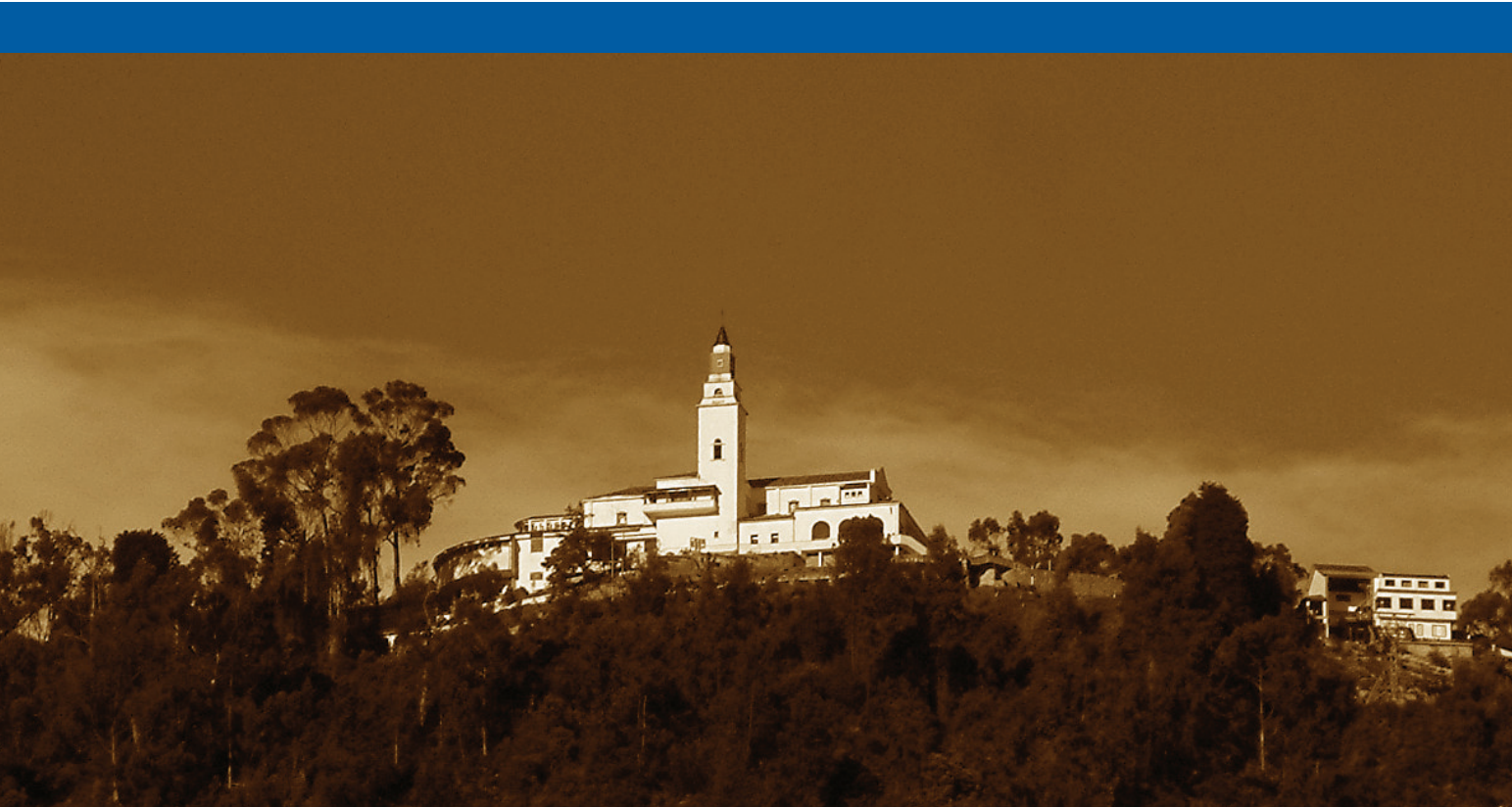


03
LOCALIDAD

Localidad
SANTA FE



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Localidad
SANTA FE



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

CRÉDITOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Clara López Obregón

Alcaldesa(e) Mayor de Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Jorge Bernal Conde

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá

Ana Zulema Jiménez Soto

Directora de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

Secretaría Distrital de Salud

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

Hospital Centro Oriente

Coordinador PIC

Martha Isabel Vergel

Adiela Ruiz Gómez

Aura Nelly Prieto Rojas

Sugey Ramirez Murillo.

Azucena Fraile Gómez

Esperanza Sàchica Valbuena.
Marisol Garrido Castillo
Harold Delgado Gómez
Aracelly Pardo Santamaria
Zoraida Joya Pineda
Francy Cecilia Perdomo Alarcón
Raúl Espinosa Suarez

Referentes Locales por ámbito de vida cotidiana

Nadia Arevalo
Rosalba Rodriguez Ibague
Alejandro Marín Quintero
Oliver Morales Riveros
Luz Helena Avendaño

Henry Mauricio Cárdenas Hernández

Proyecto de Desarrollo de Autonomía

David Avellaneda
Jenny Milena Pachón Duran
Transversalidad
Gloria Inela Mora
Adriana Reyes

Jorge Alberto Rodríguez Guerrero
Claudia Viviana Rodríguez Parra
Luis Miguel Sánchez Zoque
Ruth Estrada
Angélica Chacón
Amparo Palencia Velazco
Catalina Hernández Torres
Beatriz Helena Prada
Sandra Echeverry Giraldo

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.
Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

AGRADECIMIENTOS

A los directivos, profesionales y personal de apoyo del Hospital Centro Oriente, Entes locales y comunidad, comprometidos en la actualización del diagnóstico local en salud con participación social durante el año 2009, sin cuya valiosa colaboración no hubiera podido llevarse a cabo tan ardua tarea.

TABLA DE CONTENIDO

CRÉDITOS	5		
AGRADECIMIENTOS	7		
INDICE DE TABLAS	13		
INDICE DE GRAFICAS	15		
INDICE DE MAPAS	16		
INTRODUCCIÓN	18		
MARCO CONCEPTUAL	21		
METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE	24		
SITUACIÓN DE SALUD	24		
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE	31		
1.1 Características Geográficas y Ambientales	32		
1.1.1 Geomorfología y suelo	32		
1.1.2 Suelo Urbano	32		
1.1.3 Áreas Protegidas	33		
1.1.4 Clima	33		
1.1.5 Hidrología	34		
1.1.6 Calidad del aire	34		
1.1.7 Riesgo Ambiental	35		
1.2 Características Político Administrativas	36		
1.2.1 Organización del territorio	37		
1.3 Territorio- Ambiente - Población	46		
1.3.1 Estructura y Dinámica poblacional	46		
1.3.1.1 Densidad Poblacional	49		
1.3.1.2 Tasa de fecundidad	50		
1.3.2 Poblaciones especiales	52		
1.3.2.1 Desplazamiento en la localidad de Santa Fe	52		
1.3.2.2 Grupos étnicos	56		
1.3.2.3 Habitante de Calle	59		
1.3.2.4 Población en ejercicio de prostitución y comercio sexual	60		
1.3.2.5 Población en Condición de Discapacidad	61		
1.3.2.6 Población LGBTI	63		
1.4 Perfil Epidemiológico	67		
1.4.1 Mortalidad en Santa Fe	67		
1.4.1.1 Mortalidad infantil	69		
1.4.1.2 Mortalidad por Desnutrición	70		
1.4.1.3 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA	71		
1.4.1.4 Mortalidad por Neumonía	72		
1.4.1.5 Mortalidad materna y perinatal	72		
1.4.2 Morbilidad en Santa Fe	74		
1.4.2.1 Morbilidad sentida en el territorio Social 1	75		
1.4.2.2 Salud sexual y reproductiva	82		
1.4.2.3 Cáncer de cuello uterino	83		
1.4.2.4 VIH en Santa Fe.	83		
1.4.2.5 Enfermedades emergentes	84		
4.2.5.1 Influenza AH1N1	84		
1.4.2.6 Enfermedades Transmisibles	85		
1.4.2.6.1 Tuberculosis	85		
1.4.2.6.2 Lepra	86		
1.4.2.7 Enfermedades transmitidas por vectores	86		
2. ANALISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACION PRODUCCIÓN CONSUMO	89		
2.1 Territorio-Ambiente - Población - Consumo	90		

2.1.1	Vivienda	90	3.5	Territorio 4	164
2.1.2	Seguridad Alimentaria y Nutricional	94	3.6.1	Núcleo problemático	164
2.1.2.1	Disponibilidad de alimentos	94	3.6.2	Núcleo problemático.	165
2.1.2.2	Acceso y consumo	94	3.6.3	Núcleo problemático	168
2.1.2.3	Aprovechamiento biológico	96	4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL	173	
2.1.3	Educación	97	4.1 Respuesta Institucional	174	
2.1.4	Transporte y movilidad	102	4.1.1	Sector salud	174
2.1.5	Recreación	103	4.1.2	Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	176
2.1.6	Cultura	104	4.1.2.1	Territorio social 1	176
2.1.7	Seguridad	106	4.1.2.2	Territorio social 2	192
2.1.8	Trabajo	107	4.1.3	Proyectos UEL	195
2.1.8.1	Organización social y productiva del trabajo en el territorio	107	4.1.4	Programa Ampliado de Inmunización	196
2.1.8.2	Organización del trabajo Informal en la Localidad	110	4.2 Respuesta Comunitaria	197	
2.1.8.3	Trabajo Infantil	112	4.2.1	COPACOS	198
3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL	115		4.2.2	Comité de ética hospitalaria	198
3.1 Territorios Sociales	116		4.2.3	Núcleos de gestión en salud	198
3.1.1	Proceso de construcción de los territorios sociales	116	4.3 Respuesta Sectorial	199	
3.1.2	Escenarios de articulación	116	4.3.1	Consejos Locales de Gobierno	199
3.1.3	Fases para llegar a territorios de gestión social Integral (GSI)	117	4.3.2	Consejo de Planeación Local	199
3.2 Territorio 1	118		4.3.3	Consejo Tutelar	199
3.2.1	Núcleo Problemático	121	4.3.4	Junta Administradora Local	200
3.2.2	Núcleo Problemático	125	4.3.5	Consejo Local de Política Social de (CLOPS)	200
3.2.3	Núcleo Problemático	128	4.3.6	Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	200
3.2.4	Núcleo Problemático.	141	4.3.7	Consejo Local de Discapacidad	202
3.3 Territorio 2	148		4.3.8	Consejo Local de Juventud-CLJ	202
3.3.1	Núcleo problemático	151	4.3.9	Red Social Materno Infantil	203
3.3.2	Núcleo problemático	156	4.3.10	Red del buen trato	203
3.4 Territorio 3	158		4.3.11	Red de Salud de los Trabajadores	203

INDICE DE TABLAS

4.3.12	Mesa Local de Actividad Física	204
4.3.13	Atención a población en situación de Desplazamiento	204
4.3.14	Mesa Étnica	205
4.3.15	Comisión ambiental local (CAL):	206
4.4	Propuesta de Abordaje en Territorios de Gestión Social Integral (GSI)	206
4.4.1	Propuesta de Plan de Intervenciones Colectivas por territorio social	209
4.4.1.1	Temas generadores transversales a todas las etapas de ciclo vital	210
4.4.1.2	Tema generador de los núcleos 2 y 3	212
4.4.1.3	Tema generador 4	213
4.4.1.4	Tema generador 5	214
4.4.1.5	Tema generador 6	215
4.4.1.6	Tema generador 7	216
4.4.1.7	Tema generador de los núcleos 8	217
4.4.1.8	Tema generador de los núcleos de ruralidad	218
4.5	Propuesta Transectorial	220
CONCLUSIONES		222
LISTADO DE ABREVIATURAS		224

Tabla 1.	Zonas y Tipos de riesgo ambiental. Localidad Santa Fe. 2008 - 2009.	35
Tabla 2.	Barrios por Unidad de Planeamiento Zonal. Localidad Santa Fe. Bogotá D.C, 2009	38
Tabla 3.	Proyección de Población disgregada por grupos quinquenales. Localidad 3 Santa Fe. 2009.	47
Tabla 4.	Indicadores demográficos. Localidad Santa Fe. 2007-2009.	51
Tabla 5.	Tasa específica de fecundidad por grupos de edad. Localidad 3 Santa Fe. 2007 - 2009.	52
Tabla 6.	Nacimientos en Mujeres menores de 19 años. Localidad Santa Fe. 2008-2009.	52
Tabla 7.	Distribución por sexo de las personas en condición de desplazamiento caracterizadas por salud a su Casa.	54
Tabla 8.	Distribución por edad y barrio de las personas en condición de desplazamiento activas a 2011 en el programa salud a su Casa	54
Tabla 9.	Población por grupo étnico y sexo. Localidad 3 Santa Fe. 2009	58
Tabla 10.	Concentración de población de los grupos étnicos por Unidades de Planeamiento Zonal. Localidad 3 Santa Fe. 2008.	59
Tabla 11.	Mortalidad por desnutrición niños menores de 5 años. Localidad Santa Fe. 2008 - I Semestre 2010.	71
Tabla 12.	Mortalidad por Enfermedad diarreica aguda (EDA).Localidad Santa Fe. 2008-I semestre 2010	71
Tabla 13.	Mortalidad por Neumonía Localidad Santa Fe. 2008 I Semestre 2010	72
Tabla 14.	Mortalidad Materna. Localidad 3 Santa Fe. 2008– I Semestre 2010	73
Tabla 15.	Mortalidad Perinatal. Localidad 3 Santa Fe. 2007-2009	73
Tabla 16.	Consulta Medicina General 2009 por grupos de edad. Territorio 1 Localidad Santa Fe. Año 2009	75
Tabla 17.	Morbilidad Consulta Medicina General en menores de 1 año. Territorio social 1. Santa Fe.2009	76
Tabla 18.	Morbilidad Consulta Medicina General .Niños y niñas de 1 a 4 años. Localidad Santa Fe, territorio 1. 2009	76
Tabla 19.	Morbilidad Consulta Medicina General en niños y niñas de 5 a 14 años. Localidad Santa Fe, territorio 1. año 2009	77
Tabla 20.	Morbilidad Consulta Medicina General en jóvenes de 15 a 26 años. Localidad Santa Fe, territorio 1.Año 2009	77
Tabla 21.	Morbilidad Consulta Medicina General en adultos y adultas de 45 a 59 años. Localidad Santa Fe, territorio 1.Año 2009	78
Tabla 22.	Morbilidad Consulta Medicina General en personas mayores de 60 años y más. Localidad Santa Fé, territorio 1.año 2009	78
Tabla 23.	Morbilidad Consulta odontología general Sedes asistenciales. Localidad 3 Santa Fe. 2009	80
Tabla 24.	Comportamiento del estado nutricional de las gestantes .localidad Santa Fe.2007- 2008	80
Tabla 25.	Comportamiento De bajo peso al nacer en total de nacidos vivos. Localidad Santa Fe. 2007-2009.	81

Tabla 26. Intento de Suicidio y Suicidio Consumado. Localidad Santa Fe. 2007 - 2009.	81
Tabla 27. Distribución de citologías anormales asociadas a VPH en mujeres del programa de prevención del cáncer de cuello uterino. Localidad Santa Fé. 2009 - I sem 2010	83
Tabla 28. Distribución específica de casos reportados con VIH por etapas del ciclo vital 2009-I Sem. 2010. localidad Santa Fe.	84
Tabla 29. Numero de hogares y personas por hogar. Localidad Santa Fe. 2006-2009	90
Tabla 30. Relación de Comedores comunitarios. Localidad Santa Fe. 2009.	96
Tabla 10. Estado Nutricional de Menores de 10 años	96
Tabla 10 A. Estado Nutricional de Menores de 10 años	97
Tabla 10 B. Estado Nutricional de Menores de 10 años	97
Tabla 31. Demanda de matricula frente a la oferta. Localidad Santa Fe.2009	100
Tabla 32. Cobertura de Jardines Infantiles oficiales de niños y niñas. Localidad Santa Fe. 2009.	100
Tabla 33. Grados promedio de educación cursados. Loc. Santa Fe. 2007	101
Tabla 34. Población en edad escolar. Asistencia y no asistencia. Loc. Santa Fe. 2007	101
Tabla 35. Razón de dependencia económica por edad en la localidad Santa Fe y Bogotá. 2007	108
Tabla 36. Barrios con mayor número de personas en condición de discapacidad en territorios sociales 1 y 2. Localidad Santa Fe.2009	129
Tabla 37. Razón de dependencia económica por edad en la localidad Santa Fe y Bogotá. 2007	146
Tabla 38. Identificación de riesgo territorial y sectorial. Zona rural. Localidad Santa Fe.	167
Tabla 39. Sedes asistenciales del Hospital Centro Oriente.2009-2010	175
Tabla 40. Servicios ofertados en las sedes Santa Rosa De Lima, Cruces, Perseverancia, Laches y Lourdes. Localidad Santa Fe. 2009.	175
Tabla 41. Proyectos complementarios del Plan de Intervenciones colectivas.2009	195
Tabla 42. Cobertura de vacunación (3ª dosis de polio).Localidad Santa Fe. 2008 I semestre 2010	197
Tabla 43. Coberturas de vacunación triple viral .localidad Santa Fe.2009-2010	197

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Proyecciones de Población desagregada por edad. Localidad Santa 3 Fe. 2009	49
Gráfica 2. Población Urbana y Rural. Localidad Santa 3 Fe. 2009	49
Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer por sexo. Localidad 3 Santa Fe.2005-2010	50
Gráfica 4. Población de personas en condición de discapacidad por grupos quinquenales. Localidad Santa Fe. 2006.	61
Gráfica 5. Mortalidad general. Localidad Santa Fe. 2005 - 2007.	67
Gráfica 6. Mortalidad Infantil. Localidad Santa Fe. 2005 - 2009	69
Gráfica 7. Casos de influenza AH1N1. Localidad 3 Santa Fe. 2009.	85
Gráfica 8. Distribución de los hogares por exclusividad en el uso de sanitario, sitio para cocinar y servicio del teléfono. Localidad Santa Fe. 2007.	92
Gráfica 9. Porcentaje de hogares con viviendas afectadas por desastres naturales en los últimos dos años. Localidad Santa Fe. 2007.	93
Gráfica 10. Número de alumnos matriculados en colegios Oficiales, en concesión y convenio. Localidad Santa Fe. 2009	97
Gráfica 11. Distribución por sexo y tipo de colegio de estudiantes matriculados en colegios oficiales. Localidad Santa Fe. 2009.	98
Gráfica 12. Distribución de planta docente por nivel educativo. Localidad Santa Fe. 2009	98
Gráfica 13. Tasa de Analfabetismo de la población. Localidad Santa Fe. 2005.	102
Gráfica 14. Movilidad por localidad. Localidad Santa Fe. 2009.	102
Gráfica 15. Áreas Verdes Accesibles. Bogotá D.C. 2009	103
Gráfica 16. Tasa de Homicidios. Localidad 3 Santa Fe. 2008.	106
Gráfica 17. Índice de Calidad de Vida por factor. Localidad Santa Fe. 2007.	107
Gráfica 18. Organización de la Fuerza laboral. Localidad Santa Fe. 2007	108
Gráfica 19. Caracterización de la ocupación. Localidad Santa Fe. 2007	109
PIRAMIDE POBLACIONAL SALUD A SU CASA TERRITORIO 1 SANTA FE AÑOS 2004-2009.	121
Gráfica Tiempo de Acceso a los servicios de salud Territorio 1 Santa Fe AÑOS 2004 - 2009	143
Piramide poblacional salud a su casa territorio de gestion social integral 2 Santa fe años 2004-2009.	148
Pirámide Poblacional Salud a Su Casa Territorio de Gestión Social Integral 2. Localidad de Santa Fe Años 2004-2009.	150
Población con discapacidad, territorio de gestión social Integral 3 Santa Fe, año 2007.	162
Población Étnica caracterizada por SASC, Territorio de Gestión Social Integral 3 Santa Fe, Años 2004-2009.	163
Piramide poblacional salud a su casa territorio de gestion social integral 4 Santa Fe años 2004-2009.	164
Gráfica 20. Modelo de atención integral para el área rural .Localidad Santa Fe. Bogotá, D.C, 2010	219

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Mapa de división político administrativa. Localidad Santa Fe. Bogotá D. C. 2010.	39
Mapa 2. Zonas de Condiciones de Vida y salud. Localidad Santa Fe. Bogotá D. C. 2010.	42
Mapa 3. Territorios sociales. Localidad Santa Fe. Bogotá D.C, 2009-2010	44
Mapa 4. Distribución de la población por sexo y UPZ. Localidad Santa Fe.2010	48
Mapa 5. Población en condición de desplazamiento. Localidad Santa Fe.	55
Mapa 6. Grupos étnicos por UPZ. Localidad Santa Fe.	57
Mapa 7 Distribución de la población en condición de discapacidad por etapa de ciclo vital. Localidad Santa Fe. 2009	62
Mapa 8 Ubicación de Población LGBT y zonas percibidas como inseguras. Localidad Santa Fe 2009 - 2010	66
Mapa 9 Mortalidad infantil a 2009. Localidad Santa Fe	70
Mapa 10 Mortalidad perinatal 2009 – 2010. Localidad Santa Fe	74
Mapa 11. Problemáticas ambientales relacionadas con Morbilidad. Localidad Santa Fe	79
Mapa 12 Distribución de población por vivienda y hogares por UPZ. Localidad Santa Fe	91
Mapa 13. Colegios Distritales intervenidos por ámbito escolar. Localidad Santa Fe.	99
Mapa 14. Parques y zonas verdes. Localidad Santa Fe. 2008	105
Mapa 15. Unidades de trabajo informal .Localidad Santa Fe.2009-2010	111
Mapa 16. Sitios de ubicación de niños y niñas trabajadores. Localidad Santa Fe. 2009 - 2010	112
Mapa 18. Población en condición de violencias. Localidad Santa Fe.	122
Mapa 19. Problemáticas ambientales - vertimientos en quebradas. Localidad Santa Fe	126
Mapa 20. Población en condición de discapacidad. Localidad Santa Fe.	132
Mapa 21. Población LGBTI. Localidad Santa Fe.	136
Mapa 22. Población de grupos étnicos. Localidad Santa Fe	137
Mapa 23. Territorio social 2. Localidad Santa Fe.	149
Mapa 24. Territorio social 3. Localidad Santa Fe.	159
Mapa 25. Territorio social 4. El Verjón. Área rural de la localidad de Santa Fe.	165
Mapa 26. Riesgo por remoción en masa. Localidad Santa Fe	166
Mapa 27. Embarazo en adolescentes, consumo de SPA y conducta suicida - ámbito escolar. Localidad de Santa Fe.	178
Mapa 28. Problemáticas ambientales - plagas / vectores. Localidad Santa Fe	183
Mapa 29. Problemáticas ambientales - Calidad de aire y contaminación por ruido. Loc. Santa Fe. 2010	187
Mapa 30. Acciones de salud oral - ámbito escolar. Localidad Santa Fe.	188

INTRODUCCIÓN

El presente Diagnóstico local de Salud con Participación Social de la localidad de Santa Fe en la ciudad de Bogotá, revisa y analiza la realidad social mediante la relación de las categorías de territorio, población, ambiente, consumo y producción; a través de la identificación e interpretación de problemáticas y potencialidades de esta localidad, con el fin de generar alternativas, planear los recursos y orientar las acciones para procurar el mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de la comunidad que habita o se relaciona con esta localidad.

Lo anterior nos permite revisar la situación actual de la salud y compararla con el contexto histórico, social y económico para evidenciar sus cambios y desarrollo, plantear acciones a corto, mediano y largo plazo en concordancia con los planes de desarrollo local, distrital, nacional, las políticas de los diferentes sectores y objetivos del milenio.

El primer diagnóstico local de salud con participación social se realizó en el año 1997, fue propuesto como un análisis de salud a nivel local en cada una de las veinte localidades de la ciudad de Bogotá. Estos procesos han sido orientados por la Secretaría Distrital de Salud y se han convertido en un importante insumo para la planeación local de la capital.

En el año 2003 se prosiguió con la actualización de los diagnósticos, para continuar con el objetivo de servir como herramientas básicas en los procesos de planeación local, lectura de la situación de salud-enfermedad y actualización anual del programa.

En el 2009 se propuso realizar el análisis sobre los elementos que inciden en las condiciones sociales de la salud y la calidad de vida de la población en los diferentes territorios, con el fin de identificar las condiciones de vida y salud, expresadas en sus fortalezas y debilidades, lo cual permite plantear respuestas para mejorar los determinantes de calidad de vida y salud de los sujetos inmersos en los grupos sociales.

En 2010 se continuó con el análisis de la determinación social por los territorios acordados en el proceso de gestión social integral local, lo que hasta el segundo semestre de 2010 ha permitido la organización de las agendas territoriales para la construcción de las respuestas integrales a la problemática presentada; vale la pena destacar los múltiples obstáculos que se han debido sortear desde el sector salud para llevar a cabo ésta estrategia.

Como sustento conceptual y teórico, la actualización del diagnóstico se basa en el modelo de la determinación social, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Gestión Social Integral.

En el marco de la Estrategia promocional de calidad de vida y salud, el proceso se realiza a través de las lecturas integrales de necesidades, lo cual involucra la identificación de las condiciones de vida y salud de la población en diferentes territorios, para explicar aspectos que permiten determinar socialmente las condiciones de dignidad humana y desarrollo, con el fin de problematizar las lecturas de la realidad y respuesta, identificar las brechas de inequidad y los déficit en las respuestas institucionales que muestran la violación o garantía de los derechos humanos, para incorporar una perspectiva de autonomía, dignidad y libertad conforme a los contextos, expectativas, aspiraciones sociales y culturales, individuales y colectivas, para finalmente evidenciar las condiciones de las personas, a través de su ciclo vital, teniendo en cuenta la equidad, la perspectiva de género, las condiciones socio-económicas y étnicas, entre otras.

El reto del proceso de análisis en la determinación social de la calidad de vida en el panorama local es examinar integralmente la realidad, desde la perspectiva de los derechos humanos y en el marco de procesos participativos. Se recogió la percepción de los múltiples actores, considerando la cotidianidad de la población en los territorios, desde una mirada social, más allá de lo geográfico, que permita el reconocimiento de la identidad y pertenencia de diferentes grupos humanos, reconociendo que en estos espacios es donde se produce y se reproducen los determinantes sociales, con el objeto de contrastarlas con información y análisis cuantitativo para dar cuenta de la magnitud de la realidad social en las localidades.

Por lo anterior, el objetivo principal del proceso de análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local es comprender en toda su dimensión los factores protectores y deteriorantes, como la complejidad de la salud y la calidad de vida en la localidad, para avanzar en la reducción de brechas sociales y situaciones intolerables e invertir con equidad los recursos, contribuyendo a modificar las condiciones de vida de las poblaciones.

La elaboración y actualización de los Diagnósticos Locales de Salud con participación social es un producto estratégico del proceso de análisis, de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local. A través de este proceso se busca el fortalecimiento y apropiación conceptual y metodológica permanente de los siguientes temas: determinación social, calidad de vida, derechos humanos, política de salud, análisis cualitativo y cuantitativo, categorías y perspectivas analíticas y competencias analíticas, entre otros.

El desarrollo del proceso de análisis de la determinación social, la calidad de vida en lo local y la actualización de los Diagnósticos Locales con participación social se desarrollo en seis fases.

La primer fase consiste en el alistamiento y convocatoria, en la cual se desarrollan actividades como: contextualización de los actores y del territorio, la cual consiste el reconocimiento de los equipos locales y definición de responsabilidades, en el marco del proceso de Gestión Social Integral en lo local; autoevaluación del proceso de actualización de los diagnósticos locales durante la vigencia anterior conjuntamente con los equipos de gestión local y distrital; concertación de acuerdos conceptuales, metodológicos y de análisis con referentes a nivel local y distrital para el desarrollo del proceso; articulación y coordinación de acciones con el observatorio de equidad en calidad de vida y salud, Observatorio de ambiente, vigilancia en salud pública, Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), ámbitos de vida cotidiana, mesas, redes, consejos y comités locales, etapas de ciclo vital, y procesos de gestión social integral en lo local. Gestión de la Información a nivel local con la Sala situacional, grupos funcionales por etapas de ciclo vital, mesas territoriales de calidad de vida y salud, grupos gestores

y núcleos de gestión de los ámbitos de vida cotidiana. Responsables referentes de Análisis del nivel local. Gestión de la Información en la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con las Direcciones de la SDS y sus pares en lo local: Planeación, Desarrollo de Servicios, Participación Social, Aseguramiento, Central Reguladora de Urgencias (CRUE).

La fase 2 de recolección inicia con la elaboración del Inventario de la información de fuente primaria y secundaria existente, y lectura de necesidades, lo cual implica inventario de Sistemas de Información institucionales públicas y privadas; Gestión y recopilación de información procedente de la SDS y de otras instituciones Distritales (SDS- Análisis de Situación de Salud (ASIS)); Identificación de la población con exclusión social y brechas de inequidad como desplazados, etnias marginadas, género y otros. Se recoge información de fuente primaria (percepción de la situación de salud que la población posee), desde los escenarios microterritoriales (ámbitos, proyectos de desarrollo de autonomía y transversalidades), de territorios sociales (mesas de calidad de vida y salud, grupos gestores comunitarios) y a nivel local consejos, redes, mesas y comités locales. Esta información se procesa y analiza por ciclo vital, también se recoge información proveniente del observatorio de equidad en calidad de vida y salud, observatorio de ambiente, mesas, redes, consejos y comités locales, procesos de gestión social integral en lo local como las mesas territoriales de calidad de vida, posteriormente se realiza la recolección de la información de fuente secundaria (sistemas de vigilancia en salud pública, Sala situacional, ámbitos de vida cotidiana del Plan de Intervenciones Colectivas, direcciones de la SDS y de otros sectores); para finalmente, validar la información mediante el contraste de fuentes primarias y secundarias por ciclo vital y territorial. Clasificación de la información cuantitativa y cualitativa.

La fase 3 de análisis descriptivo y explicativo, consiste en la construcción y definición conjunta entre la SDS y Empresa Social del Estado (ESE) del Plan de Análisis, el análisis de la información de lectura de necesidades por ciclos vitales, proyectos de desarrollo de autonomía, transversalidades, vigilancia en salud pública, género, etnias, condición de desplazamiento y otros grupos sociales; el análisis de la información cuantitativa de los distintos sistemas de información con acceso local y distrital, y el análisis descriptivo de las unidades de análisis y variables a partir de fuentes primarias y secundarias, propias y otras instituciones.

La fase 4 es análisis crítico, inicia con la problematización desde la mirada poblacional y territorial; posteriormente da lectura de respuestas comunitarias e institucionales existentes en la localidad; análisis de la determinación social de la realidad: análisis de la respuesta social (institucional - comunitaria); identifica las brechas de inequidad y déficit de la respuesta, estableciendo la naturaleza y dimensión de los déficit de atención y de las brechas por inequidad en términos de condiciones de vida y salud, de acceso a los servicios y asignación de recursos, y finalmente la construcción de propuestas de respuestas integrales para cubrir los déficit.

La fase 5 de evaluación y ajuste final consiste en la retroalimentación desde el nivel distrital, ajustes finales a los textos desde el nivel local y Evaluación del producto.

La fase 6 de edición y divulgación consiste en la entrega del documento para inicio de proceso de edición con Oficina de Comunicaciones de la SDS, seguimiento al proceso de edición y publicación, socialización del diagnóstico local con participación de los actores sociales, comunitarios y otras instituciones en múltiples escenarios a nivel distrital y local.

El diagnóstico que se encuentra revisando integra la percepción y conocimiento de varios actores y protagonistas sobre la localidad de Santa Fe, busca cambiar y mejorar la situación de la calidad de vida de sus habitantes, le invitamos a revisarlo y a conocer el estado de este territorio.

MARCO CONCEPTUAL

La salud se consolida como un derecho social, su esfera no está delimitada solamente al campo de prestación de servicios de salud. Constitucionalmente existen elementos para que todos los ciudadanos puedan disfrutar de este derecho y los líderes sociales en su papel, redimensionen la participación social hacia esferas políticas que permitan desarrollar una ciudadanía dirigida hacia el desarrollo de la autonomía, para fundamentar las políticas con enfoque en los derechos, para que se genere a partir de ello la apropiación de las comunidades de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, que lleve a consolidar el derecho a la salud.¹

Cuando se habla de derecho a la salud², se refiere a algo que nos pertenece por el hecho de ser seres humanos, pudiendo exigir al estado ser garante de este. Los derechos humanos no son simples aspiraciones que quisieran alcanzar, son el reconocimiento de la dignidad humana, por lo anteriormente expuesto existen múltiples leyes, convenios e instrumentos nacionales e internacionales, que reconocen y promuevan la garantía de los derechos humanos, específicamente en el derecho a la salud, los cuales deben ser apropiados por el conjunto de la sociedad en la perspectiva de hacerlos justiciables, de los cuales se pueden puntualizar los aspectos relacionados a continuación:

- La aceptación de los derechos humanos.
- El estado como garante de derechos.
- La perspectiva de derechos a la luz de condiciones concretas de calidad de vida.
- Cambios institucionales hacia la participación social, para avanzar en la garantía de los
- Derechos.

¹ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE SALUD. *Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Conociendo y apropiando la estrategia promocional de calidad de vida y salud. 2007*

² *Ibid.*

- Desarrollo de un nuevo modelo de gestión social dirigido a garantizar los derechos.

Desde la mirada hegemónica, la promoción de la salud aparece, junto con la prevención, como los campos centrales de la actuación de la salud pública y recoge, por tanto, su proceso de construcción viéndose limitada por los cuestionamientos de los modelos centrados en la medicina, donde se toma la salud pública como una especialidad de esta; tomando la propuesta de Milton Terris, en el sentido de hacer de la medicina un campo de la salud pública, la propuesta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, pretende aportar una alternativa en la garantía del derecho a la salud. En este sentido, se fundamenta en la idea de salud como autonomía, reconoce el análisis de los determinantes sociales como orientador en la toma de decisiones y asume la tarea de transformar la realidad existente en la perspectiva de construir equidad y justicia social³

La aplicación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, se fundamenta en el principio básico de concebir la salud como derecho que se concreta con la satisfacción de necesidades.

Desde esta estrategia, el desarrollo de políticas públicas se basa en el procesos de territorialización que parta de la lectura integral de necesidades, el diseño de una respuesta integral y de una gestión que viabilice la misma, en donde la transectorialidad y la participación son piezas fundamentales, para lograr los objetivos de afectar los determinantes, definidos como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o que estén directa o indirectamente asociados a los problemas, asegurando proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos los ámbitos y ciclos.⁴

En este proceso de construcción de política pública, la participación social y comunitaria en salud esta mediada por la representación del interés colectivo; la Constitución Nacional promueve una democracia participativa para fortalecer a la sociedad civil, mientras en la cotidianidad opera una democracia representativa, que funciona a partir de unos canales, en los que solo puede “participar” el delegado, quien termina siendo un convidado que no representa los intereses, ni aboga por la presentación de las situaciones que afectan el bienestar de quienes en teoría representa.⁵

Esta debilidad ha generado una perdida de credibilidad y de liderazgo convirtiéndose en un distractor, en tanto que se convive con agendas llenas para asistir a reuniones, discusiones, foros, asambleas, pero, desafortunadamente, no hay mayor trascendencia en la capacidad movilizatoria de las comunidades y de la sociedad civil, para reivindicar las voces que expresan la necesidad de un país mas democrático, con amplio sentido participativo para superar la desigualdad y la inequidad social.

El momento actual requiere que la participación avance en dos planos: el estratégico, como posibilidad para movilizar a los sujetos hacia la concreción de objetivos; y el plano simbólico, como valor que permite procesos de transformación, que determinan a la sociedad y que le da sentido a las acciones humanas.

En el distrito capital ha venido impulsado políticas públicas que se enmarcan en un enfoque

³⁻⁵ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE SALUD. Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad Y el derecho a la salud.2007

⁴ Los Ámbitos: se refieren a los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana y se tejen interacciones por ejemplo, los espacios productivos (laboral), los espacios de vida de los escolares (escuela), los espacios públicos (comunitario), institucional (espacios de protección y rehabilitación); Instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS). Ciclo: concepto que explica el transito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo humano son el producto de la sucesión de experiencias en los ordenes biológico, psicológico y social.

que privilegia los derechos humanos y abiertamente ofrecen herramientas para ambientar un escenario dirigido hacia la concreción de procesos que apunten a la construcción de ciudadanía, es decir, hacia una esfera donde los ciudadanos sean sujetos capaces para actuar en la transformación de sus propias realidades, superando la participación como instrumento para validar las políticas hechas sin el reconocimiento pleno de los actores.

En el sector salud, la política se encuentra sustentada en la estrategia promocional de calidad de vida y salud⁶, la cual determina la importancia de vincular la mirada de los grupos sociales en relación con aspectos que afectan la calidad de vida y, por ende, la salud, la convocatoria a búsqueda de respuestas sostenidas, donde se privilegie la participación de las personas.

Con la implementación de esta estrategia a través de de la Política de Salud Distrital se propicia que las comunidades organizadas o sin organizar, los grupos sociales, los colectivos, las asociaciones, confronten sus realidades y realicen procesos que apunten hacia la búsqueda de soluciones.

A partir del abordaje de los determinantes se aplicó una metodología de cartografía social y árbol de problemas para guiar la lectura de necesidades en las zonas de condiciones de vida y salud, permitiendo tomar la realidad del territorio, estableciendo relaciones para analizar y posibilitar estrategias de intervención desde salud a su hogar SASH, atención primaria en salud(APS), trabajo en ámbitos(comunitario, escolar, IPS, laboral y familiar) participación de la comunidad; llegando a la aplicación y operativización de la política Distrital de salud.

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Dentro del proceso de análisis de la situación de salud de la población se plantea desde las necesidades encontradas en las diferentes comunidades, lo que conlleva a la definición de requerimientos de acciones para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales de tal manera que permite mejorar las condiciones de salud de la población en local.

Este documento no se elabora única y exclusivamente para el actuar del sector salud, por el contrario es un insumo para los demás sectores que propenden por el bienestar colectivo, así como con los grupos organizados de la comunidad y sociedad en general. Adicionalmente se debe tener en cuenta que el proceso de salud es condicionado por factores presentes en todos los sectores y para su solución se requiere de la intervención de los mismos y los efectos que se logren a través de estos van a incidir en el desarrollo, producción y productividad de la sociedad.

El Diagnóstico Local con Participación Social tiene las siguientes características:

- **Objetividad:** Los datos son presentados en forma cuantitativa y con análisis cualitativo alusivo a los datos disponibles, la información relacionada con las acciones que se desarrollan desde el PIC 2009 por etapa de ciclo vital en los territorios sociales, teniendo en cuenta los enfoques territorial, poblacional y diferencial.

Enfoque territorial: Para el desarrollo local entra a jugar las estrategias a desarrollar en el plan de desarrollo “Bogotá Positiva Ciudad de Derechos”, en la que se encuentra la Gestión social Integral (GSI) en ella se definen territorios sociales para ser intervenidos transectorialmente con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que habiten dichos territorios. En el 2008, se inició en la Localidad un proceso de concertación con la Secretaría de integración social, consejo local de gobierno, Hospital Centro Oriente y consejo local de política social entre otros, con el fin de definir los territorios de gestión social integral (GSI) y poner en marcha dicha estrategia en Santa Fe, el proceso de concertación se llevó a cabo en los consejos locales de política social (CLOPS), donde se presentó y argumento por parte del Hospital Centro Oriente la necesidad de contemplar esos territorios desde las zonas de condiciones calidad de vida y salud (ZCV y S), lo que dio lugar a varios debates entre las instituciones y miembros de la comunidad que asistieron esporádicamente, es

así como se organizan 4 territorios sociales como se muestra en el mapa 3, basados en la propuesta presentada por salud, es de anotar que en 2009 y 2010 se han dejado los siguientes territorios sociales acordados desde las zonas antes mencionadas :

Territorio 1 de mayor concentración de problemáticas sociales, compuesto por las UPZ Lourdes (96), Cruces (95) y los barrios Perseverancia, las Aguas, Germania y la Paz de la UPZ Macarena (92).

Territorio 2 de Condición Vulnerable y población flotante está conformada por la UPZ (91) Sagrado Corazón excepto las torres del Parque y la UPZ Nieves (93).

Territorio 3 de Condiciones favorables está conformado por los barrios La Macarena (UPZ 92), Bosque Izquierdo (UPZ 92) y las torres del Parque (UPZ 91)

Territorio 4 es el sector rural. Presenta una gran riqueza ecológica que lo hace atractivo para el turismo de contemplación, sin embargo, la zona turística del cerro de Monserrate y en especial el camino peatonal que conduce a la parte alta, presenta problemas de erosión y formación de cárcavas debido a la carencia de un eficiente sistema de escorrentía y a la falta de control sobre los turistas, quienes abren trochas o caminos alternos que devastan la vegetación; en la actualidad, esté camino se encuentra cerrado por obras de mantenimiento, lo que ocasionó roces con la comunidad de vendedores que tenían desde hace más de veinte años negocios a lo largo de este camino.

La dinámica poblacional se define como el conjunto de interacciones entre la dinámica demográfica y otros factores de las dinámicas ambientales, social y económica de las cuales se derivan transformaciones tanto en la dinámica demográfica (tamaño, crecimiento poblacional, estructura distribución territorial y movilidad) como en las condiciones socioeconómicas y ambientales de un territorio.

El enfoque poblacional consiste en identificar y comprender las interacciones en la dinámica poblacional, a fin de responder tanto a los problemas como a las oportunidades presentes en el territorio, orientando la formulación de objetivos y estrategias que permitan superar las tensiones problemáticas y potenciar las fortalezas identificadas.

El enfoque poblacional incluye las etapas de ciclo vital las cuales se clasifican de la siguiente manera:

Infancia: 0 - 9 años y gestantes

Juventud: 10 - 26 años

Aduldez: 27 - 59 años

Vejez: 60 y más años

- **Precisión:** hace referencia a la población en estudio y al medio donde se encuentra (población por etapa de ciclo vital en los territorios sociales con enfoque poblacional, territorial y diferencial).
- **Integridad:** Tiene que ser lo más completa posible para permitir el conocimiento y evaluación del estado de salud de la población.
- **Temporalidad:** Debe referirse a un tiempo determinado, previamente definidos. (información 2009)

- **Multidisciplinario:** Debe contar con la participación de diferentes disciplinas para contribuir a la integridad del mismo. (Referentes de PDA, TVS, ámbitos y componentes).
- **Actualizado:** el diagnóstico presenta la situación de salud en el momento presente para que las acciones correspondan a las necesidades reales (se tiene en cuenta la información del año 2009 por ser la más reciente y completa).
- **Participativo:** Indica que en el proceso deben interactuar todos los estamentos involucrados en la problemática y en especial la comunidad sobre la cual se van a realizar las acciones, (información de lecturas de necesidades en los territorios de GSI).

Organización para el Análisis de situación

De acuerdo a la guía técnica de trabajo enviada por la S.D.S. se elaboró el plan de acción para la vigencia de 2010, acorde con las fases propuestas por el nivel central y en concordancia con la propuesta institucional, este plan de acción contempla un momento inicial de socialización de los resultados 2009, y mesas de trabajo por etapa de ciclo vital.

Se dio inicio con los ajustes y propuesta metodológica para el ejercicio, en donde se establecieron reuniones mensuales: unidades de análisis y equipos técnicos poblacionales. La recolección de información y estudio de la misma, desde las Transversalidades y Proyectos de Desarrollo de Autonomía, es decir desde los ámbitos de vida cotidiana, para luego pasar a un análisis desde la determinación social.

