo Interinstitucional (ELAI), son jóvenes organizados, metódicos, estudiosos, manejan agendas apretadas, atienden múltiples compromisos, tienen contactos en diferentes instituciones y le apuestan a realizar transformaciones.

En relación a la presencia de niñas, niños y jóvenes en condición de discapacidad, se encuentra que a pesar de que existe el colegio Cultura Popular que permite su vinculación, aunque restringida, no se garantiza un adecuado acceso al derecho a la educación para este grupo poblacional dado que no se cuenta con infraestructura suficiente y personal capacitado, sumado a la actitud de complejo y rechazo del que son víctimas al encontrarse inmersos en grupos de personas coetáneas que no comprenden su condición, lo cual puede desencadenar en situaciones de desescolarización.

Las instituciones prestadoras del servicio de salud no tienen infraestructura adecuada para garantizar el acceso de personas en condición de discapacidad, la atención odontológica requiere de un tercer nivel de atención con el cual no se cuenta en la localidad y deben ser remitidos a otras localidades.

La condición de discapacidad de Niñas, niños y jóvenes los hace vulnerables a la explotación laboral, especialmente en actividades de mendicidad, las personas jóvenes y adultas están obligadas a emplearse en trabajos informales como vendedores ambulantes y cuando acceden a formas de vinculación formal, muchas veces esta se da en condiciones de remuneración inequitativa.

Todas las ECV en condición de discapacidad se enfrentan a la discriminación por parte de sus familias quienes en ocasiones los ocultan y/o los violentan física y sexualmente, sin que se produzca la denuncia de esta situación.

Por su parte la ECV vejez en condición de discapacidad, también es víctima de abandono por parte de familiares, ocasionando mayor dificultad para el acceso a servicios de salud, educación y recreación.

No obstante las buenas condiciones económicas del territorio, el desempleo afecta principalmente a las ECV juventud y adultez por ser estas en quienes recae primariamente la obligación de generar ingresos para las familias, estas ECV se han visto obligadas a emplearse en actividades informales que ocupan la mayor parte de su tiempo, logrando afectar igualmente a las etapas infancia y vejez; teniendo en cuenta que las niñas y niños no deben trabajar, el desempleo de sus

padres ocasiona que necesidades básicas como la alimentación no sean cubiertas y se generen situaciones de malnutrición, obesidad y desnutrición, así mismo la falta de atención por parte de padres y madres desencadena niños y niñas rebeldes, desescolarizados e hijos que no tienen respeto hacia sus padres; en las y los jóvenes esto puede ocasionar deserción escolar en el nivel secundario o impedir que inicien su formación superior; algunas de las y los viejos de la UPZ que son pensionados perciben un salario mínimo y son explotados por sus familiares más cercanos quienes se trasladan a vivir con ellos en sus viviendas y los obligan a hacerse cargo de gastos de la manutención de los hogares y del cuidado de sus nietos; las y los viejos que no perciben un ingreso se encuentran obligados a ubicarse en empleos informales o a ejecutar actividades de mendicidad.

La dedicación de las personas adultas a actividades de generación de ingresos ya sea en espacios formales e informales, ha ocasionado que tanto niñas, niños y jóvenes no cuenten con una adecuada orientación de actividades para realizar en el tiempo libre; algunas y algunos jóvenes no asumen responsabilidades ni compromisos ante actividades académicas y espacios sociales, pues manifiestan otro tipo de intereses como son: actividades que generan lucro, esparcimiento con sus pares y satisfacción propia, es necesario tener en cuenta que esta población es vulnerable a la influencia de sus pares, lo que influye en el desarrollo de cada uno; dejando atrás el compromiso construido dentro de sus núcleos familiares.

Se presentan casos de estigmatización frente a las y los jóvenes, de quienes existe el imaginario que su tiempo libre lo dedican al consumo de SPA y actividades de vandalismo, ocasionando que se invisibilicen esfuerzos juveniles por promover actividades lúdicas, deportivas y artísticas, las cuales no cuentan con el suficiente apoyo por parte de entidades e instituciones.

El uso adecuado del tiempo libre y la realización de actividades de esparcimiento y recreación no es una prioridad para la ECV adultez, generando en esta población aumento de estrés, conflictos familiares y hasta desintegración familiar, por su parte las personas de la ECV vejez cuentan con grupos dedicados a actividades lúdicas y de recreación, que se reúnen periódicamente y encuentran en estos grupos un motivo para prolongar su existencia, aunque algunos también son obligados a desarrollar actividades domésticas y a cuidar a integrantes de su familia por lo cual en su tiempo libre se limitan a ver televisión.

La habitabilidad en calle afecta a las y los habitantes del sector quienes consideran que pueden llegar a ser víctimas de agresiones, como violencia física y sexual, así como ver afectada su salud por problemas respiratorios, Enfermedad Diarreica Aguda como consecuencia de la presencia de focos de contaminación originados en el aumento de vectores y roedores por inadecuado manejo de residuos sólidos que realizan los habitantes de calle, así como restricción en el uso de parques y zonas verdes para recreación por su presencia de en estos espacios. Las y los jóvenes presentan un mayor riesgo de exposición frente al consumo y distribución de SPA, las personas adultas están mayormente expuestas a situaciones de inseguridad y las personas viejas presentan una mayor vulnerabilidad a situaciones de violencia.

3.2.2 COMO LEEMOS EL TERRITORIO

3.2.2.1 Núcleo problemático 1

Las difíciles condiciones sociales y económicas por las que atraviesa el país, afectan de manera particular a las familias del territorio social Ciudad Montes ubicadas en estrato 3. Esta situación se evidencia en el aumento de las cifras de desempleo y se dirige, de una parte, hacia la transformación de su actividad económica pasando de empleo formal hacia el informal, convirtiendo sus viviendas en panaderías, pequeños mercados, peluquerías, restaurantes, entre otros, y de otra, hacia condiciones de exclusión social y pobreza oculta.

La localidad de Puente Aranda en el año 2007, alcanzó un desempleo del 7,54%, panorama que ha significado un progresivo empobrecimiento de sus familias residentes y un crecimiento importante de la informalidad. Esta situación, se refleja de manera particular en la UPZ Ciudad Montes, cuya población se caracterizaba por contar con ingresos suficientes y niveles educativos técnicos y universitarios, que ante las condiciones socioeconómicas del país y la baja oferta laboral actual - especialmente para este nivel de formación toda vez que la oferta existente está orientada principalmente hacia mano de obra no calificada, ha significado que los hijos vuelvan al hogar con sus familias conformadas, generando que familias originariamente nucleares, se transformen en familias extensas y disfuncionales.

Según datos del ámbito laboral del Hospital del Sur, la mayor intervención de unidades de trabajo informal (UTI) se realiza en esta UPZ que concentra el 22% de UTI intervenidas en las cuales las principales actividades económicas encontradas son del sector de maderas y talleres de mecánica automotriz.

Aunque la zona es predominantemente residencial consolidada, la población se ha visto obligada a arrendar algunas habitaciones o a realizar adecuaciones para su uso comercial como estrategia para la generación de ingresos; esta situación, sumada a las condiciones socioeconómicas de bajos ingresos y desempleo, originan reducción del espacio físico para el desarrollo psicosocial del sujeto, determinando factores de riesgo para la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y la inseguridad alimentaria.

Cuando se habla de violencia intrafamiliar se hace referencia a un patrón abusivo que ocurre en el marco de la intimidad y se caracteriza por un desequilibrio de poderes entre el género y la edad, observándose en la UPZ Ciudad Montes todos los tipos de violencia intrafamiliar, desde la negligencia como la más recurrente, hasta la violencia emocional, física y sexual; por ejemplo, si se analizan los reportes de violencia de SIVIM (2009), es posible señalar cómo esta situación afecta de manera más directa a las mujeres: de 432 casos de violencia identificados en esta UPZ en el año 2009, el 59% se caracteriza como violencia contra las mujeres y el 38,1% evidencia violencia contra los niños y las niñas, siendo el grupo poblacional más afectado por agresión emocional, física y sexual.

La violencia física y sexual afecta de manera directa y en amplia proporción a las mujeres mientras que el maltrato por negligencia a los hombres, sobretodo en la primera infancia, pues con el aumento de edad los reportes masculinos disminuyen; esta situación, se agrava con el tipo de respuesta pues las intervenciones se basan en atención a la víctima, sin modificar o apuntar a la

transformación y/o desaparición del determinante fundamental: discriminación a lo femenino y construcción del poder por medios violentos.

De otro lado, como se ha indicado la seguridad alimentaria también resulta afectada por esta situación. Frente a la desnutrición global, bajo peso y talla para la edad, de los 3724 niños y niñas menores de 10 años identificados a través de SISVAN del Hospital del Sur en el año 2009, el 33% presenta desnutrición o está en riesgo de desnutrición, indicando contextos sociales donde la calidad progresivamente se ve disminuida.

Tabla 20. Estado nutricional de niños y niñas menores de 10 años de la UPZ Ciudad Montes.

Desnutrición aguda	No	%	Desnutrición crónica	No	%	Desnutrición global	No	%
DNT	26	3%	DEFICIT	382	5%	DESNUTRICION	272	7%
RIESGO	154	17%	RIESGO	874	12%	RIESGO	952	26%
ADECUADO	706	77%	ADECUADO	2.350	32%	ADECUADO	2416	65%
SOBREPESO	25	3%	ALTO	118	2%	SOBREPESO	66	2%
OBESIDAD	9	1%		3.724	50%	OBESIDAD	18	0%
TOTAL NIÑOS	920	100%	TOTAL NIÑOS	7.448	100%	TOTAL NIÑOS	3724	100%

Fuente: SISVAN Hospital del Sur 2009

Otro efecto asociado se presenta en las madres gestantes, las cuales presentan bajo peso en el 29,3%, de los casos reportados al Hospital del Sur y el 37,7% están en riesgo de desnutrición en el año 2009.

Gráfico 45. Estado nutricional de las gestantes notificadas al SISVAN residentes en la UPZ 40. Localidad Punte Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010.



Fuente: SDS. Base de datos SISVAN-GESTA consolidado distrital. Años 2005 a primer semestre de 2010.

3.2.2.2 Núcleo problemático 2

Las condiciones socioeconómicas de la población del territorio social Ciudad Montes, caracterizadas por largas y extenuantes jornadas de trabajo, obligan a los padres a delegar el

cuidado de los menores a terceros (abuelos, familiares); estos niños, niñas y jóvenes al carecer de figuras claras de autoridad, pasan gran parte del tiempo junto al televisor, en Internet o en video juegos. La ocupación del tiempo libre bajo estas dinámicas, sumada a la falta de espacios culturales o alternativos, acelera los problemas del sedentarismo, malos hábitos alimenticios, problemas de socialización, bajo rendimiento escolar y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

El territorio social Ciudad Montes cuenta con numerosos parques vecinales de gran importancia que representan el 78,4% de las zonas verdes de la localidad. Los cuáles deberían ser lugares propicios para practicar actividades físicas, recreativas, socio- culturales y de esparcimiento en general, no obstante se presentan dificultades asociadas a la mala ocupación del tiempo libre de los jóvenes, adolescentes y personas adultas que consumen regularmente sustancias psicoactivas en estos espacios.

De acuerdo a la investigación desarrollada por la Alcaldía Mayor de Bogotá, “Caracterización de Seguridad ciudadana”, la localidad de Puente Aranda en el año 2005 reportó que el 95% de los barrios del sector cuentan con más de una zona verde o parque, lugares que dada la falta continua de vigilancia se tornan en lugares inseguros.

El consumo de sustancias psicoactivas puede producirse por varios factores: por un lado, la presión social que ejercen ciertos grupos, la dificultad para el manejo de la soledad, las carencias afectivas y la dificultad para solucionar los problemas cotidianos, en especial aquellos de índole familiar; la presencia de numerosos bares y negocios de alto impacto ubicados en la calle octava, donde se evidencia el alto consumo de alcohol y otras sustancias por jóvenes; la decisión autónoma de consumir una sustancia y; por último, la deserción escolar, que para la UPZ registró 172 estudiantes de los Colegios Luis Vargas Tejada, Marco Antonio Carreño y Cultura Popular de un total de 2.891 estudiantes, correspondiente al 5,96%.

Uno de los determinantes fundamentales de la problemática planteada se define por las relaciones que los adultos y adultas construyen con los jóvenes. La transgresión que estos últimos realizan de las normas sociales está ligado a la posición que ocuparon en su familia y en la sociedad cuando niños; el significado social que de ellos y ellas se construye por parte de quienes a su alrededor interactúan, organiza la percepción que él o ella tiene de su persona como sujeto y de los demás.

Es posible observar cómo jóvenes que no han contado con un sistema normativo – afectivo que les permita sentirse reconocidos como sujetos, esto es, ser capaces de asumir situaciones y problemáticas, organizar sus responsabilidades y deberes, y por el contrario, perciben relaciones parentales de abandono, agresivas, frágiles, débiles, son propensos a potencializar el desarrollo de conductas conflictivas. De otro lado, contextos sociales que oscilan entre permisividad absoluta y restricción autoritaria, organizan del mismo modo estas conductas de parte de los jóvenes, no aceptadas por la sociedad.

Por último, es importante mencionar cómo la transgresión a las normas establecidas es una característica fundamental del desarrollo de la juventud; el problema no es la transgresión a la norma, sino por el contrario, el manejo social que se preste a esta, su análisis y caracterización;

pues una cultura es dinámica y el cuestionamiento a su sistema normativo, significa la posibilidad de construir procesos de desarrollo social que propendan por un mejor bienestar

3.2.2.3 Núcleo problemático 3

Producto de las políticas distritales de renovación urbana como el Plan Zonal Centro - estrategia de ordenamiento del sector - se ha generado la disolución de focos de habitantes de calle ubicados en la parte céntrica de la ciudad (Localidades como Los Mártires y Santa Fe). Este fenómeno, ha configurado al territorio social Ciudad Montes como receptor de población habitante de calle, que se aloja en el canal del río Fucha, en parques, jardines y en general en espacio público, impactando en las condiciones de calidad de vida de los habitantes en lo relacionado con inseguridad, consumo de SPA, contaminación por residuos sólidos, proliferación de vectores y desvalorización de los predios.

La invasión de las rondas del río Fucha y río Seco, se presenta principalmente por construcciones o asentamientos ilegales y por la presencia de "cambuches" habitados por habitantes de calle.

La disposición de basuras sobre la ronda del canal Fucha es generada tanto por los habitantes del sector como los habitantes de la calle que realizan separación de residuos.

El habitante de calle se ha convertido en un grupo poblacional con el cual la comunidad convive pero al cual no se le reconoce como un ser humano visible, la mayoría de ellos pasan a ser una compañía que pareciera no existir para la sociedad, se le ve como el problema sin mirar lo que siente, lo que vive, la necesidad de escucha o apoyo institucional que requiere.

Estas personas recorren la ciudad en busca de elementos de sobrevivencia, pues no tienen otros ingresos más que lo que puedan recoger en las calles o lo que la comunidad quiera darles; este último es un factor determinante para que el habitante de calle defina el territorio de Ciudad Montes como un sitio adecuado para su permanencia, geográficamente ofrece zonas verdes y parques que facilitan su pernoctación y de otra parte existe una percepción de buen nivel socio-económico y generosidad de sus habitantes que garantiza un ingreso, ya sea por la limosna o por el tipo de residuos que se genera.

Los habitantes de calle de Ciudad Montes son en su mayoría hombres, dado que esta condición es más compleja para las mujeres. Estudios realizados con estos grupos poblacionales en otras ciudades, han podido demostrar que el hombre es más dado a sumergirse en las rupturas de las redes sociales más cercanas, motivo por el cual pueden caer en el consumo de sustancias psicoactivas y perder su identidad, olvidarse de su autocuidado y convertirse finalmente en parte de este grupo poblacional.

A lo expuesto anteriormente se suma el hecho de que el habitante de calle representa para la comunidad un factor de inseguridad puesto que algunos de ellos se dedican a actividades delincuenciales; de otra parte la inadecuada disposición de residuos que genera contaminación también les es atribuida, porque construyen sus "cambuches" con elementos reutilizados que luego son abandonados, o porque, trasladan residuos sólidos que de no ser transables en el mercado van siendo dejados en el espacio público, además que arrojan sus excrementos a la intemperie lo cual genera malos olores.

Desafortunadamente para la comunidad del sector, uno de los lugares propicios para el albergue de estas personas es el canal del río Fucha que por su infraestructura se hace atractivo para habitar debajo de sus puentes.

3.2.2.4 Núcleo problemático 4

En el territorio social Ciudad Montes hay personas en condición de discapacidad, muchas de ellas tienen comprometida la función del movimiento o presentan dificultades con el sistema respiratorio. Estas son condiciones generadas por enfermedades generales que requieren de una atención en salud permanente y libre de barreras de acceso, así como de la facilidad para acceder a servicios sociales. Debido a la estratificación y a la baja cobertura de los programas, las personas en condición de discapacidad no pueden gozar de servicios de salud adecuados, aun cuando en este territorio se encuentran ubicadas la mayoría de entidades e instituciones que prestan servicios a esta población, en las cuales se evidencian barreras de acceso físico y actitudinal por parte de sus funcionarios.

Las personas en condición de discapacidad del territorio social Ciudad Montes ascienden a 4240, de las cuales 1379 son hombres y 2861 son mujeres, es decir el 34% y 66% respectivamente, según Registro y Caracterización para la identificación y localización de personas con discapacidad realizado en el 2007 por el Hospital del Sur. Estas personas, por su condición, requieren de una atención en salud permanente y libre de barreras de acceso; sin embargo, la estratificación socio económica nivel 3, junto a las políticas de focalización, no permiten un acceso real a servicios y tratamiento, pues es difícil establecer las condiciones reales de pobreza, desempleo y falta de ingresos de la población, contribuyendo a la negación de derechos como la salud, educación, alimentación, vivienda y protección.

No obstante la declaración de los derechos de las personas en condición de discapacidad de la Organización de Naciones Unidas, que incluyen el tratamiento médico, psicológico y funcional, el sistema de seguridad social y la lógica que organiza los servicios sociales en el país, ha vulnerado constantemente estos derechos.

Las personas que sufren algún tipo de discapacidad son, en muchos países del mundo, un colectivo sub-atendido; en parte porque no constituyen un grupo homogéneo en el sentido de que está integrado por personas con necesidades diversas que, por lo tanto, precisan servicios también diferentes que el sistema de protección social no está preparado para atender; por otra parte, aunque muchas de esas personas tienen necesidades similares, su acceso a los servicios resulta ser desigual, lo mismo que la calidad de los servicios que reciben .

La capacidad contributiva, especialmente en países con menores niveles de desarrollo socio-económico, es un determinante fundamental; quienes cuentan con mayor capacidad adquisitiva pueden acceder a mejores servicios y tratamientos médicos. Esta negligencia en atención y rehabilitación, profundiza y problematiza aún más la discapacidad, limitando procesos para la recuperación de la autonomía funcional, social y política y perpetuando condiciones de dependencia y problemas de salud mental a cuidadoras y cuidadores.

En el territorio social Ciudad Montes están presentes el 38,73% de las personas en condición de discapacidad de la localidad, de las cuales 112 están buscando trabajo, 666 tienen discapacidad

permanente sin pensión, 386 discapacidad permanente con pensión, 165 estudiantes, 1259 se encuentran realizando oficios domésticos, 101 recibiendo renta, 385 pensionados y en actividades de autoconsumo 41 personas.

Tabla 21. Tabla Distribución de personas con discapacidad según deficiencias y/o alteraciones de la localidad de Puente Aranda

ALTERACIONES	PUENTE ARANDA		BOGOTA
	Personas	Porcentaje	Personas
Sistema nervioso central	104	0,15	69.176
Visuales	55	0,08	69.936
Auditivas	40	0,15	27.225
Demás órganos de los sentidos	0	0,00	5.225
Voz y habla	28	0,13	20.764
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	60	0,07	81.064
Digestión, metabolismo y hormonas	26	0,06	45.397
Sistema genital y reproductivo	4	0,02	18.621
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	143	0,15	94.621
Piel	7	0,08	8.881
Otra alteración	38	0,46	8.193

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

3.3 TERRITORIO 2: MUZÚ

3.3.1 Descripción del territorio

El territorio social Muzú se localiza en el sur de la localidad, tiene una extensión de 249.42 hectáreas de extensión, de las cuales 3 corresponden a suelo protegido; limita por el norte con la avenida Primero de Mayo, al oriente y al sur, con la avenida Sur o Autopista Sur y al occidente, con la avenida Congreso Eucarístico (carrera 68).

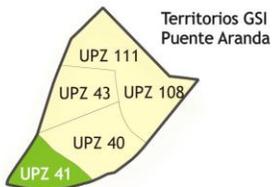
Para el año 2009 el territorio Muzú tenía un total de 19 barrios³⁷ con una población de 57.052 personas, y una densidad poblacional de 231 habitantes/hectárea. Además cuenta con 14.279 viviendas y 17.260 hogares, para un promedio de 1,2 hogares por vivienda. En el territorio predominan las residencias habitacionales de 2, 3 y 4 pisos de estrato 3, en muchas de las cuales se registra la presencia de inquilinatos, igualmente se evidencia la presencia de algunos conjuntos residenciales de apartamentos.

En este territorio se localiza la iglesia Santa Isabel de Hungría, que fue declarada en categoría de conservación integral.

³⁷ Alcaldía Mayor. Secretaría Distrital de Planeación. Op.cit.

Mapa 10. Territorio Muzú

**Hospital del Sur E.S.E. I nivel
Territorio Muzú
Puente Aranda
Bogotá D.C.**



Generalidades Territorio Muzú

Área urb.	Población -2009	Densidad hab./ht
249,42 ht.	57.052	231

LIMITES

Norte: AV 1° de Mayo -UPZ 40 Ciudad Montes
Sur: Auto Sur - Loc. 15 - Loc. 6
Oriente: AV C. de Quito -Localidad 14 Mártires
Occidente: AV 1° de Mayo -UPZ 40 Ciudad Montes

Clasificación: Residencial Consolidado

N° de barrios: 11

Estratos: 3

Centros de atención

16 UPA 26 Alcalá Muzú

17 UPA 46 Santa Rita

Convenciones

- Límite de UPZ
- Vías principales
- Manzanas
- Parques
- Ríos

Fuentes

Población: DANE-SDP, 2007
 Cartográficas: UAEC, 2005

Cartografía y diseño:

Rodrigo Rubio Mendoza
 Gestión Local -Hospital del Sur



Fuente: Hospital del Sur – 2009.

En cuanto a fuentes hídricas, es atravesado por los canales Albino y Rio Seco. Arquitectónicamente se caracteriza por la presencia de callejones cerrados (principalmente en el barrio Muzú), los cuales están rodeados de parques que se encuentran contaminados por los excrementos de los perros callejeros, proliferación de palomas y basuras o algunos de ellos son utilizados como parqueaderos de carros.

La malla vial del territorio cuenta con vías principales que lo limitan; al oriente se encuentra la Avenida Primero de Mayo en el tramo que va de la Avenida Carrera 68 a la transversal 35 Av. Autopista Sur. La Avenida carrera 68 bordea el territorio al noroccidente de la Av. Autopista Sur a la Av. Calle 28 sur. Otra vía principal que atraviesa el territorio es la Av. carrera 50 desde la Av. Primero de Mayo hasta la Autopista Sur, esta vía se destaca por su buen estado. Finalmente la Av. Autopista Sur entre la Avenida carrera 68 y la Av. Primero de Mayo, por la cual opera el sistema de transporte Transmilenio y cubre tres estaciones: NQS Cl 38A sur, General Santander y Alquería.

En cuanto a zonas de riesgos ambientales se caracteriza por presentar un grado urbanístico heterogéneo donde confluyen la vivienda y el comercio y presenta conflicto por contaminación, basuras y control de vertimientos, abandono de rondas, invasión espacio público y por renovación de redes de servicios públicos. Como es generalizado en la localidad de Puente Aranda, se puede afirmar que la contaminación en sus diferentes expresiones, representa el principal riesgo ambiental; aunque al analizar el riesgo tecnológico, es evidente que es menor en este territorio a los del territorio Industrial de la localidad, a causa de la menor presencia de industrias sobre su suelo y su mayor destinación al comercio.

Dentro de los actores institucionales que hacen presencia en el territorio ofertando diversos servicios se encuentra el Hospital del Sur con las Unidades Primarias de Atención –UPA- Alcalá Muzú y Santa Rita donde se prestan servicios de odontología, psicología, dermatología, psiquiatría y medicina general (especialmente para el ciclo poblacional de jóvenes); el Hospital también opera en el territorio con los siguientes programas y proyectos: ámbito laboral, agricultura urbana y fortalecimiento en prácticas saludables AIEPI. Además hacen presencia en el territorio 44 instituciones privadas prestadoras de servicio de salud.

La Secretaría de Hábitat adelanta un proceso formativo para mejorar y generar una cultura de ahorro en hogares que presentan hacinamiento (inquilinos) charlas acompañadas de asesores bancarios y asesorías para acceder al subsidio de vivienda.

En cuanto al sector educativo en el territorio, la Secretaría Distrital de Educación cuenta con tres colegios: Cultura Popular con 1 sede, Andrés Bello con 2 sedes, y los colegios Benjamín Herrera y Julio Garavito Armero con 3 sedes cada uno. En el territorio hay 23 colegios privados³⁸.

³⁸ Colegio Blaise Pascal, Colegio Fernando V de Aragón y Castilla, Colegio Fray Juan de los Ángeles, Colegio Parroquial Monseñor Emilio de Brigard, Colegio Parroquial Santa Isabel de Hungría, Colegio Santiago Felipe, Gimnasio infantil Julio Simón Benavides, Institución Cernoden, Jardín infantil el Patito de Goma, Jardín infantil el Portal de Asturias, Jardín infantil la Casita de Piedra, Jardín infantil Salacuna Rayitos del Sol, Jardín infantil Yuper, Liceo Coquibacoa, Liceo infantil Santa Rita, Liceo infantil Semillitas del saber, Liceo infantil Trencito de papel, Liceo Manantial de Vida eterna, Liceo Pedagógico Aventuras, Liceo Pedagógico Los Conquistadores, Liceo San Bernardo, Preescolar Integral y Psicopedagógico Luminosos.

La SDIS, a través de la SLIS hace presencia en el territorio mediante los siguientes servicios sociales: Proyecto Años dorados: Vejez con Dignidad en donde en el territorio se atienden 200 personas subsidiadas y 3 organizaciones de adultos mayores; Seguridad Alimentaria y Nutricional: se destaca la presencia en el barrio Alcalá del comedor Muzú que atiende 300 personas de todos los ciclos vitales. Atención Integral a niñas y niños: Existe el jardín infantil Alcalá Muzú que atiende 110 niños y niñas.

El ICBF hace presencia con el Jardín Infantil Los Gaticos el cual atiende 222 niños y niñas, además operan 20 HOBIS que atienden 260 niños/as y 05 FAMIS que atienden 60 niños y niñas, 1 puesto de Desayunos infantiles con amor con 95 cupos el salón comunal Alcalá, 3 desayunos industrializados en las escuelas que atienden 2105 niños/as, 4 hogares gestores (niños/as con discapacidad), programa nacional de alimentación al adulto mayor que atiende 60 personas mayores en la JAC del barrio autopista sur.