A través de mesas de trabajo se discutió información de fuente primaria y los resultados del diligenciamiento de matrices que permitieron evidenciar los determinantes sociales de dominio general, particular y singular; las acciones realizadas para afectar las problemáticas identificadas por etapa de ciclo vital en el territorio.

Las unidades de análisis se desarrollaron con la participación de los profesionales de los proyectos de desarrollo de autonomía (salud mental, oral, sexual y reproductiva, crónicas, transmisibles y estrategias); transversalidades (ambiente, etnias, desplazados, seguridad alimentaria y nutricional, salud y trabajo, género, discapacidad y actividad física), se tomaron entre las fuentes primarias las narrativas elaboradas en el año 2009 del diagnóstico local, los grupos focales, en donde se realizaron lecturas de realidades con las diferentes intervenciones contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se avanzó en el análisis de situación de la salud de los habitantes de la localidad de Suba, se describieron determinantes sociales, se analizó la gestión local y la respuesta institucional para determinar déficit de la oferta. En las unidades de análisis se hizo énfasis en el enfoque poblacional, territorial, y diferencial por etapa de ciclo vital, inicialmente en las zonas de calidad de vida y posteriormente en los territorios sociales de la localidad.

En un tercer momento, se avanzó en la construcción de narrativas por etapa vital y validación y/o reformulación de núcleos problemáticos los cuales fueron insumo para la construcción de la propuesta institucional.

También se articuló información generada desde las mesas territoriales (narrativa por territorio social) y los ejercicios realizados en las unidades de análisis por etapa de ciclo vital en los territorios sociales (núcleos problemáticos).

Los núcleos problemáticos construidos en el presente documento, constituyen el conjunto de situaciones problemas que afectan un territorio, generando una condición específica, que es necesario intervenir, para disminuir sus efectos y a partir de este, mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

La identificación de núcleos problemáticos, facilitó la construcción de respuestas integrales, evitando caer, en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar realmente la realidad.

A partir de los núcleos problemáticos, se construyen los temas generadores, que se convierten en las ideas fuerza, con las que se busca generar una respuesta. El tema generador, no solo propone una posible solución, sino que se expresa, en términos de mostrar la condición ideal a la que se pretende llegar.

En este sentido, los temas generadores buscan la movilización de los actores sociales y comunitarios inmersos en el territorio, o de aquellos que son necesarios de incluir, para poder transformar el núcleo problemático identificado.

Para el año 2010, se avanzó en análisis de situación por territorio social desde el sector salud y se tuvieron en cuenta las narrativas generadas desde las mesas territoriales, como insumo de participación comunitaria.

Recolección de información de fuentes primaria y secundaria. La primera de éstas, sale de las lecturas de necesidades identificadas en los grupos focales y análisis de documentos suministrados por PDA y Transversalidades, así como de Ámbitos y Componentes. La fuente secundaria proviene de las Instituciones locales, Planeación Distrital y Secretaría Distrital de Salud.

Dos sesiones por mes para la actualización del diagnóstico y luego una sesión por mes para el proceso de georreferenciación de las problemáticas y respuesta institucional por ámbitos hasta el mes de octubre. Posteriormente se realizaron los ajustes pertinentes y finalmente después de la validación por parte del nivel central se socializará el documento final en los espacios locales e institucionales.

Objetivo general

Actualizar el diagnóstico local, partiendo de los datos estadísticos diferenciales desde la ESE de la localidad de Santa Fé, las lecturas de necesidades realizadas desde las intervenciones de Salud Pública y desde Gestión Social Integral, con el fin de identificar las necesidades sentidas en salud a través de la indagación con actores sociales, para generar respuestas integrales que favorezcan la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Objetivo específico

- Conocer el estado actual de la salud a través del comportamiento de indicadores trazadores.
- Hacer uso de las lecturas de necesidades, con el fin de tener insumos que fundamenten el comportamiento de los datos cuantitativos.
- Triangular los datos con el fin de completar la información de tipo cualitativo y cuantitativo, teniendo presente las bondades y limitaciones que tiene cada tipo de análisis, de tal manera que se pase de la descripción a la abstracción de los mismos.
- Construir alternativas de solución traducidas en respuestas sectoriales (formulación de propuestas PIC 2011) e intersectoriales de acuerdo a las necesidades identificadas y su importancia en el impacto que se evidenciara a través del monitoreo de las metas del plan de desarrollo.

Con diferentes espacios como las unidades de análisis que comprenden todos y cada uno de los espacios en donde se realizan tanto recolección como análisis de información bien sea de fuentes primarias y/o secundarias; a continuación se define como se entiende esta clasificación:

Fuentes Primarias:

En esencia son los productos captados por el que hacer cotidiano de cada uno de los ámbitos y transversalidades.

Ámbitos: Aquellas en las que bajo la responsabilidad del referente se definen los mecanismos de seguimiento y evaluación de la recolección y orden de la información de fuentes primarias y secundarias de cada intervención del ámbito.

Referentes de proyectos de autonomía y transversalidades: Son las unidades de análisis en las que según acuerdos y dinámicas de cada espacio, se avanza en el análisis de la información primaria y secundaria a través de matrices que permitan dar cuenta de las acciones desarrolladas desde el sector salud y los hallazgos encontrados en las lecturas de necesidades para avanzar en el análisis de situación de salud a partir del enfoque territorial, poblacional y diferencial; con la participación de los referentes de PDA y Transversalidad de los ámbitos de vida cotidiana.

En las unidades de análisis también se contó con la asistencia de los referentes de ámbitos con quienes se validaron los avances del proceso y se definieron posibles propuestas para la vigencia 2011.

Para el capítulo cuatro se consolidó información de fuente primaria y secundaria que permitió evidenciar el déficit de las acciones y la necesidad de articular respuestas en beneficio de la población que presenta mayor vulnerabilidad, finalmente se establecen acuerdos para el capítulo cinco de acuerdo a la información disponible desde las unidades de análisis y la situación encontrada.

Fuentes secundarias:

Son todos los productos obtenidos desde la fuente primaria y secundaria que permitieron profundizar en la construcción de análisis que se reflejan en los capítulos uno, dos y tres, los documentos de narrativas por territorios social y otros que por cada una de las transversalidades y proyectos de autonomía que contribuyen a la construcción para las intervenciones, se consideran las áreas para toma de decisiones consolidación integral entre lo asistencial y lo público en los espacios que a continuación se describen:

Equipos Técnicos Poblacionales: Antes denominados grupos funcionales; estos se realizaron en torno a temas particulares de cada etapa vital en concordancia con el plan de acción propuesto para la vigencia 2010. Se establecieron dos etapas por mes. Sin desconocer los documentos editados por entidades del Distrito y los que consolida la Secretaría Distrital de salud por determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares.

Para el año 2010 el Hospital participó activamente en las mesas de trabajo de GSI, se avanzó en la descripción de los derechos se avanzó en la consolidación del documento respuestas integrales.

1.

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

1.1 Características Geográficas y Ambientales

La Localidad Santa Fe se encuentra ubicada en el área centro oriental de la ciudad, en donde se ha desarrollado tradicionalmente la vida económica, cultural y política del Distrito Capital desde la época de la Colonia. Santa Fe limita, al norte, con la localidad de Chapinero; en el Canal del río Arzobispo en la Calle 39, al sur, con las localidades de San Cristóbal y Antonio Nariño; al oriente, con el municipio de Choachí hasta el Km. 17 y al occidente con las localidades de Los Mártires y Teusaquillo, internamente limita con la localidad La Candelaria, contenida en Santa Fe, tiene una extensión total de 4.487,74 hectáreas (ha), de las cuales 3.802,72 ha están catalogadas como suelo rural (84.73 %) y 685,02 ha como suelo urbano (14.67%), del total de hectáreas 3.896,94 ha corresponden a suelo protegido, donde se destacan los cerros tutelares de Monserrate, Guadalupe y la Cruz. El área rural se caracteriza por ser reserva forestal, sus límites son: por el Norte la vía El Verjón Bajo de la localidad de Chapinero; por el Oriente los municipios de Choachí y Ubaque; por el Sur, la zona forestal de la localidad de San Cristóbal; y por el Occidente, el área urbana de la propia localidad.

Su ubicación se da entre los 2.630 metros en las partes más bajas y los 3.316 msnm en la cima de mayor altura, que es el cerro de Guadalupe. El cerro de Monserrate se halla separado del anterior por el río San Francisco con una altura de 3.190 metros sobre el nivel del mar.⁷

1.1.1 Geomorfología y suelo

La localidad de Santa Fe presenta siete unidades geomorfológicas, cuyas características se señalan a continuación:

Área plana con pendientes menores de 4° y constituida por material de origen fluvio lacustre, especialmente arcilloso, con comportamiento estable: está ocupada por viviendas.

Área inclinada con pendientes de 4° a 28°, constituida por arcillas y areniscas inestables por su baja cohesión y fácil compresibilidad, aunque han adquirido estabilidad por la estructura urbana.

Área con pendientes mayores de 12°, arcillosos con suelos residuales blandos y altamente friables, muy afectados por deslizamientos y flujos de lodo.

Área con pendiente de 12° a 28°, compuesta por materiales generados a partir de la degradación de los cerros, que la red de drenaje de los ríos Arzobispo, San Francisco y San Agustín han transportado, depositándolos en su parte baja. Esta área presenta algunos procesos de degradación según la ocupación, pues se presenta estable bajo vegetación natural y la ocupación urbana.

Área con pendiente entre 12° y 40°, compuesta por material de roca arcillolita fracturada (planers) con una permeabilidad baja y con alteración fuerte en algunos puntos que incide en una estabilidad relativa, no es aconsejable para el establecimiento de obras civiles y no tiene uso urbano.

Área con pendientes mayores a 40°, constituidas por rocas areniscas duras, muy estables por su alta dureza, cementación y compactación. Su inaccesibilidad topográfica impide su ocupación.

Área con pendientes entre 12° y 40° que forman el eje anticlinal de Bogotá, lo constituyen rocas del cretáceo con buena estabilidad.⁸

1.1.2 Suelo Urbano

El suelo urbano corresponde al 15,4% y en él se concentran seis áreas de actividad: el 44% se destina a "actividad Central", el 18,9% uso comercial y de servicios, el 17,6% uso residencial, el 14,3% es área protegida urbana, el 2,4 % para uso dotacional y equipamientos colectivos y el 2.35

7 - 8 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Servicio al Medio Ambiente. 2009

% como área urbana integral, el área protegida urbana incluye las rondas de los ríos y las zonas de alto riesgo por remoción en masa; la dinámica local en los usos del suelo urbano en los últimos 25 años muestra que continúa el predominio de usos mixtos en el centro tradicional.⁹

Desde el 2002 se destaca en las áreas de uso residencial la ocupación ilegal de suelo para vivienda, gracias a programas de legalización de barrios, la tendencia actual es disminuir a cero las urbanizaciones de éste tipo en la localidad. Es importante conocer que 68 ha de urbanización ilegal en la localidad estaban localizadas en los cerros orientales.

1.1.3 Áreas Protegidas

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

El área protegida urbana incluye las rondas de ríos como el Arzobispo y las zonas de alto riesgo por remoción en masa especialmente en la UPZ Lourdes y La Macarena. Se hace evidente una problemática medio ambiental relacionada con la población flotante, especialmente en los horarios laborales, debido a la falta de cultura ambiental existe la mala disposición de residuos en la vía pública, invasión de espacio público, contaminación atmosférica por material particulado y la construcción de las diferentes obras de infraestructura, por ejemplo Transmilenio en la carrera 10a y la avenida Comuneros.

El área rural protegida Comprende los cerros orientales, zona de importancia para la recarga de los acuíferos que son explotados mediante pozos en la parte plana de la ciudad de Bogotá. Específicamente son importantes los cerros de Guadalupe, Monserrate y las zonas de piedemonte, al igual que sus áreas circundantes, como las zonas con un mayor potencial de infiltración (200 a 300 mm./año).

Aunque el riesgo de incendios forestales en los cerros orientales es bajo¹⁰ se pueden presentar, especialmente durante los periodos de verano (enero y febrero) donde se presentan estos eventos que consumen la capa vegetal de los cerros y la zona rural. La mayoría de estos accidentes forestales son causados por descuido humano, las fogatas, quema de basuras, olvido de envases de vidrio, que expuestos al sol pueden transformarse en lentes de aumento que generan incendios, o debido a que los transeúntes arrojan colillas o fósforos encendidos. La presencia de la especie vegetal retamo espinoso aumenta el riesgo de incendio forestal¹¹.

1.1.4 Clima

La localidad ocupa terrenos comprendidos entre una altitud de 2.750 metros sobre el nivel del mar (msnm) en la parte más baja, y 3.100 msnm en su parte más alta, clasificándose dentro del piso térmico frío.

Las temperaturas medias anuales varían desde los 8.4°C hasta los 13°C. El brillo solar, promedio mensual ponderado anual es de 107 horas de sol, para el año 2007 y para el año 2008 146,24 horas. El periodo de mayor radiación solar ha sido durante diciembre con 130,2 horas y el mes de abril el menor con 85,9 horas. Hacia la zona sur de los Cerros Orientales, la precipitación ha tenido un régimen mono modal, con los valores más altos a mediados del año, a diferencia de la zona norte y de la cuenca del Teusacá (zona más oriental), donde el régimen ha sido bimodal, con los valores más altos en abril, mayo, octubre y noviembre, sin embargo con el cambio climático ésta situación se ha modificado; La humedad relativa presenta un régimen casi uniforme a lo largo del año, entre el 75 y el 80%, con un valor medio anual de 78¹².

9 Cámara de Comercio de Bogotá- CCB. Perfil Económico y Empresarial Localidad .2009

10 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Sala Situacional medio ambiente.2008

11 <http://www.semarnat.gob.mx/Pages/Inicio.aspx>. Secretaría Distrital de ambiente. Agenda ambiental Localidad .2009.

12 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Marco situacional macroregión Cerros Orientales.2008

1.1.5 Hidrología

La localidad cuenta con una gran riqueza hídrica que hace parte de la subcuenca alta del río Teusacá, la cuál nace en la laguna del Verjón - Páramo de Cruz Verde y sus afluentes son las quebradas El Verjón, La Esperanza, Tembladores, Montañuela, El Tagual, Honda, El Barro, Farías, El Barrito y La Centella, también se hallan zonas de nacimientos, captación y recarga de acuíferos además de un cordón de condensación o bosque de niebla en las partes altas por encima de los 3.200 msnm. En la zona urbana se observa un sistema hídrico conformado por tres corrientes principales: el río Arzobispo (Cuenca río Salitre), el río San Francisco, que nace en La Cuchilla el Boquerón y que es canalizado al entrar en el área urbana (Cuenca río Fucha), donde vierten sus aguas las quebradas Santo Domingo, Las Brujas, Roosevelt y Padre Jesús, y el río San Agustín, al cual vierten sus aguas las quebradas Manzanares, San Dionisio, El Chorrerón, El Soche, Santa Isabel, Lajas y San Bruno. Desafortunadamente hace más de cuarenta años se presentan asentamientos de invasión humana a las rondas hídricas, la construcción de viviendas en número elevado, manejo inadecuado de residuos sólidos, vertimientos de aguas negras y apertura de vías, lo cual produce fraccionamiento y degradación de los recursos de flora y suelos, deteriorando la calidad de estos afluentes. A continuación se presenta el estado del sistema hídrico antes mencionado:

El río Arzobispo canalizado a la altura de la Carrera quinta, en su parte alta es una fuente hídrica de buena calidad pero al ingresar al área urbana en límites con la Localidad de Chapinero, recibe la descarga de aguas negras de los sectores aledaños al Parque Nacional ocasionando contaminación y deterioro de la calidad del agua.

En el caso del río San Agustín y sus afluentes, presenta problemas de vertimientos de residuos sólidos y líquidos de las viviendas ubicadas en su ronda y en general de la población ubicada en cercanías a la Quebrada Manzanares, La Quebrada Chorrerón recibe vertimientos de aguas residuales provenientes de los barrios La Peña y Egipto, y el canal de Los Laches recoge las aguas lluvias y negras de los barrios El Rocío y Los Laches. Sobre el área de manejo y preservación de la quebrada San Bruno se encuentra un asentamiento de origen informal, el cual realiza sus vertimientos líquidos y sólidos sobre la corriente de agua, presenta además problemas sanitarios como malos olores y proliferación de vectores y plagas¹³.

La Quebrada Lajas se encuentra ubicada entre los barrios Ramírez y Atanasio Girardot, Recibe aguas lluvias y negras de asentamientos humanos a lo largo de su ronda la que además es utilizada para el depósito de escombros y material de reciclaje por parte de habitantes de calle o clasificadores de las mismas.

La situación de contaminación hídrica antes mencionada se agrava si se tiene en cuenta que los drenajes de estos ríos y quebradas corresponden a corrientes de trayectos cortos, de tipo dendrítico de zonas de alta montaña con pendientes pronunciadas que oscilan entre el 12 y el 50%. Las características topográficas del terreno en la parte límite entre lo rural y lo urbano les proporcionan a estas fuentes hídricas un carácter altamente dinámico, con tiempos de concentración de la lluvia de corta duración, y valores medios comprendidos entre los 45 y 125 minutos, lluvias de alta intensidad pueden ocasionar caudales máximos imprevistos bastante elevados e intermitentes¹⁴.

1.1.6 Calidad del aire

La calidad del aire es una condición física que puede afectar a los individuos y a otros seres vivos, el impacto de la mala calidad del mismo incide en la salud de las personas, especialmente de los niños y de los adultos mayores, sus consecuencias se extienden a largo plazo. La Red de

13 -14 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Diagnostico ambiental. Localidad 2009.

monitoreo de calidad del aire de Bogotá D.C. posee en la localidad Santa Fe una estación ubicada en el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Esta estación ha reportado desde el 2002 niveles de Ozono (O3) promedio anual superiores a la norma¹⁵.

Las principales avenidas de la localidad se han ampliado y se ha construido el sistema Transmilenio, lo cual facilita el flujo vehicular, sin embargo la cantidad de vehículos es fuente de contaminación por partículas. Se espera que el mejoramiento de la calidad del diesel a partir de julio de 2008 para Bogotá contribuya en la disminución de este tipo de contaminación

La contaminación atmosférica por fuentes fijas en Santa Fe tiene su origen en pequeñas fábricas y talleres y por la incineración de basuras donde no se presta el servicio de recolección domiciliaria. Aunque la actividad de chircales está prohibida a lo largo de todos los cerros orientales, ocasionalmente se prenden los hornos de ladrilleras ubicadas en los barrios El Dorado, El Triunfo, El Mirador y El Consuelo. En la agenda ambiental de 1994 se reseñó la contaminación del aire en el centro de la ciudad, atribuido a la cantidad de vehículos privados (50%), buses (30%) y camiones (20%), y a las bajas velocidades que éstos debían mantener. Entre 1983 y 1986 la estación localizada en el Capitolio registró que más del 50% de las mediciones excedieron la norma de partículas en suspensión (76,8 µg/m³) en el centro de la ciudad, esta contaminación fue relacionada a enfermedades de las vías respiratorias como la bronquitis.

1.1.7 Riesgo Ambiental

En la agenda ambiental se reconoce el riesgo como “la probabilidad de ocurrencia de un evento, natural o de origen humano, que pueda afectar la vida o los bienes de la población en el contexto de la localidad Santa Fe”, se relaciona con eventos naturales como inundaciones, incendios, terremotos y tormentas que involucran pérdida de vidas humanas y de infraestructuras. En la tabla 1 se identifican los tipos de riesgo que se pueden encontrar en la localidad:

Tabla 1. Zonas y Tipos de riesgo ambiental. Localidad Santa Fe. 2008 - 2009.

Escenario	Tipo de riesgo	Ubicación en la localidad
Rural y natural	Remoción en masa, sismo, incendios forestales e inundaciones	Veredas El Verjón Alto y Bajo; barrios : Los Laches, santa Rosa de Lima, el Dorado, Egipto alto, rocío Centro-oriental, la Peña y San Dionisio oriental
Laderas Cerros Orientales	Fenómenos de remoción en masa, inundación, riesgo sísmico, colapso estructural, incendios estructurales y forestales, desbordamiento	UPZ 96,barrios Ramírez, los Laches, La Paz Centro, Gran Colombia, Santa Rosa de Lima, El Rocío, él Dorado, el Consuelo, Lourdes y Girardot
	Encharcamiento y sismo	Egipto Alto, quebradas donde se vierten residuos Sólidos en Barrio Ramírez
Ciudad Consolidada y sectorial	Sismo, colapso estructural, incendio estructural, explosiones, fugas y derrames	San Victorino, las Nieves
Espacio público	Caída de árboles, presencia de abejas	Parques y áreas verdes de la localidad

15 <http://www.semarnat.gob.mx/Pages/Inicio.aspx>. Secretaría Distrital de ambiente. Agenda ambiental Localidad .2009

Sectorial, redes de infraestructura	Sismo, meteorológicos, tecnológicos, incendios estructurales, funcionales	Toda la Localidad
Aglomeraciones de público	Estructurales, incendios, estampidas humanas (lesiones y pérdida de vidas)	San Victorino, teatros de la Localidad, Monserrate, Plaza de toros, parque Nacional, teatro de la media torta

Fuente: DPAE, FOPAE. Plan Local de Prevención y Atención de Emergencias Localidad Santa Fe 2008 - 2009

Las zonas de vulnerabilidad y riesgo de la localidad se asocian a la construcción de proyectos urbanísticos en zonas como los cerros y las rondas hidráulicas de las quebradas, además del inadecuado manejo de aguas, los deslizamientos de tierra en los barrios ubicados en las zonas altas de la localidad y las inundaciones.

1.2 Características Político Administrativas

La historia de asentamientos urbanos en Santa Fe se remonta la época de la Colonia, donde se construyeron casas y ranchos de estilo rústico y español, que configuraron los primeros sitios de colonización en el centro de la ciudad. Esta localidad debe su nombre a la ciudad de Granada en España, patria de don Gonzalo Jiménez de Quesada, fundador Santa Fe de Bogotá en el año de 1538.

En la época colonial se conformaron los primeros barrios del centro de la ciudad con calles angostas y empedradas, que enmarcaban la Plaza Mayor (hoy Plaza de Bolívar) y la Catedral en la zona central. La ciudad antigua se localizaba entre los ríos San Francisco y San Agustín (actuales carreras quinta y décima).

Además de la zona de La Candelaria, se construyeron barrios de importancia histórica como La Perseverancia (el barrio de la unión obrera), La Peña, Liévano y Las Cruces, en su momento el sector comercial más tradicional de la vieja Santa Fe de Bogotá. Algunos barrios están ubicados en el perímetro de los cerros. Entre éstos encontramos los siguientes: El Guavio, Atanasio Girardot, Santa Rosa de Lima, El Dorado, El Consuelo, El Rocío, Los Laches, Julio César Turbay, Egipto; Tisquesusa y El Triunfo, originados en invasiones y urbanizaciones ilegales. Los territorios del área rural hicieron parte de las fincas de propiedad de las familias Samper, Morris Gutt, Nates y Fajardo, que explotaban madera de los bosques allí existentes y canteras, que surtían de materiales de construcción a la capital. Hacia 1905 los hacendados otorgaron parcelas a sus trabajadores. Tales terrenos más tarde quedarían como forma de pago por los servicios prestados. Así se establecieron desde el siglo pasado los primeros pobladores de esta zona. Los predios ubicados en esta área pasaron a los herederos de los primeros colonos, y hoy son en buena parte de propiedad de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.

El área básica corresponde a la ciudad antigua, con barrios tan tradicionales como La Perseverancia, La Peña, Liévano y Las Cruces, que fue en su momento el sector comercial más tradicional de la vieja Santa Fe de Bogotá. La Perseverancia, barrio de estirpe popular, se identificó como tal hacia 1812, fue lugar de asentamiento de bohemios, poetas, hippies y pintores hacia mediados del siglo XX. El barrio de las Nieves constituía el entorno urbano de la mayoría de los artesanos de Bogotá en la segunda mitad del siglo XIX. Las condiciones de vida eran precarias debido a que las viviendas en su mayoría tiendas que carecían en general de servicios públicos y vías arteriales adecuadas.

Algunos barrios pertenecientes a la localidad están ubicados en áreas de los cerros orientales tales como: El Guavio, Atanasio Girardot, Santa Rosa de Lima, El Dorado, El Consuelo, El Rocío, Los Laches, conocido como el barrio de la Caja de Vivienda Popular, el barrio Julio César Turbay, el antiguo barrio Egipto, y El Triunfo, originados como invasiones y urbanizaciones piratas¹⁶.

16 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Unidad de análisis área Rural. Localidad. 2010

1.2.1 Organización del territorio

En el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) se tienen en cuenta las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) las cuales son conformadas por un conjunto de barrios que mantienen una unidad morfológica o funcional, que se localizan en las zonas de suelo urbano y suelo de expansión. Su objeto es ser un instrumento de planeación, a escala zonal y vecinal, condicionado por las políticas generales del POT con respecto a las condiciones específicas de un conjunto de barrios¹⁷.

En la localidad el suelo urbano está dividido en seis (6) UPZ de las cuales dos (2) son de tipo comercial, dos (2) de tipo residencial de urbanización incompleta, una (1) residencial consolidada y una (1) Unidad de planeación rural (UPR), se destaca la UPZ 96 correspondiente al territorio social 1 como la que concentra el mayor número de barrios según lo muestra la tabla 2. y bosque izquierdo, donde se ha instalado el comercio de restaurantes y bares, de reconocida trayectoria en la ciudad. También se encuentran los barrios de la perseverancia y las aguas, tradicionales y de gran arraigo cultural en la localidad, incluye el barrio Paz Centro con altas dificultades sociales.

La UPZ 93 denominada Las Nieves de uso predominantemente comercial, en ella se ubica el barrio Alameda acogido en el Proyecto de renovación urbana y la ejecución de la fase III de Transmilenio, además de los barrios Capuchina, Veracruz, Las Nieves, y Santa Inés el cual incluye al parque Tercer Milenio.

En La UPZ 95 las Cruces se encuentran los tradicionales barrios de las Cruces y San Bernardo, con un uso de suelo predominantemente residencial. Se nota poca responsabilidad en la tenencia de mascotas, lo que se evidencia en el inadecuado manejo de excrementos producidos por éstas en las vías públicas, adicionalmente se tiene presencia de vectores plaga por focos de residuos sólidos en vía pública a diferentes horas del día sin tener en cuenta los días de recolección, situación especialmente notoria en la avenida comuneros: inundaciones principalmente en calle 5 y 6 en época invernal, debido a la afluencia de aguas lluvias provenientes de los cerros orientales, contaminación ambiental provocada por las industrias de carpintería, remoción en masa debido al deterioro de las estructuras antiguas de las viviendas, residuos de construcción provocados por la elaboración de la vía de los comuneros, contaminación auditiva y visual por construcción de mallas viales. Esta UPZ se encuentra en proceso del proyecto urbano e inmobiliario "comuneros-Cruces"¹⁸ y la ampliación de la carrera 10ª por las obras de Transmilenio.

La UPZ 96 denominada Lourdes es la UPZ con mayor población de la localidad, su uso es referido como residencial no consolidado por la presencia de construcciones ilegales, las cuales poco a poco se han construido sobre la margen de los cerros Monserrate y Guadalupe y está constituido por 20 barrios con alta vulnerabilidad social como son Atanasio Girardot, Egipto, Egipto Alto (J.C. Turbay), El Guavio, La Peña, El Rocío, Lourdes, Fábrica de loza, Santa Rosa de Lima, El Dorado, El Mirador, El Triunfo, El Balcón, Cartagena, El Consuelo, Gran Colombia, Ramírez, San Dionisio, Vitelma y Los Laches.

Se presenta convivencia de familias con caballos como recurso económico (Ramírez, Triunfo, Chircales, Cartagena). Esta UPZ posee una amplia zona de bosques susceptibles de incendios, sitio propicio para la construcción de casas de invasión, y contaminación de rondas hídricas, desastres naturales y remoción en masa y piedras especialmente de los barrios situados en la parte alta.

17 Secretaría de Planeación Distrital. Subdirección de Desarrollo Social Bogotá. 2009

18 Decreto Distrital 190 de 2004. Artículo 285

Tabla 2. Barrios por Unidad de Planeamiento Zonal. Localidad Santa Fe. Bogotá D.C, 2009

UPZ	POT	Área total	Área urbana protegida
UPZ 91 SAGRADO CORAZÓN	POT: Comercial	126,7 ha	44,5 ha
Barrios: La Merced, Parque Central Bavaria, Sagrado Corazón, San Diego, San Martín, Torres del Parque.			
UPZ 92 LA MACARENA	POT: Residencial consolidado	55,8 ha	9 ha
Barrios: Bosque Izquierdo, Germania, La Macarena, La Paz Centro, La Perseverancia.			
UPZ 93 LAS NIEVES	POT: Comercial	172,4 ha	19,52 ha
Barrios: La Alameda, La Capuchina, La Veracruz, Las Nieves, Santa Inés.			
UPZ 95 LAS CRUCES	POT: Residencial con urbanización incompleta	98,5 ha	0 ha
Barrios: Las Cruces, San Bernardo.			
UPZ 96 LOURDES	POT: Residencial con urbanización incompleta	231,6 ha	21,2 ha
Barrios: Atanasio Girardot, Cartagena, Egipto, Egipto alto (J.C. Turbay), El Balcón, El Consuelo, El Dorado, El Guavio, El Mirador, El Rocío, El Triunfo, Fabrica de Loza, Gran Colombia, La Peña, Los Laches, Lourdes, Ramírez, San Dionisio, Santa Rosa de Lima, Vitelma.			
UPR CERROS ORIENTALES	POT: Rural	3.820,6 ha	3.820,6 ha
Veredas Verjón Alto y Verjón Bajo.			

Fuente: DAPD. Subdirección de desarrollo Social Bogotá DAPD, POT, Decreto 619 de 2000, Título V, Capítulo 2, página 296. Bogotá, D.C.

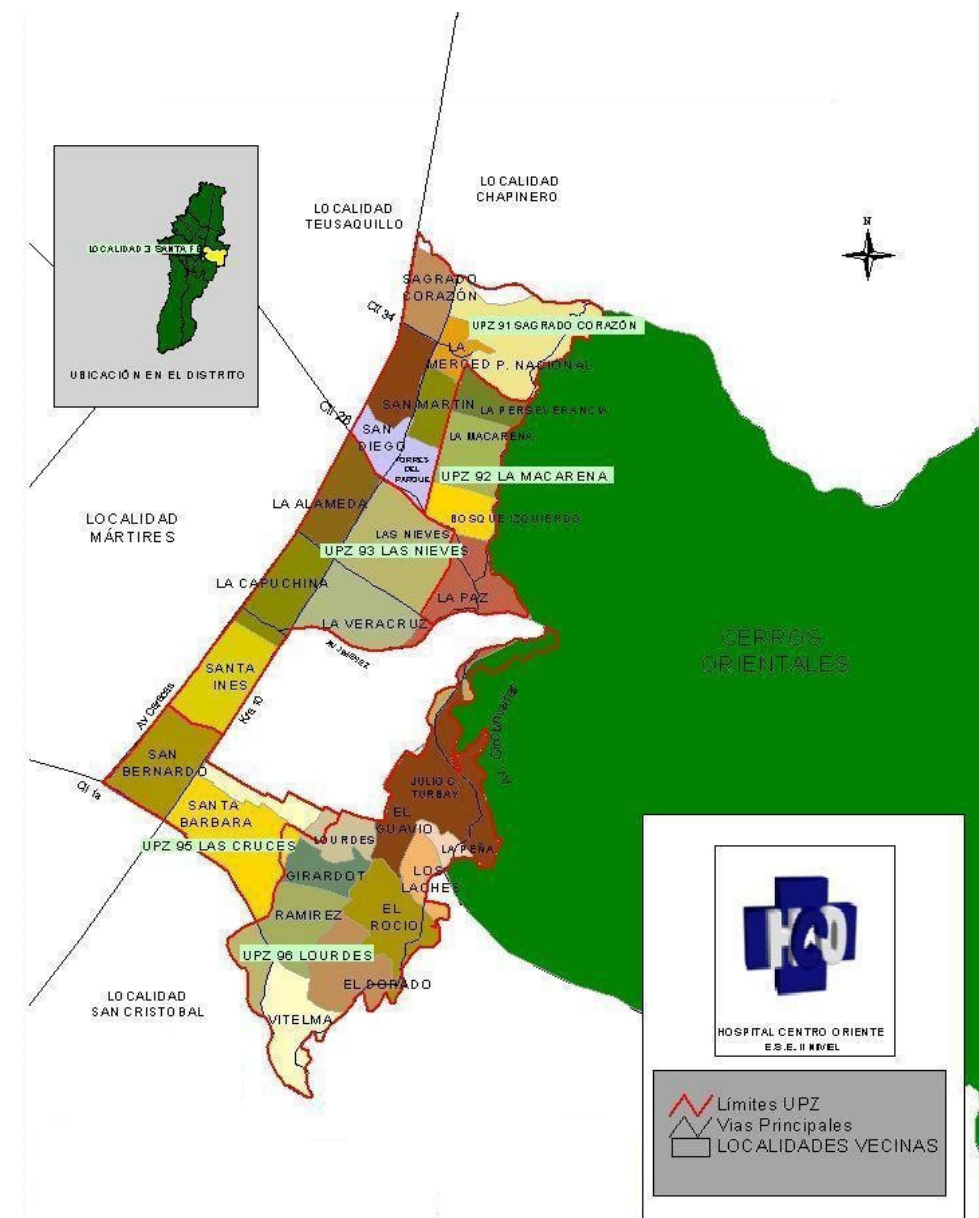
La unidad de planeamiento rural **UPR El Verjón** hace parte de la macro región Cerros Orientales, ocupa las dos terceras partes de la localidad, entre su división territorial está la vereda Verjón alto: 2.277 hectáreas, una amplia área declarada como zona de reserva: 2.338 hectáreas, donde se hallan los santuarios de Monserrate, Guadalupe y la cruz, además de las veredas Fátima y Los Cerezos.

Limita por el norte con el camino carretable El Verjón bajo, perteneciente a la localidad de Chapinero, por el oriente, los municipios de Choachí y Ubaque pasando por el alto de los Tunjos, siguiendo la misma división, al sur de la laguna del Verjón en dirección oriente hasta el morro de mata redonda; de allí siguiendo en dirección norte por la línea divisoria de aguas a través del alto de La Bolsa y alto del Rejo hasta el nacimiento de la quebrada el Barrito, la cual hace parte del límite norte, por el sur limita con la zona forestal de la localidad de San Cristóbal, y por el occidente el área urbana de la propia localidad.

Comprende más del 80% de la localidad como se puede observar en el Mapa 1, la mayor afección del Verjón es su urbanización de manera ilegal, especialmente en la franja comprendida entre los límites de lo rural y lo urbano, lo cual implicó la tala del bosque, la construcción de vías y viviendas y luego la toma de agua directamente de las quebradas, así como los vertimientos de aguas negras y residuos sólidos en las mismas. En el año 2005 se legalizaron parcialmente algunos barrios, pero aún quedan vestigios de esta problemática.

En la zona rural los residuos orgánicos generalmente se utilizan como alimento de animales domésticos o cerdos. Los residuos sólidos se entierran, se queman o se botan en cualquier lugar, generando contaminación ambiental. Así mismo, la nueva infraestructura de telecomunicaciones afecta el paisaje de los cerros, con la proliferación de antenas que se suman a las de energía. Se calcula que hay más de 245 localizadas en la reserva forestal. Sin embargo sólo hasta el año 2005 el Ministerio de Comunicaciones expidió la normatividad respectiva, enfocada principalmente en reglamentar los límites de exposición de la población a campos electromagnéticos, más que a su impacto medio ambiental¹⁹.

Mapa 1. Mapa de división político administrativa. Localidad Santa Fe. Bogotá D. C. 2010.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local. 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Vale la pena destacar que a partir del convenio 012 de 2001, suscrito entre el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT), la Corporación autónoma regional de Cundinamarca (CAR) y el Departamento Administrativo del Medio Ambiente, (DAMA) se ha venido dando tratamiento integral y regional a lo que se denominó la Unidad Ecológica Regional de los Cerros Orientales, conformada por la Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá y parte de los municipios de La Calera, Guasca, Tocancipá, Sopó y Chía. Así pues, el Departamento Administrativo del Medio Ambiente, (DAMA) lideró la elaboración del Plan de Manejo y Ordenamiento de los Cerros Orientales (POMCO) cuya versión preliminar se presentó en octubre de 2003. Por su parte, la Corporación autónoma regional de Cundinamarca (CAR) promulgó el Plan de Manejo de los cerros orientales en abril de 2006, el cual no fue adoptado pero puede ser consultado en el sitio Web de la Corporación. Una parte importante de la localidad Santa Fe es la estructura ecológica I de los Cerros Orientales, de primera relevancia en el paisaje capitalino, los ríos Arzobispo y San Francisco y todas las pequeñas quebradas que bajan de los cerros. A la localidad le corresponde mantener en buen estado sus rondas y la vegetación asociadas. La mayor afección de los Cerros Orientales ha sido su urbanización de manera ilegal, lo cual implicó la tala del bosque, la construcción de vías y viviendas y luego la toma de agua directamente de las quebradas, así como los vertimientos de aguas negras y residuos sólidos a las mismas²⁰

La localidad de Santa Fe, cuenta con 10 **micro territorios** identificados por el Programa Salud a su Casa (SASC): con los equipos Perseverancia (13 y 14), Laches (9 y 10), Santa Rosa (3 y 7), Lourdes (11), Cruces (8 y 12) y Ramírez (6).²¹ Dentro de los cuales se han caracterizado 1200 familias, en aspectos económicos, políticos, ambientales, culturales, y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, sus resultados y acciones no corresponden a UPZ específicas.

Otra manera de abordar el territorio es a través de las **zonas de condiciones de vida y salud** (Ver Mapa 2), basadas en el modelo de determinantes, las relaciones de producción y consumo, los perfiles de deterioro y protección, y las consecuencias que se aprecian a través de las formas de enfermar y morir. Es así como en el año 2003 desde el sector salud se definieron cuatro zonas para ésta localidad, lo que permitió establecer diferencias entre los territorios, los grupos y sus necesidades, a la vez que permitió explicar las mismas desde una mirada compleja que da cuenta de los dominios general, particular y singular; identificando los niveles de equidad/inequidad, punto neurálgico para direccionar las políticas y las acciones en la vía de avanzar hacia la garantía del derecho a la salud²²:

La **Zona 1 “Vulnerable por concentración de problemas sociales”**, conformada por las UPZ Lourdes (96), Cruces (95) y los barrios Perseverancia, las Aguas, Germania y la Paz de la UPZ Macarena (92). Se caracteriza por haber presenciado procesos de poblamiento de obreros y campesinos, con amplio arraigo de sus tradiciones culturales lo cual ha posibilitado mejores niveles de cohesión social y organización.

La zona presenta las falencias en necesidades básicas más acentuadas de la Localidad, caracterizadas por familias compuestas por mujeres cabeza de hogar con escasos ingresos económicos, deterioro del proceso de formación escolar por deserción o imposibilidad económica al acceso de instituciones educativas, hacinamiento y mal estado de las viviendas.

Como elemento de deterioro de calidad de vida se identificó que el desempleo ha promovido el hacinamiento, lo que contribuye como elemento generador de la violencia intrafamiliar, lo cual continúa siendo un núcleo problemático detectado en la lectura de necesidades desde 2008.

El barrio de Ramírez (UPZ 96) se encuentra en proceso de instalación de redes domiciliarias de agua potable y alcantarillado, la inadecuada disposición de residuos que constantemente

generan presencia de vectores plagas. En la UPZ 96 se evidencia una problemática ambiental relacionada con el estado actual de los ríos, con varias quebradas afectadas por ocupación de barrios (subnormales) que realizan vertimiento a fuentes hídricas.

La **Zona 2 Labor administrativa y financiera** conformada por la UPZ Sagrado Corazón, excepto las torres del Parque y la UPZ Nieves (93), integrada por barrios de tradición centro comercial y financiero de la ciudad, concentra la mayor oferta educativa y cultural. Presenta alto número de población flotante, condición que genera problemas ambientales relacionados con inadecuada disposición de residuos y basuras.

La **Zona 3 de Condiciones Favorables** conformada por el barrio La Macarena (UPZ 92) considerado como el Barrio Bohemio de Bogotá, está creciendo como el sitio predilecto de artistas, actores, y gente procedente de todas partes del mundo, debido a ésta particularidad las relaciones de producción y consumo no obedecen a las ofertas de la localidad. Dicho barrio fue declarado patrimonio Nacional²³.

La Macarena está ubicada al lado de Bosque Izquierdo (UPZ 92) y las Torres del Parque (UPZ 91). Comprende población de estratos 3 y 4, lo que hace suponer un buen nivel académico de sus habitantes. Existe deterioro por la mala disposición de basuras.

La **Zona 4 Rural de reserva ambiental**, conformada por las veredas El Verjón, Fátima, Cerezos y los cerros tutelares de Monserrate y Guadalupe. Esta zona es 100% área de protección y corresponde a los Cerros Orientales, son parte integrante de la Estructura Ecológica Principal, los usos allí son restringidos.

En 2006 la Corporación Autónoma Regional (CAR) mediante Resolución 1141 del 12 de abril de 2006 adoptó el Plan de Manejo de la Zona de Reserva. El mismo año el distrito ordenó la suspensión y cierre de la actividad productiva de porcicultura, porque produce contaminación de aguas y durante ese mismo año estableció sanciones por captura ilegal de agua²⁴.

Estas limitaciones han generado conflictos en los habitantes de la zona, donde la actividad económica predominante es la producción agropecuaria. Entre las potencialidades se destaca el turismo ecológico en los Cerros Orientales, aunque existe riesgo de incendios forestales. No se cuenta con espacios recreativos cubiertos y falta sostenibilidad en los proyectos productivos²⁵.