En lo referente a los actores comunitarios presentes en el territorio se destaca la organización de vendedores ambulantes: OVEDIN la cual agrupa a los vendedores de mercado de plaza que se ubican en el parque Alcalá todos los viernes; también hacen presencia varios grupos juveniles artísticos como: METANOIA BELEROFONTE, ECOFUTURO, SUI JURIS, Organización Artística Mentor, Evolución Arte Callejera además de las agrupaciones juveniles informales los Gansos, los Médicos, Los comandos (barra futbolera) y los FK. Finalmente, en el territorio hay 11 Juntas de Acción Comunal barrial que promueven acciones para la participación ciudadana.

3.3.1.1 Posición social

El territorio social de Muzú es residencial consolidado con lo que se caracteriza como predominantemente residencial con cambios de uso de suelo y una ocupación territorial en aumento no planificada; gran parte de la población habitante del territorio, vive en arriendo y en inquilinatos y aunque el nivel de SISBEN de la población del territorio en su mayoría es 3, se presentan casos como el de proyecto Años Dorados en el que la mayoría de los beneficiarios del programa son SISBEN 1 y 2 .

En lo que se refiere a las actividades económicas, no se posee un dato exacto, con base en la caracterización presentada por el jardín infantil Alcalá Muzú a marzo de 2010, predomina el trabajo informal y el desempleo, También se evidencia que el ingreso de las personas adultas mayores en el territorio es muy bajo, en su mayoría no reciben ingresos y el resto no sobrepasa del 60% de un SMLMV. El 6,7% del total de las viviendas son destinadas para alguna actividad económica, los demás conservan su condición habitacional exclusiva. Existen en el territorio 3.511 establecimientos. Entre ellos se destaca una zona industrial donde se ubican microempresas, industrias de textiles, ebanisterías, carpinterías, además del sector comercial, el cual está conformado por salones de belleza y estética, almacenes de cadena, zonas bancarias, cacharrerías, tiendas, venta de comidas rápidas, sitios de esparcimiento y cultura (tabernas, discotecas, etc.) y en el sector residencial se encuentran inquilinatos, conjuntos residenciales de apartamentos y casas tipo familiar, convirtiéndolo así en un territorio mixto.

Según los datos suministrados por la SLIS en el proyecto de infancia, se puede determinar que la familia que más predomina es la extensa, seguida por la familiar nuclear. Existen núcleos familiares con presencia de mujeres cabeza de hogar quienes no cuentan con un empleo estable y

tienen a cargo niños, niñas o adolescentes.³⁹ Según el proyecto de años dorados de la SLIS se evidencia que los ingresos de los abuelos, son muy bajos, en su mayoría no perciben ingresos y el resto no sobrepasa del 60% de un SMLMV⁴⁰

3.3.1.2 Potencialidades

Dentro de las principales potencialidades del territorio social Muzú se destaca la presencia de 122 parques especialmente zonales y de bolsillo, así como el estadio la Alquería y el Polideportivo Santa Isabel de Hungría para un total de 218.321 metros cuadrados de superficie disponible para la recreación y el deporte.

También se debe resaltar 41 equipamientos públicos de bienestar social, 5 de salud, 34 de educación, 6 de cultura, 9 de culto, 1 de abastecimiento de alimentos, 2 de administración, 1 de justicia y seguridad, para un índice de 18 equipamientos públicos por cada 100.00hb y 571 personas por cada equipamiento .

Otra potencialidad del territorio es la presencia de medios alternativos de comunicación como los periódicos Notitejar y Magazín Comunitario- Don Madrugón. Finalmente, es una potencialidad del territorio la presencia de vías principales que dan acceso y movilidad a los residentes del territorio.

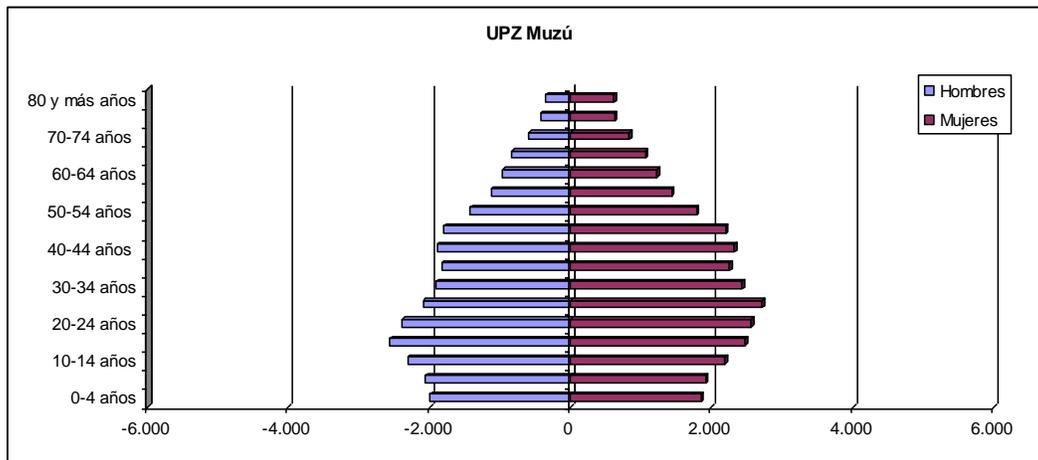
3.3.1.3 Pirámide poblacional UPZ Muzú

Como elemento importante para el análisis de la UPZ, se presenta a continuación la pirámide poblacional que sustenta la realidad en términos poblacionales del territorio. Según su forma, la pirámide es regresiva. El 53% de los habitantes de la UPZ Muzú son de género femenino, siendo el grupo quinquenal de 25 a 29 años el de mayor participación, en cuanto al género masculino el grupo quinquenal más representativo es el de 15 a 19 años. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (39.3 %), seguido de los jóvenes (25.9%), la infancia (21.6%) y la menor participación es la de las personas mayores (13.2%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con un equilibrio en la distribución por género. Como se muestra en Gráfico 47. *Pirámide poblacional UPZ Muzú.*

39 Subdirección Local de Integración Social. Proyecto OIR ciudadanía. 2010

40 Proyecto años dorados. 2010.

Gráfico 46. Pirámide poblacional UPZ Muzú



Fuente: DANE. Proyección población 2005. Año 2009.

En este territorio la mayor presencia de población por etapa de ciclo vital corresponde a adultez, 47,68%, seguido por juventud, infancia y vejez, con 25,41%, 13,72% y 13,19% respectivamente. No obstante el análisis de los núcleos problemáticos arrojó que la ECV más afectada es la juventud, ya que tres de los cuatro núcleos identificados están claramente dirigidos a la población juvenil.

El bajo nivel de ingresos afecta especialmente a la ECV Adultez por ser catalogada como responsable de dar respuesta a la situación de manutención de los hogares, no obstante al no contar con economías solidas se acude al rebusque diario al interior de las familias que ocasiona el abandono del núcleo familiar generando violencias, depresión, baja autoestima y patrones de crianza inadecuados. Esta desatención de niñas y niños impide la detección oportuna de enfermedades potencialmente crónicas como las alteraciones del crecimiento y desarrollo, así como la aparición de trastornos psicológicos y de comportamiento como baja autoestima, bajo rendimiento académico, deserción escolar y uso inadecuado del tiempo libre, con las implicaciones que ello conlleva como convertirlos en sujetos vulnerables de abuso de tipo sexual, trabajo infantil y cualquier otro tipo de maltrato.

La persona adulta es generalmente cabeza de familia por tal motivo no tiene tiempo para recrearse, realizar actividad física, o actividades de ocio y participar en programas que mejoren sus condiciones de calidad de vida, al no contar con un trabajo que garantice el acceso a seguridad social dificulta el ejercicio del derecho a la salud, la precariedad de recursos ocasiona que las familias recorten gastos en algunos de los rubros de la canasta básica principalmente en el consumo de alimentos, que desencadena situaciones de desnutrición o malnutrición y la presencia de enfermedades prevalentes en la infancia.

La falta de ingresos suficientes ocasiona que las y los jóvenes inviertan las prioridades de su proyecto de vida abandonando la formación escolarizada y orientando esfuerzos hacia la consecución de empleo que en la mayoría de los casos es informal o no calificado, la no consecución de un trabajo adecuado puede llevarlos a vincularse a actividades delincuenciales como fuente de ingreso o de escape (venta y consumo de SPA, prácticas sexuales inadecuadas), de esta manera se impide el desarrollo de dinámicas familiares sólidas ya que no se comparten vivencias familiares por estar sobreviviendo a las dificultades económicas originando problemas de

salud mental (baja autoestima) propia en el joven y rechazo social con su actuar, lo cual puede desencadenar en situaciones de violencia intrafamiliar y uso inadecuado del tiempo libre.

El bajo nivel de ingresos en la etapa de ciclo vital vejez impide el adecuado acceso a bienes y servicios que se ve reflejado en dependencia económica de sus familiares y- o cuidadores, afectando su salud mental manifestados en trastornos depresivos, ansiedad y estrés, los cuales suelen ir acompañados de acciones violentas, que se incrementan cuando esta situación es acompañada de abandono o menosprecio por parte de las personas a cargo.

La violencia entre pares juveniles afecta especialmente a las y los jóvenes del territorio que pierden la garantía en el proceso de proyecto de vida y en la planeación frente al futuro, lo cual deriva a otras formas de violencia como la conformación de pandillas para mitigar el abuso de otros, participación en bandas delincuenciales e iniciación en el consumo de SPA, esto produce un miedo frecuente generando depresión, inseguridad y baja autoestima, lesiones personales e incluso la muerte; las niñas y niños que crecen en este contexto lo hacen en medio de pautas de agresión en sus interacciones que son reforzadas en el colegio y hogar, generando en este ciclo problemas de aprendizaje, depresión y maltrato, sí los jóvenes vinculados a la violencia entre pares son parte del núcleo contribuyen al deterioro y la violencia familiar, si por el contrario son jóvenes ajenos al núcleo, “Las y los adultos perciben inseguridad en el territorio por la presencia de enfrentamientos entre pares: bandas juveniles, barras futboleras” .

La ECV juventud también es afectada por los embarazos en adolescentes, debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, las y los jóvenes no miden límites ni tienen conciencia del riesgo, por lo cual mantienen relaciones sexuales inseguras debido a la no puesta en práctica de la información acerca de los métodos de planificación, desencadenando embarazos no deseados que los obliga a cambiar su proyecto de vida siendo este más limitado para la mujer, ya que en muchas ocasiones no cuenta con el apoyo de su pareja convirtiéndose en madres solteras inexpertas e irresponsables, que no asumen su maternidad lo que en ocasiones las lleva a tomar decisiones que ponen en riesgo sus vidas acudiendo a la práctica de abortos en sitios clandestinos.

La afectación directa que se ejerce sobre niñas y niños es que muchos de ella y ellos nacen de embarazos no planeados desarrollando alteraciones que abarcan desde problemas perinatales hasta el desarrollo postnatal como enfermedades congénitas prevalentes e inmunoprevenibles (bajo peso, retardo en el desarrollo) así como fallas en la crianza generando problemas de hiperactividad, agresividad y falta de aceptación y de afecto por parte de sus padres. Padres adolescentes desencadena en fallas en la alimentación, incumplimiento en los programas de crecimiento y desarrollo, esquemas incompletos de vacunación, en sí, negligencia por parte de los padres que evaden las responsabilidades otorgándoles la crianza a terceros como padres, abuelos y tíos,

La principal afectación sobre la ECV adultez y vejez, está relacionada con la responsabilidad que tienen que asumir frente al cuidado y protección de nietos, sobrinos o biznietos según se trate el caso, generando más compromisos económicos y truncando el proyecto de vida, situación que puede contribuir a la generación de violencia intrafamiliar.

Debido a la inseguridad alimentaria que se origina en bajos ingresos, desempleo, la falta de educación y hábitos alimentarios no saludables, las niñas y niños de la UPZ sufren de EDA y ETA,

desnutrición, alteraciones del crecimiento y desarrollo de enfermedades inmunosupresión como consecuencia lleva a un bajo rendimiento escolar y un estado anímico bajo, por su parte la población juvenil presenta desescolarización ya que prefiere el trabajo informal, ingresar a la delincuencia o consumir SPA, esta situación se agudiza en la ECV vejez que presenta alteraciones en su salud, enfermedades osteoarticulares y crónicas.

El consumo de SPA en espacios públicos como parques y zonas verdes del territorio, hace que se genere sensación de inseguridad y se opte por no asistir a estos sitios, esta situación implica un aumento de la inactividad o el sedentarismo de todas las etapas de ciclo.

En los casos que se presenta el consumo de SPA en un integrante del núcleo familiar se generan conflictos al interior de la familia que desencadena en situaciones de maltrato, abuso sexual, depresión y abandono.

El consumo de SPA en las ECV genera pérdida de empleo, falta de estimulación en su presentación personal, ETS, enfermedades crónicas, intoxicación por abuso de consumo SPA y alcohol llegando a un estado de indigencia, prostitución y disminución de la expectativa de vida.

3.3.2 COMO LEEMOS EL TERRITORIO

3.3.2.1 Núcleo problemático 1

Los bajos ingresos y las dificultades para resolver necesidades básicas afectan a un amplio porcentaje de los residentes del territorio que pagan arriendo por sus viviendas, habitaciones o apartamentos en la UPZ Muzú. Estas condiciones generan un contexto favorable para que se presente violencia en la familia, desatención de niños, niñas y personas mayores, trastornos mentales, inseguridad alimentaria y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Las viviendas de la UPZ Muzú son ocupadas, en su gran mayoría, por arrendatarios que debido a la falta de empleo y al continuo avance de la economía informal tienen dificultades para resolver sus necesidades básicas. El 70% de las familias caracterizadas por el programa Salud a su Casa del Hospital del Sur (1403) viven en arriendo, ya sea de una habitación o apartamento, seguido de un 17% que vive en casa propia aun pagándola y un 4% propia pagada totalmente.

El promedio de la población tiene bajos ingresos y desarrolla largas jornadas de trabajo, situaciones que estimulan problemáticas sociales que perpetúan inequidades en la construcción de relaciones familiares y comunitarias: El alto costo de transportes, servicios públicos y alimentos de calidad nutritiva, son factores deteriorantes del estado de salud de dichas poblaciones.

Del total de personas caracterizadas (3146), el 44% se declara trabajador formal, frente a un 14% informal; el total de la población desempleada asciende a un 42%, panorama que evidencia amplios contrastes, pues casi la mitad de la población no cuenta con una fuente continua de ingresos.

Frente a la ocupación, el 36% responde a trabajador no calificado, seguido de un 17,5% de mujeres que manifiestan ser amas de casa. Los niveles de educación, factor fundamental para la

generación de ingresos no se visibiliza con amplios registros, tan solo un 1% de la población tiene formación técnica y/o profesional.

De otra parte, si se evalúa la situación de aseguramiento, directamente relacionada a la vinculación laboral, el mayor porcentaje de población inscrito bajo la figura de vinculado 45,5% permite afirmar que la inestabilidad laboral es característica de la dinámica económica de la UPZ.

Las condiciones de pobreza que reflejan el panorama descrito, necesariamente demuestran como el desempleo y los bajos ingresos, son cada vez más generalizados en Bogotá, ocasionando problemas severos de salud física y emocional. Dicha situación, genera un ambiente propicio para la depresión, el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas y la pérdida diaria de talentos en potencia de niños, jóvenes y adultos.

3.3.2.2 Núcleo problemático 2

Acciones sistemáticas de violencia entre jóvenes (violencia entre pares y/o bandas juveniles) se presentan regularmente en las instituciones educativas y las zonas verdes de la UPZ Muzú, entre las que se encuentran, violencia física, psicológica y emocional, abuso sexual, acoso escolar o bullying y uso de armas. Entre sus causas se encuentra una historia de violencias que se ha incorporado como respuesta a problemas de situación cotidiana.

De acuerdo a una investigación desarrollada por Secretaria de Gobierno 980.000 niños de colegios oficiales caminan para ir y regresar del colegio en la localidad de Puente de Aranda. En tan solo 6 meses se pasó de 50 a 98 colegios en condiciones críticas de violencia en el distrito; la encuesta realizada por la Universidad de los Andes sobre victimización muestra que el 11% de los estudiantes en Bogotá se sienten inseguros dentro de sus colegios y 28% (500.000 niños) se sienten inseguros en el camino de ida y regreso a sus colegios.

Los jóvenes de la UPZ Muzú han incorporado a su cotidianidad la violencia como mecanismo de respuesta, estrategia para la resolución de diferencias, o reafirmación del poder de liderazgo, entre otras. Las prácticas cotidianas y formas de relacionarse y agruparse como noviazgo, barras futboleras, culturas urbanas, o situaciones de exposición social como hurtos y robos, caracterizan los brotes de violencia que experimenta la UPZ en los últimos años.

Esta manera de resolver los conflictos, construir identidades u organizar relaciones, tiene su origen en pautas de crianza inadecuadas, en las condiciones adversas y difíciles de los hogares en materia económica, y en una historia de violencias; estos factores en conjunto, han conducido a edificar los centros educativos como escenarios de violencia que amenazan la integridad física y psicológica de estudiantes y familiares. Los efectos que este tipo de conductas están directamente relacionados con episodios depresivos, deserción escolar y sensación de inseguridad, factores asociados a la autoimagen y autoestima, indicadores del progresivo desmejoramiento de la calidad de vida en la UPZ.

Por ejemplo, en el territorio existen zonas vedadas para la comunidad en general dada la apropiación conflictiva y violenta que bandas o pandillas delincuenciales han hecho de estas. De acuerdo con el diario el Tiempo, en Puente Aranda se han identificado 10 pandillas, proporción mínima a nivel distrital pero significativa a nivel territorial.

Hechos

Pandillas en Bogotá por localidad:

Según EL TIEMPO (29 de febrero de 2008) en Puente Aranda se han identificado 10 pandillas. La mayor cantidad (a pesar de la significativa reducción) sigue estando en la Ciudad Bolívar (186). Le siguen Kennedy (162), San Cristóbal (145), Bosa (135), Usme (131), Suba (118) y Rafael Uribe (104). Con una menor población de pandilleros están las localidades de Engativá (67 grupos), Usaquén (65), Fontibón y Santa Fe (57) y Tunjuelito (35). Las cifras más bajas se registran en Chapinero (14), Mártires (12), Puente Aranda (10), Antonio Nariño (8), Candelaria (7) y Barrios Unidos (6).

3.3.2.3 Núcleo problemático 3

Aumento de embarazos en adolescentes en el territorio social Muzú, marcado por limitadas posibilidades sociales, materiales y culturales para el desarrollo de las y los jóvenes, ligado a problemáticas como la violencia intrafamiliar y la idealización, en algunos casos, de la maternidad como el paso a la adultez e independencia. Estas situaciones afectan el desarrollo de diversos proyectos de vida de las y los jóvenes, en el marco de una vida digna y de calidad.

Los embarazos no deseados en la adolescencia significan un cambio en el modo de vida que estos jóvenes llevaban, pues ellas y ellos deben asumir roles que por su condición física y psicológica no les corresponde. De acuerdo al informe de Gestantes Adolescentes del Hospital del Sur (2008-2009) se reportan 68 embarazos en colegios distritales de la UPZ Muzú, cifras que evidencian la insuficiencia de programas efectivos de educación sexual tanto para adolescentes como para adultos y adultas.

De estas jóvenes, 15 no tenían ninguna vinculación al régimen de seguridad social, lo cual pone de manifiesto que el acompañamiento inmediato y con todos los rigores que amerita esta realidad no se está presentando; las jóvenes en esta condición requieren de un tratamiento de control físico y psicológico adecuado a la gestación.

Por su parte, el registro de nacidos vivos del Hospital del Sur reporta que el porcentaje de madres entre 10 y 14 años en el 2008 fue del 0.1% y el de madres entre 15 y 19 años fue de 14.3%. Los padres responsables de estos nacimientos, que en muchos casos abandonan a la madre o la apoyan escasamente por motivo de su inmadurez psicológica e imposibilidad de generar ingresos estables y suficientes, también registran edades mínimas: en edad de 15 años representan el 0.1 %, de 16 el 0.3 %, de 17 % el 0.9%, de 18 el 1.1 %, y de 19 el 2.6 %. Sin embargo, es importante mencionar como la maternidad temprana es un fenómeno con mayor presencia social que la paternidad adolescente.

De las gestantes identificadas por el Hospital del Sur, el 20% corresponde a gestaciones entre los 14 a los 19 años, evidenciando una amplia concentración de niñas y adolescentes en embarazo. Una de las problemáticas ligadas al embarazo adolescente, además de las sociales, es el bajo peso que significa amplios niveles de riesgo tanto para la madre como para el bebe; riesgo de mortalidad y de desarrollo de enfermedades crónicas hacen parte de las posibles alteraciones.

En este sentido, las y los jóvenes siguen relacionándose con la sexualidad de manera intuitiva, sin conocimientos específicos y con una percepción equivocada del riesgo que implica un embarazo a

temprana edad para sus vidas. La pérdida de oportunidades, tanto para ella como para su familia, la deserción escolar y la perpetuación de la pobreza, son algunos de los efectos evidenciados, además de los trastornos en la salud mental que dicha situación acarrea.

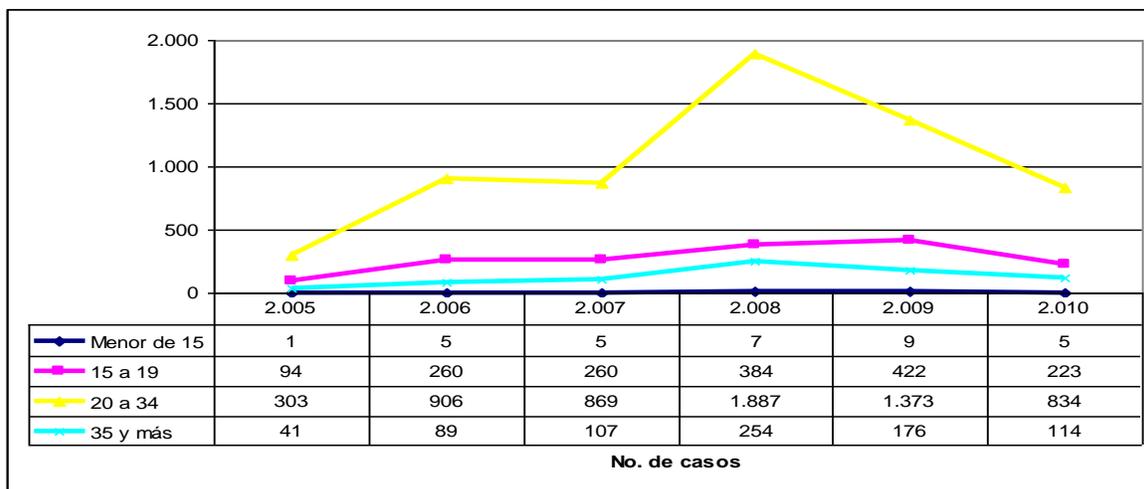
HECHOS

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19), y considera el embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo”⁴¹

Otra problemática enmarcada en el desarrollo de jóvenes es la pronta iniciación de relaciones sexuales, por esto al hacer una reflexión acerca de las problemáticas mencionadas anteriormente se ve la falta de acompañamiento de los padres hacia sus hijos en estos procesos, la falta de comunicación para dialogar acerca de los acontecimientos que ocurren, las inadecuadas pautas de crianza en donde se observa la pérdida de autoridad de los padres, también se identifican diferentes tipos de familia como la mono parental, donde uno de los padres asume la crianza de los hijos y a su vez trabaja para sostener económicamente el hogar haciendo que se limite el tiempo y los momentos para compartir con hijos, es decir que vemos muchos jóvenes que se la pasan la mayor parte del tiempo solos, apoyados por sus pares que por padres.

Fuente: Hospital del Sur: Documento Narrativas por UPZ por PDA y Transversalidad. Proceso de Diagnóstico 2009.

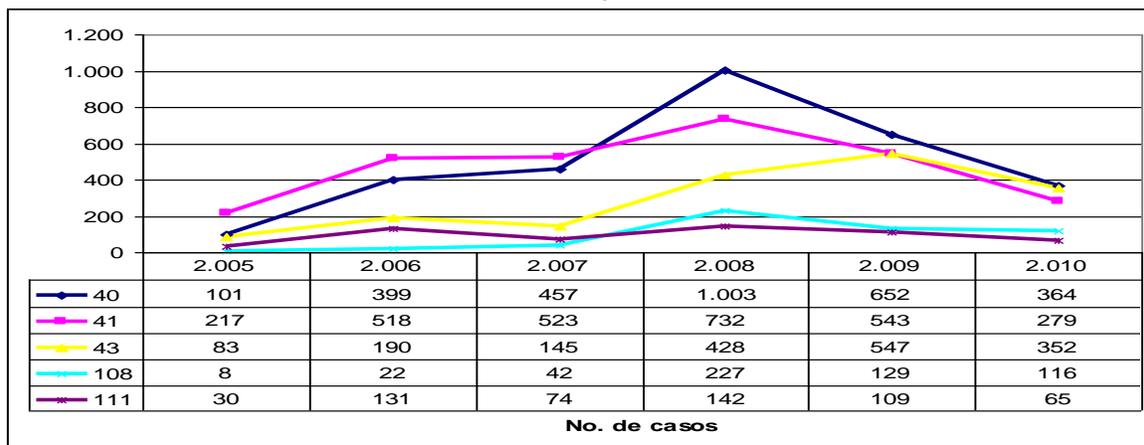
Gráfico 47. Numero de gestantes notificadas al SISVAN según grupo de edad. Localidad Puente Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010



Fuente: SDS. Base de datos SISVAN-GESTA consolidado distrital. Años 2005 a primer semestre de 2010.

⁴¹ http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista187/1_187.pdf

Gráfico 48. Número de gestantes notificadas al SISVAN por UPZ de residencia. Localidad Puente Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010



Fuente: SDS. Base de datos SISVAN-GESTA consolidado distrital. Años 2005 a primer semestre de 2010.

3.3.2.4 Núcleo problemático 4

En los últimos años en la UPZ Muzú se ha incrementado el consumo y venta de SPA entre los jóvenes como resultado del alto índice de desempleo, de desescolarización, y la falta de oportunidades que afecta a este grupo poblacional, sumado a los problemas de disgregación que estas mismas causas ocasionan en las familias; la falta de ocupación concreta las y los arroja a las calles y esto facilita que puedan establecer roles con personas pares y de otras edades que los inducen al consumo. Esta condición los hace ocupar espacios públicos destinados a la recreación o al tránsito generando sensación de inseguridad en el vecindario. Pero el problema se torna en círculo y engendra más pobreza, violencia, deserción escolar, inseguridad y enfermedades.

El uso de los parques, las zonas verdes y lugares de tránsito por parte de consumidores de SPA genera la percepción de inseguridad en estos sitios, por lo que los padres de familia prefieren niñas y niños y jóvenes no salgan de sus casas propiciándose inactividad y el sedentarismo en estas etapas de ciclo.