20 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Diagnostico ambiental. Localidad .2009

21 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Programa Salud a su Casa. Ámbito Familiar. Septiembre de 2009

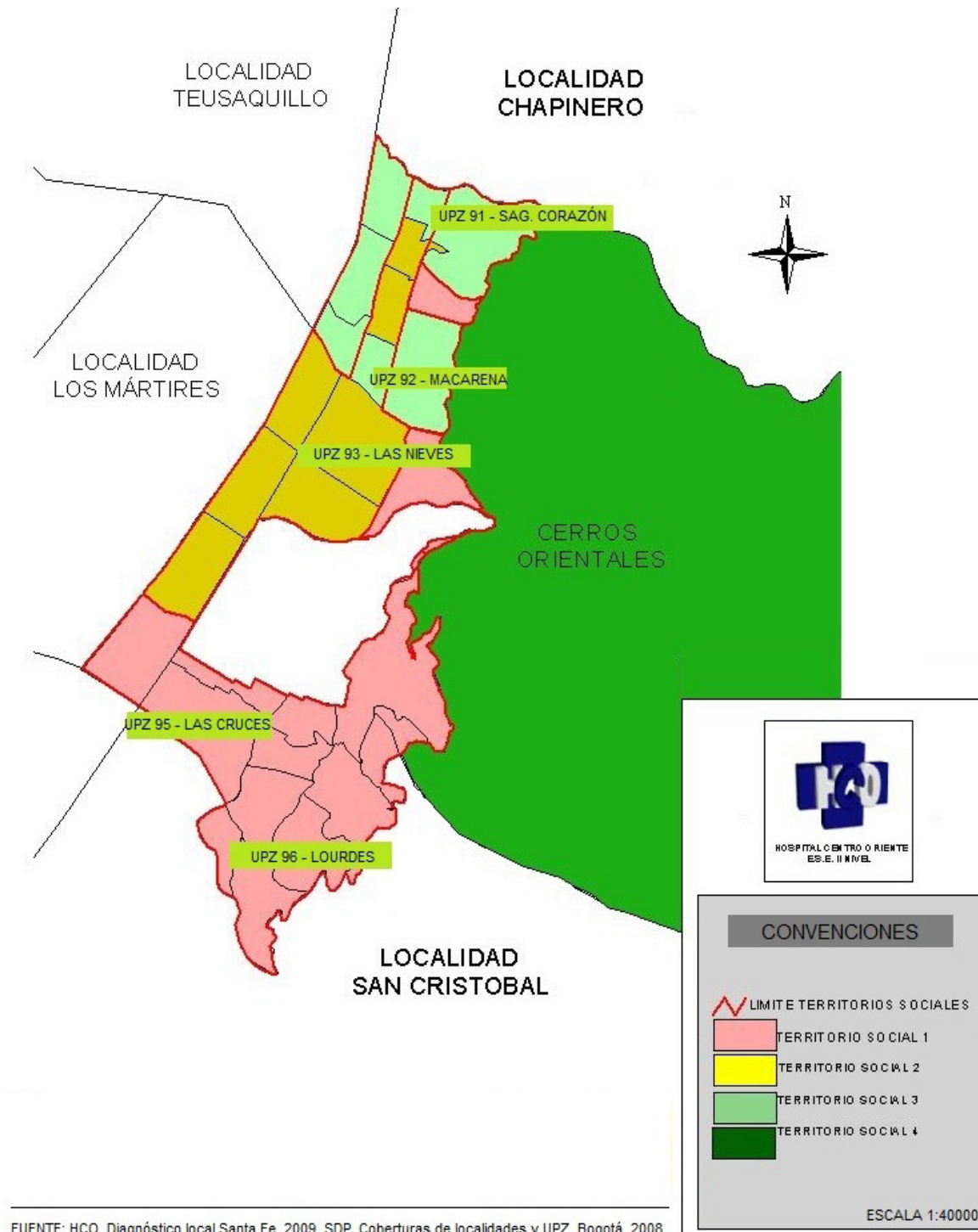
22 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Diagnostico local de salud con participación social. Localidad Santa Fe.2004

23 http://www.colombiacontact.com/travel/es_laMacarena.html

24 UNOHABITAT, Universidad Nacional. Agenda Ambiental Localidad año 2009

25 Mesa Territorial El Verjón. Documento CD.- ROM Localidad . Julio 2009

Mapa 3. Territorios sociales. Localidad Santa Fe. Bogotá D.C, 2009-2010



FUENTE: HCO, Diagnóstico local Santa Fe, 2009. SDP, Coberturas de localidades y UPZ, Bogotá, 2008

FUENTE: Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Diagnóstico local Santa Fe, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

En esta división por territorios, se encuentran establecidas cinco Mesas Territoriales (San Bernardo, Perseverancia, Ramírez del territorio social 1 y El Verjón que pertenece al territorio social 4) concertadas con la Unidad de Apoyo Técnico (UAT) del Consejo de Política Social (CLOPS) desde el año 2008 y donde se concentra la actuación sectorial.

La localidad está siendo intervenida por el plan centro, dicho plan contiene acciones urbanísticas, intervenciones físicas, sociales, económicas e instrumentos de gestión, para consolidar la estrategia de ordenamiento establecida en el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Aprobado por el Decreto Distrital 492 de 2007, tiene efectos en la localidad así: UPZ Sagrado corazón (91), La Macarena (92), Las nieves (93), Las cruces (95) y Lourdes (96).

Este Plan orienta la inversión a corto, mediano y largo plazo en el territorio, define criterios y lineamientos generales para el ordenamiento territorial y lineamientos precisos relativos a Infraestructura, espacio público, equipamientos colectivos, usos y tratamientos. Propone además construir en los siguientes 31 años: en las localidades a intervenir 70.000 viviendas nuevas para albergar 250.000 habitantes, 11 centros de barrio, 20 proyectos urbanos, 330.000 m² de espacio público con inversión privada, 8 parqueaderos para 6.000 autos. Asimismo resalta la necesidad de la construcción de parques nuevos como: Bicentenario, Concordia-Pueblo Viejo, Bolivariano y Mirador de Lourdes, corredores ecológicos nuevos: Calle 7, Calle 26, Avenida Comuneros, Avenida Mariscal Sucre, Avenida de La Hortúa, Avenida del Ferrocarril, Acceso a Monserrate, y conectores de los centros de barrio con los Cerros Orientales - La Perseverancia, La Paz, Las Aguas, La Concordia, Egipto, Lourdes y Cruces. El Plan Zonal Centro (PZCB) ejecutará lo previsto en el Plan Maestro de espacio público. En cuanto al sistema de movilidad, propone: un circuito externo, un circuito Interno, un circuito inter barrial, troncales como: Transmilenio Fase III, metro: Primera Línea, tranvía: Circuito Interno de Movilidad, Tren de Cercanías, mejoramiento de vías, ejes peatonales y parqueaderos disuasorios²⁶.

Resulta oportuno señalar que durante el proceso de consulta y participación ciudadana se han generado algunos conflictos sociales con el proyecto, entre ellos, la propuesta de generación de espacio para construcción de nuevas vivienda que implicaría desalojar residentes actuales y su traslado a otras zonas de la ciudad, con lo cual no estarían de acuerdo. Igualmente el Plan es deficiente en una propuesta ambiental integral, la cual requiere de mayores análisis²⁷.

En la actualidad se encuentra en ejecución el Plan de Desarrollo Local 2009-2012 "Bogotá positiva: para vivir mejor, Santa Fe Turística y Positiva, territorio de derechos", donde se establece como objetivo general mejorar la calidad de vida de la comunidad local, siendo estratégica la inclusión y la transversalidad de sus programas para avanzar en el desarrollo social. El Plan de desarrollo Local orienta las acciones de los diferentes sectores y de la Junta Administradora Local conformada por 7 Ediles.

Dentro de la dinámica política de la localidad encontramos el Consejo Local de Gobierno, como un espacio para la coordinación de las acciones y funciones de las entidades Distritales, sirve como mecanismo para la consolidación de las instituciones locales en relación a la organización del Distrito.

Por otro lado se cuenta con los siguientes escenarios locales para la articulación local:

Consejo local de gobierno: Instancia normatizada por el decreto 682 de 2001; decreto 098 de 2002 a nivel Distrital, es el espacio para la coordinación de las acciones y funciones de las entidades distritales en la Localidad, sirve como mecanismo para la consolidación de las instituciones locales en los niveles central y descentralizado del Distrito.

²⁶ [Lhttp://www.eru.gov.co/](http://www.eru.gov.co/)

²⁷ Localidad . Documento CD - ROM. Encuentros ciudadanos.UPZ 96.2008

Consejo de Planeación Local: Creado en el marco del acuerdo Distrital numero 13 de 2000, instancia consultiva de planeación, junto a la alcaldía local y la junta administrativa local trace las políticas locales que correspondan al plan de desarrollo local.

Junta Administradora Local: Es una corporación pública de elección popular que se constituye en el máximo ente de representación política a nivel local. Es elegida popularmente en cada localidad, su gestión tiene un periodo de 4 años, la localidad cuenta con siete ediles, la Junta es la encargada junto con el alcalde de administrar los recursos de la localidad de acuerdo al plan de desarrollo.

Comité Local de Política Social de (CLOPS)

El Comité Local de Política Social es una instancia de coordinación trans institucional en el ámbito local; encaminada a proponer, diseñar y desarrollar las estrategias de política social tendientes a mejorar la calidad de vida de los habitantes de de la localidad, prioriza a la población en situación de vulnerabilidad, mediante la coordinación, estudio, orientación y asesoría de las propuestas de origen institucional y comunitario.

1.3 Territorio- Ambiente - Población

Una vez reconocido el territorio y sus características propias tanto en lo social, económico, político y ambiental, entendemos la dinámica de sus pobladores, la cual está marcada por los cambios que se generan en los diferentes momentos de la historia distrital y nacional. Como observamos, la localidad se caracteriza por albergar centros administrativos, económicos y comerciales de la ciudad, desde los tiempos de la Colonia. Actualmente continúa caracterizándose por la gran oferta comercial y la existencia de población flotante, la cual hace uso de la localidad pero no se apropia de la misma, generando consecuencias ambientales que van en detrimento de los habitantes del sector.

1.3.1 Estructura y Dinámica poblacional

La Localidad cuenta con 109.882²⁸ habitantes como lo muestra la Tabla 3, según proyección a 2009 del censo DANE 2005, de los cuales 55. 118 (50.16%) son mujeres y 55.764 (49.84%) son hombres. La estructura de la pirámide (Ver Gráfica 1) se considera de crecimiento estacionario con predominio de población joven menor de 15 a 25 años, la población menor de 4 años es de 9.040 (8.2%) lo que corresponde a 4807 niños y 4233 niñas, el grupo de 5 a 9 años es de 9003 (8.2%) de los cuales 4773 son niños y 4230 niñas, de 10 a 14 años es de 9532 (8.7%) con 5034 niños y 4498 niñas; las y los adolescentes entre 15 a 19 años representan un 9.1% equivalente a 5260 hombres y 4706 mujeres; el grupo de 20 a 24 el 8.8% semejante al de 25 a 29 años lo que permite decir de la localidad que presenta una población joven; la población de adultos corresponde a un 46%, Los adultos mayores de 60 y más años representan un 11.1 % del total de la población es decir 12.178 personas.

Tabla 3. Proyección de Población disgregada por grupos quinquenales. Localidad 3 Santa Fe. 2009.

GRUPO POBLACIONAL	Hombres (Nº)	Mujeres (Nº)	TOTAL (Nº)	Participación Hombres (%)	Participación Mujeres (%)	Participación Total (%)	Acumulado (%)
0 a 4 años	4.807	4.233	9.040	8,7	7,7	8,2	8,2
5 a 9 años	4.773	4.230	9.003	8,7	7,7	8,2	16,4
10 a 14 años	5.034	4.498	9.532	9,1	8,2	8,7	25,1
15 a 19 años	5.260	4.706	9.966	9,5	8,6	9,1	34,2
20 a 24 años	5.031	4.656	9.687	9,1	8,5	8,8	43
25 a 29 años	4.825	4.892	9.717	8,8	8,9	8,8	51,8
30 a 34 años	4.253	4.261	8.514	7,7	7,8	7,7	59,6
35 a 39 años	3.684	3.729	7.413	6,7	6,8	6,7	66,3
40 a 44 años	3.501	3.638	7.139	6,4	6,6	6,5	72,8
45 a 49 años	3.345	3.563	6.908	6,1	6,5	6,3	79,1
50 a 54 años	2.889	3.163	6.052	5,2	5,8	5,5	84,6
55 a 59 años	2.246	2.487	4.733	4,1	4,5	4,3	88,9
60 a 64 años	1.764	1.963	3.727	3,2	3,6	3,4	92,3
65 a 69 años	1.373	1.573	2.946	2,5	2,9	2,7	95
70 a 74 años	986	1.257	2.243	1,8	2,3	2	97
75 a 79 años	717	942	1.659	1,3	1,7	1,5	98,5
80 y más años	630	973	1.603	1,1	1,8	1,5	100
TOTAL	55.118	54.764	109.882	100	100	100	

FUENTE: DANE - SDP, Proyecciones de población por localidades 2000 - 2015

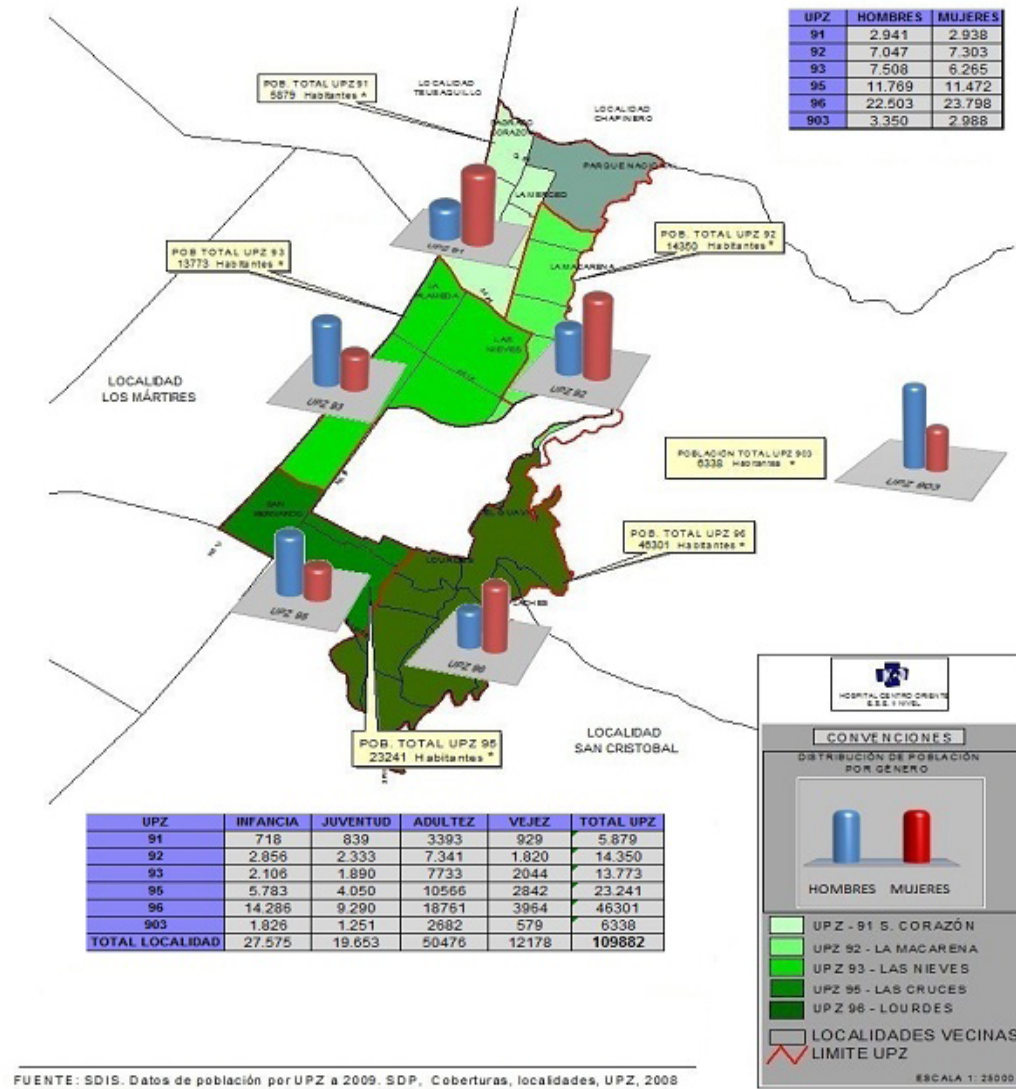
La localidad de Santa Fe es la quinta menos poblada en el Distrito Capital. Por etapa de ciclo vital²⁹ se encuentra estimado el 16,4% de la población corresponde a la etapa infancia, el 17,8% corresponde a la etapa del ciclo juventud, el mayor porcentaje está en adulto con un 36 % y un 11,1% restante en Persona Mayor, lo que indica que un alto porcentaje de la población está en edad productiva.

29 Llamase ciclo vital al 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. (Infancia va de la gestación hasta los 9 años, Adolescencia va de los 10 a los 18 años, Juventud de los 19 a los 26 años, Adulto de los 27 a los 49 y Persona Mayor 60 años y más).

30 Secretaría Distrital de Salud. Plan de salud Distrito capital 2008-2012. Pág. 22. Impresiones G y G Ltda.

Santa Fe es la quinta Localidad más pequeña con referencia a la concentración de la población, distribuida en mayor proporción en las UPZ 96 y 95 correspondientes al territorio social 1 como se evidencia en el mapa 4. Esta dinámica poblacional puede estar relacionada en la UPZ 96 con los asentamientos de origen informal que presentan importantes deficiencias en la infraestructura, equipamiento urbano y construcciones populares con crecimiento endógeno que albergan inquilinatos y casas compartidas por familias extensas³¹.

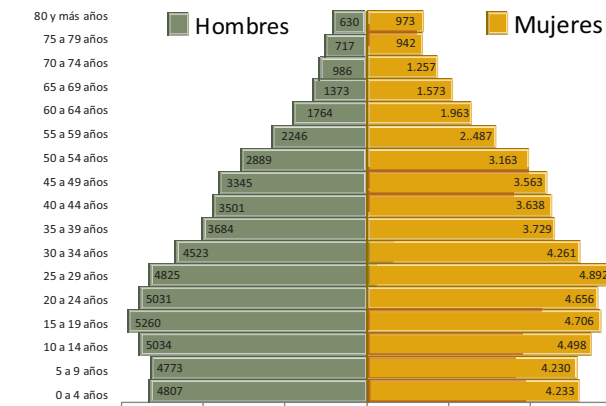
Mapa 4. Distribución de la población por sexo y UPZ. Localidad Santa Fe. 2010



y político, así como la intervención del plan centro. El desarrollo de estas actividades, ha ocasionado la salida de muchos de sus antiguos residentes para dar paso a la población flotante trabajadora.

El comportamiento mencionado sitúa a Santa Fe como la localidad décimo quinta en relación con las diecinueve existentes desde 1993, en términos de proyecciones de comportamientos estacionarios, lo que se evidencia en la Gráfica 1. Hasta el momento, no existen datos oficiales que contemplen la identidad de género y la orientación sexual de hombres y mujeres para caracterizar la población LGBT y así tomar decisiones relacionadas con la política pública de diversidad sexual y derechos humanos.

Gráfica 1. Proyecciones de Población desagregada por edad. Localidad Santa Fe. 2009

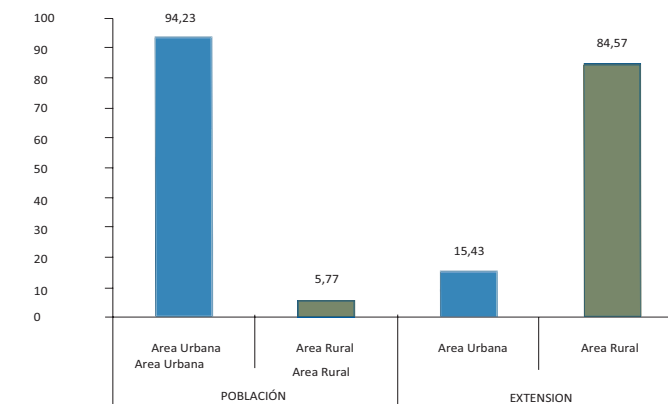


FUENTE: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index. Proyecciones de población por localidades 2000 - 2015

1.3.1.1 Densidad Poblacional

Como se menciono anteriormente, la cantidad de la población como la densidad han bajado continuamente en los últimos 20 años en la localidad Santa Fe, presenta una densidad (139,7 hab./ha) menor que el promedio de la ciudad, este último equivalente a 176 hab./ha. Lo cual se explica por el predominio y aumento de actividades comerciales y de servicios, incluidos el turismo, las instituciones educativas y la administración nacional³³.

Gráfica 2. Población Urbana y Rural. Localidad Santa Fe. 2009



FUENTE: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index. Censo DANE 2005. Proyecciones de Población por localidades 2006 - 2015.

La población de la localidad representa aproximadamente el 1,51% dentro del total de habitantes que tiene el Distrito Capital, ocupando el puesto 15 dentro de las 19 localidades; en los últimos años, la localidad muestra un comportamiento inestable en relación al crecimiento de su población³², el cual ha venido en descenso, esta situación se puede explicar por la consolidación del centro administrativo, económico

31 <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21506>

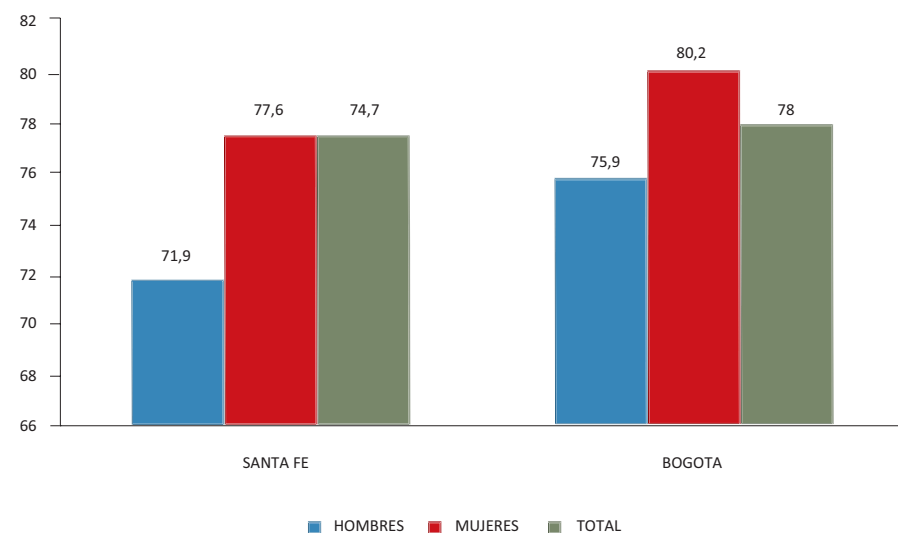
32 <http://www.redbogota.com/lopublico/secciones/localidades/santafe/demografia.htm>

33 Secretaría Distrital de ambiente. Documento. CD - ROM. Agenda local ambiental .2009

En cuanto a la población del área rural y urbana, la Gráfica 2 muestra la población concentrada en el área urbana (94,23%) y muy poca en lo rural (5,77%), lo cual puede ser explicado por la normatividad vigente los Cerros Orientales donde se contempla el espacio rural como área de reserva forestal, lo que ha traído conflictos con las familias que por generaciones han vivido en esta zona.

Actualmente los Bogotanos tienen una expectativa de vida promedio de 77,1 años como lo muestra la Gráfica 3, estimación prevista para el periodo 2005-2010. El comportamiento de este indicador para la localidad muestra una tendencia en aumento, aunque con algunos años menos que lo determinado para el Distrito, especialmente en mujeres (7,5) y en hombres (5,5), lo que puede estar relacionado con el contexto socioeconómico precario, triple carga laboral en las mujeres y hábitos no saludables.

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



FUENTE: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index. Proyecciones de Población por localidades 2006 - 2015 (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 12, Pág. 21)

1.3.1.2 Tasa de fecundidad

Las pautas de reproducción en Colombia han cambiado, pasando de un patrón de familias numerosas a un nuevo modelo de fecundidad baja, en el cual el número de hijos tiende a acercarse a 2 por mujer, situación relacionada con la anticoncepción, la actividad sexual, la infertilidad post-parto, la esterilidad y el aborto³⁴.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en Colombia en forma acelerada a partir de la década de los sesenta; esta variable ha sido calificada por diferentes investigadores como el determinante que más ha influido en la disminución de la fecundidad en el país³⁵.

En el caso de la localidad el uso de métodos anticonceptivos efectivos puede estar relacionado con la disminución de la tasa general de fecundidad que pasó en 59,4 en 2007 a 48,9 en 2009.

Esta variable demográfica junto con el número de hijos, el espaciamiento y orden entre los nacimientos, los embarazos entre las edades extremas del periodo reproductivo, la lactancia materna, el uso de anticonceptivos, la gestación y el éxito del parto tienen una estrecha relación con la salud de la madre y el niño.

³⁴ http://www.alapop.org/2009/Docs/Mendoza_ST1.pdf

³⁵ Bay et. al., 2003; CEPAL/CELADE, 2004; Di Cesare y Rodríguez, 2006; Flórez, 2000; Ordóñez, 1994).

Según información de SDS en el periodo 2007 a 2009, la Tasa Global de Fecundidad para la Localidad Santa Fe, muestra un comportamiento de disminución paulatino pasando de 2,4 en el 2007 a 2.0 en 2.009, siendo 0.1 veces mayor a la del Distrito Capital, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Indicadores demográficos. Localidad Santa Fe. 2007-2009.

INDICADORES	2007	2008	2009	BOGOTÁ 2008	BOGOTÁ 2009
Población total	109.554	109.704	109.882	7155052	7259597
Tasa Bruta de Mortalidad	5.9	5.97	ND	ND	ND
Tasa Bruta de natalidad	20.2	18.7	16.5	16.3	15.7
Tasa General de fecundidad	59.4	55.2	48.9	44.9	43.5
Tasa Global de fecundidad	2.4	2.2	2.0	1.9	1.8

FUENTE: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index. Base de datos preliminar DANE-Sistema de estadísticas Vitales. Año 2007 - 2009.

Según el resultado de los indicadores demográficos para el año 2008 por cada 100.000 habitantes en la localidad Santa Fe murieron 5.97 personas y nacieron 16.5 por cada 1000 habitantes en el año 2009, nacimientos que disminuyeron comparado con el 2008; por cada 1000 mujeres el número de nacidos vivos fue de 48.9 con un promedio de hijos por madre de 2.0 la cual se considera descendente ya que está por debajo del nivel de reemplazo demográfico, el cual está estimado en 2.1.

En cuanto a la tasa específica de fecundidad, se encuentran las tasas más altas entre las edades de 20 a 24 años como se observa en la Tabla 5. Respecto a la población de alto riesgo como son gestantes añosas (>35 años) y gestantes adolescentes (10 a 14 años) la tendencia en los años 2007-2009, es descendente en ambos grupos. Es importante mencionar que además del componente biológico existe un componente social relacionado con condicionantes económico, cultural, político e ideológico que van más allá de la cuantificación de los nacidos vivos. Santa Fe junto a las localidades de Rafael Uribe y Usme presentaron las tasas más altas de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años durante el periodo 2005 2009. Lo que pone en alerta los diferentes componentes del sector de la educación, entre otras organizaciones locales; para el 2008, Santa Fe aportó 409 de los nacimientos en el Distrito Capital en mujeres menores de 19 años.

Los equipos de salud a su casa (SASC) identificaron 654 gestantes, de las cuales 5 eran menores de 14 años, quienes fueron canalizadas a control prenatal. Es importante destacar que estas madres tienen su lugar de residencia en Cruces, Santa Rosa y Laches, cuyos micros territorios corresponden al Territorio Social 1.

Tabla 5. Tasa específica de fecundidad por grupos de edad. Localidad 3 Santa Fe. 2007 - 2009.

EDAD DE LA MADRE	2007			2008			2009		
	Pob. Mujeres	Nacimientos	Tasa	Pobl. mujeres	Nacimientos	Tasa	Pobl. mujeres	Nacimientos	Tasa
10 a 14	4679	12	2,56	4595	14	3,05	4498	11	2,4
15 a 19	4655	571	122,6	4682	464	99,1	4706	398	84,5
20 a 24	4986	637	127,7	4802	635	132,9	4656	612	131,4
25 a 29	4139	483	38,8	4906	457	93,1	4892	405	82,7
30 a 34	3799	289	69,8	4204	283	67,3	4261	235	55,1
35 a 39	3121	176	46,3	3749	149	33,7	3729	113	30,3
40 a 44	3457	36	3,61	3631	41	12,1	3838	38	10,4
45 a 49	2346	8	2,31	3521	3	0,85	3563	1	0,28
50 a 54			0	3052	1	0,33	3163		0

FUENTE: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index. Censo DANE 2005. Sistema Estadísticas vitales. DANE. Datos de población 2007-2009.

La meta distrital al año 2012 es reducir 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años, en la localidad se presentaron 11 (1.9%) embarazos en estas edades, como lo muestra la Tabla 6, situación que se ve fomentada en los territorios de fragilidad social (1 y 2) por los patrones culturales, mensajes en medios de comunicación y creencias de las jóvenes relacionadas con el inicio de relaciones sexuales y embarazo.

Tabla 6. Nacimientos en Mujeres menores de 19 años. Localidad Santa Fe. 2008-2009.

GRUPO ETARIO	Santa Fe		Bogotá	
	2008	2009	2008	2009
10 a 14	12	11	573	568
15 a 19	470	398	20709	20965

FUENTE: DANE. Base de datos preliminar, Sistema de estadísticas Vitales año 2009.

Es importante resaltar la disminución de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años durante los dos últimos años en la localidad como se evidencia en la tabla 7, pasando de 470 a 398, lo que representa 72 casos menos aportando positivamente a la meta Distrital de disminuir en un 20% cada año los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años partiendo de una línea de base 20.627 año 2006.

1.3.2 Poblaciones especiales

1.3.2.1 Desplazamiento en la localidad de Santa Fe³⁶

Acción Social ha registrado a 13.062 personas en las tres localidades, entre el año 1997 y marzo de 2010. En este mismo periodo de tiempo, en la Localidad de Santa Fe se han registrado 11.246 declaraciones, 6.578 que corresponden al 58% fueron finalmente incluidas, por tanto están reconocidas por el Estado como personas en condición de desplazamiento y como sujetos de la política y los planes de atención, mientras tanto a 4.668 declarantes (42%) les fue negada su solicitud³⁷.

Al observar comparativamente el número de personas que en su declaración ante el ministerio público manifestaron habitar en las Localidades de Mártires, Candelaria y Santa Fe y las personas visitadas por Salud a su Casa, se encuentra una diferencia en las cifras; mientras que el Hospital Centro Oriente ha acompañado a 1.397 personas en todas las etapas de ciclo vital entre el año 2004 hasta el primer semestre de 2011.

Para entender esta diferencia se debe tener en cuenta que Acción Social ha tomado datos de Colombianos desplazados forzosamente por la Violencia desde el año 1995, mientras que el Hospital Centro Oriente inició el registro en el 2004, la cifra de Acción Social indica el número exacto de personas reconocidas en su condición de desplazamiento, incluyendo tanto a quienes en algún momento fueron habitantes y hoy no ocupan este territorio como los que aún hoy lo son. La información brindada por SASC corresponde a los últimos cinco años.

De acuerdo con los datos ofrecidos por las Personerías Locales, durante el año 2008 un total de 1.526 declaraciones por desplazamiento forzado fueron presentadas en las localidades del Centro (Candelaria, Mártires y Santa Fe) las cuales constituirían en un cálculo promedio de grupos familiares, integrados por 1.982 menores y 2.386 adultos. De estas familias, 500 aseguraron habitar en la Localidad. Los mayores departamentos desde donde partieron fueron Valle del Cauca, Tolima, Chocó, Cundinamarca, Nariño y Antioquia.

A partir del año 2011, el Ámbito Familiar del Hospital Centro Oriente hace una depuración de la base de datos de familias en situación de desplazamiento, dejando para el reporte oficial únicamente a quienes permanecieron activos en el acompañamiento psicosocial realizado por la intervención desde el ámbito, es decir, se consideran activas las familias que terminan el proceso de atención planeado junto a ellas y cuya ubicación se mantiene en el tiempo que dura la intervención.

De esta manera, al finalizar el primer semestre del año 2011, se encuentran activas en la base de datos del Ámbito Familiar del Hospital Centro Oriente un total de 892 personas de todas las etapas de ciclo vital, que integran 366 familias.

Históricamente de las 5 UPZ que componen la localidad, el Territorio Social 1 es el de mayor fragilidad social. Allí se ubica el 51,7% (76 personas) de la población de adultos desplazada que se encuentra en la localidad, concentrada en los barrios: San Bernardo (32), Las Cruces (17), El Consuelo (15) y La Alameda³⁸ como se muestra en el mapa situación que ha venido en aumento desde 2004 donde en la Localidad representaba para Bogotá el 4.7% de personas en ésta condición (Ver mapa 5).

Entre la población activa en el 2011 dentro del programa, el 94% (372 personas) se encuentra en el Territorios Social 1 de Gestión Social Integral y el 6% (24 personas) se ubica en el Territorio Social 2.

Para la Localidad de Santa Fé se mantienen activas en el programa 396 personas pertenecientes a 151 familias.

³⁶ Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Desplazados. Localidad. 2009

³⁷ Documento Plan Integral Único de Atención Integral a Población en Situación de desplazamiento en Bogotá. 2010-2020

³⁸ Hospital Centro Oriente. Transversalidad desplazados. Unidad de análisis 2010

Tabla 7. Distribución por sexo de las personas en condición de desplazamiento caracterizadas por salud a su Casa.

Localidad	2004-2008			2009			2010-Jun 2011		
	Mujer	Hombre	TOTAL	Mujer	Hombre	TOTAL	Mujer	Hombre	TOTAL
CANDELARIA	157	159	316	7	6	13	ND	ND	115
MARTIRES	256	246	502	28	21	49	ND	ND	381
SANTA FE	264	226	490	16	11	27	ND	ND	396
Total general	677	631	1308	51	38	89			892
TOTAL COBERTURA						1397			892

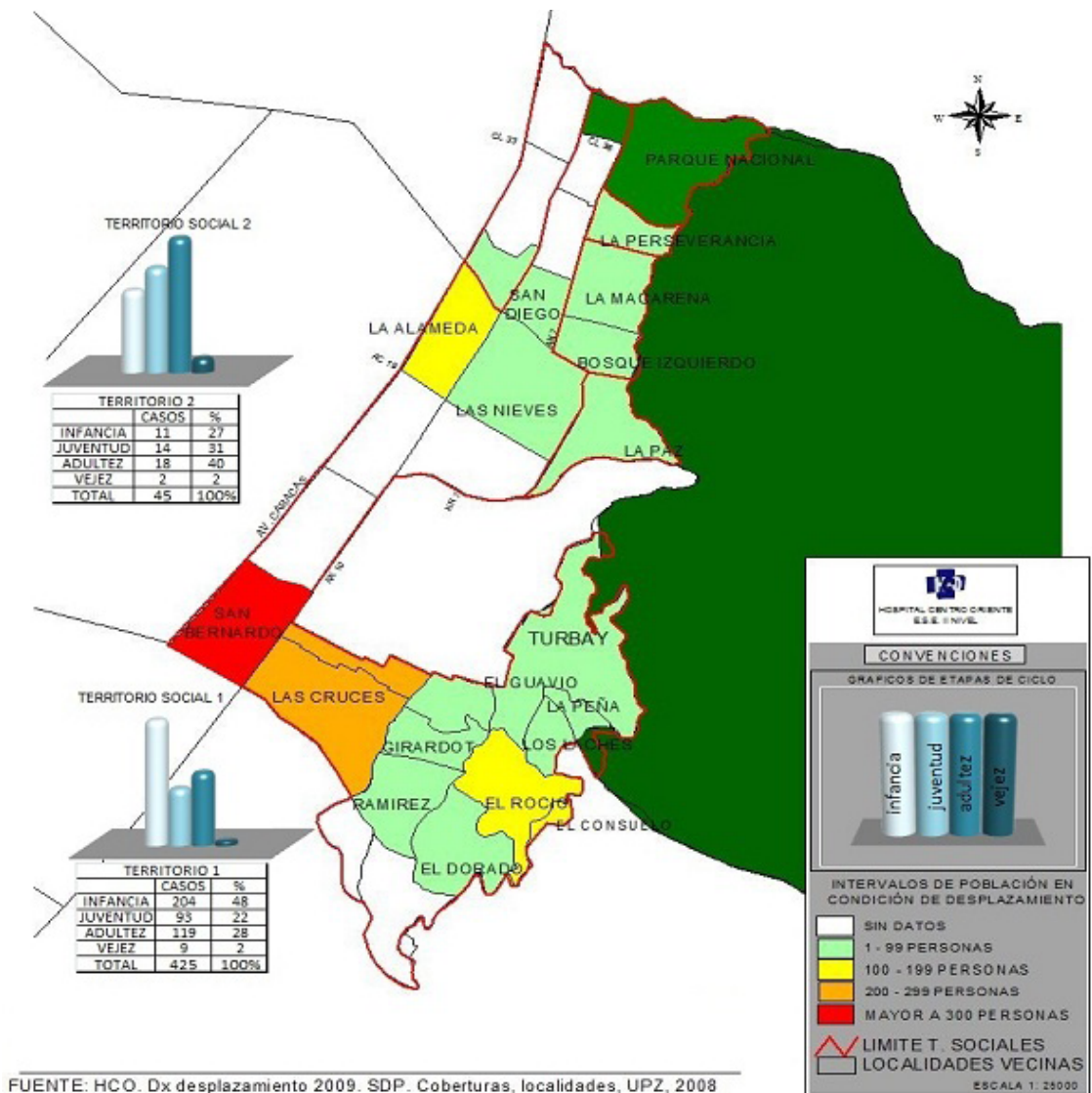
Fuente: Hospital Centro Oriente Documento en CD – ROM. SASH-HCO 2004-2011 Primer Semestre

Tabla 8. Distribución por edad y barrio de las personas en condición de desplazamiento activas a 2011 en el programa salud a su Casa

TOTAL CENTRO		892 PERSONAS										
BARRIO		CRUCES	SAN BERNARDO	CONSUELO	GIRARDOT	LOURDES	ROCIO	SANTA ROSA	PERSERVERANCIA	LACHES-VERJON	ALAMEDA-MONSERATE	TOTAL
GRUPO EDAD	01 - 05 Años	6	6	1	5	2	0	4	1	15	4	
	06 - 09 Años	11	6	1	4	5	0	2	2	23	3	
	10 - 14 Años	16	6	3	1	2	0	0	4	26	1	
	15 - 18 Años	4	3	2	0	2	0	2	1	13	0	
	19 - 26 Años	8	8	6	4	8	1	3	6	19	0	
	27 - 44 Años	21	7	9	14	1	1	1	6	22	11	
	45 - 59 Años	2	6	0	4	1	1	4	1	11	3	
	60 y más Años	0	3	2	3	0	0	1	2	6	2	
Menor 1 Año	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
TOTAL		68	45	24	35	21	3	18	23	135	24	396

Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Mapa 5. Población en condición de desplazamiento. Localidad Santa Fe.



FUENTE: HCO. Dx desplazamiento 2009. SDP. Coberturas, localidades, UPZ, 2008

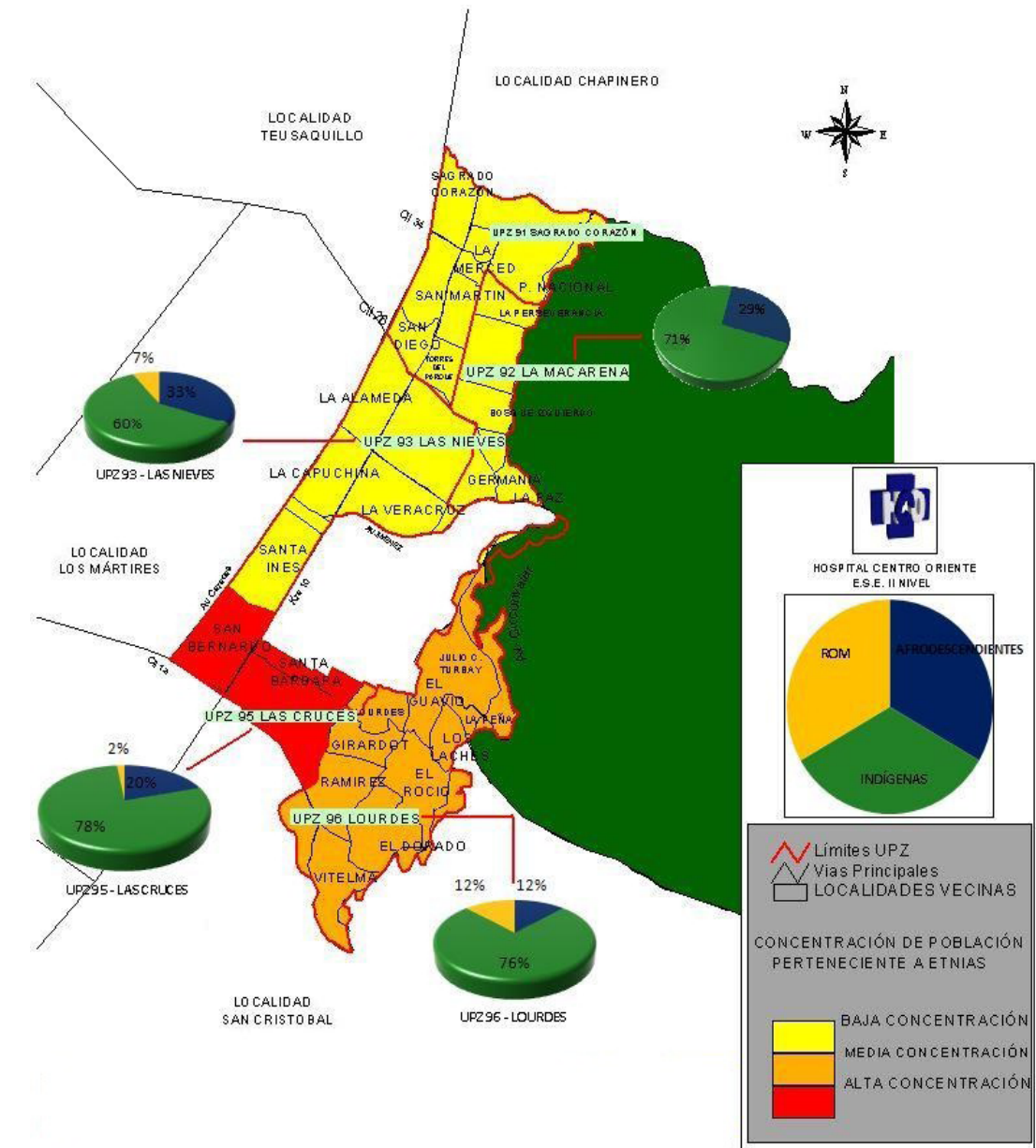
Actualmente existe un núcleo poblacional que presenta las condiciones más precarias por hallarse en lugares de asentamiento temporal con condiciones inadecuadas de habitabilidad, ubicado en el Barrio San Bernardo. La ubicación de familias en situación de desplazamiento, entre las que la mayoría la conforman los Embera Katío en este territorio genera mayores dificultades en la restitución de los derechos vulnerados tras los hechos violentos que motivaron el abandono del lugar de origen.

De acuerdo con lo descrito, las tendencias en mortalidad infantil guardan estrecha relación con las condiciones ambientales en que habitan los niños y las niñas. La presencia de ERA e IRA de los 0 a 5 años, Gastroenteritis y otras infecciones en niños de 5 a 14 años se presentan principalmente en las personas que habitan las zonas más frágiles en condiciones de calidad de vida. Por otro lado se observa la reproducción de un patrón cultural en la prevalencia de Caries Dental desde una edad temprana. A nivel Distrital se encuentran activos en el régimen subsidiado 67.339 personas en condición de desplazamiento, de los cuales 1252 1.646 corresponden a esta localidad³⁹.

39 Dirección de Aseguramiento - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Maestro de Afiliados al Régimen

educación. Actualmente la mayoría de las familias pertenecientes a los diferentes grupos étnicos se concentran como lo muestra el mapa 6, en las UPZ de Cruces y Lourdes caracterizadas como zonas vulnerables por la concentración de problemas sociales que corresponden al territorio Social 1.

Mapa 6. Grupos étnicos por UPZ. Localidad Santa Fe.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Documento en CD- ROM. Diagnóstico de etnias, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ. 2008.

En contradicción con lo reportado por el DANE en cuanto a grupos étnicos (Ver tabla 7) desde la caracterización de Salud a su Casa se reportan ciudadanos de las etnias afro, indígenas y gitanos (ROM) ubicados en los territorios sociales 1 y 2.

Para el componente de Salud Mental de Salud a su Hogar, en el aspecto psicosocial, el desplazamiento tiene efectos serios y variados sobre la estabilidad social y familiar de los integrantes de una familia, o una persona sola, o que se ve forzada a separarse de sus seres queridos, tiene una carga adicional sobre su capacidad de resiliencia. Entre la población en situación de desplazamiento, generalmente, según estudios de organismos especializados en el tema, presentan mayor dificultad para elaborar duelos, problemas de autoestima, desorientación en el proyecto de vida, problemas de adaptación relacionados con el cambio en los roles; esto afecta de manera diferencial a los miembros del grupo familiar de acuerdo a la magnitud de los hechos violentos presenciados, la edad, el sexo, condición de discapacidad. Se exige a la persona reconfigurar sus hábitos, adaptación de potencialidades, para la búsqueda de oportunidades laborales. También está asociada al rompimiento de relaciones de pareja, emergencia de situaciones emocionales límite, y así mismo hace vulnerables a las familias con la aparición de situaciones de maltrato y violencia. La mayoría de la población habita en los barrios San Bernardo, Las Cruces, Consuelo y Alameda Transversalmente a todo el ciclo vital, la salud oral está muy deteriorada, son comunes las EDA e IRA, en la etapa adulta se hacen más frecuentes las enfermedades crónicas como la hipertensión. Hay desconocimiento en general acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud⁴⁰.