En algunas de las calles principales de la UPZ Muzú se encuentran un gran número de bares y centros de diversión donde la venta de alcohol y droga es un factor de riesgo para los estudiantes que tienen que pasar y cruzar por estos sitios, de igual manera la comunidad educativa refiere que alrededor de los colegios operan “ollas” de venta de droga y las pandillas hacen presencia a la salidas de los colegios, a pesar de la proximidad de la policía.

El consumo de drogas (marihuana, cocaína, bazuco) la mayor parte de las veces ocurre alrededor del colegio, sin embargo algunas y algunos docentes han referido haber identificado situaciones de consumo y venta al interior de algunos colegios, asociado a algunos estudiantes que hacen parte de pandillas y tienen antecedente por cometer conductas delictivas.

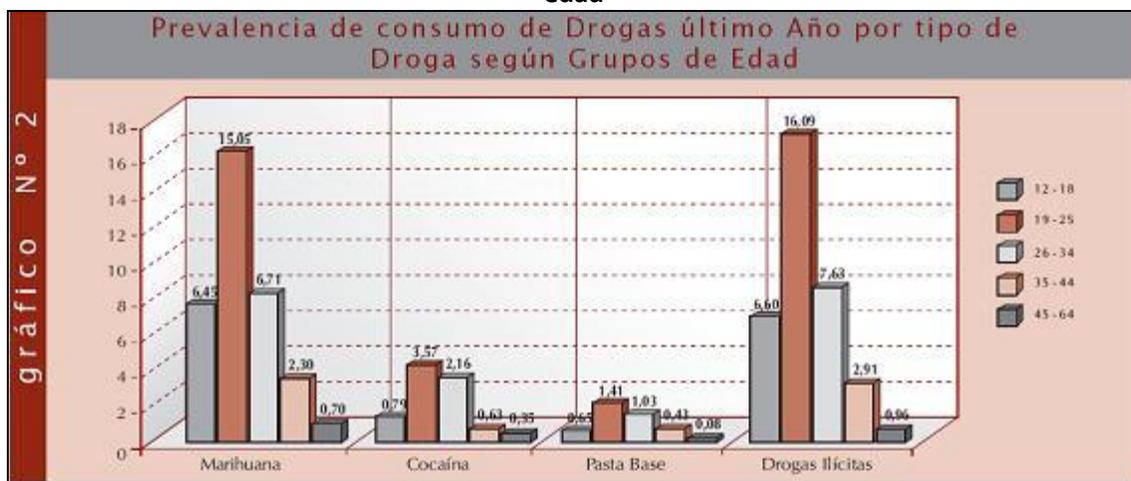
Con respecto al consumo de psicoactivos legales se ha encontrado que el consumo de alcohol puede ser caracterizado como un factor de riesgo para la violencia contra las mujeres, de acuerdo

con cifras de agresiones del Sistema de Vigilancia de Violencia y Maltrato (SIVIM) del Hospital del Sur, de un reporte de 23 casos de violencia donde alguna sustancia estuvo involucrada 3 fueron propiciadas a hombres y 20 a mujeres, es decir 13% y 87% respectivamente y en el 100% de los casos se involucró el alcohol como sustancia.

En la capital de la República, datos de la Secretaría Distrital de Salud revelan que en el 37.7% de los casos de abuso de sustancias psicoactivas atendidos en 2007, las víctimas fueron menores de edad. Por su parte, una encuesta realizada por la Universidad de los Andes y el DANE entre más de 87.000 alumnos de los colegios de la ciudad, determinó que el 2.7% de los estudiantes de grados noveno décimo y un décimo han consumido drogas como marihuana, bazuco, éxtasis o sustancias de inhalación y más del 17% de los alumnos sabe dónde comprarlas .

De acuerdo con el reporte de Policía de Infancia y Adolescencia de Bogotá en el año 2008, la población ubicada en el rango de edad entre los 14 y 17 años fueron los más afectados por el consumo de sustancias psicoactivas, toda vez que de los 1.590 casos atendidos por esta institución, 1.303 estuvieron ubicados en este rango de edad, que representa el 81.9%. seguido por el rango ubicado entre los 10 y 13 años con el 17.8% y los de 5 y 9 años con el 0.3%.

Gráfico 49. Prevalencia de consumo de drogas año 2009 por tipo de droga según grupo de edad



Fuente: <http://consumodedrogasyalcoholenjvenes.blogspot.com/2009/10/propuesta-proyecto-cfg-grupo-4.html>

HECHOS:

La señora Mery Suta de la localidad de Puente Aranda señala: "Aquí toca ir con los niños al parque, solos no los puedo dejar ir a pesar de vivir frente al parque porque siempre están fumando marihuana y si uno les reclaman antes nos amedrentan. También nos han robado y siempre llamamos a la policía ya que tenemos un CAI a 2 cuadras y a veces ni pasan y cuando lo hacen se demoran más de 1 hora y pasan en moto dan una vuelta y siguen sin siquiera entrar al parque a revisar a los muchachos que están ahí".

Fuente: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo189723-policia-de-bogota-arresta-diariamente-17-personas-consumo-de-droga>

3.4 TERRITORIO 3. SAN RAFAEL

3.4.1 DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO

El territorio San Rafael se localiza al occidente de la localidad de Puente Aranda, tiene una extensión de 329 hectáreas, equivalentes al 19% del suelo de esta localidad y un área protegida de 10.29 de hectáreas. Limita por el norte con la avenida de las Américas; al oriente con la avenida de los Comuneros (diagonal 6ª); al sur con la avenida del Ferrocarril del Sur y al occidente, con la avenida Congreso Eucarístico (carrera 68). Según Planeación Distrital está conformado por los barrios Barcelona, Galán, Brasilia, Camelia Sur, Colonia Oriental, Colon, La Pradera, Trinidad, El Arpa y la Lira, Milenta, San Francisco, San Gabriel, Nueva primavera y San Rafael.

En materia ambiental hay que señalar que San Rafael es atravesado por el canal del Río Fucha y el canal de los Comuneros (Calle 3), altamente contaminados por los desechos arrojados por los habitantes de la calle y la comunidad en general, generando a su vez la proliferación de roedores y vectores. Otro problema relacionado y compartido con toda la localidad de puente Aranda es la contaminación en todas sus expresiones ocasionada por la presencia de un alto número de industrias en el sector. Este es el problema más crítico de san Rafael.

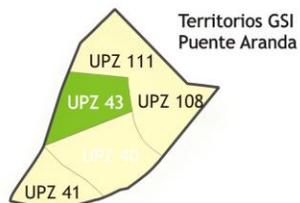
Se registran 12.304 viviendas y 21.304 hogares lo que supone un promedio de 1.78 hogares por vivienda. Así mismo tiene una cobertura total de servicios públicos domiciliarios, algunas zonas verdes insuficientes para los requerimientos de su población infantil, de jóvenes y adultos. La malla vial por el contrario cuenta con vías principales como Avenida 68, Avenida 6 o Comuneros, Calle 3, Avenida del ferrocarril del Sur, Avenida Américas y Carrera 60, lo que garantiza un buen acceso al servicio de transporte público. Sin embargo, se ha venido presentando un desmejoramiento en las condiciones de vida de sus habitantes, evidenciado por el número creciente de viviendas multifamiliares, conocidas como inquilinatos que implican necesariamente hacinamiento. También es notable la transformación de construcciones destinadas a vivienda en construcciones para la industria y el comercio. En algunos pocos sectores como Milenta, se construyen edificios de propiedad horizontal dotados de parques amplios. La estratificación predominante es la 3, aunque no hay una relación acertada entre la vivienda y la condición socioeconómica de quienes la habitan, especialmente en aquellas que sirven de inquilinatos. Un ejemplo es la clasificación del SISBEN puesto que el estrato de la casa es 3 pero el nivel del beneficiario es 1 o 2, como lo registra el proyecto “años dorados” de la SLIS..

La población censada en este territorio es de 76.749 habitantes de los cuales el 98% se ubican en el nivel económico medio-bajo; presenta una densidad de población de 236 habitantes por hectárea, densidad inferior a la de la localidad y el distrito. En el 2009 la densidad de población urbana de la localidad de Puente Aranda es de 149 habitantes por hectárea, que está por debajo de la densidad de Bogotá que registra 175 habitantes por hectárea. Con respecto al territorio San Rafael registra 236 habitantes por hectárea.

En materia económica se presenta una tasa alta de trabajo informal, lo que hace manifiesto la vulnerabilidad de esta población en asuntos de derechos.

Mapa 11. UPZ San Rafael

Hospital del Sur E.S.E. I nivel
Territorio San Rafael
Puente Aranda
Bogotá D.C.



Generalidades Territorio San Rafael

Área urb.	Población -2009	Densidad hab./ht
327,45 ht.	76.749	235

LIMITES

Norte: AV Américas -UPZ 111 Puente Aranda
Sur: AV Ferrocarril -UPZ 40 Ciudad Montes
Oriente: AC 6 -UPZ 108 Zona Industrial
Occidente: AK 68 -Localidad 8 Kennedy

Clasificación: Residencial Consolidado

N° de barrios: 14

Estratos: 3

Centros de atención

- 19** CAMI Trinidad Galán 17
- 22** UPA 11 Puente Aranda

Fuentes
Población: DANE-SDP, 2007
Cartográficas: UAECD, 2005

Cartografía y diseño:
Rodrigo Rubio Mendoza
Gestión Local -Hospital del Sur



Fuente: Hospital del Sur – 2009.

Como en toda la localidad 16 de puente Aranda, se puede afirmar que la contaminación en sus diferentes expresiones, representa el principal riesgo ambiental, en este territorio se encuentran pequeñas industrias

El territorio está conformado por barrios tradicionales y residenciales el estrato que prevalece en el territorio es el 3, aunque muchas personas especialmente en condición de discapacidad viven en arriendo y en inquilinatos . De la misma forma el nivel de SISBEN en su mayoría es 3 sin embargo se presentan casos como el de proyecto años dorados de la SLIS en el que la mayoría de los beneficiarios del programa son SISBEN 1y 2 .

El territorio social presenta una tasa alta de trabajo informal, lo que evidencia en esta población un estado de fragilidad social, ya que varios de sus derechos se vulneran al trabajar en estas condiciones.

En el territorio se ha venido presentando un desmejoramiento en las condiciones de vida de sus habitantes, evidenciado por el número creciente de viviendas multifamiliares, conocidas como inquilinatos que presentan hacinamiento.

Este territorio cuenta con 12.304 viviendas y 21.304 hogares lo que supone un promedio de 1.78 hogares por vivienda, tiene cubrimiento total de servicios públicos domiciliarios; y, cuenta con zonas verdes, parques y lugares de recreación.

El barrio Milenta, se destaca por su ubicación y la presencia de viviendas de construcción reciente, dotación de parques amplios y edificios de propiedad horizontal.

En el territorio hay actores de organizaciones sociales y comunitarias, entre las que se cuenta: la mesa territorial de calidad de vida, comité de usuarios del CAMI, asociaciones de padres de familia, juntas de acción comunal, organizaciones juveniles y de adultos mayores, las cuales realizan actividades en pro del bienestar de sus habitantes.

En el territorio se identificaron diferentes tipos de actores institucionales, entre los que se encuentran: la Alcaldía Local, personería, contraloría, secretaria de cultura, la Junta Administradora Local, el hospital del Sur, la Secretaría Local de Integración, el DILE, la Policía Nacional, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, IDPAC, Registraduría Auxiliar de Puente Aranda, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Hábitat, el consorcio Aseo Capital, que prestan diversos servicios a la comunidad dependiendo del sector en el cual se encuentran dentro de la estructura de gobierno distrital.

Posición social

En el territorio se identificaron diferentes tipos de actores institucionales, entre los que se encuentran: la Alcaldía Local, personería, contraloría, secretaria de cultura, la Junta Administradora Local, el hospital del Sur, la Secretaría Local de Integración, el DILE, la Policía Nacional, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, IDPAC, Registraduría Auxiliar de Puente Aranda, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Hábitat, el consorcio Aseo Capital, que prestan diversos servicios a la comunidad dependiendo del sector en el cual se encuentran dentro de la estructura de gobierno distrital.

Además cuenta una buena dotación institucional que permite el desarrollo de importantes potencialidades para la comunidad, tales como el CAMI de Trinidad Galán, los cinco jardines de la Secretaría de Integración Social; el comedor comunitario en el barrio Colón presentado como una alternativa de solución a la problemática económica de la población en grado de vulnerabilidad, en lo que se ha denominado la pobreza oculta; un Centro de Desarrollo Comunitario, el ICBF tiene en el territorio su sede central de la localidad, que cuenta con 21 Hobbis que benefician a 273 niños y niñas y 2 Famis que prestan sus servicios a 12 familias y un promedio de 24 niños.

En el sector existen 3 colegios distritales que cubren una buena porción de la población infantil y juvenil de los barrios circunvecinos, los colegios José Manuel Restrepo, Silveria Espinosa de Rendón y Sorrento, y una importante presencia de colegios privados tales como el Caldas Holguín, Nuestra señora del Rosario, colegio del Santísimo sacramento, José Allamano, Lope de vega, Luis Concha Córdoba, Nuestra señora de la Salette, entre otros.

Hay dos CAI de la policía, uno en el barrio Galán sobre la Cr 56 y otro sobre la calle 6ª en el barrio Gorgonzola, y varias Iglesias de diferentes cultos, lo cual refleja la diversidad cultural existente, católicos, testigos de Jehová, cristianos de varias vertientes, a las cuales acude la comunidad diariamente y en especial los domingos.

En el territorio hay actores de organizaciones sociales y comunitarias, entre las que se cuenta: la Mesa Territorial de Calidad de Vida, .Comité de Usuarios del CAMI, asociaciones de padres de familia, juntas de acción comunal, organizaciones juveniles y de adultos mayores, las cuales realizan actividades en pro del bienestar de sus habitantes. El territorio cuenta con 15 salones comunales.

Dispone de una zona amplia de comercio que se encuentra ubicada en la carrera 56 entre la calle entre la calle 2da y la calle 5ª, donde se desarrolla comercio de almacenes de ropa, calzado, misceláneas, panaderías, heladerías, supermercados, entidades financieras, bares, ventas de vendedores ambulantes, etc.

La caracterización urbanística de territorio social San Rafael es residencial consolidado, es decir, sectores consolidados de estratos medios de uso predominantemente residencial, donde se presenta actualmente un cambio de usos y un aumento no planificado en la ocupación territorial . El territorio está conformado por barrios tradicionales y residenciales de estrato tres (3), en cifras, el 98% se ubican en el estrato medio-bajo, entre tanto el restante 2% en población sin clasificar .

Por otra parte, el territorio cuenta con un corredor comercial sobre la carrera 56 entre la calle 5ª y la calle 2ª, donde se desarrolla un comercio de almacenes de ropa, calzado, misceláneas, panaderías, heladerías, supermercados, entidades financieras, bares, etc.

En el barrio Galán se encuentra la plaza de mercado Trinidad Galán, la cual es un punto histórico de encuentro social. Siendo el principal punto de abastecimiento de alimentos del sector.

Potencialidades

En el territorio se han identificado actores institucionales, entre los que se encuentran: la Alcaldía Local, el hospital del Sur, la Secretaría Local de Integración, el DILE, la Policía, el Instituto Distrital

de Recreación y Deporte, IDPAC, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Hábitat, el consorcio Aseo Capital, que prestan diversos servicios sociales a la comunidad como proyectos culturales, de salud, ambientales, atención de emergencias, asistencia alimentaria, entre otros.

De otro lado se encuentran actores de organizaciones civiles y sociales, entre las que se pueden contar: la mesa territorial de calidad de vida, comité de usuarios del CAMI, asociaciones de padres de familia, juntas de acción comunal, ASOARANDA, organizaciones juveniles y de adultos mayores, que en conjunto son una potencialidad para el bienestar de la comunidad y las nuevas generaciones.

A nivel educativo el territorio cuenta con 21 HOBIS, 2 FAMIS, 3 colegios distritales; 24 colegios privados, que ofrecen educación preescolar primaria y bachillerato.

Las vías principales que rodean y atraviesan el territorio facilitan el transporte de los habitantes, lo que hace que las rutas de transporte sean variadas y circulen por todo el territorio, permitiendo la movilidad desde y hacia otros destinos de la ciudad.

La zona comercial que tiene el territorio sobre la carrera 56 se ubica almacenes de ropa, calzado, misceláneas, panaderías, droguerías heladerías, supermercados, entidades financieras, bares, ventas de vendedores ambulantes. Lo mismo que sobre la avenida de las Américas y la avenida 68 hay oficinas bancarias, restaurantes, EPS, comercio de muebles y colchones, y la existencia de pequeñas y medianas empresas en el costado nororiental del territorio.

La pequeña y media industria que se ha ido ubicando en ciertos puntos del territorio, especialmente en el barrio San Rafael, es un punto de aprovechamiento para generación de empleo y articulación entre sectores públicos y privados.

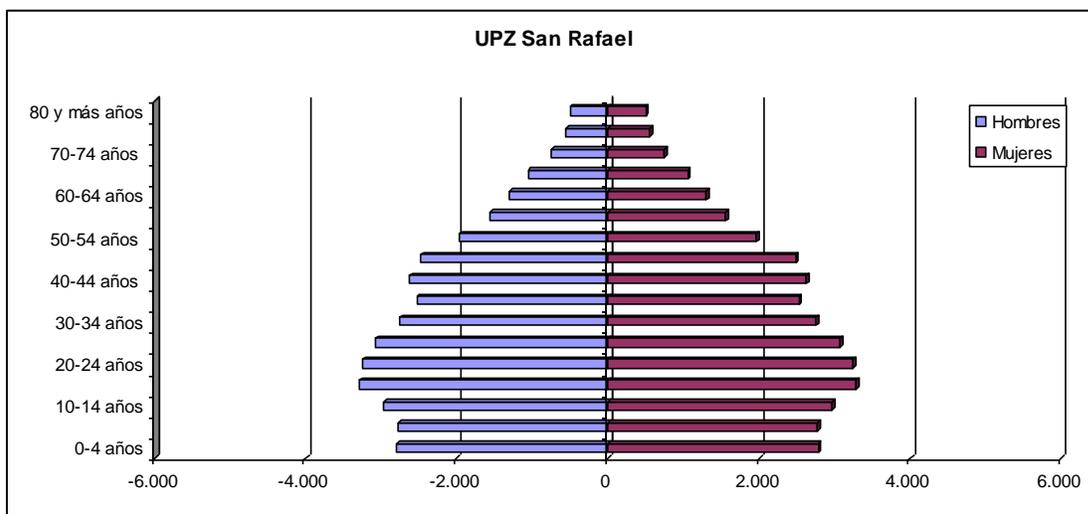
Las Juntas de Acción comunal apoyan los procesos de mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, promueven acciones para la participación ciudadana y el bienestar de la población.

El Centro de Desarrollo Comunitario Galán (CDC), que ofrece diversos servicios a la comunidad entre los que se encuentra: convenios con el SENA y cursos que la Secretaría de Integración Social ofrece a través de ONG, lo que busca que la comunidad se capacite y tenga mayores oportunidades laborales. Así como también es un espacio en el cual organizaciones comunitarias realizan actividades lúdicas, el caso de varias asociaciones de adulto mayor-

El territorio también cuenta con dos CAI de la policía, uno en el barrio Galán sobre la Cr 56 y otro sobre la calle 6ta en el barrio Gorgonzola, lo mismo que la Registraduría auxiliar de Puente Aranda.

3.4.1.1 Pirámide poblacional UPZ San Rafael

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



Fuente: Proyección censo DANE 2005. Año 2009.

En el territorio de San Rafael se han definido prioritariamente los siguientes núcleos problemáticos consumo y venta de spa, violencia intrafamiliar, barreras de acceso para las personas en condición de discapacidad, inseguridad alimentaria, deficiencia en la prestación del servicio de salud, los cuales han venido afectando a la infancia, juventud, adultez y vejez.

En cuanto a las barreras de acceso a las personas en condición de discapacidad se marcan notablemente por el desconocimiento del contexto de vulnerabilidad de dicha, lo que no permiten integrarlos a programas sociales, de educación, salud, movilidad, agudizando las brechas de inequidad e incrementando la severidad de la discapacidad y la vulneración de sus derechos. La infancia en las personas en condición de discapacidad es difícil porque son objeto de burlas por parte de las personas que no comprenden que esta es una forma de maltrato. Hace falta mucha concientización para que esto no ocurra y por el contrario se le brinde un trato digno y respetuoso.

La violencia intrafamiliar se presenta dentro de las cuatro ECV, muchas veces por la falta de un empleo estable se recurre al rebusque, aumentando la informalidad ocasionando que los niños sean utilizados para la mendicidad y en otros casos sean obligados a trabajar dejando sus estudios y disminuyendo sus posibilidades de un mejor futuro, en otros casos el abandono de los niños y el poco tiempo que se les dedica para interactuar con ellos. Las personas mayores son tratadas de forma inhumana, muchas veces llegando al abandono por parte de los mismos familiares. No solo el maltrato físico sino psicológico afecta la calidad de vida de la población infantil por que los hace retraídos, violentos, rebeldes y en el peor de los casos se ven obligados a abandonar sus hogares conduciéndolos a las drogas y al alcohol, a formar pandillas para atracar y tener el dinero para consumir sustancias psicoactivas, incrementando la inseguridad.

La difícil situación económica desata una serie de problemas como el desempleo, la delincuencia, el incremento de habitantes de calle, pandillismo, desintegración familiar, suicidios, prostitución, violencia y maltrato entre otros.

La inseguridad alimentaria, aunque la población que reside en este territorio es caracterizada dentro de un estrato medio, existe una pobreza oculta que no tiene los recursos para suplir las necesidades alimentarias generando bajo peso, anemia, malnutrición, desnutrición y hasta morbilidad por hambre, esto afecta con mayor fuerza a la infancia y la vejez. En la población infantil los problemas por mala alimentación pueden ocasionar bajo rendimiento escolar y muchas veces deserción escolar.

El consumo de sustancias psicoactivas no solo las drogas sino el alcohol ha ido incrementando día a día dentro del territorio la venta de estas sustancias a las salidas de los colegios, expendios clandestinos que no se visibilizan fácilmente, el inadecuado uso de los parques se ha hecho evidente afectando a los jóvenes principalmente, las acciones en busca de la erradicación se han quedado cortas y por el contrario la problemática ha aumentado.

La infancia, la juventud e incluso la adultez, se han venido relacionando de manera directa con el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias. El déficit en programas de dispersión y recreación de la UPZ, incide de forma determinante en los posibles efectos que dicho consumo pueda tener, tanto para la salud del individuo como de su entorno. La manifestación de trastornos mentales y comportamentales es uno de los efectos evidenciados.

En la infancia afecta en dos sentidos, primero, se ha observado que algunos casos de maltrato infantil (negligencia, violencia física y emocional) se asocian con el consumo de SPA de alguno de los progenitores. En segundo lugar, igualmente se ha observado desde la intervención del SIVIM acercamiento a las SPA o consumo inicial de los niños y niñas debido a la facilidad de acceso, en sus hogares, en sus instituciones educativas o por jóvenes del sector.

La juventud es el ciclo vital con mayor vulnerabilidad frente al inicio del consumo y su permanencia, se ha visto asociado a conflictos familiares, presión social, facilidad de acceso y recursos ineficientes para el manejo adecuado del tiempo libre. En el ciclo vital adulto existe consumo en algunos casos que se asocia a la violencia intrafamiliar, como detonante o como vía de escape, este hábito se refuerza por los erróneos imaginarios sociales y la aceptación del consumo en el caso del licor. En el ciclo vital vejez se han observado casos de víctimas de maltrato pertenecientes a este ciclo por agresores consumidores de SPA, por lo general hijos o compañeros afectivos.

3.4.2 COMO LEEMOS EL TERRITORIO

3.4.2.1 Núcleo problematizador No. 1

La infancia, la juventud e incluso la adultez, se han venido relacionando de manera directa con el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias. El déficit en programas de esparcimiento y recreación de la UPZ, incide de forma determinante en los posibles efectos que dicho consumo pueda tener, tanto para la salud del individuo como de su entorno. La manifestación de trastornos mentales y comportamentales es uno de los efectos evidenciados.

De acuerdo a la Línea de Saneamiento Básico del Hospital del Sur, de 234 establecimientos visitados en la UPZ San Rafael, el 18% corresponde a expendios de bebidas alcohólicas, ya sea cigarrerías, bares, tiendas, para compra o consumo. Esta situación, evidencia ciertas condiciones de facilidad para el consumo y propicia escenarios sociales donde las riñas y violencias callejeras son prácticas del día a día.

El foco de dicho consumo, se centraliza y expande por medio de la zona comercial de la carrera 56 entre calle 3 y 8. Dado el amplio número de discotecas y restaurantes o expendios nocturnos de comida, el sector se ha caracterizado como nodo para el mercado de sustancias psicoactivas ilegales como marihuana, cocaína, bazuco, entre otras.

La actividad ilegal en el espacio público, aumenta la vulnerabilidad del mismo y acarrea problemas en las personas que allí habitan; ya sean situaciones concretas como riñas callejeras o molestia por la percepción social que existe sobre el consumo de sustancias ilegales. Los y las habitantes del sector han manifestado su descontento y hecho explícito su desacuerdo frente a la posibilidad de ampliación del sector con la apertura de nuevos bares o tabernas, situación aún más compleja si se tiene en cuenta la constante presencia de las y los jóvenes que luego de la jornada escolar apropian el sector para departir, exponiéndose de manera más directa al consumo temprano e irresponsable de alguna de las sustancias que allí es posible conseguir.

La venta de droga, aunque no es el mayor factor asociado a la delincuencia, si genera matices de inseguridad e inconformidad en la comunidad. La relación directa esta en fenómenos como la formación de pandillas o bandas de jóvenes que luchan entre sí por mantener el poder en el negocio. Es decir, se trata de un hecho asociado a delitos de impacto social como hurtos y otros.

Además de los daños fisiológicos que el alcohol así como otras sustancias no legales, puede producir en el organismo, como cáncer, alteraciones neuronales, problemas respiratorios, entre otros; también se presentan problemáticas relacionadas con la salud mental como el deterioro en la presentación personal, el déficit en la autopercepción y comportamientos autolesivos como la conducta suicida. Además son evidentes los problemas sociales que el consumo irresponsable de este tipo de sustancias puede generar, tanto en el espacio público como en el privado, entre las que podemos encontrar, violencia contra la mujer, violencia en la escuela, violencia social, discapacidad por causa externa, trastornos mentales entre otros.

SIVIM, el sistema de vigilancia para violencias y maltrato del Hospital del Sur, ha incorporado en sus registros violencias relacionadas con SPA dada la relación entre estas dos conductas. De acuerdo con la base de agresores se han señalado 4 casos de conductas agresivas relacionadas con

el consumo de psicoactivos, que aunque no son significativas estadísticamente, permiten afirmar las implicaciones y riesgo de contextos no regulados social ni individualmente. Esta situación introduce a San Rafael en una compleja dinámica de violencias, que redundan en una difícil situación de convivencia y una sensación de inseguridad constante en la comunidad.