La mayoría de la población habita en los barrios Las Cruces, Dorado, Laches, Perseverancia y San Bernardo. Transversalmente a todo el ciclo vital, la salud oral está muy deteriorada, son comunes las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en la etapa adulta se hacen más frecuentes las enfermedades crónicas como la hipertensión. Hay desconocimiento en general acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud.⁴¹

1.3.2.2 Grupos étnicos

La localidad de Santa Fe al igual que otras localidades de la capital se caracteriza por la presencia de diferentes grupos étnicos como se muestra en el mapa 5, algunos visibles como los Inga, los Kichwa (conocidos como los ecuatorianos), Kankuamos, Wayú y afrodescendientes quienes cotidianamente recorren las calles de la localidad, algunos desde hace más de 50 años luciendo parte de sus vestimentas tradicionales, otros vestidos como cualquier ciudadano aunque sus rasgos físicos los delatan, provenientes muchos de ellos del Amazonas de una gran diversidad de comunidades indígenas, personas que por una u otra razón llegaron a la ciudad empujados por las dinámicas coloniales, evangelizadoras, capitalistas, globalizantes, que han desplazado desde hace siglos a las minorías de sus territorios, acomodándolos y resignificándolos de acuerdo a sus intereses.⁴²

De manera general las dinámicas actuales muestran que la llegada de población perteneciente a diferentes grupos étnicos a la ciudad es causada principalmente por el conflicto armado en sus territorios de origen, la migración por procesos de colonización de sus territorios, por las precarias condiciones de vida o por la búsqueda de oportunidades laborales y de estudio; circunstancias que en la mayoría de los casos obligan a las familias a insertarse en los cordones de miseria de la ciudad. Esta situación se refleja en las condiciones de vida de gran parte de la población étnica en Bogotá y en particular en la localidad de Santa Fe: falta de vivienda propia y digna, debido a las condiciones inadecuadas en que viven: insalubridad, hacinamiento, inseguridad, concentrados en grandes inquilinatos en zonas vulnerables caracterizadas por la concentración de problemas sociales, además las familias dependen de trabajos informales que no les garantizan una solvencia económica que les permita satisfacer las necesidades básicas: alimentación, vivienda, salud y

Subsidiado con novedades a 28 de Febrero de 2010.

40 de Morbilidad en Población desplazada por edades. RIPS. 1 Semestre de 2009.

41 Hospital Centro Oriente. Informe de Morbilidad en Población desplazada por edades. RIPS. 1 Semestre de 2009.

42 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico etnias. 2008

Tabla 9. Población por grupo étnico y sexo. Localidad 3 Santa Fe. 2009

Población Étnica	% Hombres	% Mujeres	% Total
Indígenas	0,37	0,31	0,69
ROM	0	0	0
Afrodendiente	1,61	1,4	3,01
Ninguno	47,82	48,49	96,31

FUENTE: DANE. Censo General 2005. Cálculos SDP, SIEE, DICE. Información tomada de: Boletín Informativo: sistema de información estadístico con información RELEVANTE de CIUDAD - Número 1, Noviembre 2008 - Pág. 10

Como se puede apreciar en la Tabla 8, el mayor porcentaje de población indígena 55.3% se concentra en la UPZ Cruces (95) principalmente en el Barrio San Bernardo (territorio social 1), en su mayoría pertenecientes a la comunidad Embera Katío, provenientes en gran parte del resguardo Alto Andaguada del municipio de Bagadó - Chocó de las comunidades de Cascajero, Conondo, Iracal, Alto Moidó y Río Colorado; y la población Embera Chamí de Risaralda de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico del resguardo Jitó - Dokabú. Si bien éste grupo étnico argumenta que ser víctima del desplazamiento forzado, no existe un reconocimiento como tal por parte de las instituciones del Estado, en este caso, Acción Social.

Las problemáticas en los territorios de origen son: falta de seguridad alimentaria y acceso a los servicios básicos: educación, salud, servicios públicos, infraestructura, situación que se refleja en las precarias condiciones de salud con las que llegan principalmente los niños: desnutrición, parásitos y enfermedades como fiebre amarilla, paludismo etc. De tal manera se evidencian dos dinámicas de desplazamiento en ésta comunidad: una efectivamente por causa del conflicto armado y otra por las precarias condiciones de vida en los territorios que obligan a las familias a salir hacia ciudades como Medellín o Bogotá para obtener ingresos económicos o huir del conflicto armado. Al llegar a la ciudad las familias Embera se articulan a las redes de mendicidad principalmente mujeres y niños, como una forma de obtener recursos monetarios, se ubican en barrios marginales del centro como San Bernardo en inquilinatos insalubres y en situación de hacinamiento donde pagan entre \$7.000 y \$10.000 el día.

La situación anteriormente mencionada, se ha dado con mayor intensidad en los últimos cuatro años, la causa está motivada por la violencia engendrada por el conflicto armado que vive el país y al cual no escapan los pueblos indígenas, generando un desarraigo no sólo territorial sino también cultural, afectando el tejido social y económico en el contexto de la vida cotidiana de ésta etnia. Para los indígenas desplazados ha sido muy difícil la adaptación a la ciudad en el modo de vida y las costumbres⁴³.

Tabla 10. Concentración de población de los grupos étnicos por Unidades de Planeamiento Zonal. Localidad 3 Santa Fe. 2008.

UPZ	Afro		Indígenas		Rom		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
91					2	0.7	2	0.7
92	2	0.7	5	1.9			7	2.7
93	5	1.9	9	3.5	1	0.3	15	5.9
95	35	13.9	139	55.3	3	1.1	177	70.5
96	5	1.9	31	12.3	5	1.9	41	16.3
Sin dato			5	1.9	4	1.5	9	3.5
Total	47	18.7	189	74.9	15	5.9	252	100

FUENTE: Hospital Centro Oriente. Base de datos Salud a su Casa, Agosto 2008

La mayor densidad de población indígena en la localidad, corresponde a la comunidad Inga, quienes migraron a la ciudad hace más de 50 años, se articularon los taitas o sinchis a las redes de medicinas populares urbanas como curanderos posicionando la medicina tradicional en el contexto urbano, desde 1950 se han dedicado a la comercialización de remedios, artesanías, casadores, vendedores ambulantes o estacionarios⁴⁴.

Las familias Indígenas tanto Emberas como Ingas caracterizadas en el barrio San Bernardo habitan en piezas en subarriendo en grandes inquilinatos insalubres, la mayoría de la población tienen trabajos de carácter informal.

1.3.2.3 Habitante de Calle

La existencia de zonas de alto deterioro urbano en barrios como San Bernardo, las Cruces, sectores impactados por la construcción de la Avenida Comuneros como el barrio Lourdes, favorece el expendio de sustancias alucinógenas y por reacción en cadena a su vez se genera la presencia de habitantes de la calle. En la localidad operan grupos organizados que manejan sitios de expendio de Sustancias psicoactivas ilícitas controlando sectores en barrios como Ramírez, La Paz, Cruces y algunas áreas del centro de la ciudad, en donde es habitual encontrar grandes grupos de habitantes de la calle, comercializando la basura que recuperan o los objetos obtenidos casi siempre de manera ilícita para consumir sustancias Psicoactivas⁴⁵.

Este fenómeno callejero y la permanencia en la calle, de niños, niñas y jóvenes, de adultos y personas mayores, responden a diferentes condiciones socioeconómicas, de salud mental y dinámicas familiares entre otras; es de destacar que su permanencia en la calle es periódica y responde a la búsqueda del sustento diario. Por lo general, esta población mantiene un vínculo familiar y tiene algún tipo de vivienda, pero ocasionalmente duermen en la vía pública, entre sus actividades para conseguir dinero está pedir limosna, vender, limpiar vidrios y reciclar.

Se destaca que el fenómeno de habitabilidad en calle en población infantil casi ha sido erradicado por completo. Aunque existen jóvenes, en su mayoría es población flotante. La mayoría de población corresponde a adultos (as).

43 Hospital Centro Oriente. Transversalidad etnias. Mesa Étnica Centro. Primer Semestre 2009

44 Hospital Centro Oriente. Transversalidad etnias. Diagnostico grupos étnicos. 2008

45 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico. Habitante de Calle. Localidad. 2009

Algunos de los sectores identificados con problemática de habitabilidad en calle son: Sagrado corazón, La Merced, San Diego, San Martín, Torres del parque, Bosque izquierdo, La perseverancia, La Macarena, Germania, Santa Inés, La Veracruz, Las nieves y La Alameda.

La Localidad de Santa Fe presenta en la actualidad un punto intermedio en presencia de habitantes de calle respecto a las localidades que la circundan.

La Avenida Caracas es reconocida como un eje vial importante en la ciudad, se ha convertido en un recorrido de tránsito usual entre los ciudadanos habitantes de calle, tanto por aquellos que vienen del norte de la ciudad con el material de desecho recolectado, como por los que simplemente se desplazan a ese sector de la Capital. Entre los factores que han incidido en esta situación figura la existencia del Hogar de Paso de Teusaquillo, que presta sus servicios en la modalidad día; al finalizar la atención diaria del servicio, algunos de los ciudadanos se trasladan desde Teusaquillo por esta vía limítrofe de las localidades hacia el Voto Nacional.

Los ciudadanos habitantes de calle encuentran en esta localidad gracias al comercio establecido, recurso económico que facilita su mantenimiento, sin embargo se encuentran moviéndose entre esta localidad y Los Mártires, en la que además de encontrar posibilidades de generar ingreso también tienen la posibilidad de gastar el dinero conseguido gracias a la existencia de espacios abiertos de consumo de sustancias alucinógenas y menor control policial. Sin desconocer zonas en la localidad de Santa Fe, como los barrios San Bernardo, las Cruces, la Perseverancia y La Alameda.

Si bien la mendicidad es una de las principales fuentes de ingreso de los ciudadanos habitantes de calle, es usual que la comunidad frecuentemente confunda a las personas que ejercen la mendicidad como actividad económico-productiva con ciudadanos habitantes de calle por la apariencia que utilizan para generar lástima.

La Carrera 10 se ha convertido en vía de tránsito de Ciudadanos Habitantes de Calle y de personas que se dedican al reciclaje de material reutilizable y recuperación de basuras, quienes han generado varias solicitudes de atención de parte de la comunidad.

La Carrera séptima también tiene presencia de ciudadanos habitantes de calle, pero cuando se ha intentado realizar algún tipo de contacto enfocado hacia la referencia de servicios muestran poco interés. Este sector les provee lo necesario para subsistir en su particular estilo de vida.

La población habitante de la calle, es vista por la ciudadanía como un riesgo y su presencia sugiere inseguridad y motivo de alerta, sin embargo según las estadísticas del Sistema Unificado de Violencia y delincuencia (SUIVD) de los homicidios ocurridos en el año 2006, en donde las víctimas han sido miembros de población vulnerable, el 66,7% eran Ciudadanos o Ciudadanas Habitantes de la Calle.

Las poblaciones en situación de desplazamiento presentan especialmente en la zona del centro de Bogotá el mayor riesgo de habitabilidad en calle, principalmente en la etapa de urgencia, ya que la oferta de albergues temporales es limitada y los alojamientos existentes para habitante de calle no cuentan con las condiciones requeridas para atender diferencialmente a estas familias o personas solas. A través de los centros de escucha se han podido apreciar un aumento en los adultos solos que se ubican en las dos poblaciones. Algunos de los casos encontrados han solicitado inclusión como habitantes de calle cuando les ha sido negada su inclusión en el RUPD por parte de Acción Social.

1.3.2.4 Población en ejercicio de prostitución y comercio sexual

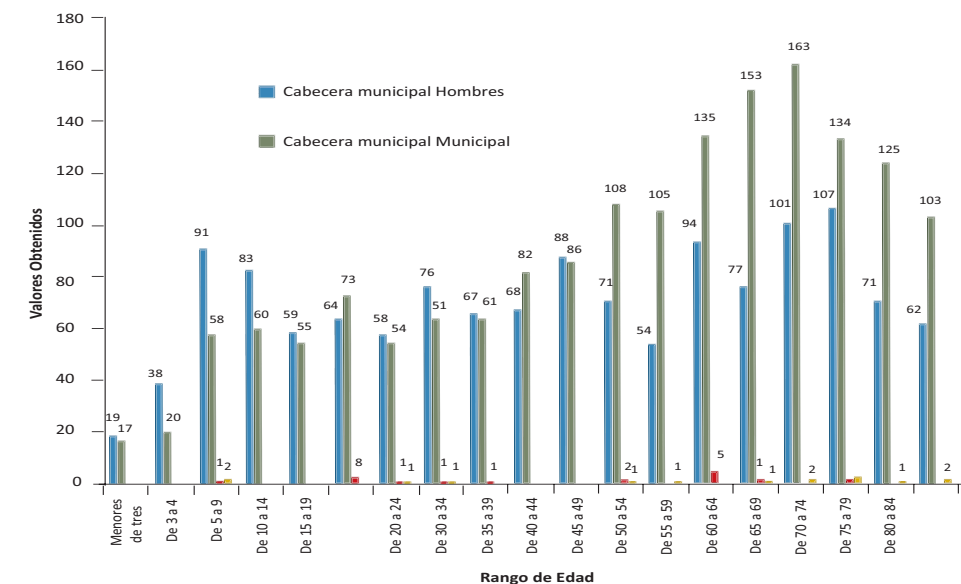
En la localidad el ejercicio de la prostitución no está legalizado, sin embargo se han identificado varios puntos de explotación sexual ubicados en el barrio la Alameda, Terraza Pasteur y Parque

de la Mariposa, estos dos últimos con población infantil y Juvenil; la población en ejercicio de prostitución y las personas relacionadas con ella en las áreas no reglamentadas constituyen uno de los grupos con más alta vulnerabilidad por las condiciones y conductas de alto riesgo, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales, por relaciones violatorias de derechos que se establecen entre las personas que en ellos intervienen, determinadas en gran medida por sus características socioeconómicas y culturales. Gran parte de esta población no se encuentra clasificada dentro del SISBEN y mucho menos, afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), debido a lo cual no puede garantizar el acceso a los servicios de salud. Esta población posee baja autoestima y serias dificultades en la realización de sus proyectos de vida. Fenómenos como violencia intrafamiliar y sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, la población en ejercicio de prostitución y comercio sexual ha aumentado su vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH), entre otras.

1.3.2.5 Población en Condición de Discapacidad

El proceso de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad se realizó mediante operación barrido, en la cual se aplicó la ficha DANE con la que se identificaron 3040 personas en condición de discapacidad correspondiente al 2.8% de total de la población de la localidad distribuida como aparece en la Gráfica 4.⁴⁶

Gráfica 4. Población de personas en condición de discapacidad por grupos quinquenales. Localidad Santa Fe. 2006.

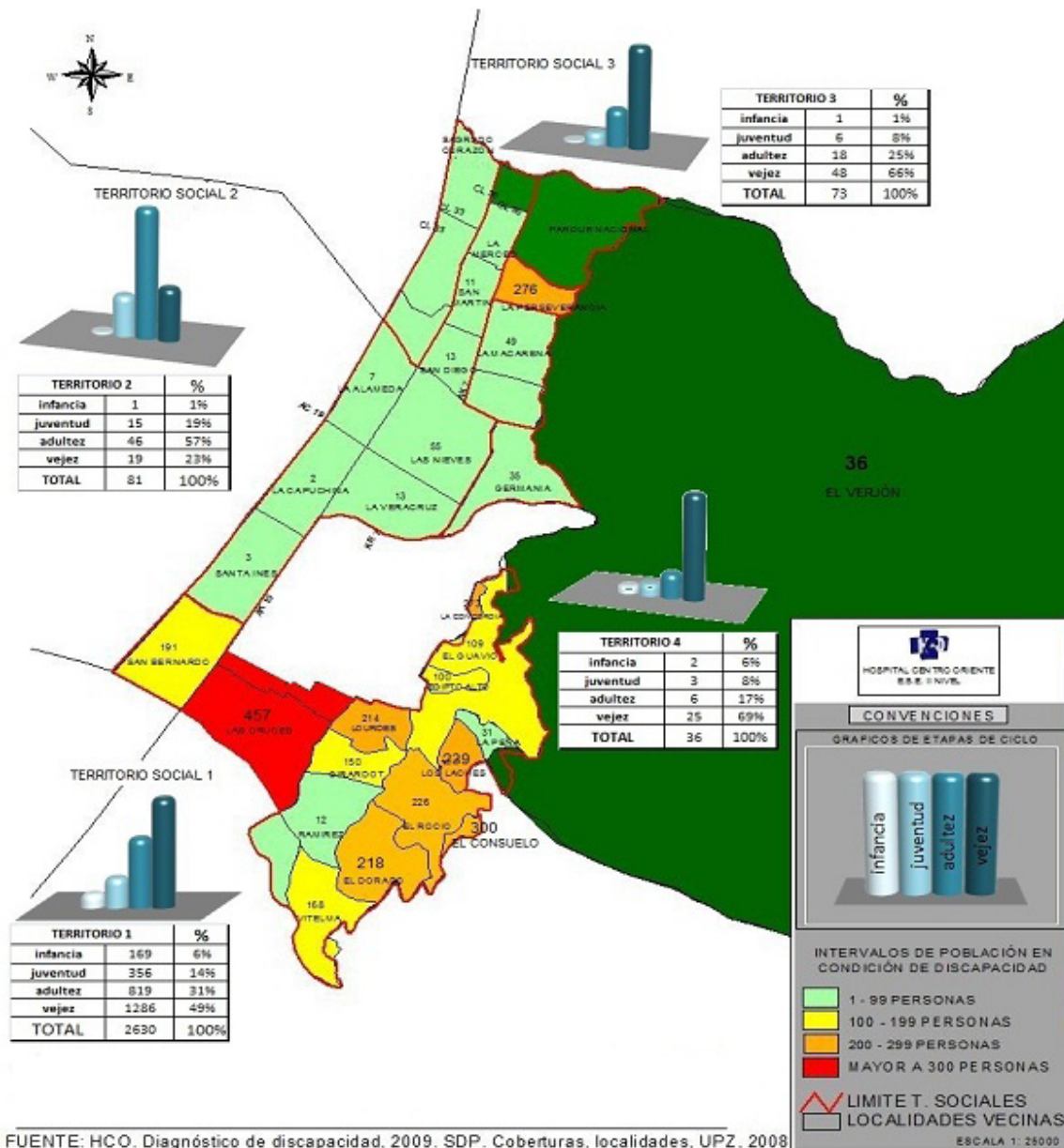


FUENTE: DANE. Registro para la Localización y caracterización de personas con discapacidad, 2006

En la distribución de la población en condición de discapacidad en la localidad de Santa Fe, se encuentra que 45% (1,365) pertenecen al sexo masculino y 55% (1,675) al sexo femenino, lo que permite establecer diferencias según el grupo de edad, como característica relevante a medida que aumenta la edad la presencia de discapacidad aumenta, siendo el grupo etario de 70 a 75 años el que mayor población con limitaciones concentra como lo muestra el mapa 7, donde un 37% (101) corresponde al sexo masculino y un 53% (266) para el sexo femenino.

46 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico. Discapacidad. 2008.

Mapa 7 Distribución de la población en condición de discapacidad por etapa de ciclo vital. Localidad Santa Fe. 2009



FUENTE: HCO. Diagnóstico de discapacidad, 2009. SDP. Coberturas, localidades, UPZ, 2008

Lo anterior guarda relación con la presencia de alteraciones de disfuncionalidad física, psicológica, social y sensorial evidenciadas durante los últimos años de vida y que hacen parte de las características del ciclo vital adulto mayor, este comportamiento se refleja en las estadísticas de mortalidad donde la 10 primeras causas corresponden a enfermedades crónicas que aparecen como consecuencia de condiciones de vida y patrones de vida saludable.

Las personas mayores de 60 años corresponden al 44 % del total de la población en condición de discapacidad de la localidad, 1342 son hombres de los cuales 38% (522) de ellos presentan discapacidad; en relación con la población femenina 1,118 son mujeres, de ellas 62% (822) presentan alguna condición de discapacidad, prevaleciendo esta condición en el sexo femenino.

El mayor número de discapacidad en la población mayor de 60 años de la localidad de Santa Fe, ocurre en el grupo de edad comprendido entre 70 y 75 años, con 266 personas en esta condición, el 19% corresponde a la población masculina, primando la discapacidad en la población femenina con el 62 %.

Es necesario fortalecer la mirada sobre la perspectiva de género, debido a que la mayoría de personas en condición de discapacidad así como también la mayoría de cuidadores de las mismas son mujeres, quienes deben asumir los gastos diarios y el cuidado emocional que requieren estas personas.

De acuerdo con la caracterización realizada, los barrios Cruces (457), El Consuelo (300) y Laches (239) del Territorio Social 1 (Zona de Concentración de Problemas Sociales) cuentan con el mayor registro de personas discapacitadas. A si mismo, no se pueden dejar de lado barrios tales como: Dorado (218) y Perseverancia (276) en los cuales es notoria la evidencia de estas condiciones, especialmente en las que tiene que ver con la limitación en las actividades de pensamiento y memorización, las cuales se hacen evidentes. Por tal motivo sería importante visualizar estrategias de trabajo en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, para fortalecer esfuerzos de trabajo conjunto que integren procesos de corresponsabilidad, lograr mayores procesos de integración y participación a este grupo poblacional, no solo para las personas con discapacidad sino para la comunidad en general, a fin de fortalecer campañas de promoción, prevención y sensibilización.

En concordancia con lo reportado por los equipos de Salud a Su casa (SASC) en el año 2008 se identificaron 824 personas con algún tipo de limitación en los microterritorios caracterizados, se destaca el territorio 10 de Laches con 180 personas (110 mujeres y 70 hombres) en esta condición. Es importante resaltar que se encuentran en la etapa de ciclo Juventud y adultez.

El registro del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) muestra también que de la población registrada, el 4.5 % (138) resultan cuidadoras de personas mayores de 60 años, predomina el cuidado del sexo masculino con un 63% (87) y en mujeres 37% (51). La población cuidadora tiene a su cargo de una a dos personas mayores de 60 años corresponde al 99% (137) con un aporte en caso del sexo masculino de 63% (86) y 37% (51) en caso del sexo femenino, sin embargo se encuentran casos en el que se hacen cargo del cuidado de más de dos personas lo que representa el 1% (1) correspondiente al sexo masculino.

Los programas y proyectos para este tipo de población deben dimensionar la problemática a fin de mejorar las condiciones de vida, no solo de la persona con alteraciones en estructuras corporales si no también la de las personas que brindan los cuidados. En la localidad se observa que la mayor proporción de inhabilitación está dada para las mujeres en condición de discapacidad, ejerciendo además el rol de responsables por menores de 12 años o mayores de 60 años, en contraste el sexo masculino es el que predomina en el cuidado de personas de mayores de 60 años.

1.3.2.6 Población LGBTI

Puede definirse la diversidad sexual como una categoría de análisis de los fenómenos sociales, donde se evidencian las inequidades y desigualdades sociales que se dan en función de las orientaciones sexuales y las identidades de género. LGBTI es un término acuñado por el movimiento social de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el mundo, es además una categoría que ha sido ampliamente debatida en espacios académicos y en espacios de reconocimiento, exigibilidad y garantía de los derechos humanos, para hacer referencia a las condiciones estructurales que propician que los sujetos y sujetas con orientaciones sexuales e identidades de género “no normativas”, “no tradicionales”, consideradas como “no normales”, estén en desventajas, en desigualdades, en condiciones inequitativas frente al acceso de recursos, frente a las vivencia o desarrollo de la autonomía en una cultura patriarcal, androcéntrica y misógina donde el sujeto que

no vive desde la masculinidad validada socialmente como éticamente correcta o la sujeta que no vive desde la feminidad éticamente correcta o desde la heterosexualidad “imperante y obligatoria”, tiene que enfrentarse a la vulneración de sus derechos, a discriminaciones, estigmas, prejuicios, a fobias fundamentadas en las orientaciones sexuales y las identidades de género.⁴⁷

Por otro lado, en Santa Fe se encuentra población LGBTI (lesbianas, gays, los y las bisexuales y los y las transgeneristas) especialmente en condiciones de fragilidad social (como se observa en el mapa 14) en razón de condiciones históricas de discriminación que dicha población ha tenido que enfrentar: tratos inequitativos y desigualdades, basados en fobias en función sus identidad de género y orientación sexual.

Los actos de discriminación van desde expresiones denigrantes hasta violencias y agresiones físicas, factores de stress y deterioro psicosocial en el proceso de construcción de su identidad. En las unidades de análisis se evidenciaron problemáticas que van desde deserción escolar, discriminación, subempleo y falta de oportunidades.

En el caso de los niños y las niñas el abordaje de la perspectiva LGBTI se vuelve compleja por varias razones, la primera es que ésta se aborda de forma contradictoria desde la academia. La identidad de género no ligada al sexo biológico de una persona se encuadra dentro de la categoría de `Disforia de género` y puede darse su diagnóstico desde los seis años, sin embargo ésta categoría no es compartida por enfoques constructivistas que conciben la identidad de género como un proceso que solo finalizaría en la adolescencia, en el que entran en juego factores sociales, culturales, familiares y de posición del propio sujeto. Por otra parte, la existencia de un diagnóstico en un manual nomológico no ha implicado prever una atención de tipo psicosocial y médico específico⁴⁸.

Jóvenes: en la unidad de análisis de juventud, la gestora transgenerista manifestaba *“los hombres a los que me acerco piensan que estoy buscando tener sexo con ellos o creen que todas ejercemos la prostitución”, “somos estigmatizadas y piensan que solo trabajamos en salas de belleza o en otras cosas pero no saben que podemos desempeñarnos en otros trabajos, para eso nos capacitamos”*

Para la localidad de Santa Fe, desde el Punto de Encuentro y en los escenarios de discusión realizados en el 2010 se han identificado algunas problemáticas críticas en relación con el ejercicio de derechos de las personas L.G.B.T. a saber:

Un sector de las mujeres en ejercicio de prostitución de los territorios de Alameda, Capuchina y la Mariposa son de orientación sexual lesbiana, quienes enuncian problemáticas asociadas a su orientación como las dificultades en sus relaciones de pareja, para conservar aún un compañero heterosexual, estresores psicosociales que devienen en consumo de sustancias psicoactivas y exposición a diferentes tipos de violencia al interior de sus familias. Además de esto señalan que no se contempla la particularidad de su identidad al ofrecer respuestas por parte de las instituciones.

Otra problemática que toca el tema de la explotación sexual comercial es el ejercicio de la prostitución por parte de hombres jóvenes no necesariamente gays o bisexuales en la zona del centro comercial Terraza Pasteur. Tanto alrededor de ellos como de las mujeres, en su mayoría adolescentes, se encuentra una red de trata que limita la entrada de nuevos jóvenes y regula económicamente la actividad en la zona de la Mariposa.

Adultos: Presentan dificultades en el ejercicio de su ciudadanía, libre desarrollo de la personalidad y autonomía de personas adultas LGBTI, dado por barreras internas y externas que limitan la expresión de la sexualidad en general y de su identidad u orientación en particular⁴⁹.

En la localidad de Santa Fe se han referido los barrios Cruces, la Perseverancia y los que se sitúan en la U.P.Z Laches como aquellos donde las personas L.G.B.T. se sienten más inseguras y expuestas a situaciones violentas en razón de su identidad y orientación sexual. Además de estos son referidos el Parque Nacional y la zona de la calle 19 entre carreras 10 y 7.

En diferentes espacios de trabajo con organizaciones locales, éstas señalan la necesidad de trabajar en la reducción de la discriminación con la población no L.G.B.T., para esto apuntan que no existen abordajes ni líneas de base que puedan dar cuenta del índice de discriminación a la población L.G.B.T. y menos aún diferenciada por cada una de las orientaciones e identidades.

Adulto mayor: lo evidenciado desde el ámbito institucional, las personas de edad son percibidos como seres asexuados, siendo reconocidos como “viejos verdes” aquellos que expresan sus necesidades sexuales, en el caso de personas LGBT son aún más estigmatizados; al punto de contestar las cuidadoras en los hogares gerontológicos a la pregunta de la existencia de personas mayores LGBT “no hay personas anormales en ésta institución”, “no hay señores con mañas” o que el sitio se caracteriza por su orden⁵⁰.

Lo anterior ocasiona en los adultos mayores sentimientos de culpa y vergüenza debido a la condición particular, llevándolos la mayoría de las veces a contar con una doble vida, lo que genera sentimientos de depresión, ansiedad y baja autoestima. De esta forma se puede decir que los derechos más vulnerados en ésta población son: el libre desarrollo de la personalidad, al trabajo, a la educación, la movilidad y la justicia.

Los problemas antes mencionados se deben en el nivel particular a causas relacionadas con la invisibilización histórica de la población LGBT, a las respuestas del Estado, las barreras de acceso en salud, trabajo y educación, prejuicios sociales y culturales acentuados en las familias y comunidades.

Desde las unidades de análisis llevadas acabo para actualizar el marco situacional de las etapas de ciclo vital, en la unidad desarrollada con jóvenes LGBT, estos identificaron sitios donde perciben inseguridad en la localidad tales como: Santa Bárbara, Las Cruces, Los Laches y La Perseverancia. Como lo muestra el mapa 8.

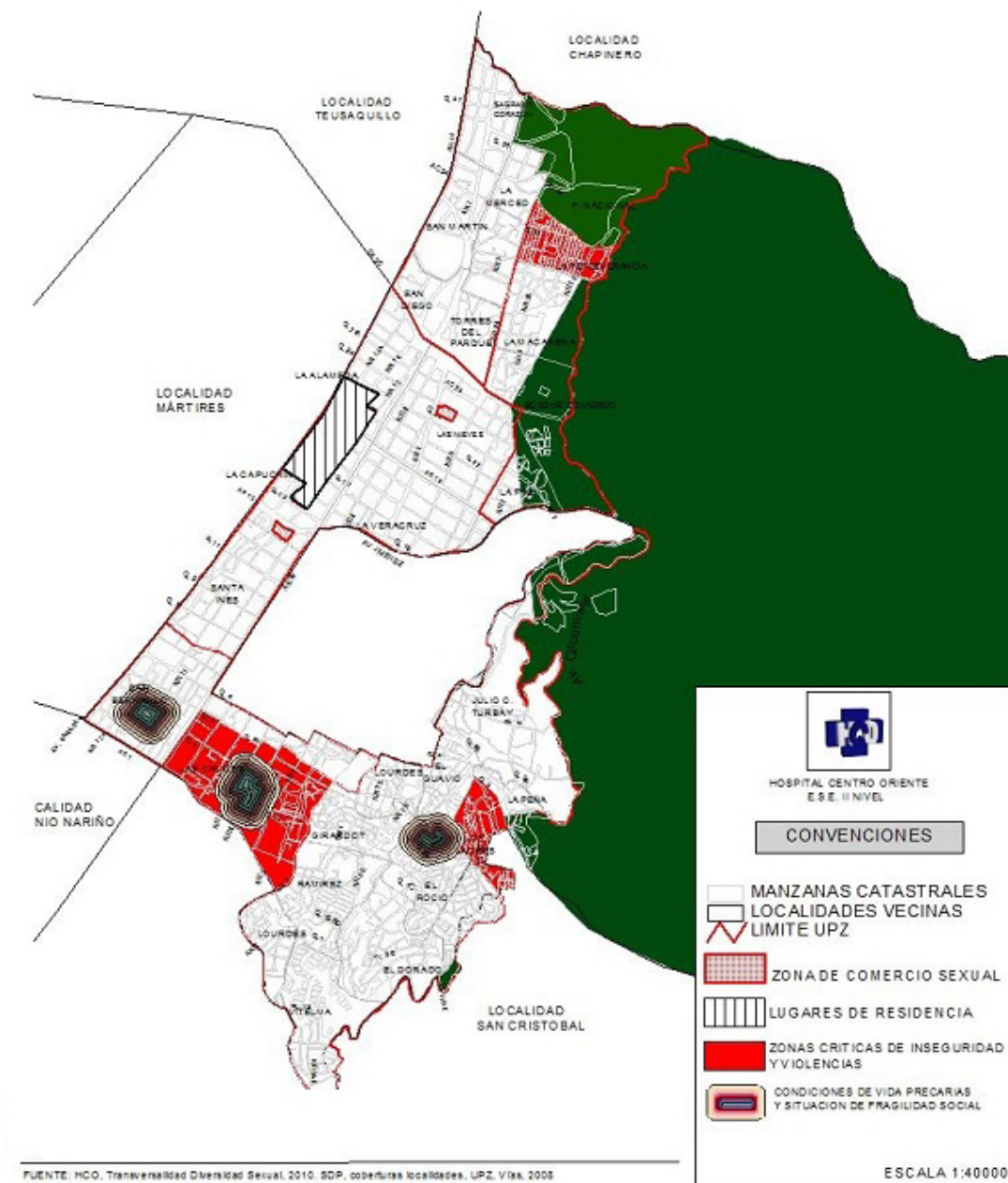
47 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico población LGBTI. 2009

48 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Unidad de análisis LGBT para marco situacional de niñez y adolescencia.2010

49 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Diagnostico población LGBTI. Localidad Santa Fe.2010

50 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Diagnostico población LGBTI. Localidad Santa Fe.2010

Mapa 8 Ubicación de Población LGBT y zonas percibidas como inseguras. Localidad Santa Fe 2009 - 2010



En las redes de discusión, se evidenciaron problemáticas de salud mental; el alto consumo de alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas en sitios de homosocialización, transocialización y en espacios públicos, el hecho de mantenerse en el closet por no ser estigmatizadas o discriminadas, el abuso sexual, la explotación sexual comercial, el abandono de la familia o la expulsión del seno de ella, las agresiones de parejas, depresiones, angustias por el hecho de haber sido expulsados del colegio o del trabajo por sus orientaciones sexuales e identidades de género.

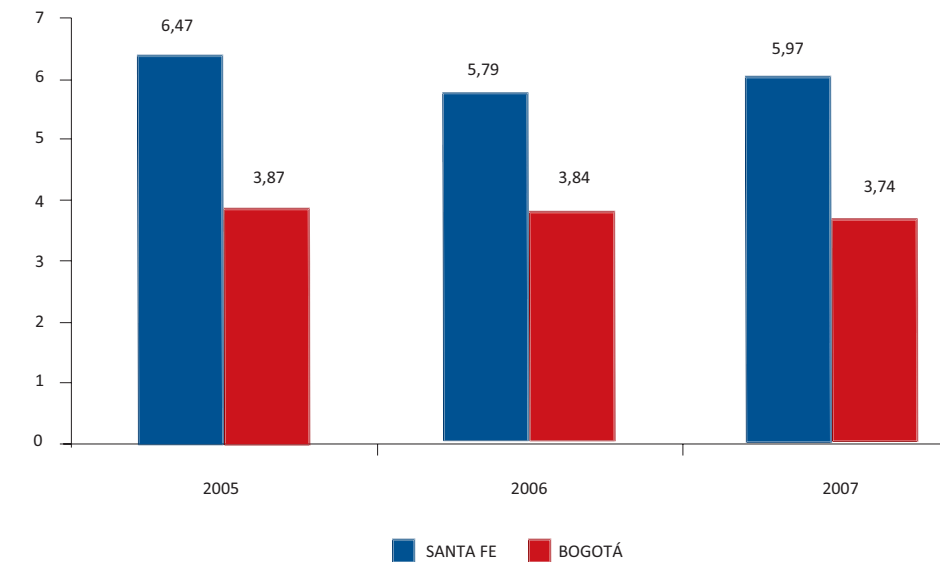
1.4 Perfil Epidemiológico

El seguimiento y valoración de los problemas de salud que generan mortalidad, morbilidad y discapacidad en la localidad, permiten aportar a las políticas de salud y la articulación de la red de servicios, para responder de manera más efectiva a las problemáticas encontradas e ir avanzando en la equidad y en un modelo de atención acorde con lo encontrado.

1.4.1 Mortalidad en Santa Fe

La Tasa de Mortalidad General ⁵¹(5,97) en esta localidad se halla por encima que la registrada en el distrito (3,74) como lo muestra la Gráfica 5, a pesar de presentar disminución de 0.5 puntos frente al 2005. Unas de las primeras causas de mortalidad en la localidad de Santa Fe, que se han mantenido desde el 2004 hasta el 2007 son las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de las muertes clasificadas como agresión (homicidios) y secuelas. La segunda causa de muerte en la localidad puede ser explicada por la presencia de fuerzas en conflicto como: reinsertados, desmovilizados, desplazados y la vecindad con la zona de alto impacto de Los Mártires, situación corroborada a partir de las estadísticas de la Secretaría de Gobierno que ubica la localidad como la segunda en tasa de homicidios en el distrito capital durante el 2008. Por otro lado, encontramos que las enfermedades crónicas no transmisibles aportan en mayor medida a las tasas de mortalidad. Adicionalmente es de gran preocupación que continúa dentro de las diez primeras causas la mortalidad por VIH Sida, enfermedad que ocupa el segundo lugar durante el 2007 ⁵² en el grupo de 15 a 59 años como puede observarse en la tabla 9.

Gráfica 5. Mortalidad general. Localidad Santa Fe. 2005 - 2007.



FUENTE: DANE. SDP. Bases de datos, Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE.

Al calcular los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) ⁵³ en la localidad, el mayor número se debe a causas circulatorias superando las muertes por causa externa, neoplasias y enfermedades

⁵¹ Corresponde a tasa por 10.000 habitantes

⁵² Subsistema de Estadísticas Vitales, datos preliminares 2007.

⁵³ Los AVPP se calculan en una población por una determinada causa y consisten en sumar los años perdidos por todas las personas fallecidas con respecto al promedio de vida de la población o esperanza de vida al nacer

transmisibles. Las defunciones por causa externa mayor en los hombres mayores de 15 años son originadas por enfermedades transmisibles, prioridad para los programas de prevención a realizarse en la localidad. Tabla 10. Diez Primeras causas mortalidad general por edad. loc. Santa Fe. 2007.

Tabla No 10

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA D.C. DIRECCION DE SALUD PUBLICA- AREA VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGUN EDAD LOCALIDAD 03 SANTA FE 2007									
DECIMA REVISION(105 CAUSAS)									
	Nº	Total	%	Tasa		Total	%	Tasa	
ME NORES DE 1 AÑO				DE 1 A 4 AÑOS					
11-082	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	10	22,2	52,4	1-030	Todos los demás tumores malignos de los órganos urinarios	1	25,0	1,3
21-080	Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas	4	8,9	21,0	1-048	Enfermedades del ojo y sus anexo, del odio y de la apofoisis	1	25,0	1,3
31-084	Infecciones específicas del periodo perinatal	4	8,9	21,0					
41-088	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	4	8,9	21,0					
51-079	Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	3	6,7	15,7					
61-087	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	6,7	15,7					
71-085	Enterocolitis necrotizante del feto del feto y del recién nacido	2	4,4	10,5					
81-001	Enfermedades infecciosas intestinales	1	2,2	5,2					
91-005	Septicemia, excepto neonatal	1	2,2	5,2					
101-042	Deficiencias nutricionales	1	2,2	5,2					
	Resto de causas	12	26,7	62,9	Restos de causas		2	50,0	2,7
	Total	45	100	235,9	Total	4	100,0	5,4	
DE 5 A 14 AÑOS				DE 15 A 44					
11-022	Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	1	11,1	0,5	1-101	Agresiones (homicidios) y secuelas	31	30,4	5,9
21-031	Tumor maligno del encefalo del ojo y de otras partes del sistema	1	11,1	0,5	1-009	Enfermedad del VIH(sida)	8	7,8	1,5
31-035	Leucemia	1	11,1	0,5	1-091	Otros accidentes de transporte terrestre	5	4,9	0,9
41-052	enfermedad cardio pulmonar y enfermedades de la circulación pul.	1	11,1	0,5	1-078	Embarazo, parto y puerperio	4	3,9	0,8
51-074	insuficiencia renal	1	11,1	0,5	1-100	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	4	3,9	0,8
6					1-090	Accidentes de transporte de motor	3	2,9	0,6
7					1-051	Enfermedades isquémicas del corazón	2	2,0	0,4
8					1-001	Enfermedades infecciosas intestinales	1	1,0	0,2
9					1-012	Tumor maligno del esófago	1	1,0	0,2
10					1-014	Tumor maligno del colon, de la union rectosigmoide y recto	1	1,0	0,2
	Resto de causas	4	44,4	2,1	Restos de causas		42	41,2	8,0
	Total	9	100,0	4,6	Total	102	100,0	19,3	
DE 45 A 59 AÑOS				60 Y MAS AÑOS					
11-051	Enfermedades isquémicas del corazón	17	18,5	10,2	1-055	Enfermedades cerebrovasculares	50	12,4	44,1
21-009	Enfermedad del VIH(sida)	6	6,5	3,6	1-051	Enfermedades isquémicas del corazón	48	11,9	42,3
31-013	Tumor maligno en el estomago	5	5,4	3,0	1-060	enfermedades crónicas de las vías de respiratorias	33	8,2	29,1
41-055	Enfermedades cerebrovasculares	5	5,4	3,0	1-041	Diabetes mellitus	18	4,5	15,9
51-024	Tumor maligno de la mama de la mujer	4	4,3	2,4	1-012	Tumor maligno del esófago	15	3,7	13,2
61-014	Tumor maligno del colon, de la union rectosigmoide y recto	3	3,3	1,8	1-050	Enfermedades hipertensivas	15	3,7	13,2
71-027	Tumor maligno del ovario	3	3,3	1,8	1-054	insuficiencia cardiaca	15	3,7	13,2
81-052	enfermedad cardio pulmonar y enfermedades de la circulación pul.	3	3,3	1,8	1-059	Neumonía	14	3,5	12,4
91-059	Neumonía	3	3,3	1,8	1-070	Hemorragia gastrointestinal	12	3,0	10,6
101-066	Enfermedades del higado	3	3,3	1,8	1-028	Tumor maligno de la prostata	11	2,7	9,7
	Resto de causas	40	43,5	23,9	Restos de causas		171	42,5	150,8
	Total	92	100,0	55,0	Total	402	100,0	354,6	
TOTAL DE GRUPOS DE EDAD									
11-051	Enfermedades isquémicas del corazón	67	10,2	6,1					
21-055	Enfermedades cerebrovasculares	56	8,6	5,1					
31-101	Agresiones (homicidios) y secuelas	35	5,4	3,2					
41-060	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	33	5,0	3,0					
51-013	Tumor maligno en el estomago	20	3,1	1,8					
61-041	Diabetes mellitus	19	2,9	1,7					
71-059	Neumonía	18	2,8	1,6					
81-054	Insuficiencia cardiaca	16	2,4	1,5					
91-050	Enfermedad hipertensivas	15	2,3	1,4					
101-009	Enfermedad del VIH(sida)	14	2,1	1,3					
	Resto de causas	361	55,2	33,0					
	Total	654	100,0	59,7					

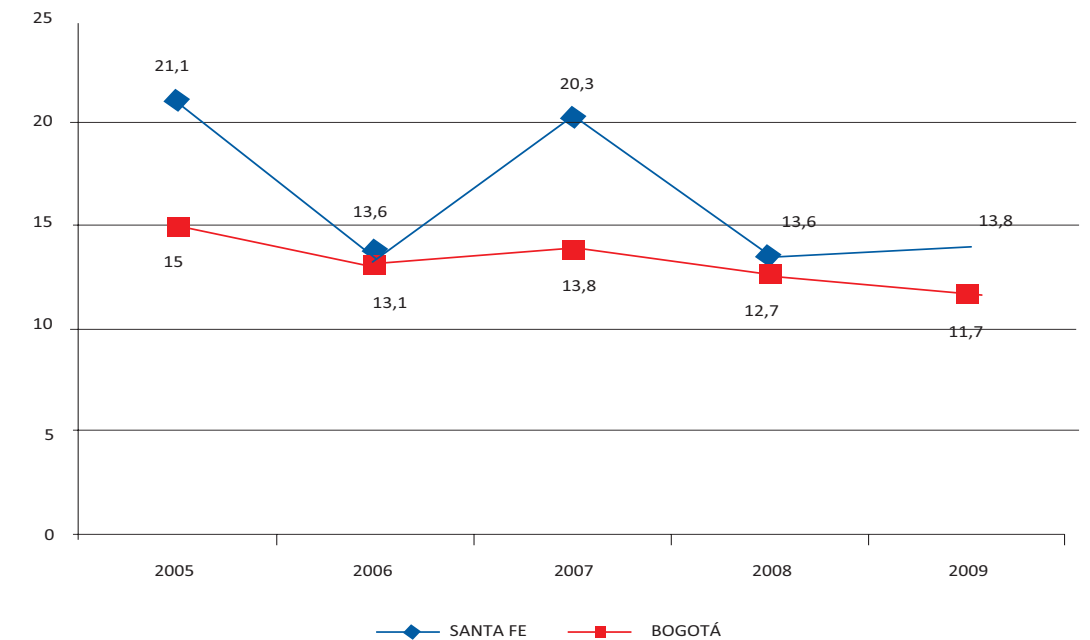
Fuente: certificado de defunción DANE por residencia. 2007.

Además de lo anterior encontramos otra serie de condiciones que afectan a los sujetos y colectivos de la localidad, considerando la diferenciación por etapa de ciclo.

1.4.1.1 Mortalidad infantil

Las tasas de mortalidad de la población de la localidad y las situaciones que afectan en gran medida a los niños y niñas están relacionadas con la salud de sus madres, las condiciones socioeconómicas y psicológicas al interior de sus hogares, con el acceso y la oportunidad de los servicios de salud, así como con la condición ambiental de la localidad.

Gráfica 6. Mortalidad Infantil. Localidad Santa Fe. 2005 - 2009

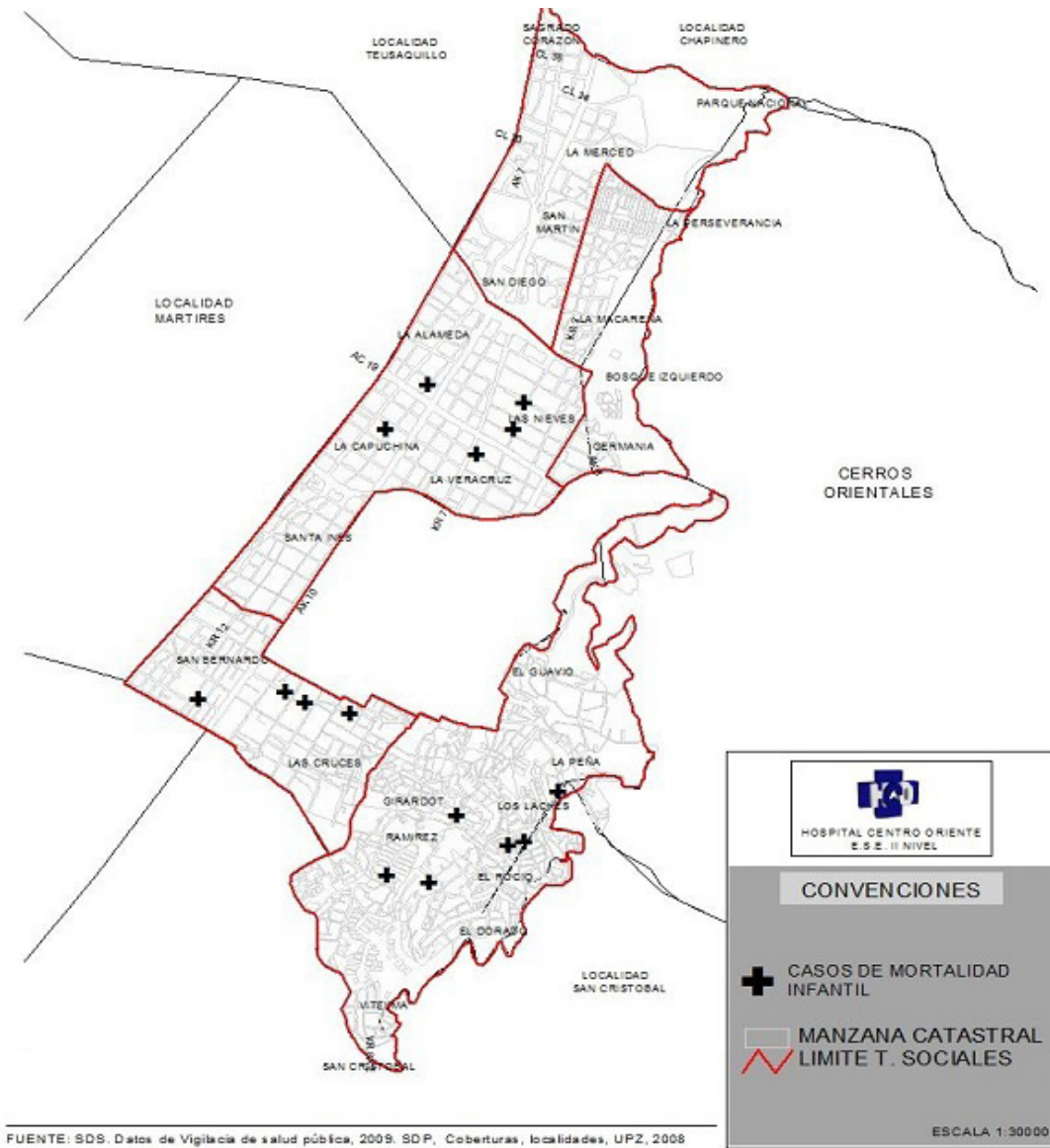


FUENTE: DANE, SDP. Base de datos preliminar, Sistema de estadísticas Vitales. Año 2005 - 2009

La tasa de mortalidad infantil entre 0 y 1 año de edad (Ver Gráfica 6) residentes de la localidad de Santa Fe durante el periodo comprendido entre 2007 y 2009 mostró una disminución respecto del 2005, así la localidad pasó de una razón de 24,9 por 1000 nacidos vivos en el año 2000 a 13,8 en el año 2009. Esto permitió un avance significativo para llegar a superar la meta definida en Colombia con los objetivos del milenio (14/mil nacidos vivos) y acercarnos a la meta distrital de disminuir a 9,9 por 1000 nacidos vivos, en el 2009 la razón se ubico en 13,8 por 1000NV, con una disminución de 25 casos, producto en buena parte del fortalecimiento de programas encaminados a detectar y controlar los determinantes presentes en la localidad para mejorar las respuestas que se ofrecen a nivel intersectorial.

En un sentido amplio, puede considerarse que la mortalidad infantil, no solo en esta localidad sino en la de los Mártires y Candelaria, tiene dos grandes grupos de causas componentes: el componente socioeconómico y el acceso a los servicios de salud especialmente para los habitantes de los territorios de fragilidad social 1 y 2, quienes son los que presentan el mayor número de muertes infantiles en la localidad como lo muestra el mapa 9.

Mapa 9 Mortalidad infantil a 2009. Localidad Santa Fe



FUENTE: SDS. Datos de Vigilancia de salud pública, 2009. SOP, Coberturas, localidades, UPZ, 2008

El impacto sobre el primero está directamente asociado al deterioro general en las condiciones de vida (desempleo, insuficiencia alimentaria, inestabilidad laboral, factores culturales, desconocimiento y falta de empoderamiento frente al derecho a la salud, condiciones de deterioro habitacional, etc.), mientras que el impacto sobre el segundo componente está más directamente relacionado con el acceso a servicios y a tecnología de calidad.

1.4.1.2 Mortalidad por Desnutrición

En cumplimiento de la meta distrital de monitorear la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años partiendo de una Línea de base: 4.1 por cien mil menores de 5 años, desde el Hospital Centro Oriente se ve con preocupación la aparición desde 2007 de muertes infantiles por ésta causa, factor intolerable que debe ser intervenido transectorialmente.

Los dos casos de mortalidad por desnutrición presentados en esta localidad (Ver grafica 7), corresponden a dos menores desplazados de la etnia indígena Embera katio, cuyos responsables legales aducen precarias condiciones de vida en sus territorios de origen como tener que caminar durante 16 horas para aprovisionarse de alimentos, argumentando no contar con comida en sus territorios debido a que les está prohibido andar por ciertos lugares por la presencia de grupos armados legales e ilegales. Estas familias, al llegar a la ciudad se concentran principalmente en el barrio San Bernardo (UPZ Cruces) en inquilinatos insalubres, en situación de hacinamiento donde pagan entre \$7.000 y \$10.000 el día. Al llegar a la ciudad las familias Embera se articulan a las redes de mendicidad, principalmente las mujeres y los niños como una forma de obtener recursos monetarios.

Tabla 11. Mortalidad por desnutrición niños menores de 5 años. Localidad Santa Fe. 2008 - I Semestre 2010.

	BOGOTA		SANTA FE	
	NÚM MUERTES	TASA	NÚM MUERTES	TASA
2008	27	14,5	0	0
2009	35	14	2	22,1
2010	10	10	0	0

FUENTE: DANE. Certificado de defunción, Bases de dato preliminar, Sistema de Estadísticas Vitales.

1.4.1.3 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA

Teniendo en cuenta que la localidad presenta territorios con concentración de problemas sociales y ambientes insalubres, donde se desarrollan y mueren los niños y niñas, continúan presentándose enfermedades y muertes propias de la pobreza, entre ellas la Enfermedad diarreica aguda (EDA), situación que hace difícil aportar en forma positiva a la meta Distrital de Reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a 1 caso por 100.000 menores, con una línea de base de 2 por 100.000 menores.

Tabla 12. Mortalidad por Enfermedad diarreica aguda (EDA).Localidad Santa Fe. 2008-I semestre 2010

	BOGOTA		SANTA FE	
	NÚM MUERTES	TASA	NÚM MUERTES	TASA
2008	11	1,9	1	10,9
2009	6	1	1	11
2010	6	1	0	0

Fuente: Base de datos Preliminar SDS Estadísticas Vitales 2008-2009 -2010

La mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda ha presentado tendencia a la disminución en los últimos tres años en la localidad como lo muestra la gráfica 8, sin embargo 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 la perspectiva de la salud pública se han implementado, como la distribución de sales de rehidratación oral, la educación relacionada con la prevención de episodios, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento

adecuado de los niños con diarrea y la estandarización de protocolos de atención para los trabajadores de la salud⁵⁴.

En los casos presentados en la localidad Santa Fe se evidenciaron como determinantes sociales situaciones de desplazamiento, madres cabeza de familia ubicadas en los territorios de fragilidad social (1 y 2) con grandes dificultades para suplir sus necesidades básicas, nivel de escolaridad primaria incompleta que se manifiesta en hábitos higiénicos inadecuados como la manipulación del agua, inapropiada eliminación de excretas, corta periodo de lactancia materna, creencias, actitudes y prácticas relacionadas con la vacunación, aunado a dificultades para acceder a la atención de salud dada la afiliación en el Sistema de Salud en sus regiones.

Estos factores han sido enmarcados por la Organización mundial de la salud (OMS) para la población en alto riesgo de diarrea, sin embargo habrían otros aspectos sociales de nuestro país y de nuestras ciudades que se suman a aquellos factores: grupos rurales desplazados por la violencia, escasa escolaridad, madres o padres solos, ingresos económicos insuficientes para las necesidades mínimas, menores trabajadores, menores en oficios de la calle, hacinamiento, fármaco dependencia, alcoholismo, sicariato, prostitución y falta de asistencia en seguridad social. Este es un verdadero caldo de cultivo para cualquier condición patología social, médica o humana⁵⁵.

1.4.1.4 Mortalidad por Neumonía

Una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años son las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) entre ellas la neumonía. Esta mortalidad se encuentra relacionada con las condiciones climáticas especialmente en las temporadas de mayor circulación de los virus de la influenza, nutricionales, vacúnales, genéticas y socioeconómicas de las familias residentes en las zonas vulnerables de los territorios sociales (1 y 2) con dificultades para suplir sus necesidades básicas.

La tasa de mortalidad por neumonía en Bogotá pasó de 14.1 por 100.000 menores de cinco años en el 2007 a 14.4 en 2009, acercándose a la meta distrital de reducir la tasa de mortalidad por neumonía a 11.5 por 100. 000 menores de 5 años, no así en la localidad que sobrepasó al Distrito en 7,7 a Bogotá, siendo 2,3 veces mayor el riesgo de morir un menor de cinco años por éste evento en la Localidad. Gráfica 9.

Tabla 13. Mortalidad por Neumonía Localidad Santa Fe. 2008 I Semestre 2010

	BOGOTA		SANTA FE	
	NÚM MUERTES	TASA	NÚM MUERTES	TASA
2008	112	19	2	21,8
2009	85	14,4	2	22,1
2010	73	12,3	1	11,1

Fuente: Base de datos Preliminar SDS Estadísticas Vitales 2008-2009 -2010

1.4.1.5 Mortalidad materna y perinatal

La razón de mortalidad materna es un indicador del estado de salud en la población, en Bogotá la cifra hallada para el año 2007 está cerca de la meta del milenio que es de 45 por 100.000 nacidos vivos para el 2015. En la localidad Santa Fe en el año 2007 ocurrieron 3 muertes que representan una razón

de 135.45 y en el año 2009 una muerte materna para una razón de 55.1 como se muestra en la gráfica 10, el riesgo de morir por este evento es 2.2 veces mayor en la localidad. Entre las problemáticas identificadas para la ocurrencia de este suceso se halla en: desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos por la familia gestante, deficiencias en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante, desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación, parto y posparto en la familia gestante, deficiencia en el seguimiento por parte del personal de salud a la gestante, dificultad en la canalización y seguimiento efectivo a planificación familiar.

Es importante mencionar que las mujeres fallecidas, provenían del Territorio Social 1 (Barrios Consuelo y la Perseverancia), Uno de los factores coadyuvantes a estas muertes fue el régimen de afiliación como barrera de acceso y el desconocimiento de signos de alarma de las gestantes. En el 2009 la mortalidad correspondió a una menor de 16 años, EPS-S Salud total, residente en la UPZ 96.

Tabla 14. Mortalidad Materna. Localidad 3 Santa Fe. 2008– I Semestre 2010

	BOGOTA		SANTA FE	
	NÚM MUERTES	TASA	NÚM MUERTES	TASA
2008	45	38,6	0	0
2009	58	50,8	1	55,1
2010	24	21	0	0

Fuente: Base de datos Preliminar SDS Estadísticas Vitales 2008-2009 -2010

La tasa de mortalidad perinatal presenta una tendencia a la disminución desde el 2006, sin embargo en el 2009 tuvo un aumento de 3.5 puntos respecto del año inmediatamente anterior como se observa en la Tabla 10 siendo 1.3 veces mayor el riesgo de morir un recién nacido por éste evento en la localidad.

Tabla 15. Mortalidad Perinatal. Localidad 3 Santa Fe. 2007-2009

AÑO	SANTA FE			BOGOTÁ		
	Muertes Perinatales	Nacidos Vivos más fetales	Tasa por 1000 NV	Muertes Perinatales	Nacidos Vivos más fetales	Tasa por 1000 NV
2007	37	2.215	16.70	1.610	115.737	13.9
2008	11	2.054	5.3	1.690	116.592	14.5
2009	16	1.813	8.8	1.596	114.156	13.9

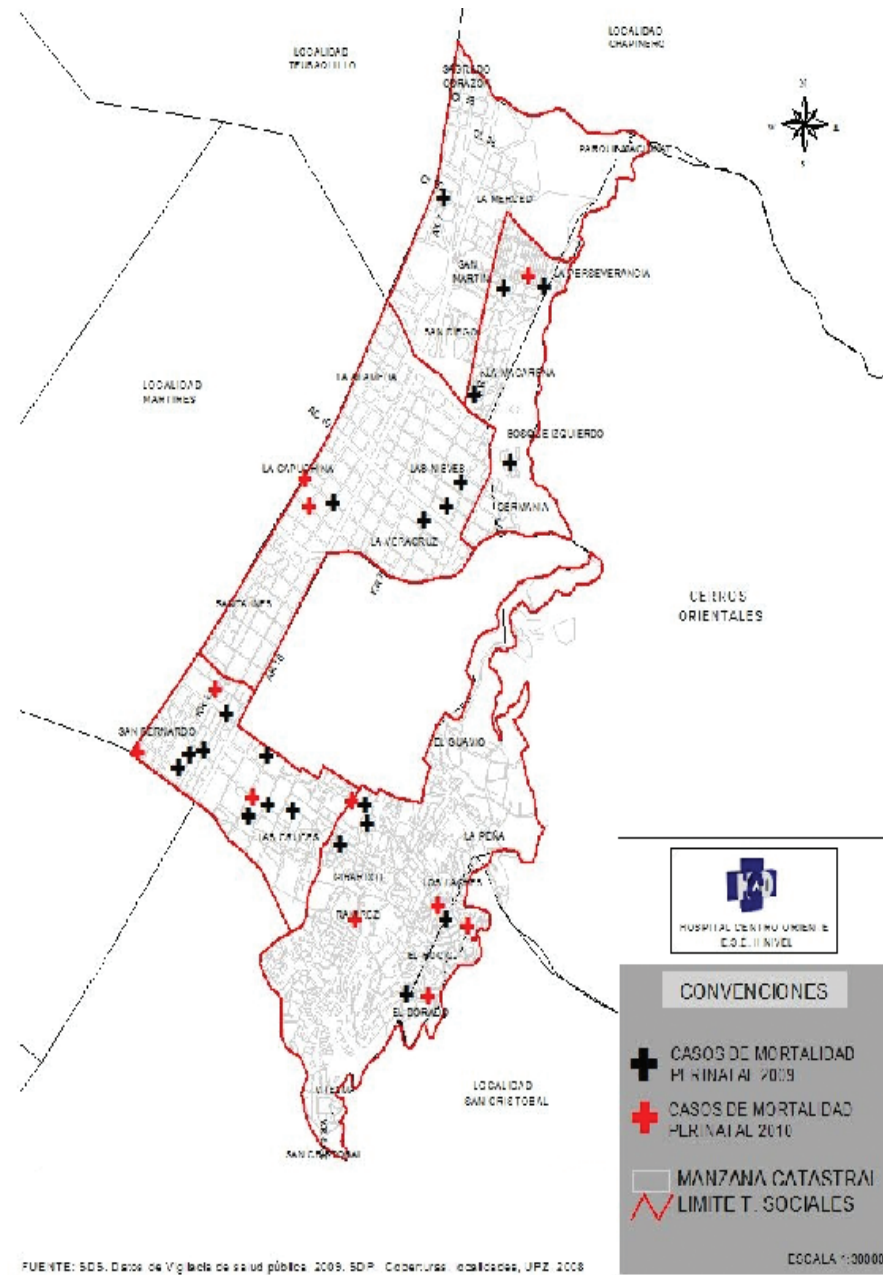
FUENTE: DANE. Certificado de defunción, Certificado de nacido vivo. Bases de datos, Sistema de Estadísticas Vitales.

Como determinantes en salud se evidenció el riesgo bio psicosocial en la embarazada, riesgo de preclampsia y de bajo peso al nacer, al igual que el nivel de escolaridad (el nivel más alto fue secundaria incompleta) y el estado civil de no casada, en la localidad las muertes perinatales ocurridas en el 2009 corresponden a habitantes de los territorios sociales 1 y 2 como se puede evidenciar en el mapa 10.

⁵⁴ Tomado de <http://encolombia.com/vol33n3-pediatria-actualizacion.htm>, el 21 de octubre a las 9:30 a.m.

⁵⁵ IBID

Mapa 10 Mortalidad perinatal 2009 – 2010. Localidad Santa Fe



1.4.2 Morbilidad en Santa Fe

El análisis de morbilidad por consulta externa que se presenta a continuación es por demanda atendida en las sedes: Laches, Lourdes y Perseverancia

No está georreferenciada por el lugar de residencia del paciente y adicionalmente sólo hace referencia a los pacientes vinculados y subsidiados, por otra parte es importante tener en cuenta que la población de la localidad no ha desarrollado un comportamiento responsable que le permita mantener su salud, pero es necesario observar que esos comportamientos están modulados por

factores externos que se salen de las manos del sector; situación que se percibe a través de los diálogos mantenidos durante la elaboración del diagnóstico con la comunidad y las personas referentes de participación social, por ejemplo se cree que la enfermedad es un proceso normal de los seres humanos propias para cada ciclo de vida, así no es alarmante que una persona mayor de 55 años presente artritis y desnutrición o que un niño presente enfermedades del tracto respiratorio. Dichas situaciones tienen un componente alto relacionado con la cultura, la religión, creencias, actitudes y prácticas.

Para el caso de la cobertura de vacunación impide que ciertos grupos de la comunidad se acerquen espontáneamente o acceden voluntariamente a la aplicación de biológicos bajo el supuesto que los niños se enfermen más o que es normal que a los niños presenten enfermedades eruptivas.

Por otro lado, la comunidad manifiesta que se presentan mayores eventos de enfermedad en las épocas húmedas del año sobre todo en el adulto mayor y en los menores de 5 años, para lo cual dentro de su cotidianidad y siendo eventos tan normales no acuden oportunamente a consulta, prefiriendo en algunos casos los remedios caseros.

La desnutrición es otro factor reconocido como problema para la comunidad en general pero propio de menores y adultos mayores, desconocido casi por completo en relevancia en las mujeres gestantes y lactantes. Los adolescentes y adultos jóvenes son una población imperceptible para la comunidad en términos de enfermedad, desconociendo que aspectos importantes de la salud sexual y mental, de gran relevancia en este ciclo vital.

1.4.2.1 Morbilidad sentida en el territorio Social 1

El patrón de morbilidad identificado para la población residente en los territorios de la localidad Santa Fe, se presenta a partir de la población que acude a las sedes asistenciales del Hospital Centro Oriente, corresponde a población sin aseguramiento o asegurada a través del Régimen Subsidiado; de esta manera, la consulta registrada en las sedes Cruces, Laches, Lourdes, Perseverancia y Santa Rosa de Lima corresponde al territorio 1, aunque es posible que acudan personas de los demás territorios de la localidad. Si bien no representa toda la población es una aproximación desde la capacidad institucional de la ESE, y evidencia que durante el año 2009 casi el 47% de las personas atendidas corresponden a adultos(as) maduros(as) y personas mayores. (Ver tabla 16)

Tabla 16. Consulta Medicina General 2009 por grupos de edad. Territorio 1 Localidad Santa Fe. Año 2009

Grupo de edad	Nº	%
Menores de 1 año	451	1,28%
1 a 4 años	2.923	8,32%
5 a 14 años	4.465	12,72%
15 a 26 años	4.677	13,32%
27 a 44 años	6.077	17,31%
45 a 59 años	7.231	20,59%
60 años y más	9.292	26,46%
Total	35.116	100,00%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO.

Al revisar las causas de consulta en niños y niñas, (ver tabla 12 y 13) se identifica que las Enfermedades Respiratorias son patologías por las cuales se consulta con frecuencia en los tres subgrupos de edad; estas enfermedades se asocian a los cambios climáticos, principalmente en los meses de pico invernal, condiciones socioeconómicas de los habitantes del territorio, hábitos higiénico sanitarios y contaminación del aire en la localidad donde las concentraciones de partículas y de otros contaminantes exceden las normas nacionales de calidad del aire.

Tabla 17. Morbilidad Consulta Medicina General en menores de 1 año. Territorio social 1. Santa Fe.2009

DESCRIPCION DX	No Casos		Total Casos	%
	F	M		
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	78	69	147	32,6%
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	16	18	34	7,5%
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	14	11	25	5,5%
Deformidades congénitas de la cadera	18	6	24	5,3%
Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	0	22	22	4,9%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO. n=451

El 5,5% de los niños y niñas de 1 a 4 años tuvieron diagnóstico de desnutrición, la cual guarda relación con la limitación en cuanto a disponibilidad y acceso a alimentación necesaria para esta etapa del crecimiento de los niños y las niñas.

Tabla 18. Morbilidad Consulta Medicina General .Niños y niñas de 1 a 4 años. Localidad Santa Fe, territorio 1. 2009

DESCRIPCION DX	No Casos		Total Casos	%
	F	M		
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	443	465	908	31,1%
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	94	99	193	6,6%
Desnutrición	87	73	160	5,5%
Otras helmintiasis	83	65	148	5,1%
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	46	53	99	3,4%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO. n=2923

Las helmintiasis, la diarrea y las enfermedades gastrointestinales están entre las primeras causas de consulta, que afectan básicamente a niños y niñas de 1 a 14 años. (Ver tabla 14) Estas enfermedades son ocasionadas por bacterias o parásitos y están asociadas a la ingesta de agua y alimentos con inadecuado procesos de manipulación, conservación y transporte, al igual que deficiencias en las buenas prácticas de higiene como son el lavado de manos, de frutas y verduras.

Tabla 19. Morbilidad Consulta Medicina General en niños y niñas de 5 a 14 años. Localidad Santa Fe, territorio 1. año 2009

DESCRIPCION DX	No Casos		Total Casos	%
	F	M		
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	350	355	705	15,8%
Otras helmintiasis	205	230	435	9,7%
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	178	152	330	7,4%
Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	75	93	168	3,8%
Trastornos de la acomodación y de la refracción	83	74	157	3,5%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO. n=4465

En la población joven del territorio 1 se identifican enfermedades como las inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos 4.9 %, las cuales se presentan en mujeres sexualmente activas y que tienen relaciones sexuales con más de una pareja; las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo se presentan en un 7.0%, las enfermedades del sistema urinario en 4,5%, las gastritis y duodenitis en 4,9% y otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 5.3%. (Ver tabla 15) La tercera causa de consulta, puede guardar relación con episodios de estrés y hábitos alimenticios adecuados

Tabla 20. Morbilidad Consulta Medicina General en jóvenes de 15 a 26 años. Localidad Santa Fe, territorio 1. Año 2009

DESCRIPCION DX	No Casos		Total Casos	%
	F	M		
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	206	122	328	7,0%
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	178	72	250	5,3%
Gastritis y duodenitis	190	41	231	4,9%
Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	227	0	227	4,9%
Otras enfermedades del sistema urinario	177	35	212	4,5%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO. n=6077

Los adultos y adultas maduros demandan atención con mayor frecuencia que los grupos de edades menores; las enfermedades identificadas con mayor frecuencia son Hipertensión esencial (17%), trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos (6,0%), Gastritis y duodenitis (5.0 %), dorsopatías (3,2%) y diabetes mellitas (2.1) Es particularmente importante en esta etapa del ciclo vital la magnitud identificada de adultos y adultas maduras con hipertensión arterial, por su necesidad de control y tratamiento permanente.(Ver tabla 16).

Tabla 21. Morbilidad Consulta Medicina General en adultos y adultas de 45 a 59 años. Localidad Santa Fe, territorio 1. Año 2009

DESCRIPCION DX	No Casos		Total Casos	%
	F	M		
Hipertensión esencial (primaria)	952	275	1227	17,0%
Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	292	145	437	6,0%
Gastritis y duodenitis	262	101	363	5,0%
Otras dorsopatias	146	84	230	3,2%
Diabetes mellitus	126	95	221	3,1%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO. n=7231

En las personas mayores, que constituyen el 26.46 % de la consulta a las sedes asistenciales de la ESE en el territorio 1, la causa principal de enfermedad es la hipertensión arterial (40.5%), la cual dista mucho de los demás enfermedades diagnosticadas en esta etapa de ciclo: bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (5.0%), y otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos (2,8%). (Ver tabla 17).

Tabla 22. Morbilidad Consulta Medicina General en personas mayores de 60 años y más. Localidad Santa Fé, territorio 1. año 2009

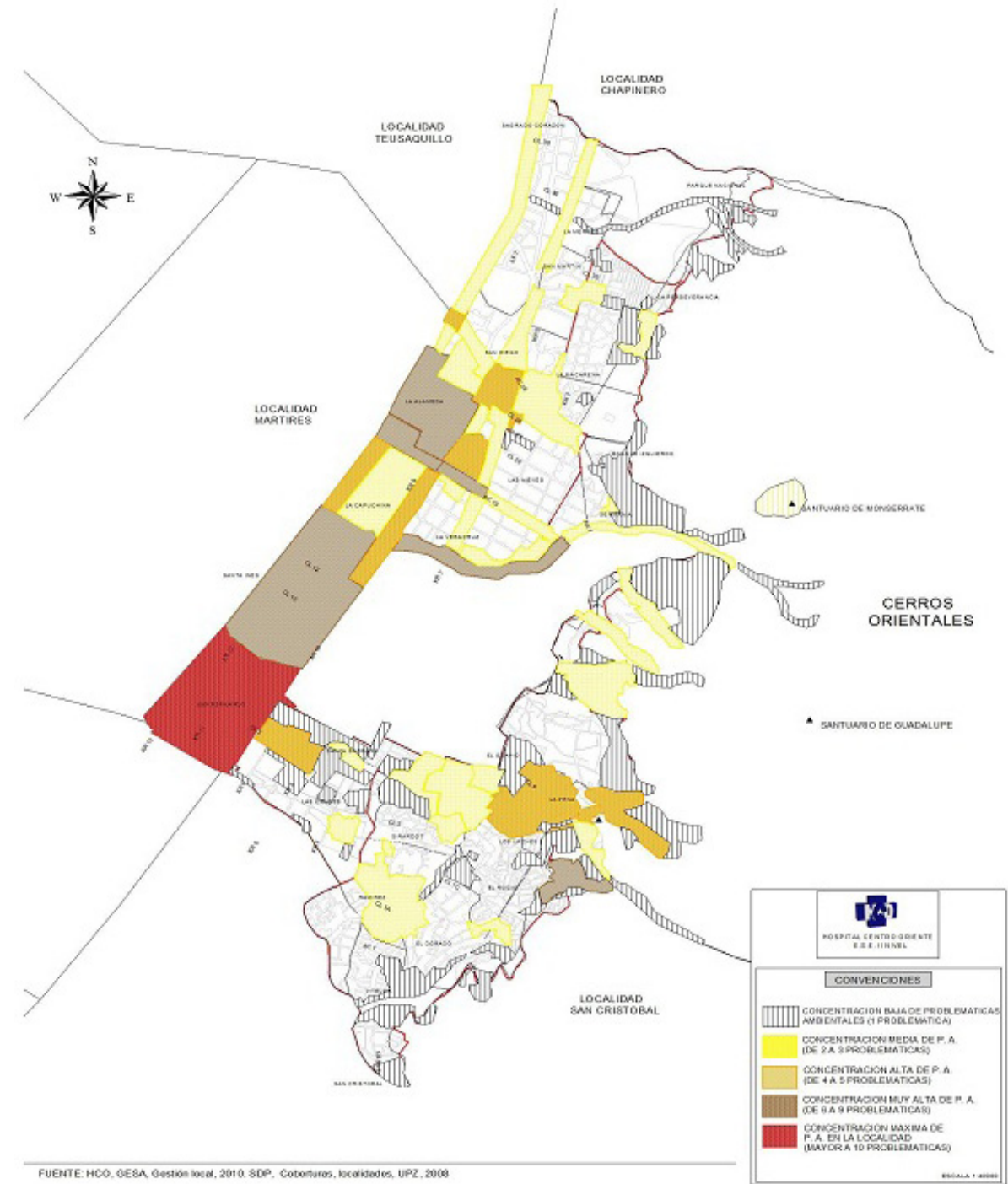
DESCRIPCION DX	No Casos		Total Casos	%
	F	M		
Hipertensión esencial (primaria)	2619	1143	3762	40,5%
Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	195	274	469	5,0%
Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	217	84	301	3,2%
Diabetes mellitus	137	124	261	2,8%
Gastritis y duodenitis	161	88	249	2,7%

Fuente: RIPS 2009 - Estadística HCO. n=9292

La salud en la localidad, está relacionada en buena parte con el ambiente y su contaminación. Santa Fe al estar localizada en el centro de la ciudad es atravesada por vías principales como la Avenida Caracas, Cra. 10ª, 13, 7ª, Circunvalar, Dorado, y Comuneros entre otras, recibe emisiones de los automóviles como fuentes de contaminación atmosférica constituyendo el 60% de la contaminación total, dichos vehículos, arrojan al aire entre otras sustancias, monóxido de carbono, hidrocarburos y óxidos de nitrógeno, dióxido de azufre en aquellos que utilizan el combustible diesel aunado al material particulado (mapa 11). Bogotá es hoy la tercera ciudad más contaminada de América Latina, antecedida por Santiago de Chile y ciudad de México, según indicadores del Banco Mundial lo que se ve reflejado en la morbilidad sentida, en donde las primeras causas de consulta en menores de 15 años en las sedes de la ESE Centro oriente corresponden a eventos respiratorios, helmintiasis, diarreas y gastroenteritis lo que se puede relacionar con condiciones de saneamiento básico inadecuadas y malas prácticas de autocuidado, máxime si estas personas provienen de los

territorios sociales 1 y 2 caracterizados por salud a su casa donde aproximadamente el 14% de ellos no cuentan con los servicios públicos adecuados.

Mapa 11. Problemáticas ambientales relacionadas con Morbilidad. Localidad Santa Fe



FUENTE: HCO, OESA, Gestión local, 2010. SDP. Coberturas, localidades, UPZ, 2008

Dentro de los primeros lugares de morbilidad general en mayores de 27 años se encuentran la hipertensión arterial, trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén y otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores como lo muestran las tablas relacionadas con consultas en las sedes asistenciales de la localidad. Estos eventos pueden ser evitables e intervenidos a tiempo con adecuadas prácticas alimentarias, actividad física y asistencia a consultas de promoción y prevención, ofertadas por las EPS públicas y privadas.

La caries dental continúa presentándose entre las primeras causas de consulta odontológica (76% en mujeres y 72% en hombres) en las sedes asistenciales del Hospital Centro Oriente como lo muestra la tabla 18.

Tabla 23. Morbilidad Consulta odontología general Sedes asistenciales. Localidad 3 Santa Fe. 2009

Descripción	Casos			
	Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%
Caries	1.056	76.8	625	72.2
Gingivitis	210	15	152	17.5
Raiz dental retenida	86	6.3	63	7.4
Pulpitis	15	1.1	21	2.4
Absceso periapical	7	0.6	4	0.5
Total	1.374	100	865	100

FUENTE: Hospital Centro Oriente. RIPS Odontología, 2010.

Teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital como eje ordenador del análisis de morbilidad oral, encontramos que en la etapa del ciclo vital infancia dentro de las primeras causas de consulta odontológica se ubican los trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén, así como la caries dental. En una población de 1.415 niños y niñas, abordados desde el ámbito escolar y comunitario, el 67% presentaba caries severa y 23% otro tipo de patologías de la cavidad oral.

Estado Nutricional de Gestantes y niños menores de 7 años

Tabla 24. Comportamiento del estado nutricional de las gestantes. Localidad Santa Fe. 2007- 2008

AÑO	SANTA FE				BOGOTÁ			
	Bajo Peso	Adecuado Peso	Sobrepeso	Obesidad	Bajo Peso	Adecuado Peso	Sobrepeso	Obesidad
2007	31,8	38,6	14,5	15,0	31,0	37,8	14,9	16,2
2008	32,3	37,1	14,2	16,4	28,5	37,3	16,1	18,1
2009	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

FUENTE: Bases de datos SISVAN preliminares SDS Año 2007 -2009

En esta localidad los problemas nutricionales en las gestantes se mantienen comparando los resultados arrojados en los años 2007 a 2008. (Ver tabla 19). Siendo significativo los valores encontrados tanto para bajo peso, sobre peso y obesidad dado que son señales de alarma para las diferentes complicaciones en las gestantes entre ellas; niños con bajo peso al nacer, diabetes, restricción de crecimiento intrauterino y mortalidad, como determinantes se han observado embarazos en edades extremas, patologías de base en las gestantes abonado a esto las inadecuadas condiciones socio-económicas de las familias gestantes.

Es necesario resaltar la prevalencia de bajo peso de las gestantes en la localidad Santa Fe (32.3) comparado con los datos de Bogotá (28.5) año 2008, al igual la tendencia de obesidad (16.4) y (18.1) Bogotá indicadores que muestran el grado de mal nutrición de la población.

Tabla 25. Comportamiento De bajo peso al nacer en total de nacidos vivos. Localidad Santa Fe. 2007-2009.

AÑO	SANTA FE	BOGOTÁ
	Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gr)	Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gr)
2007	12.6	12.4
2008	13.9	12.4
2009	15.0	11.9

FUENTE: Bases de datos Preliminar SISVAN SDS. Año 2007 -2009

La prevalencia de bajo peso al nacer pasó de 14,6 año 2007 a 11,9 en el año 2009. (Ver tabla 20), evidenciándose un disminución de este indicador, por lo general el bajo peso en los niños está asociado a eventos ocurridos en la madre tales como hipertensión arterial, diabetes, infecciones vaginales, desnutrición, anemia, baja talla, madres adolescentes, atención prenatal inadecuada, antecedentes maternos tales como otros gestaciones de prematuros, abortos, muertes fetales, múltiples gestaciones, corto intervalo inter genésico, alcohol y/o tabaquismo

En relación a la salud mental según el Sistema de Vigilancia para la Violencia Intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM), a Septiembre de 2009 se han reportado 70 casos de violencia hacia niños y niñas, siendo las de mayor frecuencia, la negligencia y la violencia emocional⁵⁶ y en segundo lugar, la física.

En la localidad el suicidio consumado presenta una tasa al 2009 de 6,4 con 2, 9 puntos por encima de la Distrital (3,5) y en aumento creciente como lo evidencia la Tabla 21, por lo que se ha propuesto como evento prioritario de salud mental, debido a que este evento está asociado con altos niveles de depresión, la situación socioeconómica de los hogares y las pocas posibilidades de empleo de los adultos que afectan el desarrollo integral de los niños y niñas.

Tabla 26. Intento de Suicidio y Suicidio Consumado. Localidad Santa Fe. 2007 - 2009.

EVENTO		SANTA FE		BOGOTÁ	
		Número de personas	Tasa por 100,000 Habitantes	Numero de personas	Tasa por 100,000 Habitantes
Intento De Suicidio	2007	14	13,08	994	13,47
	2008	24	21,88	1.950	26,43
	2009	ND	ND	ND	ND
Suicidio Consumado	2007	5	4,56	228	3,23
	2008	7	6,38	261	3,54
	2009	7	6.4	254	3.5

FUENTE: DRIP. Cálculos veeduría Distrital base de datos del Instituto Nacional de medicina legal. a 15 de febrero de 2010.

56 Hospital Centro Oriente. Vigilancia en Salud Pública. SIVIM. 2009.

El intento suicida ha venido incrementándose desde el 2006, aunque es bajo frente a las cifras Distritales (26,43), dado que hay una alta probabilidad de repetir y consumir el evento se que requiere monitoreo y seguimiento continuo a las familias por las entidades competentes.

Caso diferente es el del suicido consumado que se ubica a nivel Distrital en los primeros lugares con referencia de otras localidades, evidenciándose como factores detonantes para la ocurrencia del evento la desestructuración familiar, la condición de fragilidad social y pobreza, especialmente en los territorios de vulnerabilidad social (1 y 2), los problemas relacionados entre familias y pares. En cuanto a conducta suicida en niños y niñas, se registró (1) un caso de ideación suicida.⁵⁷ Condiciones asociadas con la situación socioeconómica de los hogares en la localidad y las posibilidades de empleo de los adultos, pueden estar incidiendo en el desarrollo integral de los niños y niñas.

1.4.2.2 Salud sexual y reproductiva

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR)⁵⁸.

Comportamiento de la natalidad y fecundidad en la localidad

Frente al comportamiento de embarazos en adolescentes, desde la red materno infantil, se ha identificado que éste incide de manera directa en el abandono momentáneo o definitivo del estudio, especialmente en estrato socioeconómico bajo, así mismo la necesidad de las y los jóvenes de ingresar al mercado laboral de forma temprana para ayudar con los gastos del hogar, incide en la calidad de vida de los y las adolescentes y por ende de sus hijos. En menor proporción, encontramos aquellos casos donde las abuelas asumen el rol materno e incentivan a sus hijas a continuar con sus estudios, (“mi mamá y mis hermanas me cuidan la bebe, mientras yo estoy en el colegio terminando once”⁵⁹).

Estos embarazos por sí mismos son considerados factores de alto riesgo para la salud y en general para la calidad de vida de la población, debido a todas las implicaciones que estos tienen a nivel fisiológico, físico, social, económico y de proyecto de vida perpetuando las situaciones de violencia, pobreza y maltrato.

Se han identificado en las unidades de análisis de salud sexual y reproductiva, como causas de embarazos adolescentes entre otras: la situación de pobreza, el maltrato y la disfuncionalidad familiar, que obliga a las jóvenes a buscar como medio de escape el embarazo para formalizar la situación con la pareja y crear otras condiciones a nivel familiar; la invisibilización de los y las jóvenes como sujetos con derechos hace que encuentren barreras de acceso a los servicios de salud (los padres empoderados del carné y la decisión de consultar, y la falta de servicios que generen confianza y adherencia en los jóvenes).

La localidad, en los rangos de 35 a 54 años se encuentra por encima de Bogotá en la tasa específica de fecundidad, obligando a fortalecer acciones preventivas para disminuir los embarazos en estas edades extremas debido al alto riesgo presentado para la madre y el bebé.

57 SDS. Dirección Salud pública. Base de datos de intento de suicidios. 2007.

58 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, Colombia. 2003. Pág. 9.

59 Hospital Centro Oriente Red social materno infantil. Grupo focal con gestantes.2008

1.4.2.3 Cáncer de cuello uterino

Según la Agencia Internacional del Cáncer (AIC), en el año 2002 murieron 3.300 mujeres colombianas a causa del cáncer de cuello uterino; así mismo, se diagnosticaron 6.800 casos. El cáncer de cuello de uterino es la segunda causa de muerte por cáncer de las mujeres bogotanas. De acuerdo con las cifras ofrecidas por la Secretaría de Salud de Bogotá el número de víctimas es de 250 mujeres para el año 2005, en cuanto a los casos detectados de este tipo de cáncer se registran 32.8 por cada 100.000 mujeres.

Las cifras provenientes del Instituto Nacional de Cancerología también del registro de tumores de Antioquia demuestran que un gran número de las mujeres que mueren de cáncer de cuello uterino son del régimen subsidiado de salud, “es decir, esta es una enfermedad que está afectando a las mujeres más pobres de Colombia y con más dificultades para el acceso a los servicios de salud”, es el caso de mujeres que viven en zonas rurales del país en donde no hay una presencia significativa de ginecólogos especialistas en el examen de la biopsia y colposcopia, el cual permite identificar a través de una observación microscópica la presencia de lesiones precancerosas en el epitelio del cuello uterino. Después de un resultado anormal en la toma de la citología, la colposcopia es el examen más importante para hacer el diagnóstico definitivo y así establecer el tratamiento adecuado en el control del cáncer de cuello uterino.