3.4.2.2 Núcleo problematizador No. 2

La disminución de los ingresos de la población, asociada a la crisis económica del país, ha significado el retorno de familias a su hogar paterno o materno y el traslado de las mismas a inquilinatos; estas nuevas condiciones propician violencia al interior de la familia, problemas de comunicación, relaciones de pareja disfuncionales y pautas inadecuadas de crianza, entre otras. Dicha violencia se traslada al ámbito escolar donde niños y niñas reproducen los patrones de violencia de sus padres, creando dificultades académicas, de convivencia, y de deserción escolar.

La situación expuesta, directamente relacionada con el hacinamiento presente en la UPZ, significa problemáticas estructurales de la sociedad en general; la violencia, se ha organizado como un mecanismo de respuesta a diferentes situaciones cotidianas, interiorizándose en los marcos de comportamiento de niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres.

De acuerdo con la caracterización desarrollada por Salud a su Casa, de 1200 familias visitadas por los promotores de la salud, 787 familias comparten una habitación con 1-3 personas, 59 es decir el 5%, comparten una habitación con 4 a 9 personas; 141 familias tienen como vivienda una pieza y 4 una carpa. Estas condiciones son un factor de riesgo para la salud mental de una comunidad, pues la situación de hacinamiento día a día se complejiza, y el desplazamiento de familias por condiciones económicas a las viviendas de sus padres o madres se incrementa.

Este panorama, muestra que la inestabilidad e insuficiencia del ingreso, debido a que las políticas gubernamentales no ofrecen las posibilidades de un trabajo digno, lo que fomenta escenarios de violencia, delincuencia, la reducción de espacios para la intimidad, las condiciones arquitectónicas con deficiente luz, espacio reducido, baja ventilación, son elementos que dificultan la resolución de la convivencia.

De acuerdo con SIVIM, se reportaron 268 casos de violencia en el año 2009 en la UPZ San Rafael. La violencia física presenta los mayores reportes, seguidas de abandono, la negligencia, y la sexual. Es importante mencionar como dentro de los diferentes tipos de violencia se incluye la violencia emocional, que se traduce en insultos, subvaloración de ideas, actitudes, actividades, situación directamente relacionada con la autoimagen y autoestima, y por consiguiente, con la manera a partir de la cual el individuo se relaciona con sus pares, instituciones y demás miembros de la sociedad civil en el diario vivir.

De otra parte, la historia de violencias en el hogar puede caracterizar un panorama de violencias en la escuela. El ámbito escolar del Hospital del Sur, en el censo C 600 del 2009, identifico que las razones asociadas a la deserción escolar de las IED Silveria Espinosa, Sorrento y José Manuel Restrepo, están en directa relación con experiencias de violencia escolar y/o violencia intrafamiliar; la tasa de deserción cercana al 17% indica el complejo fenómeno de deserción escolar va en aumento en los colegios del estado en la UPZ San Rafael.

Tabla 22. Tabla Tasas de aprobación, reprobación y deserción en colegios oficiales distritales de la Localidad de Puente Aranda Año 2008-UPZ 43

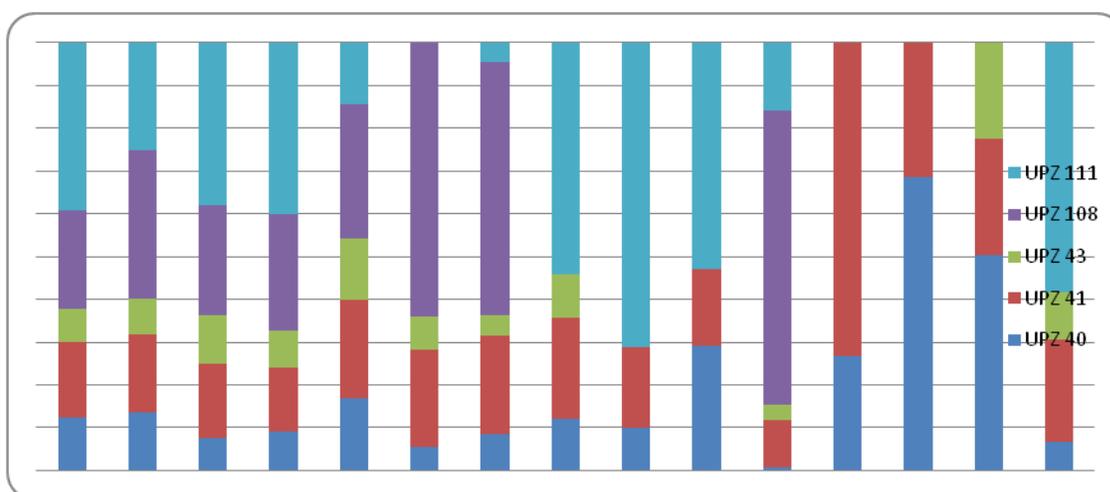
Colegio	Tasa Aprobación	Tasa Reprobación	Tasa Deserción
COL SILVERIA ESPINOSA DE RENDON	90,12	4,42	5,47
COL SORRENTO	83,06	12,21	4,73
COL JOSE MANUEL RESTREPO	88,97	4,42	6,61

Fuente: Secretaria d Educación Distrital – Caracterización sector educativo - 2009.

Tabla 23. Tabla Distribución porcentual del empleo y desempleo de la población de la UPZ 43. Equipo 28 San Rafael - SASC.

San Rafael	Empleo	Desempleo	Total
FRECUENCIA	1.088	1.784	2.872
PORCENTAJE	37,8%	62,2%	100%

Gráfico 50. Proporción de incidencia de violencia intrafamiliar *1.000 habitantes por edad y UPZ. Localidad de Puente Aranda. Año 2009



Fuente: Base de datos SIVIM- Secretaría distrital de Salud. Año 2009

3.4.2.3 Núcleo problematizador No. 3

La normatividad vigente y los criterios de focalización para acceder a servicios sociales se caracterizan por el desconocimiento del contexto de vulnerabilidad de la población, situación que perpetúa una desventaja estructural para las personas en condición de discapacidad. Por tales razones, las múltiples barreras de acceso que las personas en condición de discapacidad encuentran día a día (a programas sociales, de educación, salud, movilidad), profundizan las brechas de inequidad e incrementa la severidad de la discapacidad y la vulneración de sus derechos.

La localidad de Puente Aranda registra 10968 personas con algún tipo de discapacidad; de estas, el 21% viven en la UPZ San Rafael es decir 2347 personas. Las mujeres siguen siendo quienes registran mayores índices de discapacidad con un 65% del total frente a 35% de los hombres. Dado que el continuo avance de la edad se caracteriza como un riesgo para la discapacidad, pues los factores de exposición aumentan, son las etapas del ciclo vital adultez y vejez las más afectadas.

Si se analizan las principales alteraciones permanentes de la población, el panorama se complejiza, dado que se evidencia la severidad de la problemática en la UPZ y la urgente necesidad de articulación y construcción de respuestas integrales por parte de las instituciones locales, distritales y nacionales. Discapacidad por movimiento, problemas con el aparato respiratorio y del sistema nervioso, registran los mayores índices de presencia en el territorio; situaciones que restringe la autonomía de sujetos y sujetas, y modifican sus rutinas diarias. El desplazamiento, constante cuidado por terceros, consumo de medicamentos y dietas específicas son algunos de los factores que se visibilizan.

Dentro de las principales barreras que se identifican, está la ausencia de enfoque diferencial para acceso a servicios sociales. Por ejemplo, para un niño en condición de discapacidad, el acceso a la escuela se torna dificultoso dado el bajo número de cupos ofertados: en la UPZ solo existe un colegio con la capacidad técnica e intelectual para trabajar con ellos y ellas. De otro lado, los centros para rehabilitación son insuficientes, acentuando cada día los problemas de dichas personas sumado al déficit en la arquitectura vial que desfavorece la movilidad, tanto para recreación y esparcimiento como para acceso a servicios de salud.

Al parecer la política pública de discapacidad no colma las necesidades específicas de la población, pues por un lado, las instituciones avanzan a paso lento en la adecuación física-estructural de sus centros de atención y de programas especializados para la población, y por otro, los procesos organizativos, pese a sus adelantos, aun no cuentan con reivindicaciones conjuntas y criterios específicos independiente de la alteración o discapacidad que el individuo presente. El consejo local de discapacidad ha intentado cumplir con esta función sin el eco esperado en las diferentes instituciones relacionadas. Por ejemplo, los 3 proyectos que anualmente la Alcaldía Local de Puente Aranda ejecuta, cuentan con una cobertura no superior de 150 personas, cobertura que no se corresponde con las necesidades especificadas de la población.

Tabla 24. Tabla Número de personas en condición de discapacidad – UPZ 43

	No	%	SEXO		ETAPAS DE CICLO VITAL						
			Hombres	%	Mujeres	%	0 A 9	10 A 24	25 A 59	60 Y +	
TOTAL	36422	100									
PUENTE ARANDA	10986	30.2	4027	36.7	6959	63.3	50	95	762	1440	
UPZ 43	2347	6,4	812	34,6	1535	65,4					

Fuente: Transversalidad de Discapacidad Hospital del Sur E.S.E 2008

Tabla 25. Tabla Alteraciones permanentes-UPZ 43.

Alteración	Numero
Nervioso	1044
Ojos	1401
Oído	525
Gusto	102
Voz	207
Cardiorespiratorio	1712
Digestivo	1046
Ginecológico	309
Movimiento	1516
Piel	138
Otro	57
TOTAL	8057

Fuente: Transversalidad de Discapacidad Hospital del Sur E.S.E 2008

3.4.2.4 Núcleo problematizador No. 4

San Rafael se caracteriza por el fenómeno de Pobreza Oculta: aunque la organización urbanística de barrios y senderos invite a pensar en un sector de niveles de vida óptimos, la comunidad en general vive en un contexto de vulneración de sus derechos, entre estos el derecho humano a la alimentación. Por tales razones, el alto costo de los alimentos es señalado como el determinante fundamental, pues aunque la población cuenta con la tradicional plaza de Mercado Trinidad Galán, esta percibe que no puede comprar los suficientes alimentos, que por su calidad y valor nutritivo quisiera comprar.

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional -SISVAN-, del Hospital del Sur, la prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 10 años es de 3,4% y el riesgo de que ellos o ellas presenten cuadros de desnutrición es cercano al 17%. Es decir el 34% de la UPZ está en directa relación con condiciones alimenticias deficientes- unos más expuestos que otros-.

Frente a este panorama, la administración distrital ha dispuesto el proyecto 212, ejecutado por la Subdirección de Integración Social. Este proyecto, cubre 300 personas del régimen subsidiado de salud, con niveles de SISBEN 1 y 2; dicha característica, como se ha mencionado, se torna problemática en contextos de pobreza oculta pues establece una barrera directa para su acceso.

De otro lado, la cobertura es deficiente pues si se tienen en cuenta los 76.749 habitantes de la UPZ el proyecto cubre el 0,3% del total de la población. Los argumentos alrededor de una cobertura insuficiente se pueden reafirmar de acuerdo a la información construida desde el programa salud a su casa: de las 1200 familias caracterizadas, el 22.5% manifestó que no contaba con los recursos para adquirir los alimentos suficientes y necesarios para el día.

Este panorama permite afirmar como las consecuencias de estados nutricionales deficientes se tornan problemáticos para el desarrollo cultural de una sociedad. Los niños y las niñas son quienes se ven más afectados a largo plazo por la inseguridad alimentaria: los estragos que provoca la desnutrición en la infancia son los más lamentados por una sociedad, pues el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles (Adriana Ortiz – Andrellucchi 2008).

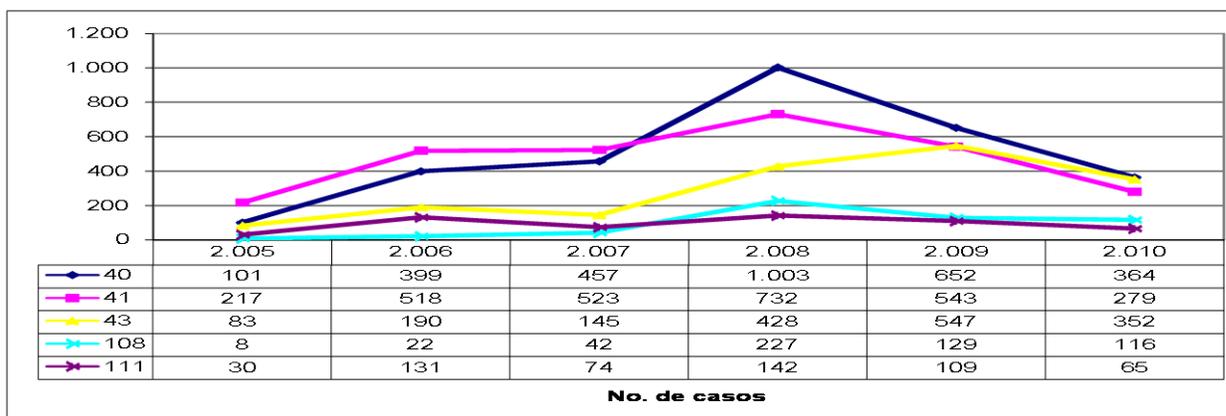
Por último, es importante afirmar como la desnutrición sigue siendo un importante problema de salud en todo el mundo, se considera la causa mortalidad de al menos 1 de cada 3 niños o niñas de menores de 5 años en los países del denominado “tercer mundo”. La magnitud del problema hace necesario un abordaje adecuado, que incluye aspectos preventivos, curativos y reconstituyentes, así como reformas estructurales que incluyan redistribución del ingreso y de la tierra para el cultivo de alimentos por pequeños y medianos productores.

Tabla 26. Tabla Ocupación UPZ 43 –SASC Equipo 28 San Rafael año 2009.

	Agri cult or	Ama de casa	Fuerza s Militar es	Ninguno	Profesional titulado en cualquier área	Profesional titulado y especializado	Técnico y tecnólogo en cualquier área	Trabaja dor no calificad o	TOTAL
FRECUENCIA	0	620	6	851	28	2	28	1094	2629
PORCENTAJE	0	23,6	0,2	32,4	1,1	0,1	1,1	41,6	100

Fuente: Base de datos APS SASC, Hospital del Sur Año 2009

Gráfico 51. Numero de gestantes notificadas al SISVAN por UPZ de residencia. Localidad Puente Aranda. Año 2005 a primer semestre de 2010.



Fuente: SDS. Base de datos SISVAN-GESTA consolidado distrital. Años 2005 a primer semestre de 2010.

3.4.2.5 Núcleo problematizador No. 5

La comunidad de San Rafael ha evidenciado como el CAMI Trinidad Galán, no responde de manera adecuada a sus necesidades; la deshumanización del servicio, baja oportunidad en la atención, desconocimiento de la labor de SASC entre otras, ha causado grandes filas y pérdida de tiempo, exponiendo la salud de las personas con mayor vulnerabilidad. Esto se refleja en pérdida de credibilidad y confianza de la comunidad en general hacia el Hospital del Sur, provocando rechazo y apatía frente a los servicios que el centro de salud presta, al igual que frente a los procesos de participación que este promueve, como los núcleos de gestión.

El CAMI Trinidad Galán, en la localidad de Puente Aranda, hace parte del paquete de obras que el Alcalde Samuel Moreno Rojas entregó en el año 2008 para servicio y beneficio de los habitantes de la ciudad. Como tal, el CAMI beneficia a más de 400 mil personas que trabajan y viven en la zona Industrial de la ciudad. De manera específica, se encuentra ubicado en la carrera 60 con calle

4 y fue construido con una inversión superior a los 5 mil millones de pesos, cuenta con 17 camas para hospitalización de primer nivel, odontología, consulta externa, laboratorio clínico, centro radiológico, sala era y sala de partos.

Sin embargo, las instalaciones parecen aun no ser suficientes para el amplio número de afiliados y ciudadanos que acceden al derecho a la salud a través del CAMI Trinidad; uno de los factores que pueden estar asociados a esta situación es la amplia probabilidad de ocurrencia de urgencias en la zona dada su localización en pleno corazón Industrial de Bogotá, elemento que aumenta el grado de exposición de hombres y mujeres de sufrir una urgencia de salud. Esto ocurre en algunos casos por desconocimiento por parte de la comunidad de otros centros de atención como la UPA 11, UPA Asunción Bochica y la UPA Alcalá Muzú del Hospital Sur, que aunque no brindan atención de urgencias si pueden acceder las personas que presenten otros motivos de consulta y las cuales no presentan demanda suficiente.

De otro lado, de 1.555 requerimientos hechos durante el 2009 a la oficina de Atención al Usuario del Hospital del Sur, 288 provenían de usuarios del CAMI Trinidad Galán, que corresponde al 18.5%, lo cual indica una alta proporción si se tiene en cuenta que el hospital del sur tiene 22 centros de atención.

3.5 TERRITORIO 4 – INDUSTRIAL Y COMERCIAL

3.5.1 DESCRIPCIÓN DEL TERRITORIO

Puente Aranda fue zonificada como eje de la actividad industrial en Bogotá, con diferentes actividades como la de los plásticos, textiles, químicos, metalmecánica, gaseosas y tabaco. El territorio es actualmente el epicentro industrial del Distrito, cuenta con 18.905 habitantes y tiene una densidad de 26.5 habitantes por hectárea. Está conformado por los barrios: Cundinamarca, El Ejido, Gorgonzola, Industrial Centenario, La Florida Occidental, Los Ejidos, Pensilvania, Batallón Caldas, Centro Industrial, Ortezal, Puente Aranda y Salazar Gómez.

Limita al norte con la localidad de Teusaquillo por la línea de ferrocarril de occidente; al oriente con las localidades de los Mártires y Antonio Nariño por la carrera 30; al sur con la localidad de Tunjuelito por la autopista sur y al occidente con las localidades de Kennedy y Fontibón por la avenida 68.

El territorio es predominantemente industrial y comercial, el paisaje es predominantemente industrial, con grandes bodegas, fábricas y casas amplias, en las cuales funcionan grandes inquilinatos. Por esta razón las zonas verdes en el territorio con destino a la recreación son muy bajas, solo cuenta con 5 parques de bolsillo y 24 vecinales. Veamos a continuación las características más importantes de las dos UPZs que lo conforman. En el territorio se encuentra el Departamento de Policía de Cundinamarca, el DAS, una delegación de Bomberos, una delegación de la Defensa Civil, el Centro administrativo de prevención y atención de emergencias y desastres, CREPAD. Sobre la Avenida de Las Américas con Cr 58 se encuentra el Batallón Militar No. 51 del Ejército Nacional.

Debido a la alta presencia de industrias de alimentos y de procesamiento químico, el territorio en general es vulnerable a posibles incendios, explosiones y derrames que pondrían en riesgo la vida de miles de personas, adicional algunas zonas del territorio presentan mal manejo de residuos sólidos como escombros de construcción y basuras, lo cual motiva la proliferación de roedores y vectores.

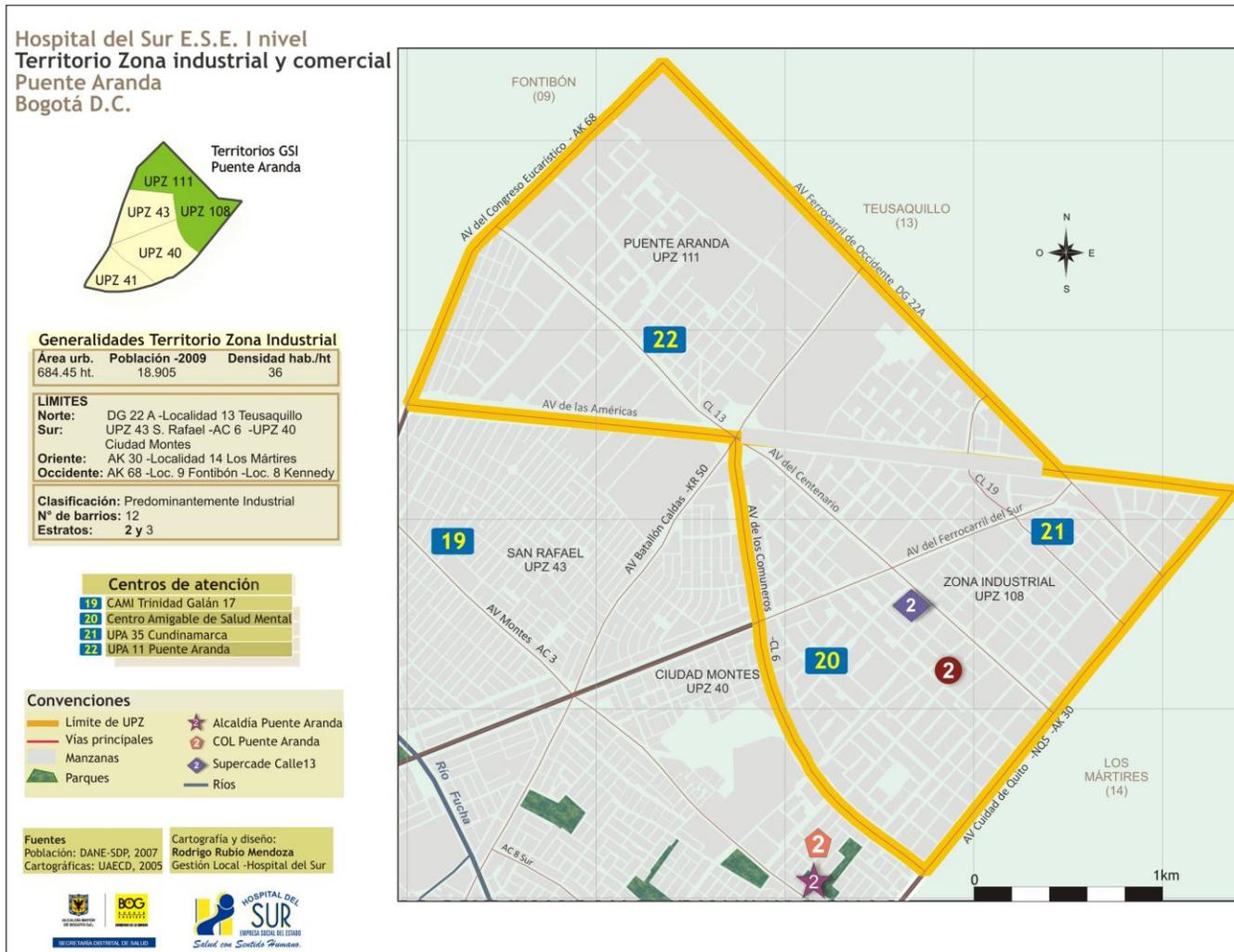
El territorio ocupa laboralmente a miles de personas, sin embargo parte considerable de ellas no viven en el territorio. Las industrias y las zonas comerciales generan posibilidades económicas y empleos a la ciudad, pero aún no se logra ubicar laboralmente a los habitantes del territorio propiamente. La comunidad presenta bajos ingresos y dificultades para resolver las necesidades básicas.

El territorio de Zona Industrial y Puente Aranda, según planeación distrital es de estrato 3, sin embargo, las casas evidencian deterioro en sus fachadas y en sus estructuras internas. En el territorio los servicios públicos están cubiertos en su totalidad y hay una alta presencia de inquilinatos que reflejan los grados de vulnerabilidad social y la pobreza existente.

El Comité de Participación Comunitaria, COPACO, Asociaciones de padres de familia, Comité de Usuarios de la UPA 11 y 35, grupo de agricultura urbana, las Juntas de Acción Comunal, comité de derechos humanos, comité por la organización de la cárcel Modelo, miembros del Consejo de Adulto Mayor y de Discapacidad, grupo de los núcleos de gestión de salud a su casa, las mesas territoriales de calidad de vida, todos contribuyen a la dinámica territorial.

Por su parte se identifican en el territorio encuentros de ciudadanos habitantes de calle, que se ubican en los barrios los ejidos, Pensilvania, Gorgonzola y Cundinamarca. Hay 103 habitantes de calle en el territorio y se ubicaron 28 cambuches en los cuales pasan la noche, los cambuches están ubicados en los barrios Pensilvania, los Ejidos, Cundinamarca, Puente Aranda y Salazar Gómez..

Territorio industrial y comercial



Fuente: Hospital del Sur 2009.

3.5.1.1 Posición social

Condiciones de Vivienda: Pertenece al estrato medio bajo, sin embargo el uso del suelo es predominantemente industrial, lo que afecta de forma directa a las personas que viven en las pequeñas zonas residenciales que hay en el territorio. Según lo evidenciado en los recorridos y a través de los diferentes diagnósticos de los proyectos de la subdirección local de integración en el barrio Cundinamarca se puede evidenciar que las casas están deterioradas en sus fachadas y que ha venido en aumento el arriendo de cuartos, generando grupo de inquilinatos. De otro lado los servicios públicos básicos están cubiertos en su totalidad.

Oferta institucional y capital educativo: Dos comedores comunitarios de la SLIS, un jardín infantil de la misma entidad; un jardín del ICBF, un CAI, la Inspección de policía XVI, una estación de bomberos, 5 Juntas de Acción Comunal. Las notarías 61 y 49; DATT Avenida 36 No. 11 -62, la Unidades de atención y orientación, Registraduría Local de Puente Aranda, el SENA. El batallón Baraya, la Cárcel Modelo y la iglesia de San Gregorio Magno, cinco colegios públicos: Antonio José Sucre, España, José Joaquín Casas, Silveria Espinosa de Rendón y La Merced.

Posición Ocupacional: Algunos de los habitantes del territorio se dedican al reciclaje percibiendo por esta labor un dinero variable y que los deja en el sector del empleo informal. Muy pocos son trabajadores de las industrias y comercios ubicados en la localidad. La mayoría estudian y trabajan en otras localidades.

3.5.1.2 Potencialidades

Potencialidades del territorio: Dentro del territorio se encontraron las siguientes potencialidades:

El territorio tiene como una de sus más fuertes potencialidades el ser centro de la Industria de Bogotá, con más de mil empresas que pueden hacer efectiva la corresponsabilidad.

Amplia zona comercial, sanandresito y outlet.

El alto número de equipamientos de carácter policivo militar entre los que se cuentan: Batallón Policía Militar No. 13, Distrito Militar 51 y CAI de Puente Aranda

Además la secretaría local de integración cuenta con las siguientes ofertas para el territorio:

El proyecto 500 Jóvenes visibles y con derechos: El cual está dirigido hacia esas ciudadanas y ciudadanos jóvenes que históricamente han sido calificados como un “riesgo” y/o “problema” para la sociedad y han emprendido recorridos reivindicatorios para alejarse de la negación y la estigmatización de la que han sido objeto.

El Proyecto de Adulthood con oportunidades se centra fundamentalmente en dos poblaciones: ciudadano habitante de calle y personas en ejercicio de la prostitución.

El Proyecto Participación y Redes Sociales - Garantiza las condiciones para la democracia participativa, reconociendo y promoviendo los saberes individuales y colectivos.