Este tipo de cáncer es causado por el virus del papiloma humano transmitido por vía sexual que afecta el tejido del cuello uterino, su desarrollo puede tardar de 10 a 20 años y normalmente afecta a las mujeres que oscilan entre los 25 y 60 años de edad. Para detectarlo es fundamental la toma de la citología, examen que debe ser promocionado por las entidades de salud.

Tabla 27. Distribución de citologías anormales asociadas a VPH en mujeres del programa de prevención del cáncer de cuello uterino. Localidad Santa Fé. 2009 - I sem 2010

Año	2008	2009	I semestre 2010
Meta	7836	8220	8220
Citologías tomadas	3149	3121	1450
Citologías asociadas a VPH		129	44

Fuente: Programa de salud sexual y reproductiva.2009-I sem 2010

Entre el 2009 y I semestre de 2010 se tomaron 4.571 citologías, de las cuales 173 presentaron asociación con el virus del papiloma humano VPH (129 en 2009 y 44 en I semestre de 2010) en la localidad. (Ver Tabla 27). Más de la mitad corresponden a mujeres jóvenes, una problemática relacionada con la toma de citologías se relaciona con no reclamar los resultados exponiéndose a presentar cáncer cérvico uterino para quienes tienen resultados de anormalidad.

El seguimiento a estas usuarias se realiza por seguimiento telefónico al 100% y en dado caso de resultado citológico con anormalidad sin llamada efectiva se realiza visita domiciliaria, es importante trabajar desde todos los sectores a través de diferentes estrategias para promover la vacuna contra el VPH y la sensibilización en las mujeres jóvenes sobre la importancia de realizarse la citología, para lograr de esta forma impactar de manera positiva en esta problemática.

1.4.2.4 VIH en Santa Fe.

La meta planteada en los objetivos del milenio para el 2015 es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. En Santa Fe se cuenta con

un programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en las Instituciones Distritales de Educación (IEDs); el Hospital Centro Oriente, está en el proceso de adecuación de servicios saludables para jóvenes, además de promover el acceso universal de niños, niñas, adolescentes y jóvenes tanto a propuestas preventivas como a servicios de salud integrales.

Entre las acciones que está llevando a cabo el Hospital Centro Oriente, para frenar el avance de la epidemia por VIH/Sida, están las encaminadas a la prevención del embarazo adolescente y la detección de riesgos y factores de vulnerabilidad para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Tabla 28. Distribución específica de casos reportados con VIH por etapas del ciclo vital 2009-I Sem. 2010. localidad Santa Fe.

AÑO	EDAD	SANTA FE
2009	10 – 26	5
	27 – 44	3
PRIMER SEMESTRE 2010	10 – 26	0
	27 – 44	2

Fuente: Base de Seguimientos a pacientes VIH+ .Programa de salud sexual y reproductiva. HCO.2009-I sem 2010

Entre los 8 casos diagnosticados cinco de ellos están dentro del grupo etario, en donde se está presentando con mayor prevalencia el VIH en el Distrito capital; posiblemente, existe subregistro de personas con este evento, en la localidad por diferentes razones como: la baja proporción de jóvenes que acuden a servicios de salud de manera preventiva, temores frente a la prueba, baja cobertura de acciones de promoción y prevención en este grupo poblacional y baja sensibilización de los jóvenes frente a las problemáticas que en salud se relacionan con la infección.

1.4.2.5 Enfermedades emergentes

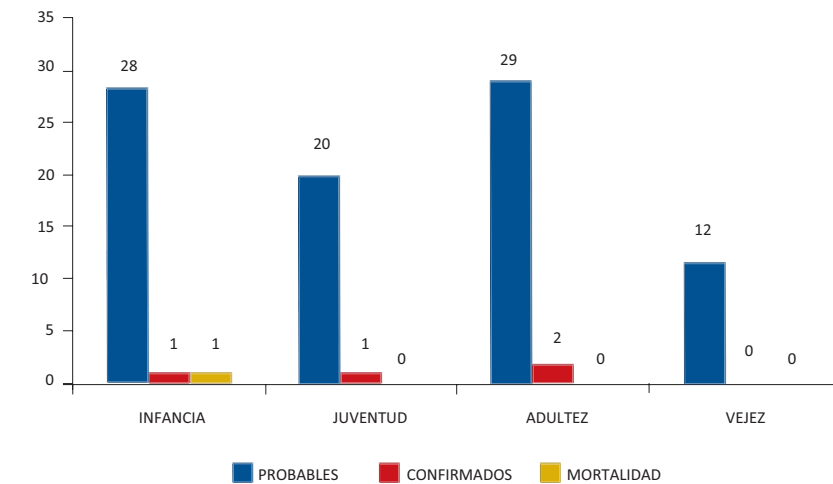
En 1992 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) definió como enfermedades emergentes aquellas cuya incidencia se han incrementado desde las pasadas dos décadas o amenaza incrementarse en un futuro (1). Las enfermedades reemergentes se refieren al resurgimiento de enfermedades que ya habían sido aparentemente erradicadas o su incidencia disminuida. Las enfermedades nuevas se definen como aquellas que no existían antes de 1900 (3), aunque respecto a esta última denominación existen variados puntos de vista y el período de tiempo para considerarla "nueva" también fluctúa según diferentes autores⁶⁰.

4.2.5.1 Influenza AH1N1

La gripe estacional es una infección vírica aguda causada por un virus gripal. Hay tres tipos de gripe estacional: A, B y C. Los virus gripales de tipo A se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus (H y N). Entre los muchos subtipos de virus gripales A, en la actualidad están circulando en el ser humano virus de los subtipos A (H1N1) y A (H3N2). Los virus de la gripe circulan por todo el mundo. Los casos de gripe C son mucho menos frecuentes que los de gripe A o B, y es por ello que en las vacunas contra la gripe estacional sólo se incluyen virus de los tipos A y B.

La gripe estacional se caracteriza por el inicio súbito de fiebre alta, tos (generalmente seca), dolores musculares, articulares, de cabeza y garganta, intenso malestar y abundante secreción nasal. La fiebre y los demás síntomas suelen desaparecer en la mayoría de los casos en el plazo de una semana, sin necesidad de atención médica. No obstante, en personas con alto riesgo la gripe puede causar enfermedad grave, e incluso la muerte. El tiempo transcurrido entre la infección y la aparición de la enfermedad (el llamado periodo de incubación) es de aproximadamente 2 días⁶¹.

Gráfica 7. Casos de influenza AH1N1. Localidad 3 Santa Fe. 2009.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Base de datos influenza AH1N1, área vigilancia Epidemiológica, 2009.

El comportamiento de la influenza A H1N1 en la localidad es semejante a lo reportado en el Distrito según etapa de ciclo vital. (Ver Gráfica 7). Donde el mayor número de casos reportados se encuentra en adultez e infancia. Para prevenir el contagio de la enfermedad, el Hospital Centro Oriente ha venido tomando las medidas sugeridas por la Secretaría de Salud como capacitación continua sobre lavado de manos y detección de síntomas de alerta a funcionarios y comunidad.

1.4.2.6 Enfermedades Transmisibles

1.4.2.6.1 Tuberculosis

Durante el 2009 se diagnosticaron 26 pacientes con Tuberculosis en las instituciones prestadoras de salud (IPS) de la Localidad⁶², 20 con tuberculosis pulmonar, y 6 con Tuberculosis extrapulmonar, es importante destacar que en la UPZ 95 Las Cruces residen la mayoría de estos pacientes, considerando que en el sector se presentan casas de inquilinato donde se ubican desplazados de la comunidad Embera Chamí de los cuales presentan 4 personas este evento, se ha venido trabajado en conjunto con etnias, salud a su casa y epidemiología para abordar integralmente esta población pero existen barreras de acceso culturales y administrativas a los servicios de salud ejemplo de ello es que la afiliación presentada corresponde a la EPSS Pijaos de Risaralda, esta EPS no tiene contrato vigente con ninguna IPS de primer nivel en Bogotá, por lo cual la atención en consulta externa depende de las autorizaciones de servicios por evento, las cuales son respondidas con lentitud en unos casos y en otros son negadas.

60 Tomado de http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv0497.htm#Conceptualización

61 Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/index.html>

62 Hospital Centro Oriente. Enfermedades Transmisibles. Localidad .2009

De esta manera la población Embera que permanece afiliada a esta EPS no accede a la atención de prevención y promoción, controles médicos, incidiendo en el agravamiento de las afecciones de salud.

Del total de pacientes diagnosticados con tuberculosis 40% de ellos fallecieron, dato que supera ampliamente el promedio distrital y nacional, lo que puede estar relacionado con la población vulnerable residente especialmente en los territorios sociales 1 y 2: ciudadano habitante de calle consumidores habituales de psicoactivos, indígenas, desplazados y personas en ejercicio de la prostitución, los cuales son difíciles de ubicar debido a que no tienen lugar de residencia fijo, utilización de sobrenombres, apodos o alias que dificultan su ubicación.

1.4.2.6.2 Lepra

Durante el año 2009 no se diagnosticaron pacientes con Lepra en la localidad, ni se recibió notificación de pacientes con Enfermedad de Hansen residentes en la localidad.

1.4.2.7 Enfermedades transmitidas por vectores

Durante el 2009 en las unidades notificadoras de la Localidad se diagnosticaron dos pacientes con Dengue Clásico y uno con dengue Hemorrágico, dos con Malaria por plasmodium Vivax y un paciente con Leishmaniasis cutánea.

2.

2. ANALISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACION PRODUCCIÓN CONSUMO

2.1 Territorio-Ambiente - Población - Consumo

“Pese a los avances conseguidos, que se reflejan en los indicadores sociales, Bogotá continúa siendo una ciudad muy segregada en la que los ricos y los pobres no se mezclan en el espacio urbano. El desarrollo de Bogotá ha generado una separación entre el norte rico y el sur pobre.”⁶³

Santa Fe no es ajena a ésta contradicción, es así como la localidad presenta condiciones que permiten decir que hay segregación en cuanto a equipamientos urbanos al no estar distribuidos en forma equitativa en ella, presentando además indicadores de pobreza y miseria superiores al de otras localidades ejemplo de ello es que el 15.3% de los hogares son pobres, el 4.5% está en condiciones de miseria según el índice NBI: el hacinamiento es la condición que presenta el mayor porcentaje de prevalencia (9,5%), seguido por la dependencia económica y la vivienda inadecuada (5,5% y 2,8% respectivamente), sobrepasando a Bogotá en pobreza en 8.3 puntos. En cuanto a la auto percepción de la condición de pobre en la localidad en 2007, el 48,5% de las personas se considera pobre frente a un 47.5% en 2003, el 50.5% manifiesta no poder cubrir sus gastos mínimos.

Frente a la pregunta de la Encuesta de calidad de vida 2007 sobre las condiciones actuales de alimentación del hogar respecto a las que tenía en 2003, el 24.15 de las personas encuestadas en la localidad respondió que eran mejores mientras el 61.5% manifestó que las condiciones siguen igual y el 14% que han empeorado, la explicación para este empeoramiento es: disminución o pérdida de los ingresos (43,7%) o por aumento de los precios de bienes y servicios que se consumen en el hogar (28.1%).

2.1.1 Vivienda

La problemática urbana en general posee una influencia directa sobre la calidad de vida de la población. De tal manera que una ciudad con deficiencias en la infraestructura o con falta de cobertura de los equipamientos y servicios básicos o con carencias en el parque habitacional, no podrá ofrecer un adecuado marco para el desarrollo de las actividades humanas⁶⁴. A partir de lo anteriormente expuesto, es importante analizar el caso de la vivienda en la localidad donde se cuenta con 29.173 viviendas de acuerdo a la encuesta de calidad de vida 2007 con 3.2 personas por hogar. Según el DANE a 2009. La distribución de hogares por UPZ se da así: UPZ Sagrado Corazón: 2851 hogares; UPZ La Macarena: 5353 hogares; UPZ Las Nieves: 6461 hogares; UPZ Las Cruces: 7950 hogares; UPZ Lourdes: 12407 hogares y UPZ Santa Fe Rural: 1537 hogares. (Ver Mapa 12).

Tabla 29. Numero de hogares y personas por hogar. Localidad Santa Fe. 2006-2009

LOCALIDAD	HOGARES		PERSONAS POR HOGAR (a 2009)
	2006	2009	
Bogotá	1980445	2153365	3,4
Santa Fe	33319	34467	3,2

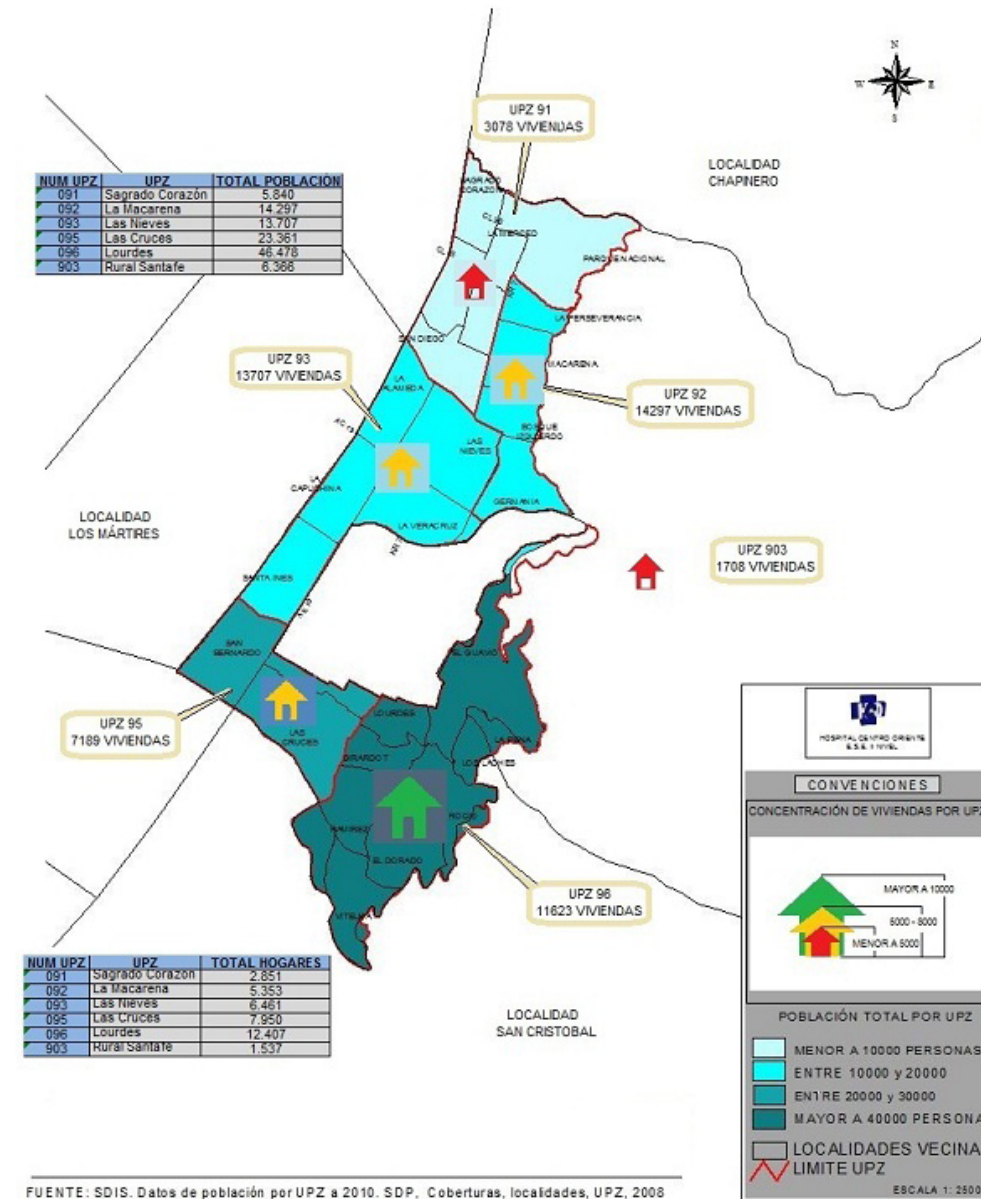
FUENTE: DANE, SDP. Proyecciones de población por localidades.2006-2015

Sin embargo, existe un alto grado de subarriendo en forma de inquilinatos, aunque no hay cifras precisas al respecto. Estas condiciones afectan los modos de vida, principalmente de los grupos étnicos y las personas en situación de desplazamiento, que se ubican en el Territorio social 1.

63 PNUD: Informe de desarrollo humano. Bogotá .2007

64 Tomado de: <http://www.fadu.uba.ar/sitios/cim/calidad/calidadvida.htm>

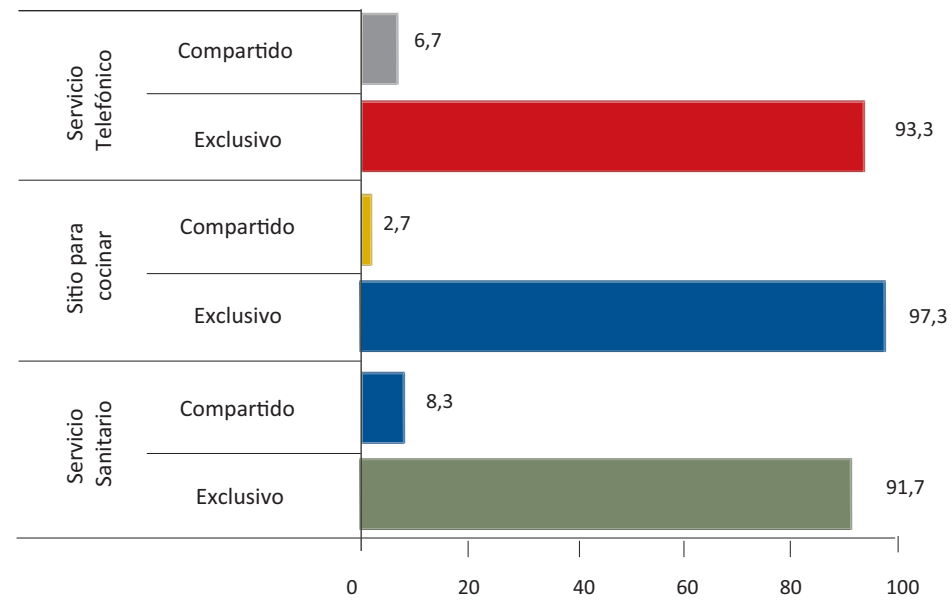
Mapa 12 Distribución de población por vivienda y hogares por UPZ. Localidad Santa Fe



A pesar de que la localidad se acerca al 100% de cubrimiento en servicios públicos domiciliarios: acueducto (97,7%) y alcantarillado (97,7%). Salud a su casa reporta que en los diez microterritorios caracterizados, el cubrimiento en estos servicios fluctúa entre 89% y 91%, se evidencia el incremento de inmuebles en deterioro y alto riesgo convertidos en inquilinatos, debido a que sus actuales poseedores no tienen la capacidad económica para el sostenimiento de servicios públicos y pago de impuestos viéndose abocados al subarrendamiento.

Santa Fe hace parte del 16,1% de las localidades que tienen mayor porcentaje de hogares con servicios compartidos (Ver Gráfica 8), lo que es compatible con la información de familias caracterizadas por el programa de Salud a Su Casa.

Gráfica 8. Distribución de los hogares por exclusividad en el uso de sanitario, sitio para cocinar y servicio del teléfono. Localidad Santa Fe. 2007.



FUENTE: DANE. Encuesta de calidad de vida 2007. SDP. Dirección de información, cartografía y estadística.

Los barrios San Bernardo y Cruces se han convertido en sitios de referencia para población desplazada rural, campesina e indígena, ejemplo de ello es la comunidad étnica embera proveniente de Risaralda, Antioquia y Chocó ubicada específicamente en los barrios anteriormente mencionados, en donde ya llevan un asentamiento de aproximadamente 2 - 3 años, ejerciendo la mendicidad especialmente las mujeres y los menores como manera de adquisición del sustento diario, ya que en su gran mayoría Acción Social no reconoce estas etnias como población en desplazamiento. A pesar de que la vivienda cuenta con servicios públicos, estos son deficientes y escasos, lo que hace que una casa cuente con un solo baño para más de 10 familias, además, de compartir los espacios de cocina, patio de ropas y baño.

La localidad presenta un atraso en su desarrollo, 614 hogares (1,5%) están ubicados en zonas de riesgo de inundación, 618 hogares (1,5%) cerca de basureros, 2.515 (6,1%) cerca a caños de aguas negras que favorece la contaminación del aire y el agua para su consumo, y por consiguiente representa un deterioro en las condiciones de vida de estas familias, principalmente frente a prevalencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales especialmente en el área urbano-rural ; lo que está representado por el 5.6% de hogares que en la localidad han sido afectados por algún desastre natural (Ver Gráfica 9).

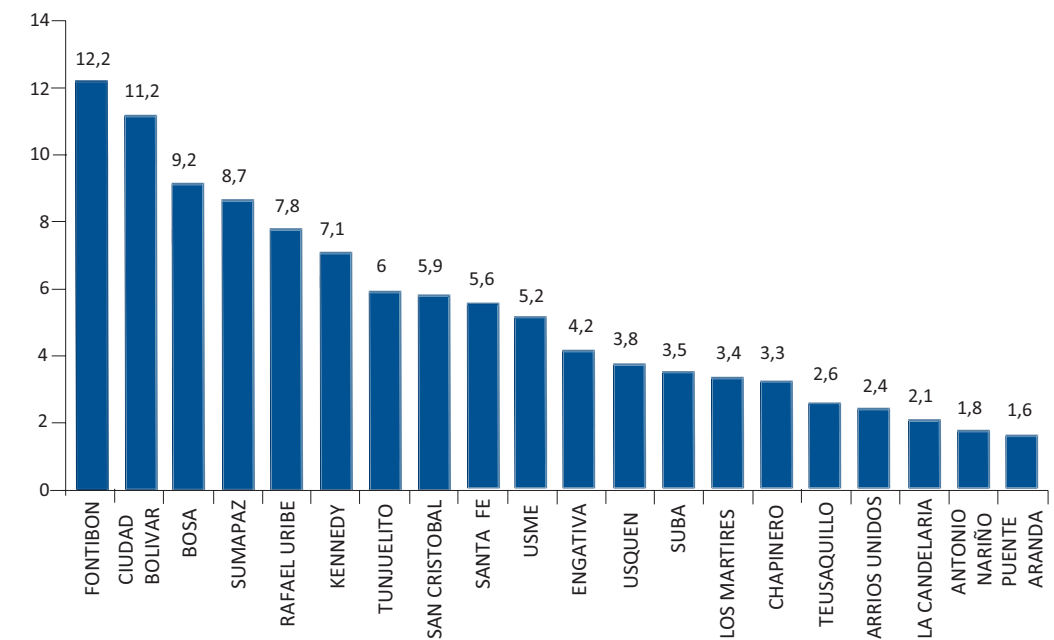
En el caso de la unidad de planeamiento rural El Verjón, las viviendas disponen de fuentes hídricas limitadas en razón a que no hay prestación del servicio de acueducto, lo cual deteriora la calidad de vida de ésta población por el consumo de agua sin tratamiento. La Corporación Autónoma Regional (CAR) como responsable del área rural de la localidad se encuentra impulsando la construcción del Acueducto Veredal para el sector del Verjón. En el caso de la vereda Fátima no hay dotación de acueducto. La vereda Monserrate por su ubicación encuentra mayor complejidad para la dotación del recurso hídrico al encontrarse en la parte superior de la montaña, al analizar la fuente de aprovisionamiento de agua, se encuentra un porcentaje realmente pequeño (0.7%).

A partir de la caracterización realizada por salud a su casa, se encuentra que en los barrios Laches y Rocío alto el 23% de las personas tienen como vivienda una pieza en arriendo y de estos el 15% en hacinamiento, una de las razones de esta situación está dada por el alto número de población flotante; situación semejante en los barrios El Consuelo, rocío Bajo, veredas El Verjón, Fátima, los Cerezos y Monserrate (22%), presentándose en una mayor proporción en Las Cruces y San Bernardo (31%), llevando a situaciones críticas de hacinamiento al interior de las familias, lo que incide en violencia intrafamiliar y situaciones de abuso en menores.

Las viviendas con material inadecuado caracterizadas por salud a su casa en 2008, fluctúan entre 8-12%, caso especial son los barrios: Turbay Ayala, San Dionisio y La Peña, donde esta condición llega al 20%, aunada al riesgo de remoción en masa, Incendios Forestales e Inundaciones, situación que se agrava en el Barrio Ramírez donde el 6% de las viviendas se encuentran en situación de ilegalidad.

Actualmente la localidad está siendo impactada por el plan centro el cual orienta la inversión a corto, mediano y largo plazo en el territorio, define criterios y lineamientos generales para el ordenamiento territorial y precisa lineamientos relativos a: Infraestructura, a espacio público, a equipamientos colectivos, a usos y a tratamientos.

Gráfica 9. Porcentaje de hogares con viviendas afectadas por desastres naturales en los últimos dos años. Localidad Santa Fe. 2007.



FUENTE:

DANE. Encuesta de calidad de vida Bogotá 2007. SDP. Dirección de información, cartografía y estadística, DICE.

Propone además construir en los siguientes 31 años: 70.000 viviendas nuevas para albergar 250.000 habitantes, 11 centros de barrio, 20 proyectos urbanos, 330.000m² de espacio público con inversión privada, 8 parqueaderos para 6.000 autos. Asimismo resalta la necesidad de la construcción de parques nuevos como: Bicentenario, Concordia-Pueblo Viejo, Bolivariano y Mirador de Lourdes, corredores ecológicos nuevos: Calle 7, Calle 26, Avenida Comuneros, Avenida Mariscal Sucre, Avenida de La Hortúa, Avenida del Ferrocarril, Acceso a Monserrate, y conectores de los centros de barrio con los Cerros Orientales - La Perseverancia, La Paz, Las Aguas, La Concordia, Egipto, Lourdes y Cruces. El PZCB ejecutará lo previsto en el Plan Maestro de espacio público. En cuanto al sistema

de movilidad, propone: un circuito externo, un circuito Interno, un circuito interbarrial, troncales como: Transmilenio Fase III, metro: Primera Línea, tranvía: Circuito Interno de Movilidad, Tren de Cercanías, mejoramiento de vías, ejes peatonales y parqueaderos.

Resulta oportuno señalar que durante el proceso de consulta y participación ciudadana se han generado algunos conflictos sociales con el proyecto, entre ellos la propuesta de generación de espacio para construcción de nuevas vivienda que implicaría desalojar residentes actuales y su traslado a otras zonas de la ciudad, con lo cual no estarían de acuerdo. Igualmente el Plan es deficiente en una propuesta ambiental integral, la cual requiere de mayores análisis.

2.1.2 Seguridad Alimentaria y Nutricional

2.1.2.1 Disponibilidad de alimentos

La disponibilidad busca una adecuada oferta de alimentos inocuos y suficientes de acuerdo a las necesidades de la población. De igual modo comprende el suministro continuo y suficiente de agua potable segura.⁶⁵

La localidad de Santafé cuenta con plazas de mercado como: Perseverancia, Nieves y Cruces; también dispone de tiendas de barrio y supermercados. La calidad de los alimentos ofrecidos en las tiendas de barrio se ve afectada por una inadecuada manipulación de los mismos; en ellos no hay el mismo nivel de vigilancia y control en relación a plazas y supermercados.

El Plan Maestro de Abastecimiento y Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá (PMASAB) ha desarrollado un convenio entre Asoplazas y la Secretaría de Desarrollo Económico, que busca la creación de “redes de gestión que les permitirá hacer uso de los servicios del PMASAB, generar eficiencias en el proceso de comercialización y brindar beneficios al consumidor final”⁶⁶. A Enero de 2011, 8 de las 19 plazas distritales se ha unido a este convenio. Para la localidad de Santafé solo se encuentra vinculada la plaza de mercado Las Cruces.

Al igual que los alimentos el agua es necesaria para la vida. Contar con un adecuado y oportuno acceso a ella es un derecho. La encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007⁶⁷, reporta que el 1% de los hogares de la localidad de Santafé, no cuentan con servicio de alcantarillado. Informa que menos del 1% (123hogares) no cuentan con servicio de acueducto. Esto indica que aún existen hogares en donde no hay un adecuado suministro de agua, lo cual puede afectar de manera directa la calidad de los alimentos y la salud de los individuos.

2.1.2.2 Acceso y consumo

Tener acceso a los alimentos implica que estos puedan ser adquiridos por los individuos de manera suficiente y oportuna. En este sentido el precio de los alimento y de los servicios públicos, al igual que el empleo y los niveles de ingreso, son definitivos para garantizar un acceso apropiado.

El consumo de alimentos esta afectado por las posibilidades de acceso, las necesidades nutricionales de la población, la diversidad cultural y las preferencias alimentarias.

La encuesta de Calidad de Vida 2007 menciona la percepción de la pobreza por parte de los jefes de hogar; los resultados indican que el 47.5% de la población de la localidad de Santafé se considera pobre, un valor superior al promedio distrital que es del 36%. De igual modo, el 44% de la población de Santafé dijo que su alimentación ha empeorado porque bajaron sus ingresos o

por una pérdida económica importante, el 28% dijo que había empeorado por el incremento en el precio de los servicios y el restante de la población lo atribuyó a otras causas como pérdida del empleo, aumento en el número de habitantes del hogar y por otros gastos. ¿Los ingresos del hogar alcanzan para? Es otra de las preguntas incluidas en esta misma encuesta; el 50% de la población dijo que los ingresos solo alcanzaban para cubrir los gastos mínimos.

Teniendo en cuenta que el trabajo afecta la adquisición de alimentos la encuesta de Calidad de Vida 2007 muestra que el 77% de la población (29075 individuos) de la localidad tienen un trabajo permanente, el 21% (7845 individuos) tiene un trabajo ocasional y el 2% (624 individuos) tiene un trabajo estacional.

Con respecto a la lactancia materna la información reportada en la base de datos oficial de la SDS, indica que la lactancia materna fue exclusiva durante los 6 primeros meses en el 68.1% de la población encuestada (389 individuos).

Así mismo la alimentación complementaria fue adecuada en el 47.9% del total de niños y niñas entre 7 y 24 (1090 individuos) meses. Esto indica que se deben continuar reforzando las acciones que promueven la lactancia materna y hábitos alimentarios saludables.

Se reconoce que el déficit nutricional en la población de la localidad es alto; sin embargo, se sigue focalizando solo en los casos de alto riesgo.

Esta forma de expresión del daño se hace más difícil medirlo en jóvenes y adultos, en cuanto no existen programas de control nutricional específico para estos dos grupos poblacionales, su principal identificación se centra en las demandas de los comedores comunitarios con los que se cuenta en Santa Fe. Tabla 30.

De acuerdo a fuentes del 2009 Santafé cuenta con 16 comedores comunitarios (Ver Tabla 30) como una de las modalidades con que cuenta la secretaría de integración para la implementación de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional. También con la distribución de la canasta de alimentos entregadas en el sector rural, población en condición de discapacidad, familias desplazadas.

En la etapa de ciclo vital persona mayor, se manifiestan situaciones de abandono al vivir algunos de ellos en inquilinatos en situación precaria, de desnutrición por falta de recursos económicos lo que les impide el acceso a una alimentación balanceada. Un hecho que permite acercarse al problema es el que reporta el diagnóstico del micro-territorio de Perseverancia del año 2008, donde se manifestaba una alta demanda del bono para el adulto mayor existiendo 200 de estas personas en lista de espera, situación semejante se vive en el barrio San Bernardo. En las personas mayores una de las grandes dificultades es el acceso al uso de prótesis dentales (caja de dientes) parciales o totales que pueden ser fijas o removibles, debido a la falta de ingresos, ya que este tratamiento no es cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS),incidiendo en la nutrición de estos ciudadanos.

65 Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, Distrito capital 2007-2005. Imprenta Distrital. Bogotá, D.C: Imprenta Distrital.

66 Tomado de: <http://asoplazas.com/component/content/article/35-articulos/47-se-enredan-las-plazas-de-mercado-de-bogota.html>

67 DANE, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007.

Tabla 30. Relación de Comedores comunitarios. Localidad Santa Fe. 2009.

Comedor	Dirección	Barrio	Teléfono
Ramírez	Cra 2 N° 3-00	Lourdes	2805203
Cruces I	Cra 9 N° 1c-70	Cruces	2096397
Cruces II	Calle 1e N° 7-75	Cruces	2336460
San Bernardo	Cra 13 N° 1b-31	San Bernardo	2466612
Vendedores ambulante	Cra 8 N° 17-50	Veracruz	4805495
Alameda	Cra 13 N° 20-21	Alameda	2824424
Aguas	Calle 22 n° 0-21	Aguas	
Perseverancia	Cra 4b bis N° 32	Perseverancia	3202495
El Rocío	Cra 9 este N° 2b-61	El Rocío	
El Dorado	Tv 8 este n° 1a sur-08 int 6	El Dorado	
Gran Colombia	Cra 2 bis este	Gran Colombia	2337329
El Triunfo	Cra 2 N° 1-98	El Triunfo	
San Dionisio	Diag. 2 bis N° 12-40 este	San Dionisio	
Turbay Ayala	Calle 29 N° 5 este-66	Turbay Ayala	
La Peña	Salón comunal La Peña	La Peña	
La Paz	Salón comunal La Paz	La Paz	

FUENTE: Grupo Fergusson. Narrativas territorios. Localidad Santa Fe 2009

2.1.2.3 Aprovechamiento biológico

Se habla de aprovechamiento biológico cuando el organismo se encuentra en adecuadas condiciones de salud que le permiten hacer uso apropiado de los nutrientes provenientes de los alimentos. Tomando como fuente el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) para el año 2010⁶⁸, se tiene información de los menores de 10 años y de las gestantes. En un total de 4076 menores de 10 años, adoptando como base los indicadores de peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad; hubo una mayor prevalencia de desnutrición crónica (46%) en relación a la aguda (17%) tablas 10, 10A,10B. La prevalencia de obesidad y sobrepeso fue menor con relación a los tipos de desnutrición.

El estado nutricional de las gestantes valoradas muestra que el 26.9% (471 gestantes) tuvo bajo peso y que el 18.2% (318 gestantes) y el 14.3% (250 gestantes) presentaron obesidad y sobrepeso respectivamente. El 40,6% (711 gestantes) restante tuvo un peso normal.

Tabla 10. Estado Nutricional de Menores de 10 años

INDICADOR PESO PARA LA TALLA N= 4076	
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	%
Desnutrición aguda	17
Normal	80
Sobrepeso	3
Obesidad	1

68 Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional 2010.

Tabla 10 A. Estado Nutricional de Menores de 10 años

INDICADOR TALLA PARA LA EDAD N= 4076	
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	%
Desnutrición crónica	46
Normal	53
Alto para la edad	2

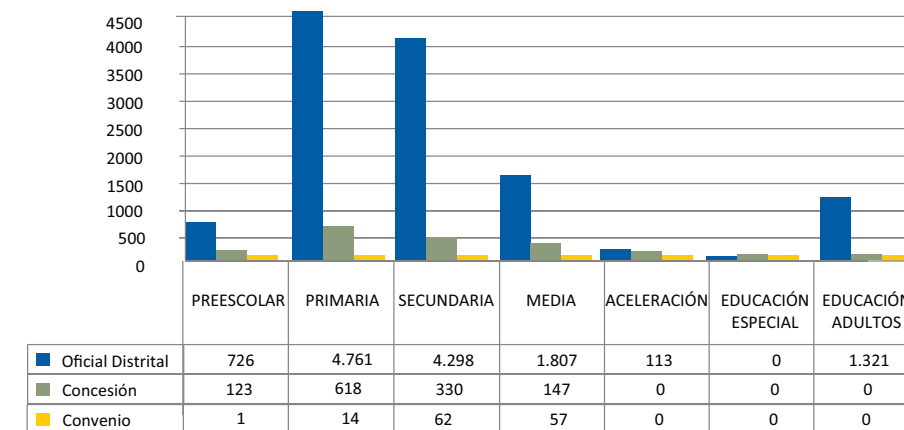
Tabla 10 B. Estado Nutricional de Menores de 10 años

PESO PARA LA EDAD N= 4076	
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	%
Desnutrición global	37
Normal	61
Peso alto	2

2.1.3 Educación

En cuanto a la oferta Educativa, según la ECV 2007, en Bogotá la cobertura educativa en el nivel de preescolar fue del 58,4%. La localidad presentó una cobertura superior a la Distrital con 58,1%; no obstante no se ha cumplido con la meta propuesta del 100% de cobertura. Sin embargo, es necesario analizar la cobertura presentada en la localidad, la matrícula en colegios oficiales incluyendo colegios de convenio y concesión fue de 14378 estudiantes⁶⁹, (gráfica 15) distribuidos por grado de la siguiente manera:

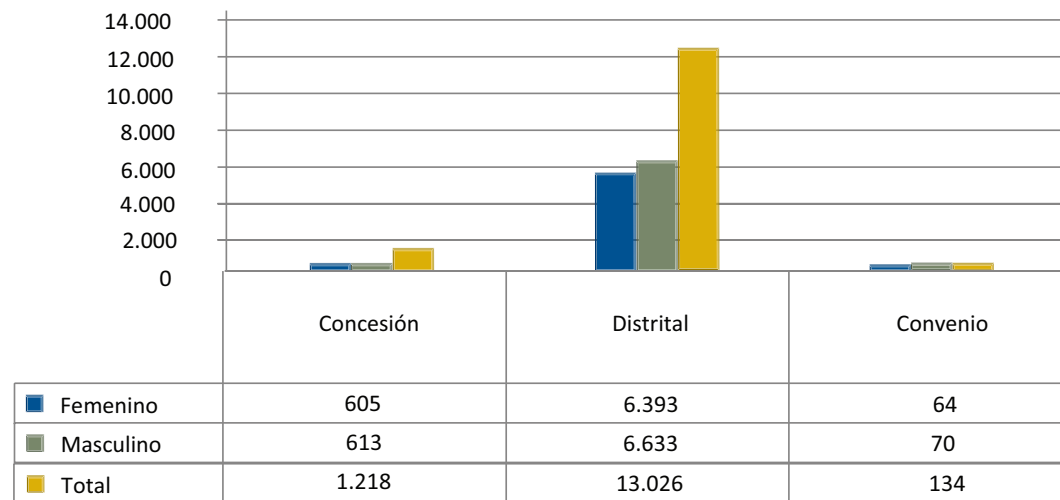
Gráfica 10. Número de alumnos matriculados en colegios Oficiales, en concesión y convenio. Localidad Santa Fe. 2009



FUENTE: "www.sedbogota.edu.co" caracterización del sector educativo 2009, consultado, 8 de julio de 2010

69 HCO..Ámbito Escolar. Caracterización colegios Localidad .2010

Gráfica 11. Distribución por sexo y tipo de colegio de estudiantes matriculados en colegios oficiales. Localidad Santa Fe. 2009.

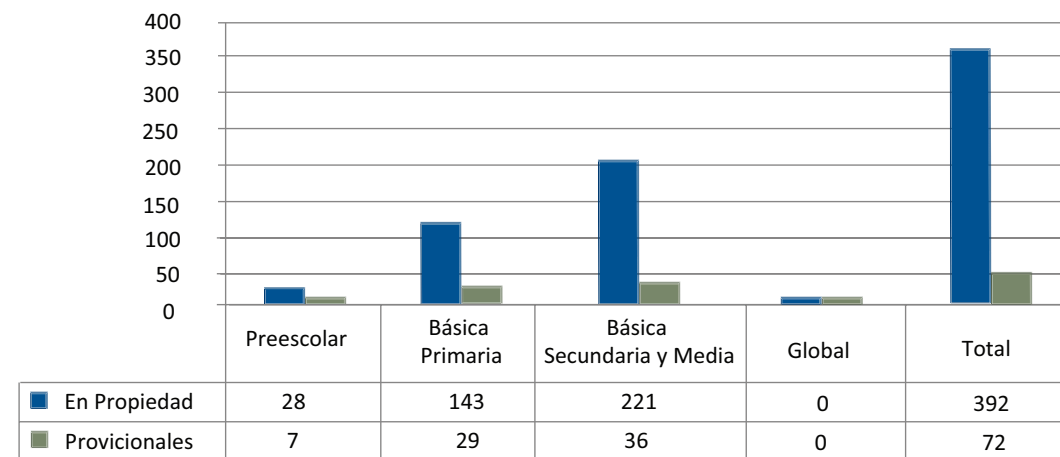


FUENTE: www.sedbogota.edu.co. "caracterización del sector educativo 2009, consultado, 2010.

No siempre el número de personas que se matriculan hacen parte del total a quienes se supe el servicio, no refleja la necesidad real de la localidad y los territorios por cuanto no se sabe cuál es el total de niños y niñas que demandan éste derecho. Además, la cobertura educativa neta en el nivel de primaria fue del 85% para el Distrito y 84% para la localidad.

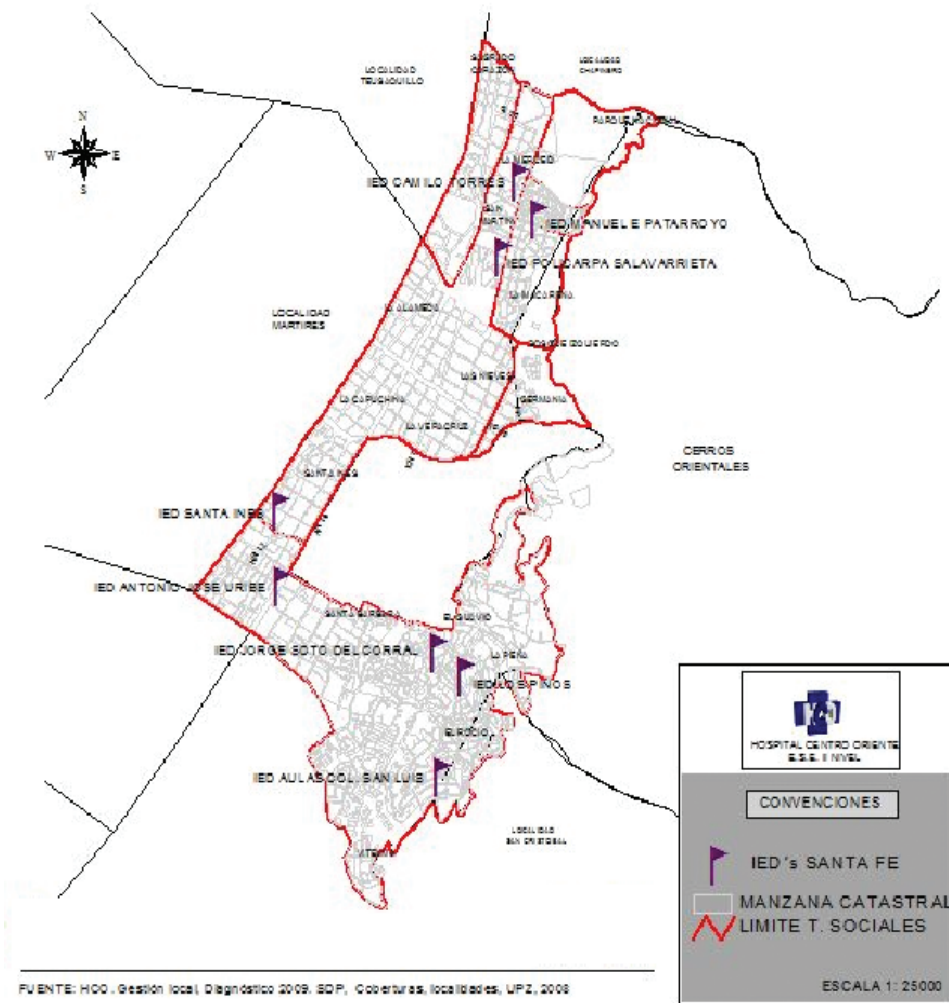
En 2009 existe una planta docente de 464 maestros, siendo mayor el número de docentes en el nivel de básica secundaria y media (257) seguido de nivel básica primaria (172), debido a que en estos niveles se tiene un docente por cada área temática a diferencia de los niveles de primaria y preescolar donde un docente está encargado de todas las áreas. Gráfica 13.

Gráfica 12. Distribución de planta docente por nivel educativo. Localidad Santa Fe. 2009



FUENTE: www.sedbogota.edu.co "caracterización del sector educativo 2009, consultado, 2010.

Mapa 13. Colegios Distritales intervenidos por ámbito escolar. Localidad Santa Fe.



FUENTE: HCO. Gestión local Diagnóstico 2009. SDP. Coberturas, localidades. UPZ, 2008

FUENTE: www.sedbogota.edu.co "caracterización del sector educativo 2009, consultado, 8 de julio de 2010

Una de las problemáticas manifestadas por el DILE (Dirección Local de Educación) para la localidad es la falta de cobertura del sistema educativo en niños y niñas con edad menor a 6 años.

La Secretaría de Integración Social cuenta con los jardines infantiles pero su capacidad es

Respecto de Instituciones Educativas Distritales (IED), la localidad cuenta con 9 colegios oficiales ubicados en su mayoría en el territorio social 1 como lo muestra el mapa 13, siendo estas instituciones: Manuel Elkin Patarroyo, Camilo Torres, Policarpa sede A y B, los Pinos sede B y C, Aulas Colombianas San Luis sede A y B, Jorge Soto del Corral, sede A, sede B, sede C. el Verjón, sede A, Antonio José Uribe, Santa Inés y un colegio en concesión: la Giralda.

insuficiente para cubrir la demanda en niños y niñas entre 3 meses y 6 años, en algunos casos poseen listas de espera, así lo manifiestan los representantes institucionales en los ejercicios realizados para la construcción de la matriz derechos. (Ver Tabla 25)

Tabla 31. Demanda de matricula frente a la oferta. Localidad Santa Fe.2009

GRADO	DEMANDA	OFERTA	OFERTA DE- MANDA	MATRICULA	DEMANDA MATRICULA	OFERTA MATRICULA
Pre-jardín	0	0	0	0	0	0
Jardín	35	71	36	34	1	37
0	1111	957	-154	761	350	196
1	1162	1273	111	1044	118	229
2	1361	1337	-24	1157	204	180
3	1256	1261	5	1054	202	207
4	1299	1271	-28	1093	206	178
5	1328	1309	-19	1122	206	187
6	1447	1613	166	1374	73	239
7	1476	1582	106	1288	188	294
8	1437	1389	-48	1251	186	138
9	1309	1265	-44	1126	183	139
10	1268	1268	0	1176	92	92
11	1282	1337	55	1192	90	145
12	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0
Aceleración	91	125	34	96	-5	29
Ed. Especial	0	0	0	0	0	0
Total Diurno	15862	16058	196	13768	2094	2290
Ciclo 1	44	80	36	39	5	41
Ciclo 2	115	120	5	104	11	16
Ciclo 3	258	350	92	272	-14	78
Ciclo 4	401	425	24	338	63	87
Ciclo 5	401	329	-72	271	130	58
Ciclo 6	233	219	-14	124	109	95
Total Nocturno	1452	1523	71	1148	304	375
Total General	17314	17581	267	14916	2398	2665

FUENTE: DILE .Estadísticas .Localidad Santa Fe. 2009

Tabla 32. Cobertura de Jardines Infantiles oficiales de niños y niñas. Localidad Santa Fe. 2009.

JARDINES INFANTILES OFICIALES	UBICACIÓN	COBERTURA
Las Cruces	Calle 1c 5a-30	95
Los Laches	Diag. 4a 6a-11 este	110
Atanasio Girardot	Cra 1°33-00	100
La Perseverancia	Calle 2° 1d-40	120
San Bernardo	Cra 1 13-41	100
Total		400

FUENTE: DILE. Estadísticas .Localidad Santa Fe. 2009

En los encuentros ciudadanos y en las mesas territoriales, las personas de la comunidad, han manifestado la falta de instituciones especializadas para la atención de los preescolares, sin embargo desde La dirección local educativa (DILE), se presenta la información de la oferta educativa a la que se puede acceder en la localidad como se evidencia en la tabla 26

En el nivel de secundaria la cobertura escolar distrital fue en 2009 de 81%, mientras que en la localidad fue de 77,3%, situación que ha venido mejorando a partir de las estrategias establecidas para disminuir la deserción escolar, caso especial es el de los años promedio de educación para personas de 5 años y más en la localidad que alcanza los 8.3 grados educativo como se observa en la Tabla 27.

Tabla 33. Grados promedio de educación cursados. Loc. Santa Fe. 2007

BOGOTÁ	20-34 AÑOS	35 Y MÁS AÑOS
	11.9	9.7
SANTA FE	11.2	8.3

FUENTE: DANE. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. SDP. Dirección de información, Cartografía y Estadística.

El número de estudiantes matriculados en el sector oficial durante el 2009 fue de 11518 niños y jóvenes. Según la encuesta de calidad de vida de 2007, la localidad ocupa el segundo lugar en inasistencia escolar (uno de los indicadores de NBI) después de Ciudad Bolívar, siendo este indicador de 0.8% de hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela (por lo menos un niño entre 7 y 11 años (Ver tabla 28), un factor relacionado con la inasistencia escolar es el trabajo infantil que se presenta en Santa Fe donde se identificaron menores trabajadores en las UPZ Lourdes con 122 casos y Cruces 63 casos (territorio social 1).

Tabla 34. Población en edad escolar. Asistencia y no asistencia. Loc. Santa Fe. 2007

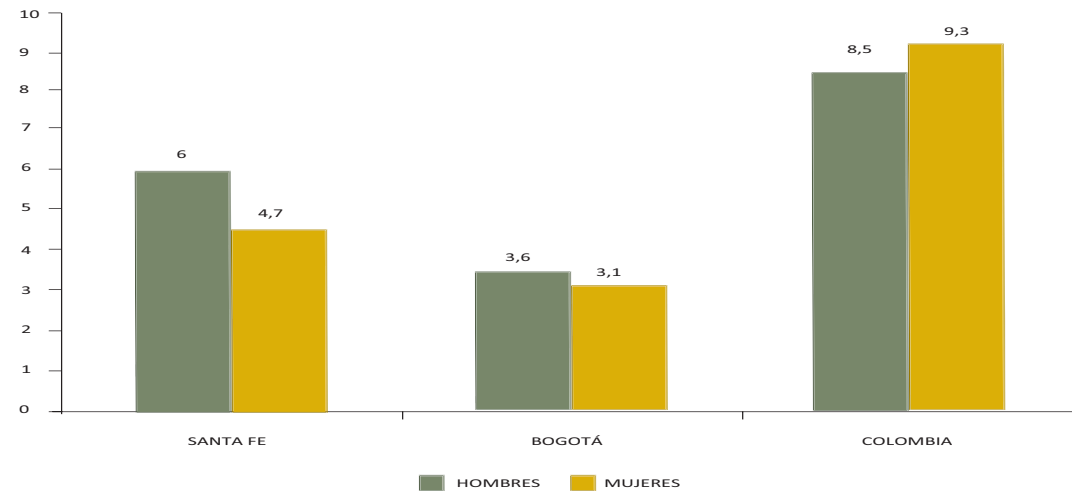
LOCALIDAD	POBLACIÓN EN EDAD ESCOLAR	ASISTENTES ENTRE 5-9 AÑOS	NO ASISTEN ENTRE 5 -9 AÑOS	% SOBRE PO- BLACIÓN EN EDAD ESCOLAR
Bogotá	1.625.131	1.523.580	101.551	6
Santa Fe	21.882	19.887	1.895	2

FUENTE: DANE. Encuesta de calidad de vida.2003. DAPD. Encuesta de calidad de vida.2007. SDS. Calculo Dirección de planeación.

El 87% (2647) del total de la población caracterizada en condición de discapacidad no asiste a educación regular, sin embargo los menores de quince años (71%) en ésta condición si lo hacen, lo cual disminuye a medida que aumenta la edad, muestra de la reducción de espacios de participación social en una dimensión tan importante para el desarrollo humano como es la educación.

En cuanto a la educación para individuos de los territorios caracterizados por salud a su casa se encuentra que entre el 4% y el 6% son analfabetas (Ver Gráfica 18), porcentaje mayor que el reportado por el DANE 2005. El 80% aproximadamente han terminado la primaria, no así la secundaria, lo que hace de ésta una población en situación de vulnerabilidad frente al mercado laboral, al no contar con competencias laborales para desempeñarse en un empleo digno, ésta situación es ratificada por la respuesta que dan frente a la pregunta de tipo de empleo, donde más del 40% se percibe como trabajador no calificado.

Gráfica 13. Tasa de Analfabetismo de la población. Localidad Santa Fe. 2005.

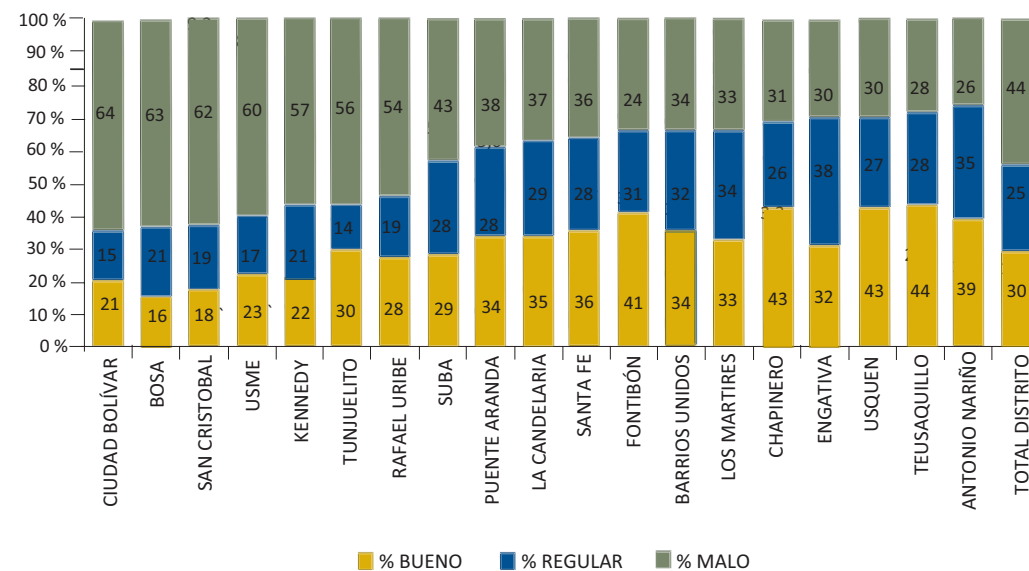


FUENTE: DANE. Censo General 2005. SDP, SIEE, DICE. (Información tomada de: Boletín Informativo: sistema de información estadístico con información RELEVANTE de CIUDAD - Número 1, Noviembre 2008 - Pag. 4)

2.1.4 Transporte y movilidad

En relación al transporte y la movilidad, el estado de la malla vial, se encuentra en un 36% buena, 28% regular y 36% en mal estado como se observa en la Gráfico 19, siendo más costoso reparar la malla vial que pasa de regular a mal estado que rehabilitar la que estaba regular, es de destacar que para llevar a cabo un Km.-carril de malla vial local de mal estado a buen estado se necesita 735 millones de pesos, para llevarlo de un estado regular a buen estado se necesitan 501 millones de pesos y para mantener en buen estado se necesitan 78 millones.

Gráfica 14. Movilidad por localidad. Localidad Santa Fe. 2009.



Fuente: Secretaría de movilidad.2009

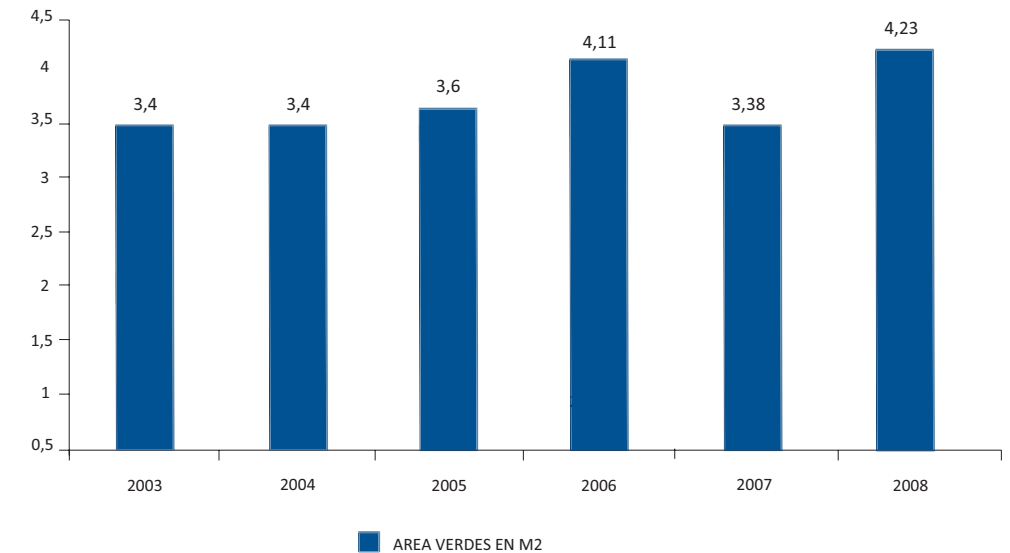
En la actualidad la localidad es recorrida por el Sistema Transmilenio, por la Avenida Caracas y la Calle 13; La comunidad refiere que gracias al sistema es menor el tiempo de desplazamiento hacia el norte, occidente y sur de la ciudad, sin embargo es importante analizar el impacto y pertinencia de esta obra para las zonas del centro de la ciudad como la localidad de Santa Fe.

Actualmente la localidad está siendo impactada por las obras de la FASE III de Transmilenio lo que ha obligado a cerrar las vías principales, lo cual ha desatado el caos vehicular, los conductores se ven obligados a utilizar vías intermedias dentro de los barrios.

2.1.5 Recreación

En relación a recreación y cultura el empleo del tiempo libre en prácticas de recreación y deporte requiere de espacios urbanos adecuados, para ello es necesaria la existencia de áreas de uso público destinadas y equipadas para satisfacer tales necesidades. Internacionalmente, se considera necesario como mínimo un área de 10 metros cuadrados por habitante.

Gráfica 15. Áreas Verdes Accesibles. Bogotá D.C. 2009



FUENTE: Secretaría Distrital de Ambiente e Instituto de Recreación y Deporte.

La localidad de Santa Fe cuenta con aproximadamente 1.028.381 m2 de zonas verdes como se evidencia en el mapa 14, que equivaldrían a 9,6 m2 por persona, cifra muy similar al estándar internacional y distante de la reportada para Bogotá (4.3mt2 por habitante) como se puede observar en la Gráfica 20. El espacio recreativo de la localidad está constituido aproximadamente por 9 parques de bolsillo, 58 parques barriales, tres parques zonales, tres parques metropolitanos, y dos escenarios deportivos. En el extremo sur de la localidad existen los polideportivos de Laches y las Cruces, frecuentados por jóvenes residentes, adultos e infantiles.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la alimentación poco saludable y la falta de actividad física son las principales causas de las enfermedades crónicas entre ellas las cardiovasculares, diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer. También contribuyen a la caries dental y la osteoporosis, causas de morbilidad que se encuentran entre los primeros motivos de consulta en las sedes del Hospital Centro Oriente.

La evidencia en el Distrito Capital indica que solo 26% de los adolescentes, entre 13 y 17 años, son regularmente activos, participación que asciende a 37% en la población entre 18 y 64 años de edad. A su vez, 27% de la población mayor de edad sostiene una actividad física irregular y 36% es inactiva. La inactividad prevalece más en las mujeres (43%) que en los hombres (28%), como también en los estratos dos y cuatro. Sólo 12% de los bogotanos realiza de manera regular algún tipo de actividad física en su tiempo libre.

SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION SUBSECRETARIA DE INFORMACIÓN Y ESTUDIOS ESTRATEGICOS DIRECCION DE INFORMACIÓN, CARTOGRAFIA Y ESTADISTICA																	
INVENTARIO DE INFORMACION EN MATERIA ESTADISTICA SOBRE BOGOTA																	
CUADRO 11. NÚMERO Y EXTENSIÓN DE PARQUES CLASIFICADOS POR TIPO SEGÚN LOCALIDAD Y UPZ																	
COD. LOC.	NOMB. LOC.	COD. UPZ	NOM. UPZ	PARQUE DE BOLSILLO		PARQUES VECINALES		PARQUE ZONAL		PARQUE ZONAL PROPUESTO		PARQUE METROPOLITANO		ESCENARIO DEPORTIVO		TOTAL CANTIDAD PARQUES	TOTAL ÁREA M ² PARQUES
				Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²	Cantidad	Área m ²		
3	Santa Fe	91	Sagrado Corazón	3	2.010	6	21.186					3	497.248	1	5.607	13	526.032
3	Santa Fe	92	La Macarena	2	369	11	33.699									13	34.067
3	Santa Fe	93	Las Nieves	1	5.423	2	4.682					1	146.966			4	157.071
3	Santa Fe	95	Las Cruces	1	383	3	10.493	1	12.065							5	22.941
3	Santa Fe	96	Lourdes	21	9.345	30	196.929	1	39.124	1	2.575					53	247.973
3	Total Santa Fe			28	17.529	52	266.969	2	51.188	1	2.575	4	644.215	1	5.607	88	988.084

Según la encuesta bienal de cultura 2009, en la localidad de Santafé el 17.67% de los y las habitantes hacen deporte en los parques de la zona, al contar con un alto número de estos espacios.

Para esta localidad el IDRD da cumplimiento a los tres programas: deporte, recreación y actividad física, este último se desarrolla en el parque Nacional, de igual manera en este espacio se llevan a cabo actividades como aeróbicos para todas etapas de ciclo vital y el programa de recreo-vía los días domingos. A través de la alcaldía local también se desarrollan estos tres programas, teniendo en cuenta proyectos de actividad física para las personas en condición de discapacidad, adultos y adultas mayores, además existe un gimnasio a disposición de la comunidad con acceso gratuito a las diferentes maquinas y programas incluidos, a 2010 se estaban atendiendo 450 personas cada mes cumpliendo con el objetivo del proyecto.

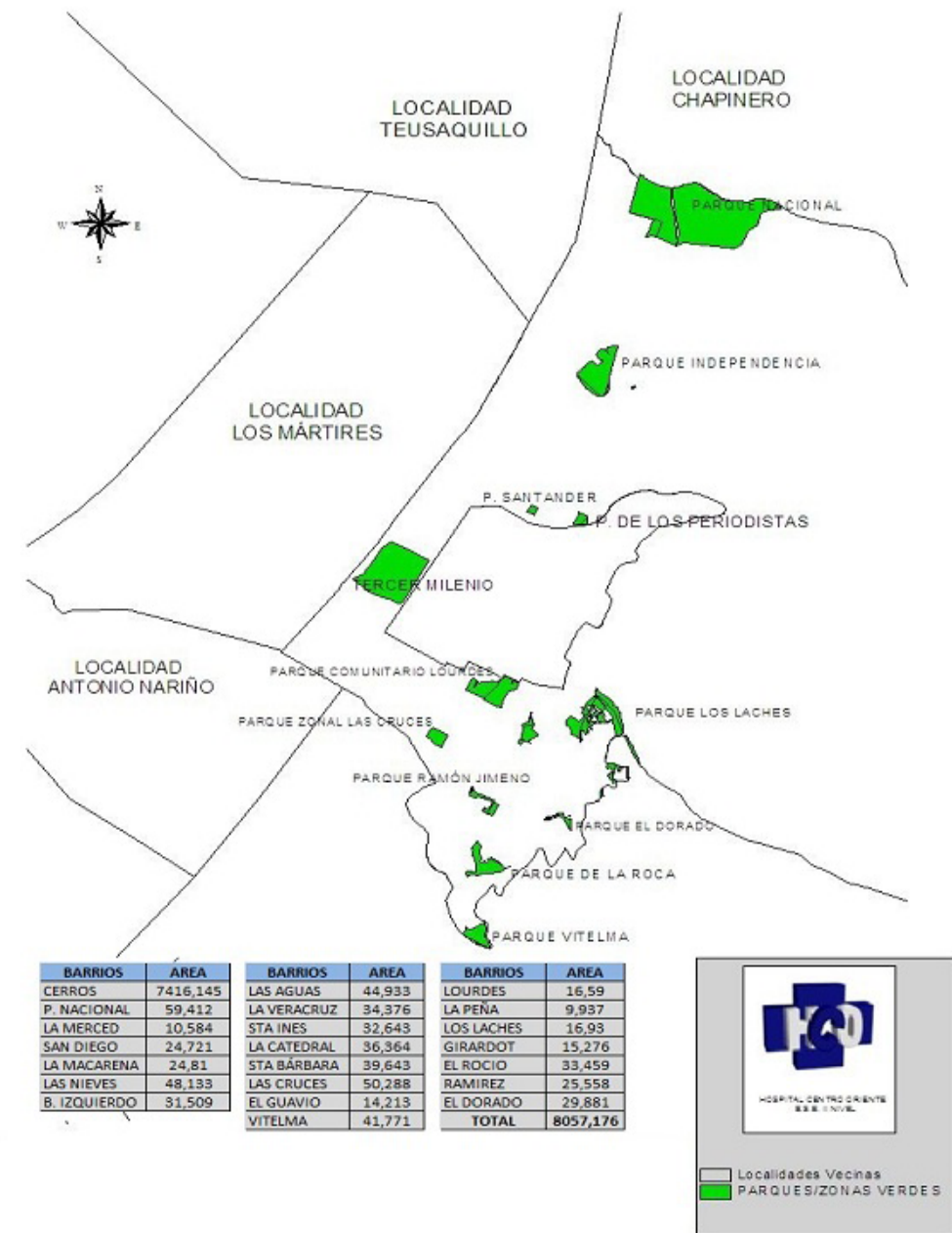
Por parte del Hospital Centro Oriente se desarrolla en la localidad el programa Tú vales y Muévete Comunidad, en el Ámbito Comunitario, hace parte de la respuesta integradora llamada Entornos Comunitarios Saludables cuyo objetivo es la promoción de hábitos saludables a madres o mujeres cuidadoras de hogar, en lo cual está la promoción de la actividad física. De igual manera desde el ámbito escolar se desarrolla el programa de actividad física tanto con estudiantes como con docentes, fortaleciendo los objetivos de la política pública, para el año 2010 se incluyó en el programa 1984 personas de los diferentes colegios de la localidad.

En los niños y las niñas el sedentarismo está asociado con el tiempo que se dedica a ver televisión y el uso de video juegos. En Bogotá, 70% de los niños-as entre 5 y 12 años ven televisión durante 2 horas ó más al día. Al indagar en los encuentros ciudadanos sobre la pobre actividad física que realizan los pobladores, se encuentra en primer lugar el problema de inseguridad en los diferentes parques con los que se cuenta, y en segunda instancia la oferta desde el IDRD que no están acorde con las necesidades expresadas por las distintas etapas del ciclo vital.

2.1.6 Cultura

La localidad, al ser una de las más antiguas del Distrito capital cuenta con una gran riqueza cultural en cuanto a equipamientos colectivos de cultura correspondientes a los espacios, edificaciones y dotaciones destinados a las actividades culturales, custodia, transmisión y conservación del cono-

Mapa 14. Parques y zonas verdes. Localidad Santa Fe. 2008



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local Santa Fe, 2009. SDP. Coberturas parques, localidades, 2008.

cimiento, fomento y difusión de la cultura, fortalecimiento y desarrollo de las relaciones, creencias y los fundamentos de la vida en sociedad. Estos agrupan teatros, auditorios, centros cívicos, bibliotecas, archivos, centros culturales.⁷⁰ Se reconoce como el sector que preserva

⁷⁰ museos 1312 SDP, POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo III, Capítulo 9, página 197 y 198, Bogotá, D. C. 13 SDP, POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo III, Capítulo 9, página 197 y 198, Bogotá, D. C.

la memoria colectiva y las tradiciones y que propicia la creatividad y la expresión artística. Los equipamientos de cultura se clasifican en tres subsectores: espacios de expresión, de memoria y avance cultural, y de encuentro para la cohesión social.⁷¹

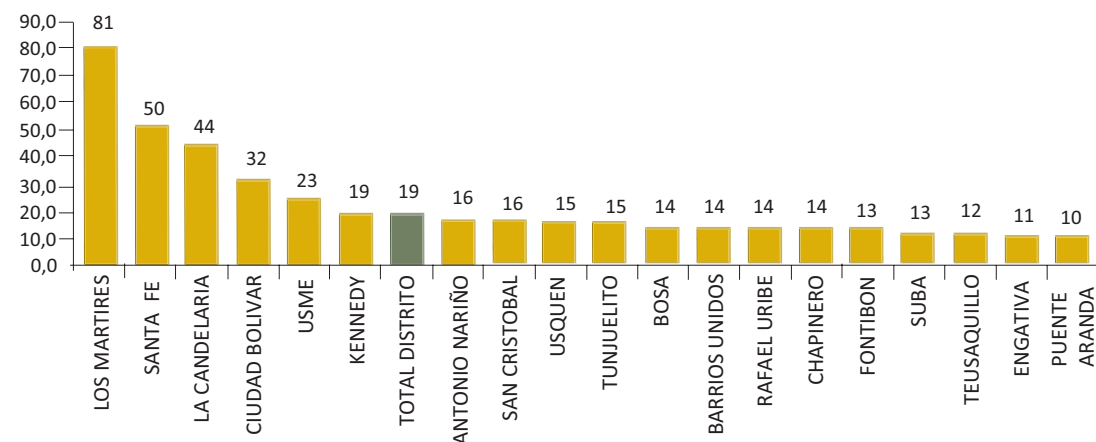
Santa Fe posee un total de 69 equipamientos culturales, dentro los cuales 15 pertenecen al grupo que corresponde a encuentro y cohesión social, 38 espacios de expresión y 16 de memoria y avance cultural. La UPZ de Las Nieves figura con 31 equipamientos culturales, le siguen Lourdes y Sagrado Corazón, con 17 y 12, respectivamente y La UPZ Macarena presenta 9 equipamientos.

Se destaca como problemática a nivel de cultura, la escasa o nula participación de los habitantes de la localidad en la gestión de actividades culturales diferentes a las propuestas desde el nivel central, situación reflejada en las demandas que los participantes en el primer taller de construcción de la política presentaron, donde el común denominador consistió en responsabilizar al gobierno, al alcalde y a los funcionarios de la inoperancia - por ejemplo- de la ley 181 de 1995 (ley nacional del deporte y la recreación) en el ámbito local. Quejas acompañadas del lamento ante el escaso presupuesto asignado para el rubro del deporte, recreación y cultura ante la negativa para que los ciudadanos manejen los dineros y para que utilicen (incluso) y/o administren los escenarios existentes en la localidad.

2.1.7 Seguridad

En la Encuesta de Calidad de Vida del 2007 se preguntó por la percepción de seguridad del barrio en el que se vive, los habitantes de la localidad reportaron el segundo mayor nivel de inseguridad para sus pobladores. Esto se relaciona directamente con que si bien en la localidad se logran reducir indicadores importantes de inseguridad, concentra problemáticas sociales en zonas específicas que conllevan a ser víctimas a quienes transiten por allí de diferentes tipos de delitos.

Gráfica 16. Tasa de Homicidios. Localidad 3 Santa Fe. 2008.



En la localidad se ha logrado reducir en un 75% las muertes violentas (pasaron de 457 a 114, entre 1997 y el 2006). En cuanto a la tasa por cien mil habitantes, en Santa Fe la tendencia es mayor, la baja es aproximadamente a una quinta parte (de 413 muertes violentas a 85 por cada cien mil habitantes). Aunque se muestra cierta reducción de los homicidios en la localidad la tasa de homicidios sigue siendo la más altas de la ciudad, como se observa en la Gráfica 21. El promedio para este decenio es de 186,6 homicidios por cada cien mil habitantes, cabe resaltar como los homicidios cometidos en Santa Fe representan en promedio el 7.5% de todos los que se cometen en Bogotá. Respecto al hurto la tendencia decreciente es de mayor magnitud en comparación con

71 Alcaldía Mayor de Bogotá. Conociendo la Localidad de .2009

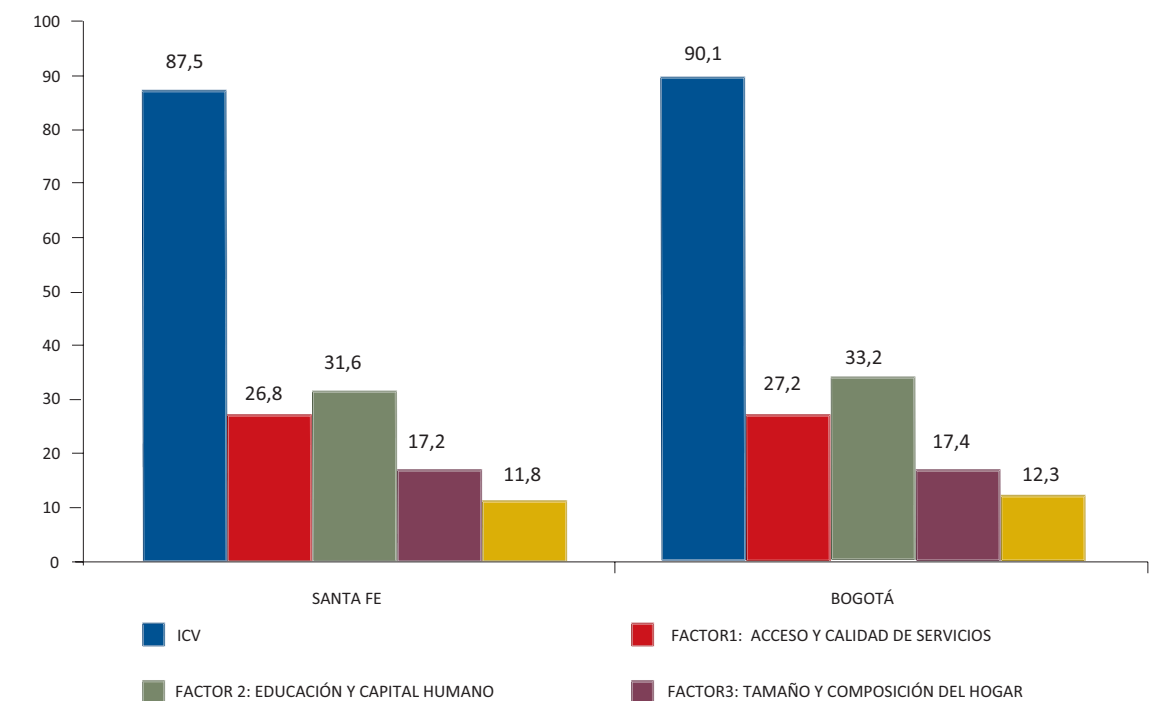
la tendencia de la ciudad, la reducción es prácticamente la mitad al pasar de 1765 hurtos por cada cien mil habitantes en 1996 a 883 en el 2007.

Es de resaltar como el homicidio se concentra en 22 de los 40 barrios de la localidad. Desde el 2006 esta concentración sobre la Av. Caracas sufre una fuerte variación, al reducirse al 29.5% de los homicidios y se desplaza hacia los barrios orientales como las Cruces, Ramírez, San Bernardo Girardot que concentran el 41% de los homicidios. Y el foco existente en la convergencia de la Av. 19 con carrera 10 compartido por los barrios La Capuchina, La Alameda, Veracruz y las Nieves, donde se registraron el 22.5% de los homicidios de la localidad.

2.1.8 Trabajo

La encuesta de calidad de vida y salud 2007 indica para la localidad que el Índice de condición de calidad de vida es de 87.50, valor por debajo de Bogotá (90.10) como se observa en la Gráfica 18 y al de otras localidades como Candelaria y Los Mártires, así mismo, en los cinco factores que componen el índice de Condiciones de Calidad de Vida, la localidad presentó resultados ligeramente inferiores a la ciudad en su conjunto.

Gráfica 17. Índice de Calidad de Vida por factor. Localidad Santa Fe. 2007.



FUENTE: DANE, SDP. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 18, Pág. 29)

2.1.8.1 Organización social y productiva del trabajo en el territorio

La Encuesta de Calidad de Vida 2007 define la "Razón de Dependencia por edad" como la relación entre las personas en edades "dependientes", menores de 15 años y mayores de 64 años, y las personas en edad "económicamente productivas" entre 15 y 64 años de una población. Esta razón también se define como la carga económica que soporta la proporción productiva de una

población. En la localidad, este indicador es ligeramente inferior al de la ciudad en la localidad por cada 100 personas económicamente activas hay dependientes 39 niños menores de 15 años, y 11 adultos mayores de 64 años como lo muestra la Tabla 30.

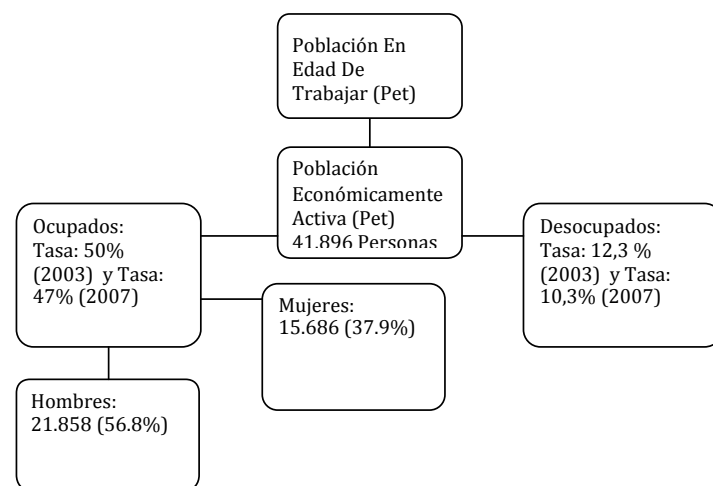
Tabla 35. Razón de dependencia económica por edad en la localidad Santa Fe y Bogotá. 2007

Población	Santa Fe	Bogotá
Menor de 15 años	25.029	1.840.340
15-64	64.340	4.785.937
Mayor de 65	6.872	
Índice de dependencia económica	50	47
Índice de dependencia económica por puerilidad	39	38
Índice de dependencia económica por ancianidad	11	9
Población total	96.341	6.626.371

FUENTE: DANE. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. SDP. Dirección de información, Cartografía y Estadística.

A pesar de los esfuerzos desde el nivel Central para mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad, la brecha de pobreza en la localidad ha aumentado de 8.1 en 2003 a 9.2 en 2007; no se ha logrado disminuir las personas en miseria durante este periodo, esto acorde con el índice de calidad de vida que según lo encontrado desde la encuesta ha empeorado en 0.83 puntos. Además, como se observa en la Tabla 30, la proporción de personas de la localidad en situación de miseria y pobreza es superior a Bogotá lo cual plantea la necesidad de intervenciones para mejorar la calidad de vida de éstos habitantes de la localidad.

Gráfica 18. Organización de la Fuerza laboral. Localidad Santa Fe. 2007



FUENTE: DANE. Encuesta de Calidad de Vida. 2007

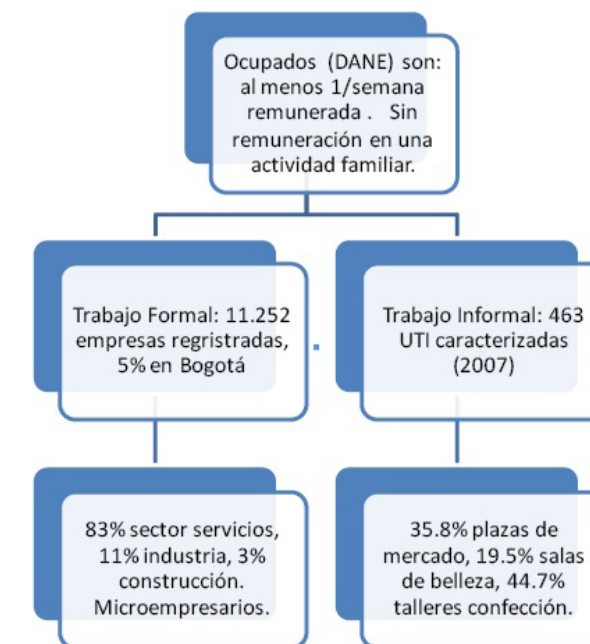
De acuerdo a la información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida de 2007, las personas que tienen 10 o más años son consideradas población en edad de trabajar (PET); la PET en la localidad de Santa Fe corresponde a 79.777 personas, representando el 82.8% de la población

total. La población económicamente activa (PEA) está constituido por dos grupos, las personas en edad de trabajar que en el momento de la encuesta se encontraban trabajando y las que estaban buscando empleo. En Santa Fe la PEA corresponde a 41.896 personas como se observa en el (Ver Gráfico 23). No toda la población en edad de trabajar se encuentra económicamente activa como se evidencia en la grafica 24, esto significa que hay un porcentaje de personas que por alguna razón no pueden o no le interesa producir económicamente, esta es la población inactiva. El porcentaje de población en edad de trabajar que se encuentra económicamente activa en Santa Fe es el 43.5%.

La tasa de ocupación (TO) es un cociente que indica el porcentaje de personas que en edad de trabajar se encuentran ocupadas, en Santa Fe el 47.06%, o 37.543 personas manifestaron haber utilizado la mayor parte de su tiempo de la semana anterior a la encuesta de calidad de vida 2007 trabajando. La Tasa de Ocupación en Santa Fe es inferior al estimado para Bogotá del 47.53%. Las personas que laboran en la localidad se ocupan en empresas que ofrecen trabajo formal pero de igual forma existe un componente importante de Unidades de Trabajo Informal (UTIS) que impactan de manera negativa la calidad de vida de estas personas.

La tasa de desempleo (TD) expresa el porcentaje de personas que económicamente activas que se encuentran desempleadas, el 10.39% de la población económicamente activa en la localidad, 4.352 personas, informaron haberse dedicado a buscar trabajo la semana anterior a la encuesta. Del total de población en edad de trabajar (PET), el 2.1% reportó haber recibido subsidio de desempleo en Santa Fe. De 79.777 personas de 10 o más años que en Bogotá recibieron subsidio de desempleo, ninguna reportó haber recibido este subsidio en Santa Fe. Esta misma situación sucedió en Engativá, Kennedy, Barrios Unidos, Sumapaz y Antonio Nariño.

Gráfica 19. Caracterización de la ocupación. Localidad Santa Fe. 2007



FUENTE: DANE. Encuesta de Calidad de Vida. 2007

En el año 2006 según la Cámara de Comercio de Bogotá en la localidad se registraron 11252 empresas equivalentes a un 5% del Distrito Capital. En términos de valor de activos, las unidades registradas reportaron activos cercanos a los \$ 125 billones de pesos, ubicándose en el primer lugar de Bogotá D.C.

La localidad cuenta con una estructura empresarial concentrada con el 83%, en el sector de los servicios; 11% industria y con el 3% construcción. La mayor participación de los servicios se explica por la presencia de empresas registradas en la actividad comercial (45%), que es el eje del mercado local. En menor medida, están las actividades que prestan las empresas inmobiliarias, empresariales y de alquiler (13%) y los hoteles y restaurantes (11%). Según el tamaño de las empresas se puede afirmar que Santa Fe es una localidad de microempresarios.

En el 2006, las empresas de la localidad de Santa Fe reportaron ocupación para 67.537 personas. Así fue como se ubicó en el puesto quinto de las localidades con mayor generación de puestos de trabajo en la ciudad. La intermediación financiera fue la actividad que generó el mayor número de empleados, 36% de las personas ocupadas, seguida por las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler con el 17%; en tercer lugar están los puestos generados por el sector de transporte, almacenamiento y comunicaciones con el 14%. Por tamaño de empresa, fueron las grandes empresas las que generaron mayor ocupación con el 57%, las PYMES con el 39% y las microempresas con el 5%.

La tasa de desempleo, la cual representa la población que la mayor parte del tiempo de la semana anterior a la encuesta buscó trabajo, en la localidad de Santa Fe se evidencia que en 2003 fue de 12,3 y para 2007 fue de 10,39 % lo que representa una disminución frente a este indicador; adicionalmente, se estima que llegan a esta localidad desplazados especialmente al Barrio San Bernardo y Las Cruces, sin embargo desde la caracterización de salud a su casa se identificaron en los 10 micro territorios un total de 230 personas en condición de desplazamiento. Del total de personas de la localidad, 79.777 son personas en edad de trabajar, siendo evidente la brecha de ocupación entre hombres (56,88%) y mujeres (37,94%).

2.1.8.2 Organización del trabajo Informal en la Localidad

Un número importante de la población que se relaciona con la localidad es la población flotante, especialmente vendedores ambulantes, provenientes de localidades como Bosa y Engativá y población estudiantil de las instituciones de educación superior que se encuentran en la localidad.⁷²

Por otra parte y considerando el sector informal de la economía, concentrado en la UPZ Las Nieves con gran actividad comercial. (Ver mapa 15), desde el Hospital Centro Oriente, se han intervenido a través del plan de intervenciones colectivas (PIC) un total de 450 unidades de trabajo informal (UTIS) así: 395 unidades que desarrollan la actividad expendio a la mesa de comidas preparadas (269 en el 2009, 126 en 2010), también 9 pertenecientes población en situación de desplazamiento y 10 pertenecientes al grupo étnico afro descendiente.

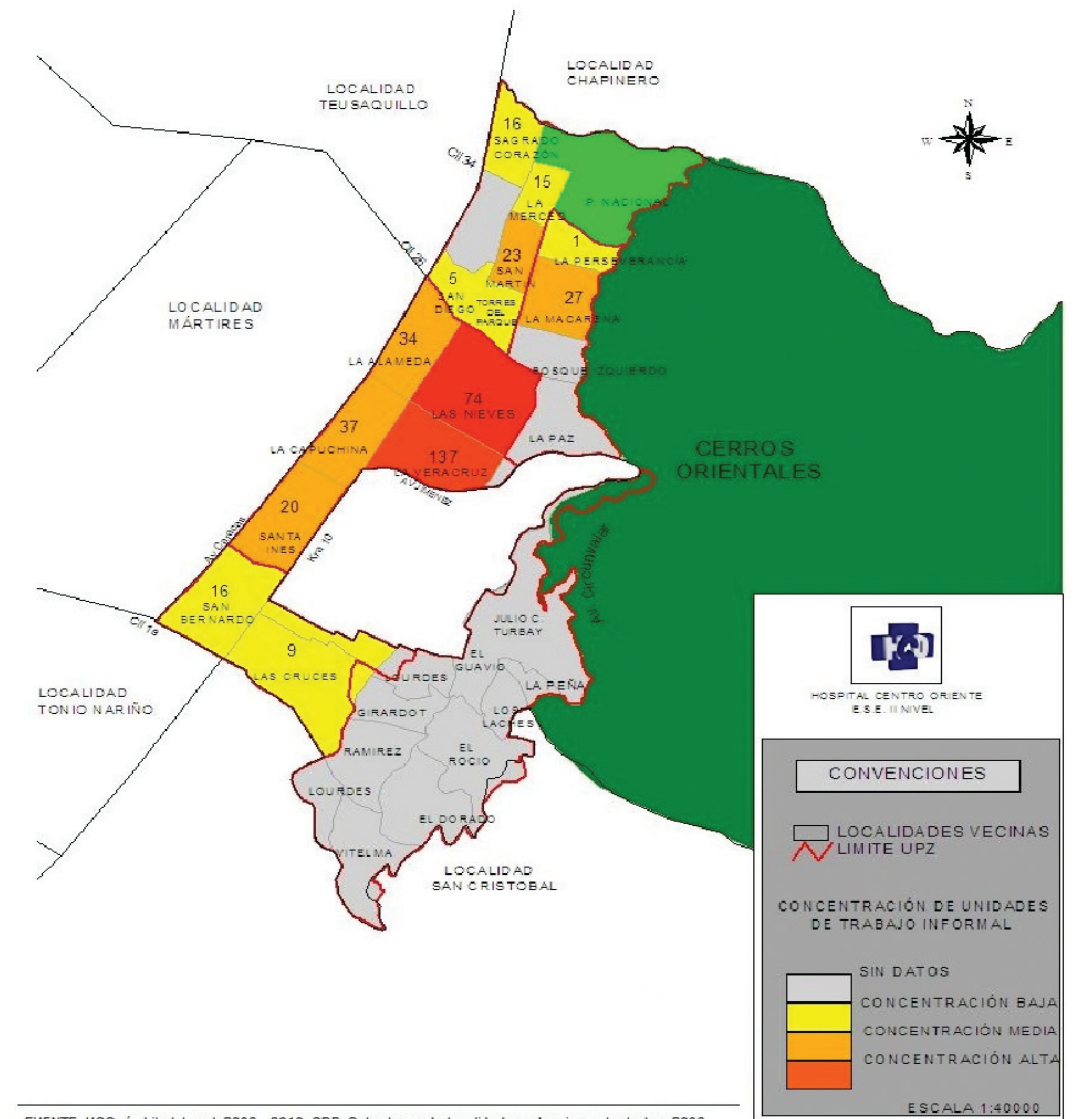
En las unidades de trabajo antes mencionadas se realizó la caracterización de 1579 trabajadores que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad ante eventos en salud relacionados con el trabajo, debido a precaria vinculación al sistema de seguridad social integral. Llama la atención que desde el 2008, la vinculación al régimen subsidiado ha ido aumentando en la población informal caracterizada en la localidad, pasando de 26% en 2008 a 38,5% en 2010; éste tipo de vinculación, los pone en alta vulnerabilidad frente a eventos adversos en el trabajo dado que no son cubiertos por aseguramiento en riesgos profesionales.