El Proyecto Años dorados: Vejez con Dignidad en donde “pretende garantizar el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de los viejos y viejas de Bogotá, propiciando espacios de participación, que permitan integrarlos en la sociedad como personas autónomas y gestores de su desarrollo personal.

Seguridad Alimentaria y Nutricional. En este proyecto se busca restablecer el derecho a alimentaria y nutricional a través de la modalidad de Comedores Comunitarios, Bonos canjeables por Alimentos, Canasta. Existe un comedor en el barrio Galán que atiende 300 personas de todos los ciclos vitales.

Jardines que prestan Atención Integral a niñas y niños del territorio

Proyecto Fortalecimiento a OIR ciudadanía. Que tiene como objetivo identificación y priorización de personas y familias en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad, que soliciten el ingreso a los servicios sociales de la secretaría de integración social.

Comisaría de Familia: atiende las violencias intrafamiliares; son espacios creados para que los integrantes de las familias accedan a la justicia en busca de la garantía y el restablecimiento de sus derechos y de mecanismos de protección. Las Comisarías atienden casos como delitos contra menores y conflictos intrafamiliares. También, pueden aplicar sanciones a adolescentes infractores de normas de convivencia y multas a establecimientos de comercio que admitan el ingreso a menores de 18 años de edad.

En este territorio se visibilizaron problemáticas como las que se derivan alrededor de la cárcel modelo, de las residencias vs industrias, barreras de acceso a servicios de salud, conflictos generados del hogar de paso vía libre y barreras de acceso a servicios de salud en los trabajadores informales de la localidad.

Las condiciones socioeconómicas y demográficas de este territorio hace que la población se vea afectada por varias problemáticas, la infancia es el ciclo vital más vulnerable de todos exponiéndose desde el abuso sexual hasta enfermedades de tipo respiratorio debido a la alta contaminación que se ocasiona por ser un territorio industrial, los niños se exponen al consumo de sustancias psicoactivas por la alta presencia de habitantes de calle, las condiciones de vivienda también son un factor que afecta su desarrollo; en este sector predominan los inquilinatos (Habitaciones de malas condiciones de habitabilidad) como solución a la difícil situación económica de sus habitantes porque aunque esta estratificado como nivel 3, hay una pobreza que marca sus condiciones de vida.

El ambiente de violencia que predomina en este sector afecta a todas las etapas de ciclo vital porque se evidencia desde el maltrato infantil hasta riñas entre padres y personas adultas, conductas que imitan los niños y los jóvenes agudizando la descomposición del núcleo familiar implicando otra serie de complicaciones como iniciación de una vida delincencial, consumo y venta de (SPA) sustancia psicoactivas, pandillismo y el alto desinterés que muestran por un proyecto de vida. La falta de espacios de capacitación, de cultura y recreación como una alternativa de ocupación del tiempo libre hace más difícil la inclusión a una vida productiva.

La población en general es afectada por enfermedades derivadas del hacinamiento y la mala adecuación de las viviendas, enfermedades zoonóticas por tenencia inadecuada de Mascotas y animales de producción en estado de salud deplorable, el gran volumen de basuras y residuos sólidos que se acumula en espacios públicos incrementan las pésimas condiciones ambientales generan focos de contaminación originados en el aumento de vectores, ratas y roedores.

La población infantil al igual que la personas mayores son altamente afectadas porque en la UPZ Puente Aranda ubicada en este territorio combina el uso del suelo entre industrial y residencial, concentrando un elevado número de empresas, esta afectación se debe a que tienen más riesgo de enfermar y morir por E.R.A, a lo anterior se suma problemas auditivos, visuales y dermatológicos. Las emisiones industriales permanentes, la presencia de quemas a cielo abierto que realizan habitantes de calle y el material particulado proveniente de los vehículos de transporte de carga pesada que diariamente circulan por las calles principales, generan para los residentes del sector problemáticas relacionadas con la contaminación del aire, ruido y riesgo tecnológico. Hay viviendas que en su interior cuentan con pequeñas y medianas unidades de trabajo informal, o se intercalan con pequeñas y medianas industrias, que invaden el espacio público por la carga y descarga de camiones, exponiendo a la población no solo a problemas de salud, sino a riesgo de accidentalidad por causas externas.

La invasión del espacio público por la actividad económica de la zona disminuye la movilidad y limita el desplazamiento a los niños, personas mayores y discapacitados principalmente, en muchas ocasiones causando accidentes de diferente tipo.

La actual forma de identificación de los beneficiarios a servicios sociales parte de la definición del estándar de vida de la población de acuerdo con su condición socioeconómica, desconociendo así las condiciones particulares de pobreza o vulnerabilidad de la población. Esta situación pone en evidencia la imposibilidad de los habitantes de la UPZ Puente Aranda para acceder a los servicios sociales ya que en su mayoría se encuentran clasificados en nivel tres de SISBEN, condición que los excluye del acceso a programas sociales que les garantice obtener un adecuado nivel de vida.

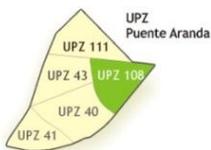
No siendo suficiente los servicios prestados por el comedor de la UPZ Puente Aranda, el programa de Agricultura Urbana se desarrolla como una alternativa para suplir las necesidades alimentarias, los niños y las personas mayores son la población que registra altos niveles de desnutrición.

3.6 UPZ 108 zona industrial.

La UPZ Zona Industrial limita al occidente con la avenida calle 6ª, al sur y al occidente se encuentra con la carrera 30 y la avenida calle 6ª, y al norte con la avenida las Américas. En la UPZ predominan las grandes empresas de alimentos, aceites, reciclaje, vidrios y metalmecánicas. Cuenta también con la zona comercial de San Andresito de la 38 que es una zona generadora de empleo y de roles familiares para toda la ciudad. La UPZ dado que cuenta con grandes bodegas de almacenaje, a las grandes empresas y a las fuentes móviles, hay una fuerte contaminación ambiental y auditiva, que afecta la salud de la comunidad en cuanto a problemas respiratorios, oculares y de piel.

UPZ 108 Industrial

Hospital del Sur E.S.E. I nivel
UPZ 108 Zona Industrial
Puente Aranda
Bogotá D.C.



Generalidades UPZ 108 Zona Industrial		
Área urb.	Población -2008	Densidad hab./ht
339,07 ht.	4.285	13
LIMITES		
Norte:	AV Américas -UPZ 111 Puente Aranda	
Sur:	AC 6 -UPZ 40 Ciudad Montes	
Oriente:	AK 30 -Localidad 14 Los Mártires	
Occidente:	AV Comuneros -UPZ 43 San Rafael	
Clasificación: Predominantemente Industrial		
Nº de barrios: 7		
Estratos: 2 y 3		

Centros de atención	
20	Centro Amigable de Salud Mental
21	UPA 35 Cundinamarca

Convenciones	
	Limite de UPZ
	Vías principales
	Manzanas
	Parques
	Ríos
	Alcaldía Puente Aranda
	COL Puente Aranda
	Supercade Calle13
	DILE Puente Aranda

Fuentes: Población: DANE-SDP, 2007
Cartográficas: UAEC, 2009

Cartografía y diseño:
Rodrigo Rubio Mendoza
Gestión Local -Hospital del Sur



Fuente: Hospital Sur – 2009

Debido a la alta concentración de industrias que procesan químicos y gases, la UPZ cuenta con un riesgo permanente de accidente catastrófico, esta es solo una de las implicaciones que los habitantes de la UPZ viven diariamente.

En el sector de Pensilvania hay una fuerte presencia de invasión de espacio público debido a que no hay zonas de parqueo adecuadas para la cantidad de camiones medianos grandes y pequeños que diariamente cargar y descargan mercancías de toda índole. Necesariamente esta realidad pone en riesgo la vida de los peatones así como aumenta la contaminación del sector.

La UPZ cuenta con dos puntos de atención en salud, la UPA 35 de Cundinamarca y ASDINGO en el San Andresito de la 38. Hacen presencia 2 colegios distritales, el colegio La Merced y el colegio España, los dos afectados severamente por la contaminación de la UPZ. Hay un comedor comunitario en el barrio Cundinamarca que acoge a 300 personas en condición de vulnerabilidad económica. La UPZ también cuenta con la sede de hotelería y turismo del SENA, y está el DAS.

La UPZ cuenta con calles que ofertan suficientes rutas de transporte público, el sistema de transporte Transmilenio atraviesa toda la calle 13, donde hay rutas adicionales, y también hay rutas en la carrera 30, la calle 6ª y la avenida las Américas.

La participación de la comunidad en los espacios de concertación institucional es baja en comparación a la población de la UPZ, sin embargo existe un comité de usuarios en el punto de atención de la UPA 35, hay presencia en las mesas territoriales de calidad de vida en el marco de la gestión social integral y hay delegación del COPACO y de ASOARANDA en los espacios de participación relacionados con la salud.

Las casas residenciales de la UPZ reflejan deterioro y pobreza, una condición casi generalizada de esta población; la UPZ, según planeación distrital es de estrato tres consolidado, lo cual no corresponde a las condiciones de bajos ingresos e inseguridad alimentaria de muchos de sus habitantes.

En la UPZ se ha evidenciado presencia permanente de habitante de calle y de consumo de sustancias psicoactivas. También hay mal manejo de residuos sólidos que obedece a que se arrojan escombros y basuras en el canal del río seco que pasa por la calle 6ª y a que no hay cultura por respeto a la comunidad y al medio ambiente.

En la UPZ se ha identificado que existe presencia de trabajo de menores de edad en el San Andresito de la 38 en oficios varios de ventas ambulantes fundamentalmente. También hay cinco establecimientos en los cuales se ejerce la prostitución, se encuentran en el barrio Pensilvania

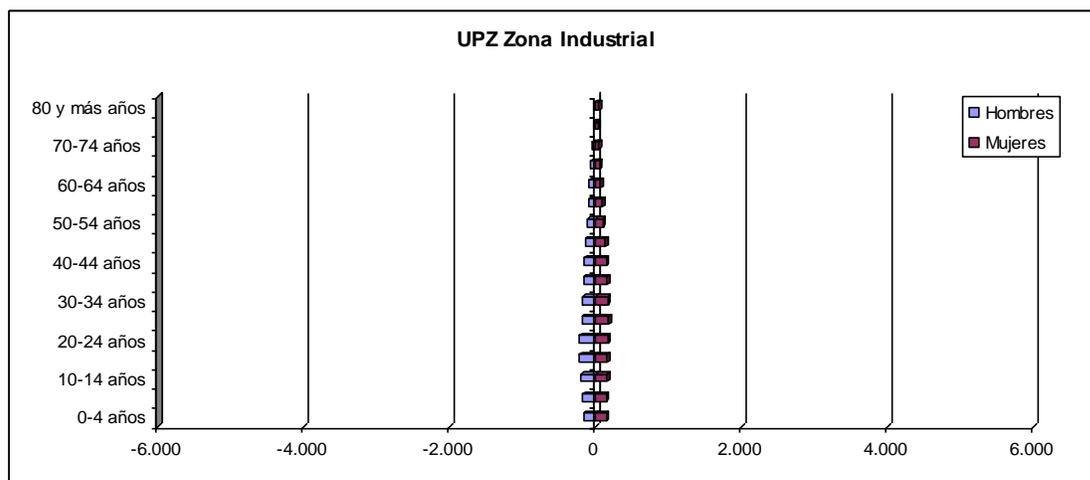
En cuanto a las potencialidades del territorio se visibiliza que puede ser una zona generadora de empleo para los habitantes del territorio por la alta concentración de empresas, y la perspectiva de la responsabilidad social empresarial. También es una potencialidad el comercio de San Andresito porque puede generar empleo en la zona y permite que la comunidad mitigue los altos índices de pobreza.

3.6.1.1 Pirámide poblacional UPZ Industrial

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

El 53% de los habitantes de la UPZ Zona Industrial son de género masculino, siendo el grupo quinquenal de 15 a 19 años el de mayor participación, en cuanto al género femenino el grupo quinquenal más representativo es el de 25 a 29 años. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (38.7%), seguido de los jóvenes (26.8%), la infancia (23%) y la menor participación es la de las personas mayores (11.5%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con un equilibrio en la distribución por género.

Pirámide poblacional UPZ Industrial



Fuente: DANE. Proyección población 2005. Año 2009.

3.6.2 Como leemos el territorio

3.6.2.1 Núcleo problematizador No. 1

El desarrollo predominantemente Industrial, el comercio en la zona de San Andresito y el uso mixto de la vivienda con actividades productivas en los barrios Cundinamarca y Pensilvania, hacen de la UPZ 108 un espacio óptimo para la localización de actividades empresariales. Estas condiciones generan a los residentes del sector problemáticas relacionadas con la contaminación del aire, ruido, riesgo tecnológico e inadecuada manejo de residuos sólidos, afectando no solo la salud sino también el bienestar de la población.

Según la Cámara de Comercio de Bogotá y de acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá, la UPZ tiene un desarrollo predominante Industrial, pues es la concentración fabril más importante de la localidad de Puente Aranda. Incluye algunos desarrollos residenciales con presencia de actividades productivas en los barrios Cundinamarca y Pensilvania, ubicados sobre la avenida Ciudad de Quito (carrera 30), que limitan con la presencia de sectores especializados como San Andresito, la Avenida las Américas y Avenida 68.

Esta situación, evidencia políticas de planeación flexibles que favorecen el desarrollo productivo de la ciudad, sobre la base de la generación de empleo y tributación, frente a los riesgos ambientales, tecnológicos y de salud que se pueden producir en los habitantes de la localidad. Dado que el crecimiento económico de la ciudad es uno de los factores fundamentales para el desarrollo social de las comunidades, es importante que las autoridades reglamenten los suelos para uso productivo y por otro lado, se entablen negociaciones con los residentes que permanecen en espacios que progresivamente han experimentado cambios en el uso de suelo, para mitigar dichos impactos en salud.

De otro lado, esta misma dinámica Industrial, configura un paisaje con altos niveles de tránsito y tráfico durante el día dado el movimiento que generan las industrias, pero en las noches configuran lugares completamente desolados focos para la inseguridad y el depósito ilegal de residuos.

Específicamente, la Agenda Ambiental 2009 ha identificado tres puntos neurálgicos de disposición inadecuada de residuos sólidos, uno de invasión de espacio público, siete de contaminación auditiva y cinco de asentamientos humanos, que reflejan una fuerte y concentrada problemática en materia ambiental en este sector.

La UPZ 108 está rodeada y atravesada por calles importantes de alto tráfico de carga pesada y transporte público como la av. Las Américas, la carrera 30, la calle 13, la calle 19 y la av. Calle sexta, que en conjunto configuran un foco de contaminación ambiental y auditiva muy impactante y nociva para la salud de los habitantes de los barrios circunvecinos, que necesariamente respiran humo de los vehículos, polvo de las calles y soporta el ruido intenso durante el día y que es permanente en la noche.

Según los RIPS del Hospital del Sur en la UPA Cundinamarca para el primer semestre 2009 la rinosfarinitis aguda ocupó el segundo lugar de motivo de consulta, mientras que para el 2008 ocupó el quinto lugar en todos los grupos etáreos, siendo el más afectado el grupo entre los 10 y los 26 años.

Tabla 27. RIPS UPA Cundinamarca 2009

15 primeras causas - 1er semestre de 2009 -						
cdiagno stico	ddiagnostico	UPA CUNDINAMARCA			Total UPA CUNDINA MARCA	Total general
		< 1 año		Total < 1 año		
		F	M			
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA	17	8	25	25	25
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFR	3	8	11	11	11
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS		5	5	5	5
L209	DERMATITIS ATOPICA- NO ESPE		4	4	4	4
J209	BRONQUITIS AGUDA- NO ESPECI		4	4	4	4
L309	DERMATITIS- NO ESPECIFICADA		3	3	3	3

J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS	1	2	3	3	3
H669	OTITIS MEDIA- NO ESPECIFICA		3	3	3	3
N47X	PREPUCIO		1	1	1	1
N47X	PREPUCIO REDUNDANTE- FIMOSI		2	2	2	2
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS D		2	2	2	2
R681	SINTOMAS NO ESPECIFICOS PRO	2		2	2	2
Q659	DEFORMIDAD CONGENITA DE LA		2	2	2	2
J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFI	2		2	2	2
Q658	OTRAS DEFORMIDADES CONGENIT		1	1	1	1
E441	DESNUTRICION PROTEICOALORI		1	1	1	1

Fuente: Hospital Sur – 2009

Hechos

La actividad comercial de gran importancia en la estructura empresarial de Puente Aranda en el 2006 fue el comercio que obtuvo ventas por valor de \$3.5 billones, el 28% del total de las ventas locales, reportó activos por \$2.3 billones, el 22% del total de la localidad y ocupó al 17% del personal contratado por las empresas de la localidad.

La UPZ también cuenta con un 7,2% de empresas grandes, con una planta de personal que oscila entre 501 y 900 empleados y el 99,3% de las empresas identificadas no comparten el uso productivo con viviendas.

En la UPZ 108 las empresas con mayor actividad económica son químicos y agro insumos que representan el 22,5%, y las de textiles y confecciones que representan el 18,5%. Las de metalmecánica llegan a representar el 12,5%, y son las que generan un impacto contaminante fuerte para los residentes del sector

Fuente: Cámara de Comercio de Bogotá - Perfil Económico de la Localidad de Puente Aranda – 2007

3.6.2.2 Núcleo problematizador No. 2

El hogar de paso VÍA LIBRE de la UPZ 108 concentra aproximadamente 300 adultos y adultas habitantes de calle de diferentes lugares de Bogotá; en algunos casos esta población es portadora de enfermedades transmisibles como la tuberculosis. Un número considerable de esta población transita permanentemente por la UPZ, aumentando así el riesgo de contagio de la población que allí reside y labora, y aumentando las tensiones de la comunidad por el riesgo de robos y consumo de sustancias psicoactivas.

Según el último censo de habitante de calle realizado por la Secretaria Distrital de Integración social en Bogotá hay 8.385 habitantes de calle de los cuales el 34% se dedica a mendigar y 10.7%, a delinquir. En la UPZ 108 está ubicado el hogar de paso Vía Libre, que presta servicios día y noche los 7 días de la semana, con una capacidad para atender a 280 usuarios en el horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y 50 usuarios durante la noche. Del total de usuarios que asisten al hogar de paso se han captado 351 usuarios sintomáticos respiratorios de los cuáles 9 presentan VIH, y de un total de 1044 baciloscopias tomadas hasta la fecha, 4 han resultado positivos para Tuberculosis.

Esta situación se convierte en un problema relevante de salud pública para la UPZ y para el Distrito pues el hogar de paso recibe población flotante de diferentes sectores, con problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas y al deterioro progresivo de la autopercepción dejando en segundo lugar su condición de salud y autocuidado. Los habitantes de calle de “VIA LIBRE” comparten “parches” en otras localidades, lo que hace probablemente que se incremente tanto la incidencia de tuberculosis como VIH en esta población, además de aumentar la incidencia de coinfección VIH-TUBERCULOSIS.

El riesgo de contagio de VIH o de TBC alerta a la comunidad y a las autoridades porque muchos de los usuarios no se incorporan al proceso completo de rehabilitación que ofrece el hogar; muchos no regresan al hogar o lo hacen parcialmente, lo que hace aún más dificultoso el avance y reintegración de estas personas a la vida social productiva, y de manera específica complejiza su situación de salud, por no recurrir a un tratamiento de largo plazo.

De otro lado, dos hombre que presentaban TB – VIH fallecieron, situación preocupante dado que la prevalencia de VIH dentro del Hogar es bastante alta; esta condición genera una más alta probabilidad de contagio entre los usuarios, ya sea dentro o fuera del hogar. Durante el 2009 han sido tratados 13 usuarios con esta patología, que vienen remitidos de otras instituciones o son diagnosticados por el Hospital del Sur.

Los habitantes del sector ven diariamente que al frente de sus viviendas circulan habitantes de calle que llegan para ser trasladados al hogar de paso y que en las noches son dejados en las calles de la UPZ para que hagan su vida nocturna. Esta realidad necesariamente genera preocupación permanente en la población por la percepción de inseguridad que generan en el sector. Además el habitante de calle es reconocido como un consumidor constante de sustancias psicoactivas, y según el censo de habitante de calle se detectó que el 68.1% de los habitantes de calle consumen bazuco y el 80.5% de ellos lo hace todos los días, lo cual los hace agresivos e inconscientes de su condición. Los residentes de los barrios circunvecinos al Hogar de Paso observan como el habitante de calle transcurre por su sector alterando la tranquilidad de su diario vivir lo que disminuye su calidad de vida y afecta la actividad comercial e Industrial del sector.

3.6.2.3 Núcleo problematizador No. 3

Los mecanismos de focalización y priorización para el acceso a servicios sociales, han dejado por fuera a la población de la UPZ. La calificación generalizada para la UPZ 108, nivel 3 SISBEN, desconoce condiciones de vulneración de derechos y desdibuja la figura del Estado como su principal garante; esto, dado que la pobreza en la UPZ trasciende las condiciones de vivienda y se focaliza en la estabilidad en el ingreso como medio para la satisfacción de necesidades de alimentación, pago de servicios públicos, recreación entre otros.

Según datos de la Encuesta de Calidad de vida y Salud Puente Aranda es la localidad número catorce (14) con el mayor número de hogares pobres con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que representa 1.535 hogares, es decir el 2,2% del total de hogares de la localidad. Dato que aunque no es significativo en comparación con Bogotá, las percepciones y constantes manifestaciones diarias de la comunidad respecto al progresivo empobrecimiento de la UPZ, reflejan un panorama que dada la clasificación del SISBEN ha dejado sin acceso a programas sociales a la población residente.

Las condiciones de infraestructura interna y externa de las casas de la UPZ y el hacinamiento en ellas presente reflejan la condición de pobreza de los habitantes de este sector. Necesariamente, debido a los bajos ingresos de los hogares, la población no puede pagar las cuotas moderadoras del nivel tres del SISBEN tanto para citas, como para medicamentos y exámenes. Por la condición de pobreza muchas veces los habitantes no tienen recursos incluso para el transporte y así por tanto sus posibilidades reales para acceder a los servicios sociales de salud están limitadas. Por otro lado, los programas sociales de las instituciones locales están orientados a niveles 1 y 2 del

SISBEN lo cual restringe el acceso de un porcentaje considerable de la población pobre que es Sisbenizada desconsideradamente en el nivel tres por vivir en una localidad que desde planeación distrital pertenece sin excepción al estrato tres.

Hechos

INFANCIA: la población escolar con nivel 1 y 2 vinculados al SISBÉN tienen la dificultad de no poder acceder al servicio de salud dado que existe una barrera geográfica que les impide desplazarse a las localidades a donde son remitidos, puesto que no cuentan con recursos para hacerlo.

JUVENTUD: debido a la situación de desempleo y pobreza de sus familias se ven obligados a abandonar sus estudios para ejercer trabajos informales que les permitan el sustento diario de ellos y sus familias. Barreras geográficas para acceder al servicio de salud.

ADULTO: se presenta bajos ingresos en los hogares y se observa proliferación de recicladores, empleos informales y ventas ambulantes. Existe la misma barrera geográfica para acceder al servicio de salud.

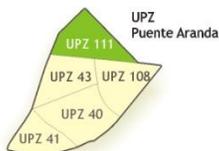
Fuente: Unidad de Análisis UPZ 108 – 29-04-2010

3.7 UPZ 111 Puente Aranda

La UPZ Puente Aranda limita al occidente con la avenida carrera 68, al sur con la avenida las Américas, al oriente con la carrera 30 y al norte con la calle 22. La UPZ cuenta con numerosas industrias de metalmecánica, textiles, alimentos y plásticos. Cuenta también con la zona comercial de los outlets, que es un sector generador de trabajo y de roles familiares para toda la ciudad. Debido a la presencia de talleres y de bodegas en la UPZ, sumado a las fuentes móviles de contaminación, hay una fuerte contaminación ambiental y auditiva. En la UPZ se presenta invasión de espacio público dado que no hay zonas de parqueo adecuadas y a que no existe una cultura del respeto al peatón.

UPZ 111 Puente Aranda

Hospital del Sur E.S.E. I nivel
UPZ 111 Puente Aranda
Puente Aranda
Bogotá D.C.



Generalidades UPZ 111 Puente Aranda

Área urb.	Población -2008	Densidad hab./ht
345,38 ht.	14.276	41

LIMITES

Norte:	DG 22 A -Localidad 13 Teusaquillo
Sur:	UPZ 43 S. Rafael -UPZ 108 Z. Industrial
Oriente:	DG 22 A -Localidad 13 Teusaquillo
Occidente:	AK 68 -Loc. 9 Fontibón -Loc. 8 Kennedy

Clasificación: Predominantemente Industrial

Nº de barrios: 5

Estratos: 3

Centros de atención

19	CAMI Trinidad Galán 17
20	Centro Amigable de Salud Mental
21	UPA 35 Cundinamarca
22	UPA 11 Puente Aranda

Convenciones

	Límite de UPZ		Supercade Calle 13
	Vías principales		Manzanas
	Parques		DILE Puente Aranda
	Ríos		

Fuentes

Población: DANE-SDP, 2007

Cartográficas: UAECB, 2005

Cartografía y diseño:

Rodrigo Rubio Mendoza

Gestión Local -Hospital del Sur



Fuente: Hospital del Sur – 2009

La UPZ cuenta con un punto de atención en salud, la UPA 11, así como hay también 2 colegios distritales: el José Manuel Casas y el Benjamín Herrera. Hay un jardín infantil llamado Antonio Nariño, adscrito a la Subdirección de Integración Social, y hay un comedor comunitario en el barrio Puente Aranda. Existe un CAI de la Policía y el batallón Caldas sobre la carrera 50. La Registraduría de Puente Aranda se encuentra en la UPZ, así como la cárcel Modelo de Bogotá.

La UPZ cuenta con fuentes suficientes de transporte público, el sistema de transporte Transmilenio pasa por la avenida las Américas, donde hay rutas adicionales, y también hay rutas en la calle 13, en la carrera 68 y en la carrera 50.

La participación de la comunidad en los espacios de discusión institucional es baja, sin embargo existe un comité de usuarios del punto de atención de la UPA11, así como organizaciones de adultos mayores, y presencia en las mesas territoriales de calidad de vida. Hay delegación del COPACO y de ASOARANDA en los espacios de participación relacionados con la salud, y hay un movimiento comunitario orientado a resolver las problemáticas que giran alrededor de la cárcel Modelo.

Las casas residenciales de la UPZ reflejan deterioro y pobreza, una condición casi generalizada de esta población; la UPZ, según planeación distrital es de estrato tres consolidado, lo cual no corresponde a las condiciones de bajos ingresos e inseguridad alimentaria de muchos de sus habitantes.

En la UPZ se ha reflejado presencia de basuras en las calles, el mal manejo de residuos sólidos se debe a que existen negocios informales de reciclaje y a la falta de cultura ciudadana de la comunidad.

El trabajo de menores de edad se ha evidenciado en los outlets de las Américas lo que ha motivado la intervención de los equipos de ámbito laboral del Hospital del Sur.

Por otra parte se reconoce que la población de la UPZ es inestable, flotante y que ello impide que se establezcan relaciones afectivas de buen vecino y que se fortalezca la participación social y comunitaria.

En cuanto a las potencialidades del territorio se visibiliza que puede ser una zona generadora de empleo para los habitantes del territorio. Y que con la oferta institucional actual pueden diseñarse respuestas integrales transectoriales que respondan a las problemáticas evidenciadas. También es una potencialidad el comercio de los outlets porque puede generar empleo en la zona y permite que la comunidad mitigue los altos índices de pobreza.

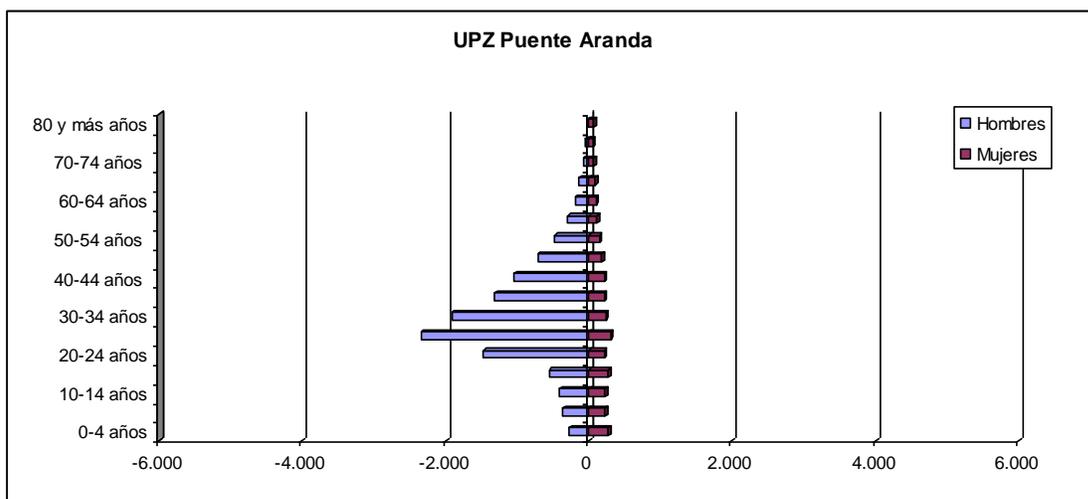
Debido a la alta concentración de industrias que procesan químicos y gases, la UPZ cuenta con un riesgo permanente de accidente catastrófico, esta es solo una de las implicaciones que los habitantes de la UPZ viven diariamente.

Pirámide poblacional UPZ Puente Aranda

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

El 79% de los habitantes de la UPZ Puente Aranda son de género masculino, siendo el grupo quinquenal de 25 a 29 años el de mayor participación en ambos géneros, siendo especialmente significativo en el sexo masculino. En cuanto a las etapas de ciclo vital el mayor porcentaje lo ocupa la adultez (47%), seguido de los jóvenes (35.1%), la infancia (12.1%) y la menor participación es la de las personas mayores (5.8%). Cuenta con una gran cantidad de habitantes en edad económicamente activa con una marcada participación del género masculino.

Pirámide poblacional UPZ Puente Aranda



Fuente: DANE. Proyección población 2005. Año 2009.

3.7.1 Como leemos el territorio

3.7.1.1 Núcleo problematizador No. 1

Las difíciles condiciones carcelarias de nuestro país – infraestructura y hacinamiento - traen consigo problemáticas sociales relacionadas a la necesidad y al derecho que tienen los internos de recibir la visita de sus familiares y amigos; esta realidad se ve claramente reflejada en una Cárcel como la Modelo, ubicada en un sector residencial e Industrial que presenta un hacinamiento mayor al 200% y que no cuenta con las condiciones ni controles para recibir adecuadamente la gran afluencia de personas que llegan los fines de semana. El alquiler de habitaciones, que por una parte se convierte en fuente de ingresos a sus propietarios pero que por otra, genera problemáticas de salud pública por el número de personas que deben quedarse en una sola habitación, la venta y consumo de sustancias psicoactivas, la presencia de intereses económicos ilegales, las riñas callejeras y la inadecuada disposición de residuos sólidos y excrementos humanos, son algunas de las consecuencias que las condiciones de la cárcel generan en el entorno.

La Cárcel Modelo fue diseñada y construida para 2.500 internos, pero actualmente alberga un promedio de 6.000. Por esto, los domingos llegan más de 5.000 mujeres entre madres, novias y esposas, situación que se torna más crítica el último domingo de cada mes cuando llegan de 15.000 a 20.000 personas, por ser el día destinado para el ingreso de los niños y las niñas.

Esta población se asienta transitoriamente – entre una y dos noches - en la calle o en habitaciones ubicadas en los alrededores de la cárcel, en condiciones inadecuadas por la gran cantidad de personas que se ubican en una misma habitación, sin contar en ocasiones con camas y espacios de descanso o para el aseo personal, propiciando la aparición de brotes de enfermedades como varicela y parotiditis.

Para el ingreso a la cárcel, estas familias deben hacer filas desde la media noche del día anterior y en ocasiones, ante la falta de controles suficientes, se registra venta de cupos para el ingreso, venta y consumo de sustancias psicoactivas, presencia de venta ambulante con sobrecostos, alquiler de ropa y almacenamiento de paquetes, enmarcando un panorama caracterizado por los intereses económicos informales y/o ilegales.

Gráfico 52. Gráfico: Cárcel Modelo 1



<http://www.lasillavacia.com/>

Hechos

En una sola habitación se pueden quedar entre 10 y 15 personas y puede costar alrededor de \$15.000 por persona la noche.

Un cupo para el ingreso a la cárcel puede costar entre \$40.000 y \$150.000, dependiendo de la ubicación en la fila

Una familia promedio puede gastar hasta \$55.000 en una visita: \$15.000 en transporte; \$30.000 en alimentación; \$4.000 el recipiente para la comida (incluida la bolsa); \$2.000 el alquiler de un par de chanclas; y entre \$4.000 y \$5.000 el alquiler del sitio donde se guardan las cosas.

La economía informal también hace su negocio, se ven improvisadas guarderías callejeras para el cuidado de los niños.

De acuerdo con los funcionarios de la Personería Delegada para los Derechos Humanos, desde las nueve de la noche se ven llegar las primeras familias (niños, mujeres y adultos mayores) con colchoneta en mano, que vienen desde fuera de la ciudad a visitar a internos de la cárcel .

3.7.1.2 Núcleo problematizador No. 2

La localidad de Puente Aranda es la segunda zona Industrial más grande de Colombia después de Yumbo en el Valle del Cauca, y la primera de América Latina ubicada en el centro de una ciudad. En su interior, la UPZ Puente Aranda combina el uso del suelo entre Industrial y residencial, concentrando un elevado número de empresas, que debido a sus emisiones Industriales

permanentes, la presencia de quemas a cielo abierto que realizan habitantes de calle y el material particulado proveniente de los vehículos de transporte de carga pesada que diariamente circulan por sus calles, generan para los residentes del sector problemáticas relacionadas con la contaminación del aire, ruido y riesgo tecnológico. Hay viviendas que en su interior cuentan con pequeñas y medianas unidades de trabajo informal, o se intercalan con pequeñas y medianas industrias, que invaden el espacio público por la carga y descarga de camiones, exponiendo a la población no solo a problemas de salud, sino a riesgo de accidentalidad por causas externas.

Las guías de calidad del aire de la OMS se han elaborado para establecer medidas orientadas a conseguir una calidad del aire que proteja la salud pública en distintas situaciones. Esta organización, establece como valor guía recomendado para material particulado suspendido en el aire MP10 – exposición en corta duración 24 horas – un valor de 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. A su vez, el límite máximo establecido por el Gobierno Nacional para este indicador es de 150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y Bogotá lo ha establecido en 155 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

El Hospital del Sur a través del equipo de Aire Limpio llevó a cabo un monitoreo (estación INVIMA) en el periodo del 1 de septiembre al 11 de diciembre de 2008, arrojando concentraciones promedio diarias de material particulado PM10 con valores de 80 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, datos que a pesar de no superar la norma diaria establecida nacional y distrital al encontrarse en un nivel moderado a partir de la clasificación de riesgo, indican que los riesgos para la salud asociados con exposiciones breves al MP10 pueden conllevar a un aumento de la mortalidad de alrededor del 0,5% por cada incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en la concentración diaria. Por consiguiente, siguiendo a la OMS, cabe suponer que una concentración de 80 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dará lugar a un incremento aproximado de la mortalidad diaria del 1,5% (Hospital del SUR – Informe Preliminar 2008)

Esta UPZ está rodeada por avenidas principales como la calle 13, la av. Las Américas, la av. Carrera 68 y la carrera 50, que son generadoras de contaminación ambiental y de ruido debido a que en ellas trascurren vehículos de carga pesada y transporte público. Los habitantes de la UPZ, diariamente, además de percibir la contaminación de las industrias, respiran polvo de las tractomulas y resisten el ruido inclemente de estas durante el día y de la noche.

El sector por su predominancia Industrial y comercial se hace peligroso en la noche cuando los trabajadores regresan a sus casas de otras localidades o UPZs de Puente Aranda y genera inseguridad por el riesgo de hurto tanto para las casas residenciales, las bodegas, industrias, los transeúntes y residentes de la UPZ.

Tabla 28. Tabla Concentración de PM10 por mes

Concentración Anual(ug/m3)	ERA PUENTE ARANDA	Est. Puente Aranda	Norma anual ug/m3	70	Valor anual (20 OMS ug/m3)	Valor anual EPA (50 ug/m3)
Enero	14	98	70	20	50	
Febrero	21	99	70	20	50	
Marzo	35	97	70	20	50	
Abril	31	96	70	20	50	
Mayo	30	96	70	20	50	
Junio	38	92	70	20	50	
Julio	21	90	70	20	50	
Agosto	8	88	70	20	50	
Septiembre	14	86	70	20	50	
Octubre	9	87	70	20	50	
Noviembre	0	84	70	20	50	
Diciembre	8	81	70	20	50	

Tabla 29. Actividad económica realizada 2009

PUENTE ARANDA						Total PUENTE ARANDA
CIUDAD MONTES	MUZ U	PUENTE ARANDA	SAN RAFAEL	ZONA INDUSTRIAL		

ACTIVIDADES DE FOTOGRAFÍA	3					3
ARTESANIAS Y RELACIONADOS				2		2
AUTOMOTORES	12	4	20	12	16	64
CAUCHO					1	1
COMBUSTIBLES	2	3	11	5	7	28
COMERCIO	2	2	2	11	4	21
CONSTRUCCION	2		1	1	1	5
FÁBRICA	1	2		5	2	10
FABRICACIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y QUIRÚRGICO	1		1			2
FABRICACIÓN DE PAPEL Y RELACIONADOS			2	5	3	10
FERRETERÍA	20	6	6	14	2	48
IMPRESIÓN, TIPOGRAFÍAS Y LITOGRAFÍAS			2	33	4	39
LAVANDERIA	28	8		15	2	53
MADERAS Y RELACIONADOS	2	9	1	5	3	20
METALMECANICA Y RELACIONADOS	15	5	22	13	19	74
PLASTICOS Y RELACIONADOS	3	1	22	14	15	55
PROD FARMACEUTICOS			2			2

QUIMICOS Y AGROINSUMOS	16	6	32	30	34	118
SERVICIOS PUBLICIDAD				8	2	10
TALLER DE MECÁNICA	18	6	20	21	8	73
TEXTILES, CONFECCIONES Y RELACIONADOS	4	3	14	22	28	71
VIDRIO				1		1
Total general	129	55	158	217	151	710

Fuente:IVC Hospital del Sur 2009

3.7.1.3 Núcleo problematizador No. 3

La actual forma de identificación de los beneficiarios a servicios sociales parte de la definición del estándar de vida de la población de acuerdo con su condición socioeconómica, desconociendo las condiciones particulares de pobreza o vulnerabilidad de la población. Esta situación pone en evidencia la imposibilidad de los habitantes de la UPZ para acceder a los servicios sociales ya que en su mayoría se encuentran clasificados en nivel tres de SISBEN condición que los excluye del acceso a programas sociales que les garantice obtener un adecuado nivel de vida.

Según la clasificación por vinculación al régimen de seguridad social, la localidad de Puente Aranda evidencia un progresivo aumento de la afiliación por subsidio, directamente relacionado con inestabilidad laboral: el 66,7% son del régimen contributivo, 24,7% es del régimen vinculado y 8,5% es del régimen subsidiado; de estos, el 53% de la población es de nivel uno y dos del SISBEN, pues se cuenta con 5136 personas nivel 1, 6502 personas nivel 2 y 9667, de un total de 21632 encuestas. Esta situación, excluye a un gran número de usuarios que no pueden acceder a los servicios sociales pero que tampoco cuentan con los ingresos suficientes para mejorar sus condiciones y calidad de vida actúa.

Según datos de la Encuesta de Calidad de vida y Salud Puente Aranda es la localidad número catorce (14) con el mayor número de hogares pobres con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que representa 1.535 hogares, es decir el 2,2% del total de hogares de la localidad. Dato que aunque no es significativo en comparación con Bogotá, las percepciones y contantes manifestaciones diarias de la comunidad respecto el progresivo empobrecimiento de la UPZ, reflejan un panorama que dada la clasificación del SISBEN ha dejado sin acceso a programas sociales a la población habitante.

Tabla 30. Tabla Vinculación al Régimen de Seguridad Social

Población	Subsidiado	Vinculado	Contributivo
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
267.286	22.907	66.000	178.379
%	%	%	%
3,8	1,4	4,4	4,6

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas SDS

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

TEMAS GENERADORES

Bajos ingresos familiares: Formular y ejecutar estrategias y programas transectoriales que permitan a la población tener un trabajo digno y productivo, que mantenga el uso residencial y el disfrute de las viviendas y facilite el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos.

Prácticas sexuales inseguras: Promover programas y servicios integrales que permitan a los y las jóvenes la construcción de autonomía y proyectos de vida acordes a su intereses en el marco del auto cuidado y la apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Teniendo en cuenta que los aspectos estructurales en el desarrollo de los jóvenes no solo se deben tratar con acciones de promoción y prevención, es necesario contemplar acciones también que modifiquen aspectos a través de las pautas de crianza desde el inicio de su desarrollo que posteriormente en la juventud se vean reflejadas en una buena autoestima, buenos valores, responsabilidad, desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones difíciles evidenciando factores protectores y utilizándolos en pro de mejorar su calidad de vida.

Otro aspecto estructural es el trabajo que se debe desarrollar con la familia modificando imaginarios culturales como que la disciplina debe ser ejecutada a través del maltrato y la violencia, que la autoridad es ejercida por el padre en la mayoría de las familias imponiendo sus ideas y sus opiniones respecto al desarrollo de los jóvenes, negándoles su autonomía para tomar decisiones que afecten positivamente su proyecto de vida. Se debe promover una interacción continua de diálogo y comunicación efectiva entre los padres y los jóvenes que permita que ellos se sientan escuchados, comprendidos y apoyados, fortaleciendo las redes familiares y contribuyendo a su libre desarrollo.

También es necesario dar a conocer las políticas públicas de juventud y de familia como herramientas para la exigibilidad de los derechos y que a través de su implementación permitan afectar determinantes como el desempleo especialmente en los padres, el alcoholismo, la disfunción familiar, oportunidades de estudio a nivel de pregrado y posgrado para los jóvenes y posteriormente facilidades para el ingreso laboral; favoreciendo de igual manera los aspectos económicos y educativos como facilitadores de un desarrollo integral

Violencias: Desarrollar acciones integrales que promuevan el respeto, la tolerancia, la convivencia y el reconocimiento de la diferencia entre pares, favoreciendo un cambio significativo en las relaciones interpersonales y las expresiones de poder que se da al interior de parches y/o grupos sociales juveniles.

En el tema de violencias se deben complementar las acciones de promoción y prevención con atención psicoterapéutica oportuna que afecte la salud mental de las poblaciones, disminuyendo los índices de trastornos mentales como la depresión, que en ocasiones se convierte en un determinante para el consumo de sustancias psicoactivas, intentos de suicidio, suicidio consumado e inadecuadas relaciones familiares e interpersonales.

De igual manera; continuar fortaleciendo el trabajo con las familias en los territorios articuladamente con los equipos de Salud a su Casa, los cuales tienen acceso directo a los padres que en la mayoría de los casos son los que ejercen la violencia intrafamiliar, determinante intermedio para las problemáticas de los adolescentes en salud mental, salud sexual y reproductiva y otras. Así mismo; que los equipos territoriales trabajen en coordinación y articulación con la referente de la Intervención Psicosocial, la cual tiene acceso directo a las familias con adolescentes facilitando la identificación de factores de riesgo, promoviendo factores protectores y si es necesario canalización adecuada y oportuna según la problemática que se identifique en los jóvenes al interior de su núcleo familiar.

Desarrollar acciones que disminuyan los riesgos ambientales -tecnológicos, químicos, biológicos- que deterioran la salud de las comunidades, fortaleciendo aquellas encaminadas a la reducción del daño y a la movilización de la comunidad hacia la defensa de un ambiente sano.

Barreras de acceso a servicios sociales: Propiciar la inclusión y provisión de servicios sociales a personas y familias vulnerables, con particular atención a las ubicadas en estrato tres que no acceden a programas sociales, a través de acuerdos transectoriales basados en criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización y coberturas efectivas.

Problemática social alrededor de población vulnerable. Generar programas integrales que permitan la reducción del impacto de la presencia de población flotante en los residentes de la localidad, y al mismo tiempo responder de manera eficaz y sistémica a las necesidades de la población habitante de calle, desplazados, y acompañantes y familiares de los reclusos de la cárcel nacional modelo.

Aprovechamiento inadecuado del tiempo libre y de espacios recreo-deportivos. Propiciar alternativas intersectoriales que permitan la apropiación del tiempo libre, en una perspectiva educativa y formativa, como elemento de disminución de factores de riesgo y mejoramiento de la salud de la población

RESPUESTA DESDE EL MODELO DE GESTIÓN DE LA ESE – PIC

RESPUESTA SASC EN EL TERRITORIO

En localidad de Puente Aranda se cuenta con la intervención de tres (3) equipos de Salud a Su Casa (SASC), ubicados en los territorios de Alcalá Muzú, San Rafael y Puente Aranda, que es donde se concentra el mayor número de familias caracterizadas, el programa Salud a su Casa se fundamenta en la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), por lo tanto, su labor es propiamente preventiva y

busca acercar los servicios de salud a las familias identificadas en condición de vulnerabilidad en los territorios planteados, este equipo se encarga de la visita casa a casa a partir de la cual se lora la “identificación conjunta de las necesidades de las familias, organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas”, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la familias, en cada uno de los territorios se tienen caracterizadas 1200 familias a cargo de cada uno de los equipos. (Ver Mapa 14. Respuesta SASC en el territorio).

En este grupo se realiza especial seguimiento a las mujeres gestantes, gestantes adolescentes, mujeres entre 25 a 69 años para toma de citología, gestantes notificadas por alto riesgo durante el embarazo, salud de las niñas y niños menores de 5 años, así como notificaciones de violencia eventos de salud y crónicos. Llama especial atención que el mayor número de gestantes adolescentes se presentó en el territorio San Rafael (7), en el territorio Muzú se identifican: el mayor número de atenciones y canalizaciones para mujeres a citología (134/180), mayor número de gestantes notificadas a vigilancia (47), mayor número de niñas y niños menores de 5 años (209) y mayor número de notificaciones de violencia intrafamiliar (83), presentándose el mayor número de notificaciones en la etapa de ciclo vejez (36 casos).

En estos territorios el principal inconveniente que se ha presentado para realizar una adecuada canalización y atención está relacionada con la clasificación del nivel de SISBEN, por las condiciones físicas de las viviendas se clasifica a estas familias en nivel 3, sin que muchas veces se tenga en cuenta condiciones como hacinamiento y bajos ingresos de las familias entre otras, esta situación genera barreras de acceso para la población de los micro territorios de Salud a su Casa de la localidad.

Otra de las respuestas ideadas desde los equipos de SASC, ha consistido en la promoción de la participación y movilización social la cual se ha realizado a través de los Núcleos de Gestión que se ha cristalizado en dos (2) cabildos, uno por la salud y otro por el medio ambiente, los cuales han tenido lugar en la localidad y no solo han contribuido a la identificación de la problemática, sino a la concertación de respuestas articuladas desde las diferentes instituciones competentes.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA COMUNITARIA

En el marco de la atención primaria en salud y la estrategia promocional de la calidad de vida y salud, se ha venido profundizando en la articulación de acciones desde diferentes actores a nivel local, quienes en búsqueda de respuestas integrales a las necesidades sociales y de salud de la población, buscan impactar de forma directa e indirecta los determinantes sociales y ambientales; lo anterior coordinado desde diferentes espacios y sectores y en especial desde los propios intereses de la comunidad, a través de acciones que propendan por el mejoramiento de su entorno y de sus condiciones particulares.

Para ello se ha hecho necesario fortalecer el actuar individual y colectivo de organizaciones y redes sociales, que juegan un papel de vital importancia en el desarrollo del territorio no solo en la identificación de necesidades, sino en la construcción de respuestas y estrategias de movilización y de gestión, alrededor de los procesos de interacción de quienes conviven cotidianamente en el territorio y comparte intereses e identidades. (Ver Mapa 15. Respuesta social y comunitaria).

Con el fin de promover la participación comunitaria y mejorar la representatividad de éstos en espacios de discusión y de toma de decisión a nivel barrial, local y distrital, el ámbito comunitario ha venido impulsando nuevas formas de organización y fortaleciendo las ya existentes, en temas como seguridad alimentaria, movilización social, y manejo del tiempo libre, entre otras.

De otro lado y sobre la base de la actualización del diagnóstico local, durante el año 2009 se avanzó en el reconocimiento de núcleos problemáticos por territorio (para el caso del Hospital del Sur - UPZ), los cuales se configuran como elementos ordenadores de respuesta y dispositivos movilizados de la acción comunitaria e institucional y que se esperan, sean transformados o mitigados a través de acciones individuales y colectivas que promueven desde el sector salud acuerdos con educación, ambiente, integración social y movilidad entre otros, e indudablemente con diversos actores comunitarios y políticos de índole, local distrital y nacional.

Frente a lo expuesto y bajo el análisis que se enuncia en el mapa de Ámbito Comunitario: "Territorialización de la oferta y demanda social", se busca presentar un panorama general de cómo ha venido avanzando la relación de la organización comunitaria frente a las problemáticas que se identifican en el territorio y como la respuesta que desde la institucionalidad se ordena, para aportar a la afectación de las problemáticas existentes. Para ello se hace necesario definir dos contextos específicos, que si bien es cierto son válidos, se esperaría que tuvieran un punto de encuentro, bajo la lógica de la realidad social de cada territorio, sus carencias y potencialidades.

Cómo se organiza la comunidad frente a las necesidades de su territorio

A nivel local algunas formas de organización social, se entretajan entre intereses sectoriales (educación, salud, ambiente, etc.) y de etapa de ciclo vital (juventud, personas mayores); claro está, que durante los últimos se han evidenciado la conformación de alianzas barriales y de UPZ, que parte de transgredir de lo individual a lo colectivo, a través de la exigibilidad de derechos y respuestas integrales.

Dentro de éstas se encuentra un número considerable de organizaciones comunitarias, no gubernamentales y de carácter oficial (consejos y demás órganos consultivos del gobierno local) que se mueven en espacios de acción que engloban lo político, lo cultural y lo ambiental, entre muchas otras.

Puente Aranda muestra una tendencia a concentrar la mayor parte de organizaciones en UPZ de carácter residencial como Ciudad Montes, San Rafael y Muzú, lo anterior mediado a la conformación de alianzas barriales que median la búsqueda de soluciones a problemas que comparten o la definición de intereses comunes de agrupan las personas de la tercera edad, los y los jóvenes en especial.

Aun así es preocupante como se evidencia una baja organización y participación social, más si se considera que existen problemáticas tan profundas como temas ambientales, violencia, desempleo y consumo de SPA, entre otras.

Cabe mencionar que en los últimos años algunas formas de organización existentes, son el resultado del trabajo comunitario que desde salud se han venido gestando y en las que priman los intereses colectivos sobre los individuales y que convocaron a la conformación de los Cabildo

Ambiental y Por el Derecho a la Salud, los cuales se configuran no solo como expresión de exigibilidad y movilización social, sino como elementos de reflexión y discusión sobre dos temas de vital importancia para la localidad.

Cómo opera la respuesta institucional frente a las problemáticas del territorio

Aunque han sido numerosos los esfuerzos institucionales por avanzar en la lectura de la realidad de cada territorio y ha sido largo el camino recorrido con la implementación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud; los impactos en el momento de ordenar la respuesta siguen siendo mínimos, pues no es fácil operar acciones que se distancian de los adelantos propios de la comunidad y el territorio. Así éstas partan de un arraigo desde el sector salud, requieren de la intervención de todos y todas las instituciones que operan en lo local, no basta solo con realizar procesos de formación y fortalecimiento de la organización social; la comunidad espera contar con intervenciones palpables y concretas frente a temas ambientales, de acceso a servicios de salud, disminución de barreras de acceso a servicios sociales y en especial a personas en condición de discapacidad, entre otros; que superen el discurso de la institucionalidad y cobren vida en la inversión de esfuerzos, voluntades y presupuesto.

A lo anterior se suma que las acciones puestas desde los intereses propios del sector salud, son mínimas para dar cubrimiento a lo esperado por la comunidad y más aún en una Localidad donde la población alcanza en promedio para el año 2009 cerca de 258. 368 habitantes, que aunque en comparada con la de otras localidades del distrito es mínima, se caracteriza por estar afecta por baja inversión social, presencia de constantes barreras de acceso y la transformación que genera el aumento de desempleo y el retorno de familias a su hogares paternos y maternos.

De lo anterior esto se derivan dos elementos para la reflexión; el primero apunta a profundizar la intencionalidad de las acciones que en la actualidad se están implementando, pues estas no son similares a los intereses de cada territorio, aunque salud cuenta con múltiples las líneas de acción, estas abordan de forma general las problemáticas del territorio, dejando de lado temas estructurales; las metodologías y formas de trabajo no son lo esperado por la comunidad, de entrada desconoce las potencialidades y avances del territorio, pues no se puede hablar de fortalecer una organización que cuenta con una trayectoria y experiencia superior a los 20 años y que ha estado gestando y ejecutando propuestas en favor de la comunidad.

En segundo lugar, se debe avanzar en la definición de acciones que surjan de las necesidades de cada territorio, más que desde los intereses propios del sector, pues no es coherente seguir desarrollando procesos de formación frente a temas específicos, mientras la comunidad espera impulsar propuestas de investigación, notificación, canalización y productividad, que visibilicen liderazgo comunitario y se encuentren libres del condicionamiento metodológico institucional, de las perdurables lecturas de necesidades o de los temas de formación pre-establecidos por el lineamiento. No obstante es importante no distanciar el accionar de las apuestas políticas que desde el sector se vienen proyectando a nivel distrital.

RESPUESTA DESDE LA GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL (GSI)

Las mesas territoriales de calidad de vida han sido el espacio de articulación entre la comunidad y la institucionalidad de la localidad, en ellas se planteó en un principio la estrategia de la Gestión

Social Integral, como una política correspondiente al Plan de Desarrollo Distrital de la Alcaldía Mayor, la cual está orientada a la construcción de una ciudad garante de los derechos.

Las mesas tuvieron presencia activa de la ciudadanía y con ella se diseñó la ruta metodológica para la implementación y concreción de la estrategia de respuestas integrales. En las mesas se presentó el enfoque territorial de la estrategia y los núcleos problemáticos, acogiendo las interpelaciones y sugerencias de la comunidad y buscando la construcción colectiva y la objetividad en las partes del proceso.

Posteriormente se buscó que la comunidad planteara propuestas de respuesta a las problemáticas señaladas encontrando con ella una rica experiencia de vida y un conocimiento real de las condiciones de los diferentes territorios. Con base en estas acciones se definieron compromisos comunitarios e institucionales para el abordaje de las respuestas integrales que se presentarán en la reunión de Consejo Local de Política Social de Puente Aranda.

La construcción de respuestas integrales ha contado con la voz y las definiciones de la comunidad, porque el componente de participación de la GSI implica que la comunidad toma de decisiones y no es solamente una voz pasiva y consultiva. Teniendo en cuenta lo anterior las mesas territoriales de calidad de vida son un escenario de diálogo, de concertación, de aprendizaje recíproco, y por tanto las respuestas integrales que requieren los territorios de la localidad se proyectan como una carta de navegación con la cual podrán contar las instituciones y la comunidad.

Una de las evidencias frente al NP de consumo de sustancias psicoactivas en el territorio de San Rafael es la elaboración de un proyecto intersectorial con voluntad política de la Alcaldía Local, generando recursos para su realización.

En el NP de la violencia entre pares se evidencia que se hace, a través del plan de desarrollo local los programas y proyectos para los jóvenes y jovencitas en lograr acuerdos y propiciar espacios de interacción con metodologías lúdicas y recreativas.

En el NP de violencia intrafamiliar y de trastornos mentales, se trabaja a través de la Red del Buen Trato la promoción del buen trato, prevención del maltrato, promoción de la salud mental con acciones intersectoriales como la realización conjunta de la semana del buen trato, así mismo; se está ejecutando un proyecto del Fondo de Desarrollo local como respuesta a estos NP.

Otra evidencia, es la ampliación del portafolio de servicios en el Programa de Salud Mental del la ESE y la coordinación sectorial e intersectorial para la canalización de una respuesta adecuada y oportuna y la creación del Centro de Emergencias que recepciona a nivel distrital y local población afectada por las violencia intrafamiliar y los trastornos mentales.

En relación a que falta por hacer, es indispensable el compromiso de todos los actores institucionales para la implementación de las respuestas integrales teniendo en cuenta que aun persiste la independencia en la ejecución de los programas y proyectos que no permite la afectación de los determinantes para promover la calidad de vida en las poblaciones, fortalecer el accionar de las mesas como la red del buen trato, comité de derechos humanos, red de productividad, ELAI entre otros, llegando de manera articulada y coordinada con respuestas en los territorios, por que se continúa llegando en forma desordenada y desarticulada para dar

cumplimiento en la mayoría de las veces a un lineamiento o a unas acciones plasmadas en un proyecto que no favorecen la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral, se debe iniciar por una planeación conjunta teniendo en cuenta las competencias de los sectores y su accionar en los territorios.

El quehacer debe ser liderado con voluntad política desde la Alcaldía Local y en espacios como el Consejo de Gobierno en el cual están los actores que pueden tomar decisiones, facilitando la planeación, ejecución y evaluación conjunta a nivel sectorial e intersectorial, también en espacios como el CLOPS que permite la participación activa de la comunidad y los actores institucionales. Se debe hacer a largo plazo independiente del cambio de gobierno con un modelo auto sostenible en el avance para la implementación de las respuestas integrales a los NP, necesariamente teniendo en cuenta la población que es afectada directamente en los territorios.

Frente al presupuesto sería necesario desarrollar convenios Inter administrativos e intersectoriales teniendo en cuenta el decreto 101 y los presupuestos territoriales.

Para el desarrollo de la GSI, en la localidad de Puente Aranda se integró un equipo dinamizador, se conformaron los equipos territoriales transectoriales y las mesas territoriales de calidad de vida.

Equipo dinamizador para la GSI

Equipo de servidoras y servidores públicos de los diferentes sectores y entidades con presencia en la localidad de Puente Aranda, que facilita procesos de articulación de actividades para el desarrollo de la estrategia de GSI con enfoque de derechos y etapa de ciclo vital que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de los puentearandinos.

Es el equipo que debe facilitar y/o dinamizar la construcción e implementación de una cultura administrativa, política, social y económica de coordinación transectorial que genere las condiciones para el desarrollo de la GSI.

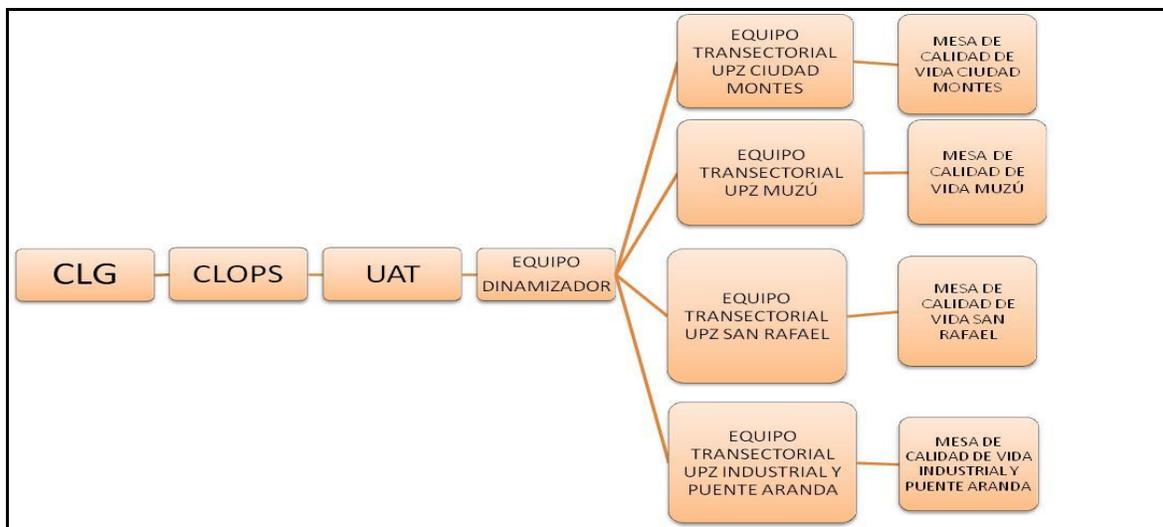
Equipo territorial transectorial ETT

Equipo de servidoras y servidores públicos de los diferentes sectores y entidades con intervenciones en cada territorio (UPZ), que articula las actividades, facilita la implementación y desarrolla los componentes de la estrategia de GSI, generando respuestas integrales a las necesidades particulares que permitan avanzar en la garantía de los derechos y el mejoramiento de la calidad de vida.

Mesa territorial de calidad de vida MTCV

Espacio cívico de participación e interlocución –instituciones, ciudadanía y organizaciones sociales- en un territorio determinado, con el fin de abordar sus problemáticas y potencialidades de forma transectorial con una perspectiva poblacional y por etapas de ciclo vital, que permita comprometer a sus participantes en la gestión de acciones conjuntas para avanzar en la exigibilidad de los derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del respectivo territorio.

Esquema de la Gestión Social Integral en Puente Aranda



Fuente: UAT Puente Aranda. 2009.

Se avanza en la implementación de la estrategia de la GSI, de la siguiente manera:

Reuniones quincenales de la UAT, cualificación de sus integrantes y seguimiento al plan de fortalecimiento del CLOPS e implementación de la GSI

Conformación del equipo dinamizador, coordinación de las actividades de los cuatro territorios definidos.

Conformación de mesas territoriales transectoriales, participación de referentes de las diferentes entidades en cada uno de los territorios y planeación de la gestión territorial.

Acercamiento y conformación de espacios de gestión para la construcción de planes y agendas sectoriales y transectorial: mesa por la calidad de la educación y mesa ambiental.

Recorridos interinstitucionales y comunitarios para el reconocimiento de realidades en los territorios.

Conformación y coordinación de las MTCV

Acuerdos desde el CLG para la definición y trabajo de los territorios para la GSI.

Proyecto piloto de transectorialidad y territorialización de la inversión; prevención del consumo de SPA.

Avance en actividades en el territorio priorizado, San Rafael.

Con la implementación de la GSI, se han evidenciado cambios en la forma de operar, planear y ejecutar acciones y programas desde las instituciones y el ciudadano mismo, el cual poco a poco se va identificando como sujeto de derecho, y como tal se evidencian cambios significativos en su

forma de ser, hacer y participar, tanto es así que día a día llegan a los espacios de participación local, nuevos actores, en busca de espacios propios para su crecimiento personal y organizacional.

ANÁLISIS DE LA INVERSIÓN LOCAL

El plan de desarrollo “Puente Aranda amable, social y ambientalmente sostenible”, contiene cinco objetivos estructurantes y un presupuesto calculado para el periodo 2009-2012 de \$ 76.563.693 millones de pesos. Para el año 2010 la inversión en la localidad de Puente Aranda tiene un presupuesto total de \$35.485.305.000, dentro de los cuales los ingresos para el 2010 son \$16,563,472,000.00 millones de pesos.

Al objetivo estructurante Ciudad de Derechos se asignaron \$ 7,990,225,000.00 del POAI 2010, equivalentes al 48.24%, con lo cual se esperaría el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. Dentro de este objetivo se encuentra el programa Bogotá Sana, con una asignación de \$ 590.000.000.00 es decir el 7.38% del presupuesto del objetivo.

Sin embargo, es necesario establecer la inversión en otros rubros destinada para la ejecución de acciones que propendan por la afectación de las problemáticas identificadas desde el diagnóstico elaborado por el Hospital del Sur E.S.E. Para la realización de esta aproximación se tomarán los “Temas generadores” ya que éstos representan ámbitos o focos de actuación, los cuales se presentan en forma de narrativas que permitan la comprensión del mayor número de actores del territorio.

Bajos ingresos familiares: Formular y ejecutar estrategias y programas transectoriales que permitan a la población tener un trabajo digno y productivo, que mantenga el uso residencial y el disfrute de las viviendas y facilite el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos.

En el POAI-2010 se encuentra el programa Bogotá bien alimentada con una asignación de \$ 2.005.000.000.00, para la gestión de actividades tendientes a la garantía de la Seguridad alimentaria y nutricional, a través del apoyo en acciones de nutrición y alimentación para los habitantes de la Localidad.

Igualmente, se asignan \$ 600.000.000 millones destinados al programa, alternativas productivas para la generación de ingresos para poblaciones vulnerables,

Prácticas sexuales inseguras: Promover programas y servicios integrales que permitan a los y las jóvenes la construcción de autonomía y proyectos de vida acordes a sus intereses en el marco del autocuidado y la apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos.

En relación con este tema generador, en el programa Bogotá Sana, establece el apoyo a programas de promoción prevención divulgación en salud y atención primaria con enfoque familiar, en el cual se contempla realizar intervenciones encaminadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva en jóvenes escolarizados y desescolarizados. En el programa, Bogotá Viva, se establece la semana de la juventud.

Violencias: Desarrollar acciones integrales que promuevan el respeto, la tolerancia, la convivencia y el reconocimiento de la diferencia entre pares, favoreciendo un cambio significativo en las

relaciones interpersonales y las expresiones de poder que se da al interior de parches y/o grupos sociales juveniles.

Frente a este tema y con el fin de disminuir las condiciones de violencia, el POAI, en el objetivo estructurante Ciudad de Derechos, desarrollar dentro del programa Toda la vida integralmente protegidos, programas dirigidos a la prevención del uso de sustancias psicoactivas, Apoyar programas para la atención al habitante de la calle, Sensibilización y promoción de la prevención del trabajo el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar por un monto que suman los \$280.000.000 de pesos.

Con las intervenciones en cultura se logra incidir en el mejoramiento de la convivencia y el aprovechamiento del tiempo libre, en este sentido en el programa Bogotá viva, se establece el Apoyo al turismo la cultura y la convivencia con una inversión de \$ 650.000.000 de pesos.

Problemática ambiental: Desarrollar acciones que disminuyan los riesgos ambientales - tecnológicos, químicos, biológicos- que deterioran la salud de las comunidades, fortaleciendo aquellas encaminadas a la reducción del daño y a la movilización de la comunidad hacia la defensa de un ambiente sano.

En el programa En Bogotá se vive un mejor ambiente, se estableció hacer una inversión de \$ 410.000.000 de pesos para la Implementación y sostenimiento del sistema local ambiental, con el cual se apunta a involucrar a los diferentes actores en al gestión de los múltiples factores deteriorantes del medio ambiente.

Barreras de acceso a servicios sociales: Propiciar la inclusión y provisión de servicios sociales a personas y familias vulnerables, con particular atención a las ubicadas en estrato tres que no acceden a programas sociales, a través de acuerdos transectoriales basados en criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización y coberturas efectivas.

En este tema no se dejaron recursos específicos, sin embargo en el ejercicio que realiza el Consejo Local de Gobierno y la Unidad de Apoyo Técnico con el desarrollo de la GSI, se avanza en la construcción de respuestas y rutas integrales que permitan el acceso a los servicios sociales.

Problemática social alrededor de población vulnerable. Generar programas integrales que permitan la reducción del impacto de la presencia de población flotante en los residentes de la localidad, y al mismo tiempo responder de manera eficaz y sistémica a las necesidades de la población habitante de calle, desplazados, y acompañantes y familiares de los reclusos de la cárcel nacional modelo.

Para la población vulnerable en el POAI, se estableció una inversión de \$600.000.000 de pesos en el programa Alternativas productivas para la generación de ingresos para poblaciones vulnerables, lo mismo que

Aprovechamiento inadecuado del tiempo libre y de espacios recreo-deportivos. Propiciar alternativas intersectoriales que permitan la apropiación del tiempo libre, en una perspectiva educativa y formativa, como elemento de disminución de factores de riesgo y mejoramiento de la salud de la población.

En el programa Educación de calidad y pertinencia para vivir mejor, se estableció la Atención de niñas niños y jóvenes en programas para el buen uso del tiempo libre extraescolar por un monto de \$182.000.000 millones y en el programa Acceso y permanencia a la educación para todas y todos, se estableció un monto de \$ 352.161.000 pesos destinados al Apoyo en programas de educación técnica tecnológica y educación superior y suministro de dotación.

ANÁLISIS SOCIOMÉTRICO DEL TERRITORIO SOCIAL SAN RAFAEL

La participación como una forma de expresión de la democracia ha permitido que las poblaciones tengan una mayor injerencia en el destino de sus naciones.

La complejidad y los grados de intereses en conflicto de la sociedad contemporánea hacen cada vez más críticas las relaciones entre los diferentes sectores de la sociedad.

La participación comunitaria viene siendo una herramienta para tratar de concertar entre los diferentes actores sociales la solución a problemas que propenden el bienestar general.

En Colombia con la Constitución de 1991 se abrieron espacios institucionales de participación para la comunidad con el fin de ampliar la discusión sobre diferentes aspectos de las políticas públicas.

Sin embargo, aspectos históricos, culturales y el mismo carácter de la participación, por ejemplo, ser consultiva y no decisoria, limitan que las gentes desde sus propios espacios locales, regionales e incluso y a nivel nacional, expresen las necesidades de sus comunidades y proponga las posibles formas de satisfacerlas para que sean acatadas.

Lo ideal sería que la participación tuviera carácter decisorio para que realmente fuera una expresión y un proceso democráticos, lo que implicaría un alto grado de responsabilidad de las instituciones pero sobre todo de la ciudadanía en la toma de estas decisiones.

El análisis de las condiciones de relacionamiento entre personas integrantes de la comunidad del territorio de San Rafael, en la localidad de Puente Aranda en la ciudad de Bogotá, con diferentes niveles de liderazgo, pertenecientes o no a organizaciones sociales reconocidas y que tienen diferentes formas de relacionarse entre sí, con su propia comunidad, con las instituciones públicas del orden local, de vincularse a los espacios de participación establecidos en la Ley, dan un acercamiento al nivel y a la calidad de la participación comunitaria en las políticas públicas en este nivel administrativo.

Identificar cuáles son los aspectos del relacionamiento de la comunidad y sus distintas formas organizativas y de éstas con la institucionalidad que motivan la participación y cuáles son los que generan rechazo, contribuirá a un más acertado análisis de la participación comunitaria y posiblemente a la formulación de estrategias más eficaces para su fomento y fortalecimiento.

Con la implementación de la Gestión Social Integral como estrategia administrativa en la ciudad de Bogotá, se pretende generar procesos de articulación sectorial y transectorial, por tal razón este análisis sociométrico será una rica herramienta que permitirá mejorar en los aspectos débiles de la institucionalidad en cuanto al fomento y fortalecimiento de la participación.

Quizás sea esta una oportunidad para reflejar con objetividad las impresiones de la comunidad hacia las instituciones locales, o también para diseñar estrategias adicionales de articulación participativa con una mirada más cercana a la cotidianidad y a la honestidad de los encuestados.

El Hospital del Sur viene haciendo esfuerzos ingentes para motivar la participación comunitaria y de seguro el análisis sociométrico permitirá visualizar los avances y retrocesos de esa intención de cualificar y masificar la participación en el territorio San Rafael. Partimos de que el modelo de atención del hospital con enfoque territorial requiere de materiales que verdaderamente reflejen las condiciones de la participación social, por tal razón se espera contribuir con esta sociometría al desentrañamiento de las razones por las cuales la participación avanza o se detiene en una determinada etapa de la historia de Bogotá y en particular del territorio San Rafael.

Como objetivos de este componente del estudio se buscaron los siguientes:

Reflejar el avance o retroceso de la participación comunitaria en el territorio de San Rafael.

Reflejar los niveles de relacionamiento entre la comunidad y las instituciones

Reflejar vacíos institucionales en cuanto al ejercicio, fomento y fortalecimiento de la participación comunitaria.

Reflejar las motivaciones de la participación en el territorio.

De conformidad con el método de observación participante y el propuesto para este trabajo, se realizó la encuesta del test sociométrico a 100 personas integrantes de la comunidad del territorio San Rafael y el mapa de relacionamiento de las mismas con las distintas entidades locales.

El grupo de personas entrevistadas incluye comunidad en general, integrantes de organizaciones de adultos mayores, de la Asociación de Usuarios de Puente Aranda (Asoaranda), del Comité de Participación Comunitaria (COPACO), de Organización por las mujeres y sus derechos, de Agricultura Urbana, de la Organizaciones Colombiana de Estudiantes (OCE) y del Comité de Usuarios del Hospital del Sur.

La aplicación de la encuesta tuvo buen recibo en la idea de encontrar las causas de la baja participación local y de encontrar estrategias para el fomento y el fortalecimiento de la misma. E general se puede plantear que la comunidad reconoció la intención institucional de mejorar las condiciones actuales de la participación y accedió al diligenciamiento del test sociométrico.

Dentro de las observaciones y hallazgos encontrados se pueden resaltar los siguientes:

Aún cuando existe una constitución nacional de enfoque participativo, la cultura nacional de la no participación también baña al territorio San Rafael, por tal razón los encuestados reconocen que hay una baja participación de la comunidad en los espacios locales, tanto institucionales como comunitarios. Ello debido a problemas como la falta de información, la falta de la comunicación amplia, desplegada y efectiva hacia la comunidad, así como el desconocimiento de las problemáticas colectivas del territorio, que impiden una respuesta o intención grupal de mejoramiento. También el desinterés por la falta de credibilidad en los procesos de participación, en cuanto a los resultados y la efectividad de la inversión de su tiempo; sin embargo, también se

manifiesta la falta de oportunidad debido a las extensas jornadas laborales o caseras, y por el desconocimiento de la capacidad transformadora que tienen las comunidades para modificar sus realidades. Esta última muy importante dado que hay un aislamiento, una atomización de la comunidad a la hora de enfrentar problemáticas comunes, prima el individualismo y la falta de comunicación entre los vecinos y conocidos, cosa que impide establecer relaciones para el diseño de respuestas colectivas. Sin embargo

Predomina las relaciones informales tanto con las instituciones como con la comunidad por la asimetría existente entre las organizaciones y las instituciones, por el bajo nivel de representatividad de los integrantes de la comunidad y porque en general los temas a tratar son de baja complejidad. Las relaciones informales se deben también al no posicionamiento de las organizaciones con la comunidad, ello conduce a que haya falta de identidad y de apropiación lo cual promueve que la comunidad establezca relaciones individuales y no representativas ante las instituciones locales y distritales. Sin embargo existe un porcentaje importante de personas que hablan a nombre de sus organizaciones y que exigen un tratamiento formal con la institucionalidad.

En general los entrevistados manifiestan que asisten especialmente a reuniones propias de su organización y asisten a muchas en representación personal. Sin embargo, expresan su interés por participar en estos espacios y lo hacen con interés conciliador. La baja representación de las comunidades se reflejó en el hecho de que a los espacios que asisten van en representación propia y que la socialización de la información que reciben es menor. En lo fundamental las personas asisten a las reuniones de su organización y debido a la falta de información masiva sobre los demás espacios se limita su participación. Se expresa que hay un espíritu conciliador en los encuestados, orientado a resolver conflictos y a proponer respuestas y mejorar las condiciones de vida de los habitantes de sus respectivas organizaciones y barrios.

La información que recogen en estas reuniones es transmitida a su organización si son líderes y en la mayoría de los casos la transmiten a las personas amigas más allegadas o a quien lo invitó. En general no hay una transmisión masiva de la información que se recibe en los espacios de participación, se limita a los más cercanos de la organización o de la vecindad, el 23% no transmite la información sino que se queda con la información recibida. Ello refleja la baja representación de los encuestados y por tanto la baja exigencia de la comunidad hacia ellos, la transmisión de la información está estrechamente relacionada con los niveles de representación de la comunidad.

Las personas que llevan más tiempo asistiendo a los escenarios de participación reflejan mayor conocimiento de las dinámicas de la movilización social. Esto tiene que ver la apropiación de la dinámica local de la participación, con la experiencia práctica de las personas que le permiten conocer los escenarios institucionales y comunitarios, las autoridades, los liderazgos locales y territoriales, así como los alcances de los resultados, también reconocen la oferta institucional y a hacer controles de veedurías ciudadanas.

Las entidades mayormente reconocidas por su papel convocante fueron la alcaldía Local, Secretaría Distrital de Salud, el Instituto de Participación y Acción Comunal, la Subdirección de integración Social y el Hospital del Sur. Debido a sus compromisos con la participación ciudadana y a que han podido posicionarse ante la comunidad, las personas encuestadas manifiestan esta capacidad convocante de las instituciones. Aun así se reconoce que falta mejores estrategias de

convocatoria que estimule o aliente el interés de más personas, las cuales por su trabajo o compromisos personales no se enteran de las dinámicas de la participación territorial y local.

Entre los aspectos que motivan la participación se destacan el interés de servir a la comunidad, el deseo de aprender, de conocer otras personas y el deseo de aportar para una mejor sociedad. Las motivaciones de la comunidad fundamentalmente están relacionadas con la idea de aportar al mejoramiento de las condiciones de vida de los integrantes de sus organizaciones y de las comunidades en general, también se reconoce que los escenarios de participación permiten conocer temáticas de interés que enriquecen y cualifican para el desarrollo personal. También es clave la idea de que se alcanzan niveles de relacionamiento más amplias que abren el círculo familiar y barrial de lo encuestados. En los escenarios se conocen liderazgos, procesos, nuevas alternativas de vida y se siente la satisfacción individual de aportarle a la sociedad.

La principal dificultad del trabajo comunitario es la falta de información. Se manifiesta que no existe una red informativa efectiva que amplíe el espectro de la participación ciudadana. No hay una emisora comunitaria o periódicos permanentes que estimulen el deseo de participar en los escenarios locales y territoriales. Se plantea que la gente en general no conoce qué hay y que por tal razón no se participa, sin embargo se reconoce también que debe haber un compromiso recíproco en cuanto a la divulgación de la información porque la comunidad aun cuando conozca de los procesos locales de participación no los divulga adecuadamente.

Hay una manifestación explícita del deseo de los entrevistados porque hubiera una mayor y más eficaz participación buscando un mejoramiento de la calidad de vida de su comunidad. Los encuestados ven con preocupación la baja participación ciudadana, se menciona que a la gente no le interesa, que no tienen tiempo, que hay individualismo, que no reconocen las problemáticas locales, y que ello conlleva a que la participación sea baja. Sin embargo se manifiesta que hay que fortalecer la participación porque solo así se pueden abordar con efectividad las necesidades comunes y las problemáticas colectivas.

Por la alta densidad de relacionamiento, se identifica a la Alcaldía local, la Personería, la Subdirección de Integración Social, la Secretaría de salud y al Hospital del Sur como las entidades más reconocidas y mejor posicionadas de la localidad. No se descalifica a ninguna institución y se menciona el interés de acercarse a la policía nacional para abordar problemáticas relacionadas con la seguridad.

A manera de conclusiones se puede plantear lo siguiente:

Existe una baja participación comunitaria en el territorio de San Rafael. Esta realidad no es ajena a los niveles tan bajos de participación nacional y distrital, lo cual refleja una problemática cultural en cuanto a las formas de resolver las necesidades y las problemáticas de los territorios. No existe una cultura de unidad, de cohesión, de propuestas con respaldo comunitario amplio, por tal razón las relaciones establecidas en su mayoría son individuales y no grupales o colectivas.

No existe un reconocimiento diariamente alimentado de las necesidades comunes del territorio, lo cual no incentiva a la participación ciudadana y a cohesionar para hallar respuestas que incidan en la calidad de vida de la población. Este desconocimiento impide que la movilización social se fortalezca y se volqué hacia la participación propositiva y resolutive.

No hay una estrategia pedagógica eficaz para incentivar la participación. Falta que la institucionalidad establezca estrategias efectivas de motivación a la participación, la comunidad expresa que no se siente la institucionalidad y que por tanto no se accede a la información relacionada con oferta institucional permanente y coyuntural.

Se observa poca relación entre las distintas organizaciones lo que limita la representatividad de sus líderes y la fuerza para interactuar y concertar con las instituciones. Se encuentra una tendencia a responder por lo de cada organización, pero no existe una articulación entre las instituciones, una observancia recíproca de las partes y una solidaridad entre ellas.

PROPUESTA DE RESPUESTA

El Hospital del Sur es una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención compuesta por un equipo interdisciplinario comprometido con el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades de Kennedy y Puente Aranda mediante la implementación conjunta de acciones orientadas a dar respuesta a las necesidades en salud bajo un enfoque de Atención Primaria en Salud y un modelo de Gestión Social Integral⁴².

Para el logro de los objetivos institucionales y el mejoramiento de la calidad de vida y salud de las poblaciones de Kennedy y Puente Aranda se propone la construcción de un Plan de Intervenciones Colectivas para la vigencia 2010 como un proceso sistemático de respuestas sociales articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población⁴³, procurando hacer el mejor uso de los recursos disponibles y sintetizando el acumulado de capacidad técnica institucional en un conjunto de directrices que orienten la interacción social e interna desplegada por el hospital.

La propuesta incluye el conjunto de acciones desarrolladas por los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud y sus determinantes, así como de las poblaciones que habitan las localidades de referencia del hospital. La propuesta se estructura de acuerdo con las necesidades sociales de la población e incorpora componentes que permitan el fortalecimiento en la prestación de los servicios, así como estrategias y acciones para incidir en los determinantes de las mismas y promover los procesos de participación y movilización social; por lo tanto, el Hospital plantea como objetivos de la propuesta:

Garantizar una atención integral en salud a su población de referencia

Incidir positivamente en los determinantes de la calidad de vida y salud de las poblaciones de Kennedy y Puente Aranda, mediante la gestión transectorial y participativa de respuestas sociales.

⁴² Misión tomada del Plan de Desarrollo Institucional del Hospital del Sur, Empresa Social del Estado 2009 - 2012.

⁴³ Modelo de Atención en Salud – Documento propuesta. Área de Análisis y Políticas de la Oferta, Dirección de Desarrollo de Servicios, Secretaría Distrital de Salud. Octubre de 2008.

Mejorar la prestación de los servicios de salud del Hospital del Sur, acorde a las necesidades de las poblaciones de Kennedy y Puente Aranda.

Promover procesos de movilización de ciudadanía activa y participativa, de las localidades de Kennedy y Puente Aranda, a través de estrategias de información, capacitación, formación y organización para el ejercicio pleno de sus derechos, con miras a incidir positivamente en la calidad de vida de sus habitantes.

La propuesta para la construcción del PIC 2010 del Hospital del Sur se orienta por principios y características derivadas de la combinación de tres enfoques estratégicos: la Atención Primaria Integral en Salud, la Gestión Social Integral y la estrategia promocional de calidad de vida. Es por ello que parte de una concepción positiva de la salud y reconoce el derecho a la salud y la naturaleza social de la salud.

El contexto político e institucional que motiva y soporta esta propuesta está relacionado especialmente con:

El Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Positiva” y la alineación a las metas de gobierno tanto distrital como locales, en especial lo relacionado con los proyectos del programa Bogotá Sana “Salud a su casa” y “Salud al colegio”.

El Plan de Desarrollo del Hospital del Sur 2009-2012

La alineación con los diagnósticos locales

La necesaria articulación entre las acciones colectivas desarrolladas a través del PIC y los proyectos de los Fondos de Desarrollo Local, con las acciones individuales desarrolladas a través de los planes de beneficios del POS Subsidiado o de las acciones NO POS establecidas por el FFDS.

RELACIÓN DE LOS ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Son varios los enfoques estratégicos⁴⁴ que se proponen para orientar la gestión de la política social, recogidos de los planteamientos de la política sectorial y el Plan de Desarrollo Distrital, que son acogidos en la política institucional (expresados en el Plan de Desarrollo Institucional y la Plataforma Estratégica), como son:

La Atención Primaria Integral en Salud

La Gestión Social Integral

⁴⁴ Por enfoque estratégico se hace referencia a planteamientos que combinan tanto lo relativo a una perspectiva o forma de orientar la mirada (conocido como enfoque) y formas de dirigir la acción para lograr un cierto objetivo (conocidas genéricamente como estrategias).

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida

Los cuales se definen de la siguiente manera:

Enfoques estratégicos de la política social en salud

Atención Primaria Integral en Salud - APIS	Estrategia encaminada a identificar las necesidades sociales en territorios, organizar la respuesta sectorial, ejecutar las intervenciones de manera integral, abogar por la respuesta transectorial y movilizar a los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población* La APIS va mas allá de los equipos de salud familiar, requiere una reorganización del trabajo en salud e implica la reorganización de los servicios y ofertas institucionales.
Gestión Social Integral - GSI	Estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios** La GSI apuesta por el fortalecimiento de la estructura del Estado en lo local como garante de derechos, así como al fortalecimiento de la autonomía y el poder de la sociedad civil en su relación con Estado y de las reglas de juego para una adecuada concertación Estado - Sociedad civil para avanzar en la democracia con justicia social.
Estrategia Promocional de Calidad de Vida - EPCV	La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida. Esta estrategia se comporta como un paraguas que reorienta el contenido y dirección de cada uno de los sectores sociales e impacta en el reordenamiento de las acciones, generando la convergencia de respuestas dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometan, obstaculicen o provoquen la pérdida de autonomía o de las potencialidades para su desarrollo, y que son evidencia de las debilidades sociales para garantizar el ejercicio de los derechos***

* Salud a su Hogar. Lineamientos 2007. Secretaría Distrital de Salud

** Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008 -2012. Alcaldía Mayor de Bogotá

*** D'elia, Y. De Negri, A. et al. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. GTZ - Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Venezuela, 2002.

Aunque cada uno de ellos tiene una procedencia disciplinar distinta y han tenido un desarrollo teórico – metodológico en diferentes sectores sociales y en diferentes momentos históricos, se complementan en la medida en que se sustentan en un conjunto común de concepciones y principios, tales como:

La apuesta por el fortalecimiento del Estado Social de Derecho y su compromiso con el desarrollo de políticas públicas y sociales, así como con la garantía de condiciones para el ejercicio y disfrute de los derechos humanos.

La intención de superar el asistencialismo en la gestión de políticas públicas y sociales

El reconocimiento de la salud como derecho humano esencial.

El reconocimiento de la naturaleza social de la salud y la apuesta por avanzar de la prestación de servicios individuales y familiares de salud, para incidir en los determinantes del bienestar y calidad de vida de la población

El valor otorgado a la participación de la población, destacándola como derecho y condición indispensable de procesos de desarrollo social y humano.

La intención de incorporar un enfoque diferencial en el diseño y desarrollo de las estrategias de trabajo con la población, como un elemento importante de la materialización de una perspectiva de equidad.

La apuesta por garantizar abordajes integrales y transectoriales, que reconozcan la multidimensionalidad del ser humano y la complejidad del proceso de determinación social de la salud y de las necesidades sociales

El lugar de la territorialización, como elemento donde se concretan las apuestas de todos los enfoques propuestos, en tanto, allí se reconocen de manera específica las necesidades sociales y su proceso de producción, así como las construcciones históricas realizadas por las poblaciones para enfrentar sus realidades a partir de las cuales se podrían potenciar los procesos de organización, participación y movilización social.

PRINCIPIOS DE LA PROPUESTA

En consideración a los elementos comunes de los enfoques estratégicos y por la apuesta ético política del plan de desarrollo institucional se plantean los siguientes principios:

Procura la universalidad con equidad

Se refiere a la combinación de dos principios interdependientes del enfoque de derechos, en el cual se reconoce que toda persona tiene derecho al mejor nivel de salud posible, sin discriminaciones, ni exclusiones; lo que implica concretar acciones para la totalidad de la población de un territorio. Pero dicha universalidad también reconocerá las diferencias injustas y evitables para construir respuestas suficientes y pertinentes a las particularidades sociales, étnicas, de género, económicas, culturales, demográficas, etc.

Promueve la participación social con autonomía

Parte de entender a los ciudadanos como sujetos activos, con total capacidad para tomar decisiones relacionados con el mejoramiento de sus condiciones de vida y bienestar, la forma de implementar respuestas y proveer los servicios para enfrentar las necesidades sociales y sus determinantes.

Implementa respuestas integrales

Se refiere a la intención de estructurar respuestas que partan del reconocimiento del ser humano, como un todo y no la sumatoria de partes, órganos o sistemas; y por tanto, de implementar procesos que abarquen de manera complementaria y sistémica las múltiples dimensiones del ser humano e integren de modo coherente todas las respuestas necesarias que incluyen las educativas, preventivas, de protección, de restitución, rehabilitación y de seguimiento, como expresión del compromiso de generar respuestas suficientes a las necesidades de cada sujeto y de los colectivos.

Organiza sus procesos en el marco de una territorialización definida

Para afirmar que es a partir de la definición de territorios sociales desde donde se organizan las respuestas a las necesidades sociales de las poblaciones, lo que implica reconocer las particularidades de tales necesidades y sus determinantes, identificar los déficit acumulados de respuestas, los procesos organizativos, ofertas y potencialidades del territorio, para a partir de ello

construir respuestas regulares y suficientes que incidan de manera positiva en la calidad de vida de la población.

La reorganización de respuestas sobre una concepción territorial invita a construir formas de apropiación y transformación de la realidad, que parten del reconocimiento de los procesos sociales donde tienen lugar las propuestas de acción colectiva, como una invitación para rescatar los procesos históricos y aportar en la construcción de sujetos sociales.

Garantiza la pertinencia social de las respuestas

Entendida como una característica de las respuestas institucionales, sectoriales y sociales que se comprometen con la adecuación de las mismas a la dimensión de las necesidades sociales y particularidades de las poblaciones.

Gestiona respuestas desde la transectorialidad

Se refiere a la coordinación de esfuerzos para la transformación de la realidad, que parten de una comprensión compartida de los problemas y sus determinantes, realizada entre diversos sectores, procurando superar la fragmentación institucional y sectorial.

Promueve la autonomía en todas sus acciones

Entendida como la capacidad de valerse por sí mismo (autonomía funcional), hasta la posibilidad **de lograr la suficiencia económica o de ejercer una opción política emancipadora.**

ORDENADORES CONCEPTUALES DE LA PROPUESTA

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

En la propuesta se combinan cuatro categorías ordenadoras:

Territorio

Población

Núcleos problemáticos

Elementos que transversalizan el enfoque de equidad

El uso de una matriz compleja, que incluye 4 ordenadores de forma complementaria se justifica en tanto se reconoce la complejidad de la realidad, el deterioro progresivo de la calidad de vida de las poblaciones, la profundización de inequidades, la insatisfacción con políticas sociales fragmentadas y en un esfuerzo por ganar potencia en las respuestas sociales frente a las necesidades. Supone a su vez asumir que a una mejor comprensión de la realidad le podrá corresponder una mejor forma de abordarla buscando su transformación positiva.

Las definiciones de estos elementos son:

El territorio es el espacio social producido por las relaciones sociales y las relaciones entre sociedad y naturaleza. Comprende dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales y ambientales que interactúan y son interdependientes. En consecuencia, el territorio corresponde a un espacio social históricamente construido por la dinámica de la reproducción social. Las condiciones de vida resultan de la interacción de las personas para la apropiación y uso de los medios en espacios específicos. De allí resultan también inequidades intolerables. Existen diferentes niveles de los territorios sociales que se superponen, dependiendo de la magnitud de la interacción social y las posibilidades y actores para la intervención. Son territorios sociales la ciudad región, el Distrito, la localidad, la UPZ, el microterritorio de salud a su casa, el ámbito escolar, el barrial y comunitario, el laboral y el familiar.

Cuando se habla de **población** se hace referencia a un conjunto de personas que habitan o residen en un territorio geográfico específico, esta condición poblacional está determinada por características como el número de personas que la integran, su composición según variables biológicas, sociales y culturales, y por el asentamiento geográfico en el que se encuentren. El conjunto de personas que constituyen una población es dinámico, ya que está sometido permanentemente a una serie de cambios relacionados con el desarrollo y crecimiento del ser humano y su tránsito por las diferentes etapas de la vida, así mismo como condiciones variantes como la salud, la enfermedad, las necesidades sociales. Es necesario tener un conocimiento de lo poblacional en términos de volumen, estructura y dinámica, para comprender la variabilidad en los indicadores de salud y sus condiciones de vida, de igual manera para dar respuesta a las necesidades sociales. Para lograr lo anterior es necesario conocer las condiciones particulares relacionadas con las etapas de la vida en la que se encuentre la persona, ya que se puede determinar el impacto y definir la posibilidad de mejorar esas condiciones de calidad de vida.

Los **núcleos problemáticos** entendidos como una forma de representar la sociedad, representar el grupo poblacional, su exposición, su daño y su efecto social. Pretenden entender la causalidad, entender la distribución del problema y su inequidad. Significan construir una narrativa de la realidad representando la complejidad de los problemas, identificando sus causas y determinantes, haciendo el ejercicio de pensar la realidad. El representar la complejidad permite ubicarse en la realidad para intervenir en sus determinantes/ exposiciones/ daños/ consecuencias sociales del daño y de esta manera ser consecuente con el compromiso ético de articulación de acciones alrededor del esfuerzo colectivo y transectorial, que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida del individuo y de la equidad entre las colectividades, para así disminuir las brechas de injusticia social⁴⁵. Corresponden a un conjunto de temáticas que traducen intereses de la política de salud, en los cuales se pretenden generar transformaciones positivas que mejoren la calidad de vida de las poblaciones – temas generadores -; en dichas temáticas convergen tanto

⁴⁵ DE NEGRI, Armando. Conferencia: “La participación desde el enfoque promocional”. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 2004

campos disciplinares de actuación en salud⁴⁶ así como elementos identificados como grandes determinantes de la calidad de vida y salud de la población en este momento de desarrollo histórico de nuestras sociedades⁴⁷.

Estos núcleos problemáticos y sus temas generadores permiten problematizar el perfil de deterioro y salud a lo largo del ciclo de vida y en contextos particulares definidos por los territorios sociales. Así mismo, alrededor de estos elementos se construyen respuestas sociales integradoras que abarcan múltiples dimensiones (desde lo educativo hasta la rehabilitación), que son denominadas programas integrales, tales como:

Salud mental

Salud sexual y reproductiva

Condiciones crónicas

Enfermedades transmisibles

Urgencias y lesiones de causa externa

Salud Oral

Discapacidad

Salud y Trabajo

Ambiente y Salud

Seguridad alimentaria

Finalmente, los **elementos que transversalizan el enfoque de equidad** hacen referencia a dos enfoques propios de los desarrollos contemporáneos en las ciencias sociales que le apuestan al desarrollo de sociedades equitativas e incluyentes. Estos pretenden incorporarse al diseño, implementación y monitoreo de estrategias de trabajo en las diferentes temáticas definidas en los núcleos problemáticos y en las diferentes etapas de ciclo vital. Dichos elementos son:

La perspectiva de género

El reconocimiento de la diversidad étnica

⁴⁶ Denominados proyectos de desarrollo de autonomía - PDA, en la política de salud a partir del año 2004

⁴⁷ Denominadas transversalidades en la política de salud a partir del año 2004

El reconocimiento de la situación de desplazamiento forzado como realidad apremiante de nuestro contexto social.

La necesidad de reconocer e implementar enfoques diferenciales

LÍNEA 1: FORTALECIMIENTO DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y AMBIENTAL

Para el desarrollo de esta línea se propone:

Tomar como referencia el “**Diagnóstico de la situación de salud**” de cada territorio, el cual tendrá como eje ordenador las UPZ y deberá identificar claramente las problemáticas presentadas en éstas, involucrando análisis desde las transversalidades, los Proyectos de Desarrollo de Autonomía y las etapas del ciclo vital, así como los factores determinantes de dichas problemáticas que permitan construir respuestas desde las necesidades sociales y no desde las ofertas institucionales. La construcción y actualización del diagnóstico local es una responsabilidad institucional y deberá ser liderado por el Comité Territorial que opera en cada territorio, en coordinación con el equipo de Gestión Local.

Se deberá contar con un “**Sistema Integrado de información**”, el cual se encargará de articular y ordenar la generación, organización, procesamiento y el análisis de la información para orientar la toma de decisiones operativas y estratégicas de la institución, enfocado hacia la satisfacción de las necesidades de los individuos en los territorios y al mejoramiento de su calidad de vida. En este sentido, dicho sistema deberá soportar las decisiones que se tomen en materia de gestión social de la salud así como de fortalecimiento de la prestación de servicios, sobre la base de indicadores confiables y oportunos, los cuales deberán permanecer actualizados dependiendo de la periodicidad de su medición.

Establecer como “**Espacios de análisis**” de la situación en salud los siguientes:

Comité Territorial: El comité territorial es el máximo espacio de coordinación e integración de los procesos, que recoge el trabajo de los diferentes niveles de gestión institucionales y comunitarios del territorio respectivo y proyecta las necesidades hacia los niveles e instancias directivas de la institución y del territorio. Con el comité territorial se pretende potenciar el trabajo en niveles de gestión complementarios, para retroalimentar los procesos en doble vía, de lo micro a lo macro y viceversa: de los grupos funcionales de los procesos institucionales; de los espacios de orientación y seguimiento de los centros de atención (ULG centros); de los espacios de trabajo de los equipos del PIC; de los procesos de los núcleos de gestión comunitarios; del Comité Directivo, etc. En síntesis, el comité territorial es un dispositivo de apropiación pedagógica y construcción política, de un nuevo sentido del quehacer, de la construcción de un paradigma de la salud como derecho y producto social que se gestiona de manera participativa y transectorial.

Sala situacional: Este espacio será liderado por el área de vigilancia epidemiológica del Hospital del Sur y busca propiciar la realización de estudios sobre la situación de salud (análisis amplios para definición de políticas, planes y proyectos o informes técnicos sobre problemas prioritarios); tendrá como objetivo desarrollar una cultura del análisis y uso de la información producida en los servicios de salud, otras instituciones y organizaciones comunitarias, a través de la divulgación y

puesta en escena de la situación de condiciones de vida y de salud de cada localidad por medio del análisis transversal e intersectorial para la generación de toma de decisiones en salud; el área de vigilancia epidemiológica deberá coordinar el contenido y desarrollo de la sala situacional con el referente territorial y/o con el coordinador del respectivo programa integral. En su desarrollo deberá presentar información confiable, para lo cual deberá estar articulado con el Sistema Integrado de Información arriba mencionado.

COVE y COVECOM: Estos espacios deben posibilitar un ejercicio de monitoreo y análisis de la situación demográfica y de salud de los territorios acompañado de un proceso de formación de agentes epidemiológicos comunitarios de vigilancia epidemiológica. Los espacios de análisis como el COVE y el COVECOM deben obedecer a una dinámica territorial direccionados y dinamizados por los epidemiólogos y los agentes epidemiológicos comunitarios.

Unidades de análisis: Estas unidades tendrán como objetivo principal analizar casos particulares presentados en materia de mortalidad (materna, perinatal, infantil y en menores de cinco años), seguimiento a casos presentados en eventos de notificación obligatoria, análisis de eventos adversos e infecciones intrahospitalarias, seguimiento a eventos en patologías crónicas que lleguen al tercer y cuarto nivel de atención y que se hubiesen podido manejar con acciones de primer nivel; será liderado por la Subgerencia de Servicios de Salud y será convocado cada vez que se presente un evento de los descritos anteriormente.

LINEA 2: FORTALECIMIENTO ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

La propuesta para el desarrollo del PIC 2010 se fundamenta en un enfoque de salud familiar y comunitaria, esto es que las actividades y procesos se programarán a partir de las familias, pero sin olvidar las acciones individuales y específicas que corresponden a la mujer, la niñez, los adolescentes, los adultos y las personas mayores de manera integral. Así mismo, las acciones que se establezcan para el desarrollo de la propuesta buscarán el fortalecimiento del vínculo entre el paciente, las familias y la comunidad con los equipos de salud y con los profesionales del Hospital que se encuentren desarrollando acciones individuales y colectivas en los territorios.

En este mismo sentido, se orientará por los principios de la Atención Primaria en Salud como son primer contacto⁴⁸(vínculo), longitudinalidad⁴⁹ (trazabilidad), integralidad⁵⁰ (orientación a las

⁴⁸ Primer contacto implica mejor accesibilidad y utilización de servicios de salud y sociales por parte de los pacientes y ciudadanos en general, según necesidad. Definición tomada de “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSS de Colombia. El caso de Salud a su Hogar en Bogotá”. Román Vega Romero y Janeth Carrillo Franco. Revista Gerencia y políticas de salud – Descentralización y equidad – V. 5 No. 11. Diciembre de 2006.

⁴⁹ Longitudinalidad es la existencia de una fuente identificable y continua de atención en el tiempo, que facilita el conocimiento de la persona como un todo y de su contexto. (Fuente igual que la anterior).

necesidades), coordinación de la atención⁵¹ (continuidad) y participación y corresponsabilidad social (exigibilidad) (Bárbara Starfield en “Primary care. Balancing health needs, services and technology”, 1998), y busca principalmente:

Ampliación del programa SASC en los territorios.

Creación de equipos básicos de salud, dando mayor capilaridad en el territorio y propiciando un contacto directo de los profesionales con la población más allá de lo intramural.

Creación de equipos territoriales, que integren los actores sociales e institucionales en el territorio y que soporten las acciones promovidas por los equipos básicos de salud.

Contribuir a elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los y las habitantes de las Localidades de Kennedy y Puente Aranda, mediante acciones de construcción de su propia salud, así como de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud de la población, fortaleciendo procesos de participación y movilización social que permitan que los individuos y familias se apropien y participen de la construcción de respuestas a sus problemas de salud y se involucren en la producción de su propia salud.

Creación de una modalidad de atención comunitaria que permita la construcción de respuestas sociales, que contribuya a resolver necesidades socio – económicas y ambientales, así como que promueva en las poblaciones cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan su propia salud.

LINEA 3: COORDINACIÓN ENTRE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Este componente integra todos aquellos procesos y acciones realizadas sobre individuos, familias y grupos dirigidas a la prestación de servicios de salud, incluyendo la atención preventiva, resolutive y de rehabilitación.

La prestación de servicios de salud se caracterizará por su vocación hacia la integralidad, la calidad y humanización, para lo cual se desarrollarán estrategias como:

⁵⁰ Integralidad que implica la organización de la respuesta según las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, mediante una mejor y más equitativa organización y asignación de los recursos e intervenciones. (Fuente igual que la anterior)

⁵¹ Coordinación que se refiere a la integración y continuidad de la atención mediante la disponibilidad de información acerca de los problemas del paciente y los servicios utilizados para hacer que esa información sirva mejor a las necesidades actuales de atención integrada del paciente y de la comunidad, independientemente de la fuente y tiempo de atención, y de la conducción de la referencia y contra-referencia a través de los distintos niveles de atención. (Fuente igual que la anterior)

Diseño e implementación de programas integrales en salud:

Salud mental

Salud sexual y reproductiva

Condiciones crónicas

Urgencias y lesiones de causa externa

Salud Oral

Discapacidad

Los programas integrales organizan la respuesta institucional y articulan con otras respuestas sociales existentes frente a cada uno de los temas, es decir, los programas no se refieren exclusivamente a la atención resolutoria y de rehabilitación, pues incluirán las acciones de atención preventiva de tipo individual (PyP – POS), así como las acciones colectivas y dirigidas al fortalecimiento comunitario.

Para el diseño de los programas se consolidarán los diagnósticos previos realizados por la institución, otras instituciones y sectores y por la propia población referida al tema, con esto se pretende identificar la problemática de manera comprensiva, visualizando el proceso de determinación social de la salud. Así mismo se reconocerá y caracterizará la oferta y respuestas sociales existentes, tanto institucional como comunitaria, con el propósito de identificar déficits y vacíos de respuesta, así como los acumulados a partir de los cuales promover vínculos intersectoriales, interinstitucionales y potenciar los procesos de organización y participación social.

Los programas serán diseñados con perspectiva poblacional, es decir que se precisarán estrategias que sean pertinentes a cada etapa del ciclo de vida así como para grupos poblacionales de especial interés por sus condiciones de fragilidad social.

Así mismo, los programas precisarán los resultados en salud esperados, con los cuales se puedan evaluar los resultados, el impacto y cumplimiento del plan.

Especialización de centros de atención, con lo cual se ofrecerá una atención de mayor integralidad a cada ciudadano que requiera una atención de mayor complejidad con enfoque diferencial y que sea canalizado desde la consulta externa y las acciones preventivas y colectivas: Salud mental , Urgencias y lesiones de causa externa – CAMI , Discapacidad, Centros amigables de jóvenes y adolescentes, Centro amigable para la mujer y el recién nacido, Unidades de atención diferencial (Mujer, colegios, desplazados).

Fortalecimiento del Trabajo en red (Sistema de referencia y contrarreferencia) entre los centros y unidades de atención diferencial y entre el Hospital del Sur y los hospitales de la subred occidental, que incluyen segundos, terceros y cuartos niveles de complejidad.

Las zonas de aprendizaje experimental: Aula ambiental del observatorio de calidad del aire, Granjas experimentales promocionales de la seguridad y la soberanía alimentaria, Fortalecimiento de entornos saludables

Disminución paulatina de barreras de acceso, orientado fundamentalmente hacia la provisión de servicios de salud con criterios de: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Contacto con los servicios (utilización por parte de la comunidad), Coberturas efectivas, Énfasis en acciones de promoción y prevención, Desarrollo de alternativas y vías ambulatorias de atención, que permitan el acercamiento a las necesidades de las comunidades y orienten las respuestas desde los espacios sociales y comunitarios.

LINEA 4: DESARROLLO DE LA GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL

Este componente integra todos aquellos procesos y estrategias de acción social y colectiva dirigidas a:

Incidir determinantes de calidad de vida y salud (acceso bienes y servicios, cultura, prácticas sociales, etc.)

Construcción de alianzas con otros actores y transectorialidad

Construcción de agendas sociales (posicionamiento político de una perspectiva de derechos como orientador de la gestión de políticas y de la gestión social integral como estrategia para la gestión de las mismas)

Fortalecimiento de redes sociales (movilización social)

Cualificar la participación de los actores y grupos sociales fortaleciendo los procesos y esfuerzos organizativos de la comunidad para garantizar su desarrollo

Generar espacios de concertación de la política social y de salud con procesos y formas organizativas de la población en los territorios, buscando su adecuación y articulación para la implementación de la misma.

Así mismo desde este componente se canalizarán las demandas específicas e individuales de los ciudadanos, hacia los servicios sociales generales y especializados de atención individual preventiva, resolutoria y de rehabilitación.

Los planes de respuesta territorial se gestionarán de forma participativa en diferentes niveles:

En espacios de base (núcleos de gestión, grupos gestores comunitarios, grupos gestores de comunidades educativas, organizaciones sociales, etc.)

En espacios locales (GLG, CLP, CLOPS, UAT, CLIPS, comités, mesas)

En espacios institucionales de articulación, tales como los grupos funcionales, los comités técnicos y territoriales.

LÍNEA 5: PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Este componente busca el desarrollo de procesos de investigación basados en diferentes metodologías cuantitativas y cualitativas, orientados a crear al interior de la institución la cultura de investigación y construcción del conocimiento desarrollando capacidades institucionales para construir, integrar y utilizar el conocimiento en la toma de decisiones, generar evidencia sobre los resultados de la vinculación de las familias y la comunidad en la construcción de respuestas a sus problemas de salud, así como a promover el desarrollo de investigaciones que respondan a las necesidades de la población.