En cuanto a la carga laboral se observó un porcentaje importante de trabajadores (48.7% en 2008, 43% en 2009 y 7.6% en 2010) que labora entre 9 y 12 horas diarias, condición que implica la reducción del tiempo de recuperación de estos trabajadores traducido en la presencia de síntomas físicos, psicológicos y emocionales que afectan su calidad de vida.

La intervención desde el ámbito laboral ha permitido identificar que durante el periodo comprendido entre 2008-2010, 56 trabajadores de estas unidades reportaron haber sufrido algún

accidente de trabajo, no obstante existe un subregistro debido a la concepción del trabajador informal frente al accidente de trabajo que lo supedita a la gravedad e incapacidad generada, dentro de los accidentes ocurridos están: las quemaduras (50%) y cortadas (38.9%), incidentes característicos de la actividad económica de la mayoría de unidades de trabajo informal caracterizadas en esta localidad (expendio a la mesa de comidas preparadas)

Mapa 15. Unidades de trabajo informal .Localidad Santa Fe.2009-2010



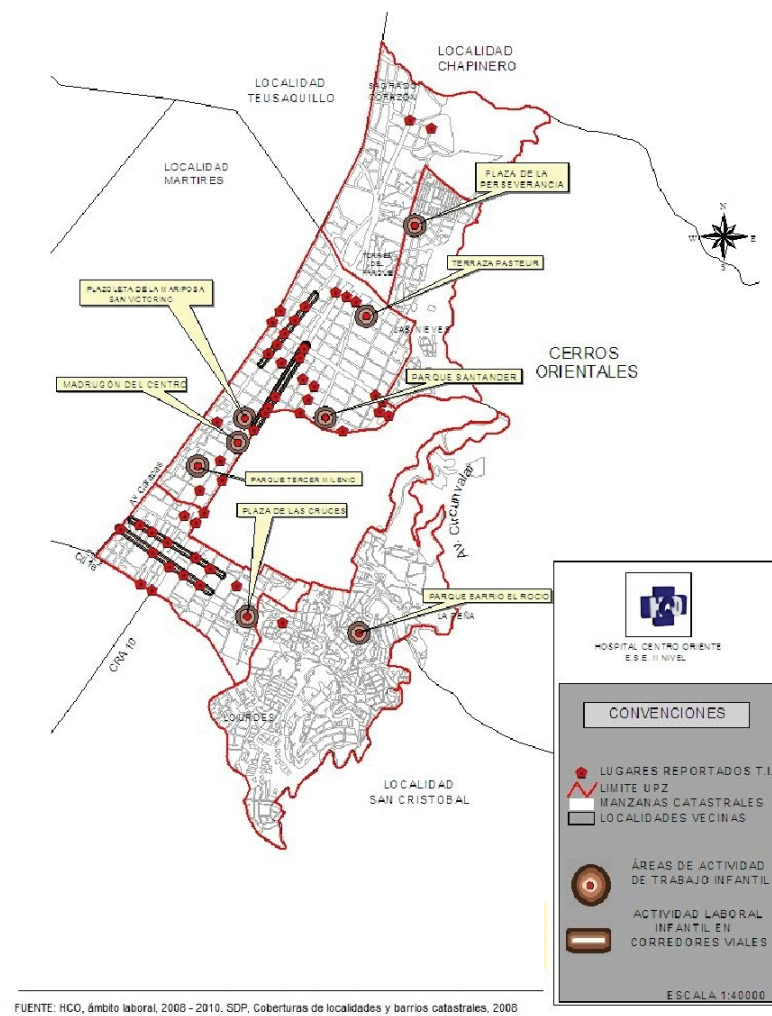
Fuente: Hospital Centro Oriente. Base de datos. Ámbito laboral.2009-2010

Otro aspecto relacionado con la salud de estos trabajadores hace referencia a la enfermedad laboral que afectó en el año 2008 al 5.3% de esta población; Los sistemas orgánicos más afectados por las enfermedades reportadas por los trabajadores fueron, en primer lugar el sistema osteo muscular y en segundo lugar el respiratorio, situación relacionada con los síntomas presentados de tos y gripa frecuentes. (196 Personas), dolor de cabeza (188) y sensación continua de cansancio (181 Personas) lo que puede estar relacionado con la excesiva carga laboral en horas y días laborados.

2.1.8.3 Trabajo Infantil

La intervención de trabajo infantil del Hospital Centro Oriente, entre los años 2008-2010 identificó a 511 niños, niñas y jóvenes trabajadores, cuya ubicación se da en mayor proporción en el centro de la ciudad especialmente en Las Plazas: la Perseverancia, las Cruces, los parques Tercer Milenio, Santander, del barrio el Rocío, Plazoleta de la Mariposa, y Terraza Pasteur. Así mismo se presenta este tipo de problemática en corredores viales como la carrera décima, y las calles 2° y 3° Como puede observarse en el mapa 16.

Mapa 16. Sitios de ubicación de niños y niñas trabajadores. Localidad Santa Fe. 2009 - 2010



Fuente: Hospital Centro Oriente Base de datos. Ámbito laboral. 2008-2010. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

La ocupación de los y las menores trabajadores predomina con algunas de las peores formas de trabajo, consideradas así por los Convenios 138 y 182 de la OIT y Convención Internacional de Derechos del Niño, de los 511 niños trabajadores caracterizados 319 de ellos se encuentran vinculados a actividades de servicios y 98 de ellos a ventas ambulantes, lo que implica iniciar a estos niños y niñas en el rol de adultos al adquirir responsabilidades económicas tempranamente. Además de incrementarse el riesgo de sufrir accidentes que les puede generar secuelas importantes y limitarlos en las diferentes áreas donde se desempeñan.

En cuanto a la vinculación de estos menores al régimen de seguridad social, 293 son de régimen subsidiado, 128 presentaron vinculación temporal y 75 se encontraban en el régimen contributivo

Dentro de las acciones que desarrolla el proyecto de salud al trabajo, se busca la inclusión laboral de personas con discapacidad asesorando empresas que pertenecen al sector formal de la economía. En la localidad se han intervenido a 63 de estas ubicadas en los barrios La Capuchina, Veracruz y La Alameda (territorio social 2).

3.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

3.1 Territorios Sociales

Una de las estrategias del plan de desarrollo Bogotá positiva es la Gestión Social Integral (GSI), definida ésta como la estrategia para implementar de la política social del Distrito que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y poner de presente el protagonismo de la población en los territorios⁷³

3.1.1 Proceso de construcción de los territorios sociales

Para llevar a cabo la construcción de los territorios sociales, se dio un proceso relacionado con las mesas territoriales de calidad de vida y salud que se estaban trabajando desde el año 2008 en la localidad, escenarios que en su momento fueron identificados como espacios para el posicionamiento político de la calidad de vida mediante la construcción de estrategias con otros sectores importantes para la generación de respuestas integrales frente a las realidades identificadas en los territorios conjuntamente con la comunidad, entendiéndose el territorio como un contexto donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente que va más allá de lo geográfico. Como marco metodológico para la acción en las mesas se entendió desde el equipo de salud del Hospital Centro Oriente la gestión social integral como un ejercicio político-participativo desarrollado en un territorio específico con condiciones de vida particulares y habitado por personas con percepciones diferentes sobre la realidad, un ejercicio cotidiano sobre el que las personas de la comunidad pueden desarrollar sentido de pertenencia y las instituciones acompañar de forma respetuosa. En éste ejercicio no se estigmatizó la comunidad por las necesidades evidenciadas desde lo institucional y comunitario sino que se tienen en cuenta las potencialidades evidenciadas en cada zona⁷⁴.

El Hospital Centro Oriente en la participación de mesas, redes, consejos y comités, incidió presentando la situación de salud y calidad de vida, identificado en el diagnóstico local de los núcleos problemáticos, a partir de los cuales surgen posteriormente las respuestas integrales que permitieron la construcción de la agenda social institucional y comunitaria.

Durante el 2009 en las reuniones de la unidad de apoyo técnico al CLOPS se trabajó sobre la construcción de territorios sociales, que de acuerdo a la estrategia se debían agrupar por similitud de condiciones en la calidad de vida. Para esto se tuvo en cuenta las zonas que habían estado trabajando el hospital hasta ese entonces. Es por esto que finalmente los territorios sociales fueron designados como: el 1 de condiciones desfavorables de calidad de vida, el 2 de condiciones desfavorables con población flotante, el 3 de condiciones de vida favorables y el 4 la zona rural.

3.1.2 Escenarios de articulación

Como escenario interno articulador de las mesas territoriales de las localidades de influencia de la ESE, se retomó la mesa de movilización social (o grupo funcional de gestión territorial), que integrada por actores del ámbito comunitario, ámbito familiar, ámbito escolar, oficina de participación, gestión territorial de la SDS y gestión local, se han venido reuniendo al menos una vez al mes con el fin de dar líneas analíticas para la identificación, priorización y acciones de cada mesa, aportando a su funcionamiento los avances además de las experiencias de gestión social integral adelantadas en las localidades desde el 2008.

La participación en este espacio ha sido fundamental para señalar guías en el manejo e inclusión de gestión local en las mesas, además de aportar un valor especial para la convocatoria de nuevos líderes que alimenten el proceso, como los grupos gestores del ámbito escolar o los núcleos comunitarios

⁷³ Plan de desarrollo Distrital. Bogotá positiva: Para vivir mejor. Capítulo 1: Ciudad de derechos. Artículo 6-Estrategias

⁷⁴ Hospital Centro Oriente. Informe "Mesas Territoriales". Localidad Santa Fe. 2008

De acuerdo a esto se identificaron inicialmente en Santa Fe cinco mesas territoriales (Perseverancia, San Bernardo, Ramírez Laches, Cruces y el Verjón), sobre los que se trazó el compromiso de posicionarlas en espacios políticos como las Unidades de Apoyo Técnico (UAT) y los Consejos locales operativos de política social (CLOPS) para lograr alianzas estratégicas en lo local, con el fin de fortalecer el impacto de las mesas territoriales y la presencia comunitaria activa en ellas.

En este proceso de posicionamiento en la localidad de Santa Fe se logró en escenarios de las Unidades de Apoyo territorial (UAT), la conformación de equipos locales con funcionarios de la Secretaría de integración social (SDIS) y el hospital, tanto por etapa del ciclo vital como por Transversalidades (TV) y proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) con la invitación abierta a otros sectores, quienes por no contar con el mismo número de funcionarios que salud o integración social, han asistido a las mesas esporádicamente según las necesidades identificadas. Las propuestas territoriales en esta localidad han venido siendo socializadas desde 2008 en los consejos de gobierno en distintas fechas con el fin de lograr el apoyo de la alcaldía, sin embargo hasta mediados de 2009, no se logró que la alcaldesa actual se comprometiera con el proceso a pesar de la directriz dada desde la Secretaría de gobierno y el avance logrado en los Consejos locales de Participación.

3.1.3 Fases para llegar a territorios de gestión social Integral (GSI)

Posterior a la fase de concertación interna en la ESE en el espacio de mesa de movilización o grupo funcional territorial y del posicionamiento de la propuesta en espacios locales como CLOPS y UAT, para la generación de alianzas estratégicas que facilitaran la operación efectiva de las mesas territoriales, se iniciaron los procesos de identificación de los territorios con base en las caracterizaciones de salud a su casa, la prestación de servicios y coberturas de la subdirección local de Santa Fe y la actualización del diagnóstico local del hospital. En la fase de caracterización se adelantaron con la presencia de comunidad las mesas, la identificación de necesidades, problemáticas, potencialidades, propuestas y vacíos, con el fin de contar en los territorios más que con lecturas de problemas con lecturas de realidades que suministrarán los insumos para el desarrollo de la Gestión Social Integral (GSI).⁷⁵

En escenarios locales como: comité local de política social y unidades de apoyo técnico, se concertó a finales de 2009 con salud y Secretaría de integración social retomar las zonas de condición de vida y salud para definir cuatro territorios de gestión social integral: El territorio Social 1; en donde se ha identificado la Zona de mayor concentración de problemas sociales, el Territorio social 2, con población flotante vulnerable, el Territorio social 3, corresponde a zonas de condición de vida favorables y el territorio social 4, la Zona Rural.

Una vez identificados los territorios sociales se inicia con la construcción de la narrativa que proviene de las caracterizaciones y diagnósticos con que cuenta cada entidad. Dando continuidad a la ruta de la gestión social integral, surge la necesidad de agrupar las problemáticas y acordar los núcleos problemáticos de la localidad. Para este ejercicio el Hospital Centro Oriente presenta los núcleos que ha identificado; estos son estudiados analizados y complementados por los diferentes sectores. De nueve núcleos problemáticos presentados por el Hospital Centro Oriente, terminan once núcleos transectoriales, ya que surgen el núcleo relacionado con la violencia urbana, el núcleo de movilidad y el núcleo relacionado con el Plan Centro. Del consenso surge que se deben unificar los núcleos relacionados con el medio ambiente, hábitat y parques; unificar los núcleos relacionados con violencias al interior y fuera de las familias; agrupar los núcleos relacionados con falta de ingresos y dejando un núcleo del Plan Centro. Es importante destacar que en el ejercicio transectorial, no se tuvo en cuenta los núcleos de barreras de acceso, ni los núcleos de fragilidad social relacionados con las poblaciones espaciales. En conclusión se definieron cuatro núcleos problemáticos transectoriales para la localidad de Santa Fe.

⁷⁵ HCO. Documento avance de mesas territoriales. 2009

Por último, desde el trabajo de concertación se ha diseñado las agendas territoriales con el fin de llegar a las respuestas integrales las que llevarán a planes de acción concretos, desde una mirada promocional afectan los determinantes en los territorios de forma particular o general, incidan en las condiciones de vida y salud de las comunidades. En estos planes, tendrá que evidenciarse la apuesta de los diferentes sectores que hacen presencia en lo local de forma permanente, así como los convenios temporales (el caso del convenio Fergusson - Arco Iris), no solo para trabajar por la suma de acciones institucionales, sino para llegar con miradas conjuntas del territorio y metodologías de abordaje a la problemáticas.

Teniendo en cuenta que las localidades del centro de Bogotá presentan problemáticas comunes de violencia intrafamiliar, población flotante, desplazados, presencia de grupos étnicos y manejo inadecuado del medio ambiente, se decidió desde lo analizado por el grupo de gestión local trabajar núcleos problemáticos transversales a las etapas de ciclo vital en las tres localidades del área de influencia del Hospital Centro Oriente Santa Fe, Mártires y Candelaria), aclarando que estos guardan especificidad en cuanto a territorio, población, etnia y género.

La narrativa que a continuación se presenta, parte de la caracterización territorial desde lo general del territorio (situación geográfica, equipamientos), problemáticas por etapa de ciclo, causas de lo encontrado y potencialidades del territorio por cada núcleo problemático.

3.2 Territorio 1

El territorio social 1 de la Localidad Santa Fe se ha denominado Zona de mayor concentración de problemas sociales, se encuentra ubicado en la parte oriental de la Localidad, comprende la totalidad de las UPZ Lourdes (96) y Cruces (95). La UPZ 96 cuenta con 21 barrios a saber Atanasio Girardot, Cartagena, Egipto, Egipto Alto (J.C. Turbay), El balcón, El Consuelo, El Dorado, El Guavio, El Mirador, El Rocío, El Triunfo, Fábrica de loza, Gran Colombia, Los Laches, Lourdes, Ramírez, San Dionisio, Santa Rosa de Lima, La Peña y Vitelma. La UPZ 95 cuenta con 2 barrios Las Cruces, San Bernardo. La UPZ Macarena (92) incluye 3 barrios Perseverancia, las Aguas, y La Paz. (Ver mapa 17).

Los barrios Las Cruces, Perseverancia y San Bernardo -de vieja data- recuerdan la dinámica de las historias de la capital, sus calles, monumentos y casas antes habitadas por los próceres y familias de la élite política de la época, otras por obreros de las nacientes fábricas como Bavaria y las ladrilleras de barrio las Cruces importante espacio de comercialización de productos campesinos, y empleados de las instituciones públicas, algunas de ellas convertidas hoy en inquilinatos habitadas por familias que por las dinámicas de exclusión de la ciudad y el país, han convergido en estos espacios donde se concentran las principales problemáticas sociales de la ciudad⁷⁶.

El uso del suelo de los barrios de las UPZ Las Cruces (95) y Lourdes (96) es residencial de urbanización incompleta⁷⁷. Con relación a la actividad económica en el territorio social se encuentran 3552 establecimientos dedicados a estas actividades, de ellos 888 establecimientos se encuentran ubicadas en la UPZ Lourdes, y 1.332 en la UPZ Las Cruces.

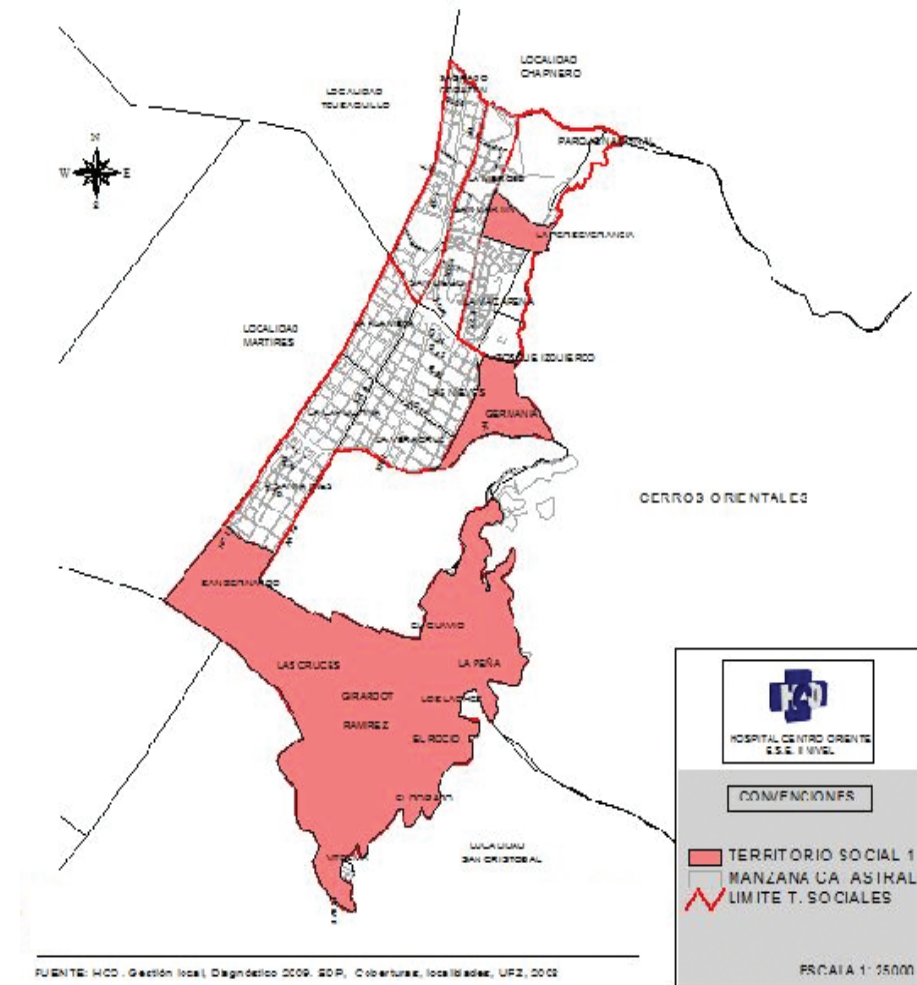
De los establecimientos ubicados en la UPZ Lourdes el 49% se dedica al comercio (433) y el 38% a servicios (334 establecimientos). En la UPZ Las Cruces el 46% se dedica al comercio (618) y el 34% (452) a los servicios. A su vez, el territorio social empleó a 6746 personas en el mes anterior al censo, en los establecimientos comerciales de las dos UPZ, así la UPZ Lourdes empleó a 1617 personas y la UPZ Cruces a 3074⁷⁸.

76 Participa. Información básica de la localidad para la participación. Octubre 2007.

77 SDP. Conociendo la localidad de Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009.

78 Fuente: DANE – Censo General 2005. Cálculos: SIEE – DICE. En: SDP. Conociendo la localidad de. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009

Mapa 17. Territorio social 1. Localidad Santa Fe.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

El territorio cuenta con 301 bienes de interés cultural lo cual se convierte en un factor facilitador del desarrollo de los habitantes. De éstos bienes 254 se localizan en la UPZ Las Cruces y 1 en la UPZ Lourdes. En la UPZ Las Cruces se ubican la plaza de mercado Las Cruces, la iglesia Santa Bárbara y la antigua Fábrica de Loza Bogotana. En la UPZ Lourdes se localiza la iglesia de Nuestra Señora de Egipto. En la UPZ La Macarena se encuentra la plaza de mercado La Perseverancia y la Estación de Policía⁷⁹.

Con relación al equipamiento educativo el territorio social cuenta con 12 colegios oficiales, 15 no oficiales, 5 Universidades y 2 centros de investigación.

La UPZ Lourdes cuenta con 8 colegios oficiales y 4 colegios no oficiales. La UPZ Cruces cuenta con 3 colegios oficiales y 7 colegios no oficiales⁸⁰.

79 SDP. Conociendo la localidad de. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009.

80 SDP. Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Planes Maestros de Equipamientos Educativos, Decreto 449 del 2006, Bogotá D. C. Inventario previo de los equipamientos de educación superior, Bogotá D. C., 2009.

Con relación al equipamiento en salud el territorio cuenta con 7 IPS de primer nivel. La UPZ Las Cruces cuenta con 1 IPS de primer nivel (UPA), la UPZ Lourdes cuenta con 4 IPS de primer nivel (1 CAMI y 3 UPA)⁸¹. Además el territorio social cuenta con 73 IPS privadas, así en la UPZ Las Cruces existen 26 IPS, en la UPZ Lourdes cuenta con 35 IPS.⁸² Respecto al equipamiento de bienestar social el territorio social cuenta con 228 edificaciones y dotaciones destinadas al desarrollo y a la promoción del bienestar social de los cuales 73 se ubican en la UPZ Las Cruces (72 relacionados con asistencia básica y 1 con riesgos específicos).

En la UPZ Lourdes se ubican 130 de los cuales 127 están relacionados con asistencia básica⁸³, 1 con administración, información y recepción a grupos sociales específicos, 1 con asistencia básica integral, 1 con asistencia a discapacidad.⁸⁴

El territorio social 1, cuenta con un total de población de 69542 personas⁸⁵ correspondientes a 46.301 personas ubicadas en la UPZ Lourdes, 23. 241 personas en la UPZ Las Cruces. Así el 64.75% de los habitantes de la localidad se ubican en éste territorio social⁸⁶. Dentro de las características socio-económicas de la población, se encuentra que las UPZ Lourdes y Cruces concentran la población ubicada en el estrato 1 y 2 denominados bajo-bajo y bajo respectivamente, a excepción de los conjuntos residenciales de las Cruces que son estrato 3. Desde salud a su casa para el territorio social 1 se cuenta con la siguiente información correspondiente a 12641 familias por salud a su casa, de las cuales al año 2009 se encontraban activas 9596 familias debido a la rotación de las familias que se da en la localidad, los micro territorios de SASC inmersos dentro de este GSI son Consuelo, Girardot, Santa Rosa, Roció, Lourdes, Perseverancia, Laches, Alameda, San Bernardo y Cruces.

Desde salud a su casa en el Territorio social 1 de Santa Fe dentro de los subgrupos por etapas encontramos que el mayor porcentaje se presentó para el año 2004 en el subgrupo de juventud con un 21.2%, para el año 2005 en el subgrupo de adulto joven con un 20.2%, para el año 2006 para el subgrupo de Adulto joven con un 20.1%, para el año 2007 en el subgrupo de Juventud con un 19.6%, para el año 2008 en el subgrupo de Juventud con un 21.6% y para el año 2009 el mayor porcentaje se presentó para el subgrupo de Juventud con un 24.0% como lo muestra la tabla 5. Observándose más población en el género femenino, mujeres en edad fértil por ende se debe realizar un mayor trabajo en citologías, regulación de la fecundidad, prevención de embarazos en adolescentes, Se observa que año el año el ciclo que predomina dentro del territorio ha sido el ciclo de adulto joven y juventud. El ciclo vital de infancia comprende menores de 9 años y gestantes es el ciclo vital más vulnerable el cual requiere mayor búsqueda y seguimiento a estas familias.

La estructura de la pirámide se considera de crecimiento estacionario con predominio de población joven entre 15 a 29 años con 11.507 personas (29.9%), en el cual la población de 15 a 19 años es el 10.4% lo que corresponde a 4.006 adolescentes, el grupo de 20 a 24 años representa un 10.5% que equivalen a 4.036 personas y de 25 a 29 años corresponden 9.0%. Los adultos mayores de 60 años representan un 11.9 % del total de la población es decir 4.590 personas y los menores de 10 años un 14.9% que equivalen a 5758 niños.

81 SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud, Decreto 318 del 2006, Bogotá D. C.

82 SDP, Dirección de Información, Cartografía y Estadística, archivo base de datos de IPS, 2006, Bogotá D. C.

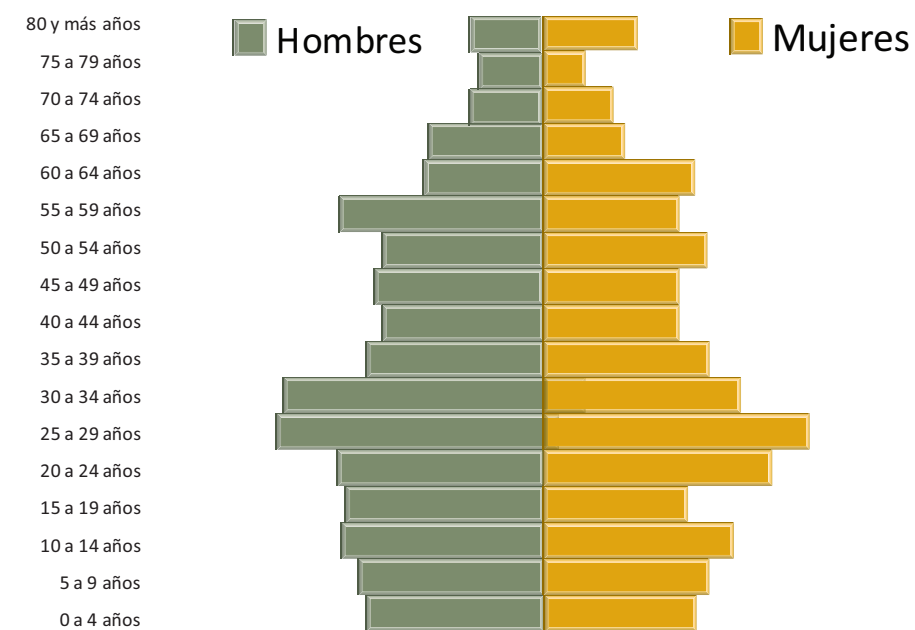
83 La asistencia básica se refiere a los jardines sociales e infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores, con edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2.

84 SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Bienestar Social, Decreto 316 del 2006, Bogotá D. C.

85 Se requiere ajustar con los datos por barrios ya que en éste dato se incluye los habitantes de los otros territorios sociales que viven en éstas UPZ.

86 DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2006 – 2015. En: SDP. Conociendo la localidad de Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009

PIRAMIDE POBLACIONAL SALUD A SU CASA TERRITORIO 1 SANTA FE AÑOS 2004-2009.



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

3.2.1 Núcleo Problemático

Comportamientos violentos de las personas del territorio social 1, que se evidencian al interior de la familia y en los diferentes contextos (escolar, laboral y comunitario), que se expresa en maltrato intrafamiliar, explotación laboral infantil, violencia sexual a niños, niñas y adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, relaciones de poder asimétricas y entornos inseguros; que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social que afecta principalmente a mujeres, adolescentes, niños y niñas, y población vulnerable.

El tema generador que se determinó a nivel transectorial fue: La Consolidación y fortalecimiento del vínculo familiar y redes sociales del territorio social 1, a través de estrategias que brinden apoyo y orientación a las familias para que tengan un mejor proyecto de vida.

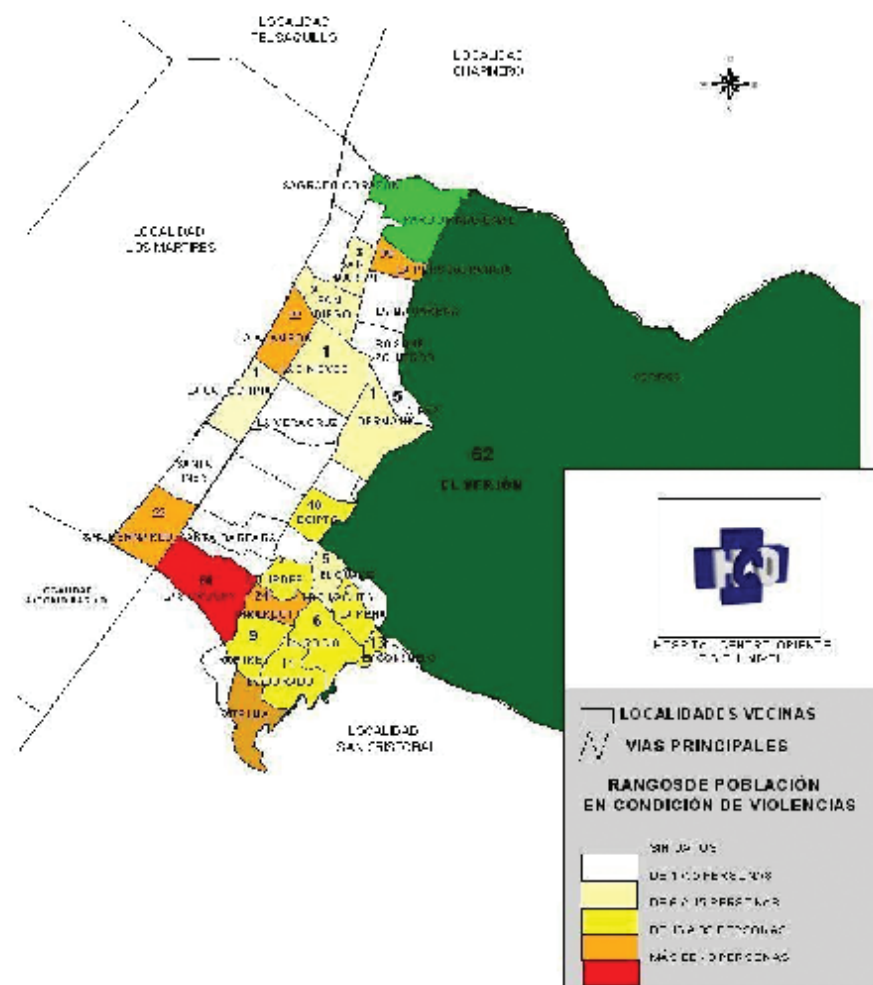
En el territorio social 1 se presentan dos de las zonas críticas de Bogotá: Las Cruces y San Bernardo, en ellos existe vulnerabilidad social por ser barrios de autoconstrucción, con asimetrías en sus manzanas o afectados por procesos de deterioro urbanístico y abandono, es común entre sus habitantes el consumo y comercio de alcohol en diversos establecimientos al interior de estos barrios, al igual que el consumo y comercio de sustancias psicoactivas por parte de algunos de sus habitantes conllevando a que se presenten delitos contra la vida: homicidios y lesiones personales.

Las situaciones antes mencionadas provocan en los niños sentimientos de inseguridad plasmados en dibujos que evidencian la situación de conflicto y emocionalidad de su entorno familiar y social⁸⁷, afectando su desarrollo integral; en los jóvenes con escolaridad media que no desarrollan ninguna actividad productiva por no ser competitivos para el mercado laboral se presentan como únicas

87 Hospital Centro Oriente(HCO). Intervención terapéutica. Unidad de salud mental. niños 4 y más años

opciones ingresar a pandillas juveniles, consumo de psicoactivos con sus pares o al rebusque, llevando a situaciones de violencia desde y hacia ellos especialmente en los barrios San Bernardo y Cruces como se muestra en el mapa 18⁸⁸.

Mapa 18. Población en condición de violencias. Localidad Santa Fe.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Salud mental. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Del trabajo realizado por los PDA y las Transversalidades se registra que la inseguridad que reina en la localidad afecta más al desarrollo integral de las niñas y los niños en este territorio social. Las unidades de análisis con Proyectos de desarrollo de autonomía y las transversalidades en los ámbitos de vida cotidiana se identifican aspectos importantes en la realidad que viven los niños

88 HCO. Unidad de análisis Juventud.2010

y las niñas relacionada con la violencia. Los reportes de violencia en la localidad Santa Fe para los niños y niñas entre los 0 y los 9 años, registran en el año 2008 un total de 475 casos intervenidos, en el año 2009 se intervinieron 453 casos y en lo transcurrido del primer semestre de 2010, suman 183 casos; la tabla que se presenta a continuación muestra la distribución de estas violencias según el tipo a saber: Física, Emocional, Sexual, Abandono, Negligencia y Económica.

Casos intervenidos por SIVIM según tipo de violencia Localidad Santa Fe 2008, 2009 y Primer Semestre 2010 Santa Fe.

	FISICA	EMOCIONAL	SEXUAL	ABANDONO	NEGLIGENCIA	ECONOMICA
2008	60	231	48	12	118	6
2009	45	215	14	14	157	8
IS 2010	13	86	4	5	68	7

FUENTE: Bases de datos preliminares año 2008-2009 y I Semestre 2010 SIVIM- HCO

Se evidencia que el mayor número de intervenciones realizadas por SIVIM corresponde a la violencia de tipo emocional, que registra la mayor frecuencia durante los tres años, seguida por las intervenciones a la violencia por negligencia y física, No se observa disminución representativa en estos eventos entre el año 2008 y 2009, por el contrario algunas muestran aumento como el caso de violencia por negligencia, abandono y económica.

Teniendo en cuenta los datos mostrados por la georreferenciación, se puede observar que la UPZ 96 Lourdes presentó el mayor número de casos (38) de violencia emocional, comprometiendo por igual a ambos géneros, también presentó el mayor número de casos en violencia por negligencia (32), con mayor compromiso en el género masculino con una tasa del 1.2% para los niños y el 1.4% para las niñas, le siguen la UPZ 95 Las Cruces, con 20 casos de violencia emocional con una tasa del 0.4% de los niños y el 1% de las niñas del total de la población, afectando más a las niñas y con 12 casos de violencia por negligencia, con un 1.2% para los niños y un 1% para las niñas, siendo también el género femenino el de mayor incidencia.⁸⁹

Los altos niveles de estrés y frustración que manejan los adultos para llevar a cabo un proyecto de vida (planeado o surgido de las circunstancias) o para conseguir un ingreso económico estable, ha fomentado que los adultos de estos territorios adquieran conductas de maltrato, abandono y negligencia⁹⁰.

En las lecturas de realidad llevadas a cabo en las mesas territoriales, una de las problemáticas expresadas para los adultos mayores se relaciona con la alta dependencia económica, la cual les produce ansiedad y depresión, pérdida de autonomía y expresiones de violencia intrafamiliar hacia ellos⁹¹

Al analizar el nivel educativo de los hogares estratos 1 y 2 caracterizados por salud a su casa en este territorio se encuentra un bajo nivel educativo en los miembros de estas familias, lo que puede estar incidiendo en los niveles de violencia intrafamiliar notificados al Hospital Centro Oriente, como lo demuestra el estudio de Gaviria y Vélez,⁹² donde encuentran que los hogares más pobres y con menores niveles de educación de los adultos son los que presentan mayor incidencia de violencia intrafamiliar.

89 SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR MALTRATO INFANTIL – ABUSO SEXUAL – H.C.O. - 2009

90 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM. Unidad de análisis adulez. Localidad .2010

91 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Mesa San Bernardo.2009

92 http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DJS_Documentos_Publicaciones/Violencia%20cap1.pdf.

Departamento Nacional de Planeación. Gaviria y Vélez citados en Capítulo 1 Introducción de Violencia en las familias colombianas.

En efecto, tomando el índice de activos fijos del hogar como medida de pobreza se encontró que los hogares que pertenecen los quintiles bajos (1 y 2), cerca del 8% de las mujeres y niños fueron víctimas de algún tipo de maltrato físico. En cuanto a los niveles educativos, los autores muestran que alrededor del 50% de los casos donde se presentó maltrato físico a los menores, la madre y su compañero tenían un bajo nivel educativo (escasamente terminaron la primaria). Una situación equivalente se encuentra respecto de los casos de agresión física contra las mujeres.

En Colombia otros estudios de campo identifican los factores de riesgo asociados a la presencia, frecuencia, tipo y gravedad del maltrato, ya sea físico, psicológico y el sexual del hombre hacia la mujer. Entre los factores de tipo endógeno se incluyen patrones culturales como el patriarcalismo o machismo, y entre los factores denominados exógenos se cuentan los que generan estrés y que influyen en la vida familiar, como la mala situación económica o el desempleo. (Palacio castaño (1994), Uribe y Uribe (1990), Klevens et al. (2000)).

Con la desaparición del “cartucho” donde se concentraba el tráfico, expendio y consumo de psicoactivos, quienes lo habitaban se esparcieron por los barrios aledaños sobre todo hacia el sur occidente de la localidad: San Bernardo y las Cruces. Esta situación es propicia para la presencia de pandillas que según la información de la Policía están localizadas la mayor parte en barrios de la UPZ 96, y en los barrios Las Cruces y la Perseverancia.

La problemática de inseguridad toca directamente los niños de este sector, especialmente las niñas entre los 0 y los 4 años de edad quienes se ven más impactadas por todo tipo de violencias,⁹³ los jóvenes ven afectado su desarrollo integral por la ausencia de regulación sobre actividades de impacto social y urbanístico siendo estigmatizados por vivir en este territorio⁹⁴.

En la lectura de realidades llevada a cabo en las mesas de Las cruces y San Bernardo los adultos identifican estos barrios como Zonas inseguras coincidiendo con una de las zonas críticas de la ciudad,⁹⁵ los adultos mayores no son ajenos a ésta situación manifestando que la inseguridad reinante en el barrio Lourdes donde se localiza la subdirección Local de Integración Social (SLIS) hace que no puedan acceder a los servicios ofertados⁹⁶.

Son estos mismos entornos inseguros donde se presenta el mayor consumo de sustancias psicoactivas en la localidad según la lectura de necesidades de las mesas territoriales, especialmente en las UPZ 95, 96, Barrios perseverancia, y San Bernardo, en éste último alrededor y al interior de viviendas derruidas por la intervención de acciones del plan Centro.⁹⁷

Este se constituye en uno de los fenómenos más complejos y de mayor impacto socioeconómico. Según la Secretaría de Integración Social, algunos factores conexos al consumo de SPA en los jóvenes son el bajo nivel escolar, actitud favorable frente al consumo, carencia de metas, autoimagen negativa, baja tolerancia al estrés, poca asertividad, influencia inductora de pares, personalidad dependiente, impulsividad, fácil acceso a las sustancias debido a la característica de territorio, para los jóvenes las sustancias de mayor consumo son el bazuco y la marihuana seguidas del alcohol y el bóxer. La inseguridad y el consumo aparecen ligados en estos territorios.

Se hace evidente el entorno violento para las y los adultos representada en la tasa de homicidios en la localidad, 50,1 por cien mil habitantes (19,0x 100.000 en Bogotá) y la tasa de suicidios 6,38 frente a la Distrital 3,54; las personas mayores presentan alta dependencia económica al núcleo

⁹³ Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Red del Buen trato. Localidad Santa Fe. 2010

⁹⁴ Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Unidad de Análisis para marco situacional de jóvenes. 2010

⁹⁵ Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de gobierno. Centro de estudio y análisis de convivencia ciudadana. 2010

⁹⁶ Grupo dinamizador adulto mayor barrio Lourdes. Documento en CD – ROM. 2009

⁹⁷ Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Mesa de calidad de vida y salud. San Bernardo.

Localidad Santa Fe 2009.

familiar, desencadenando situaciones de violencia intrafamiliar como negligencia y abandono, lo que deteriora la salud mental y física de ésta población.

Una vez analizada la situación problemática de violencias, puntos críticos de seguridad y convivencia ciudadana, consumo de SPA, en los territorios 1 y 2, se identifican como derechos vulnerados: seguridad, salud, trabajo y a la justicia.

Los determinantes sociales causantes de éste núcleo problemático son:

Nivel singular: Estructura socioeconómica del territorio especialmente desde 1948 con “el Bogotazo” que llevó a la localidad de Santa Fe a ser colonizada por obreros y campesinos desplazados por la violencia partidista, favoreciendo la proliferación de familias empobrecidas que conllevan a la transmisión de deficiencias educativas, pesimismo y resentimiento hacia el ambiente que resulta hostil o represor, provocando un nivel de frustración que aumenta la probabilidad de reacción violenta entre los miembros, que a su vez funciona como modelo para los hijos⁹⁸.

En el nivel particular se considera que influyen directa e indirectamente las políticas y programas gubernamentales en los sectores de productividad y otros sectores relacionados (seguridad, policía), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios y de bienes en forma, desintegrada y focalizada.

Al nivel general se encuentra que el modelo económico del país no favorece la equidad ni redistribución de la riqueza aumentando la desigualdad social, representada en la fragilidad social de estos territorios y en las consecuencias sociales que de allí se derivan.

No obstante estos territorios cuentan con las siguientes potencialidades:

- Acciones urbanísticas, intervenciones físicas, sociales, económicas e instrumentos de gestión, para consolidar la estrategia de ordenamiento establecida en el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Aprobado por el Decreto Distrital 492 de 2007, a través del plan Centro.
- 301 bienes de interés cultural.
- 12 colegios oficiales, 15 no oficiales, 5 universidades y 2 centros de investigación.
- 7 IPS Publicas de primer nivel pertenecientes al Hospital Centro oriente, 73 IPS Privadas

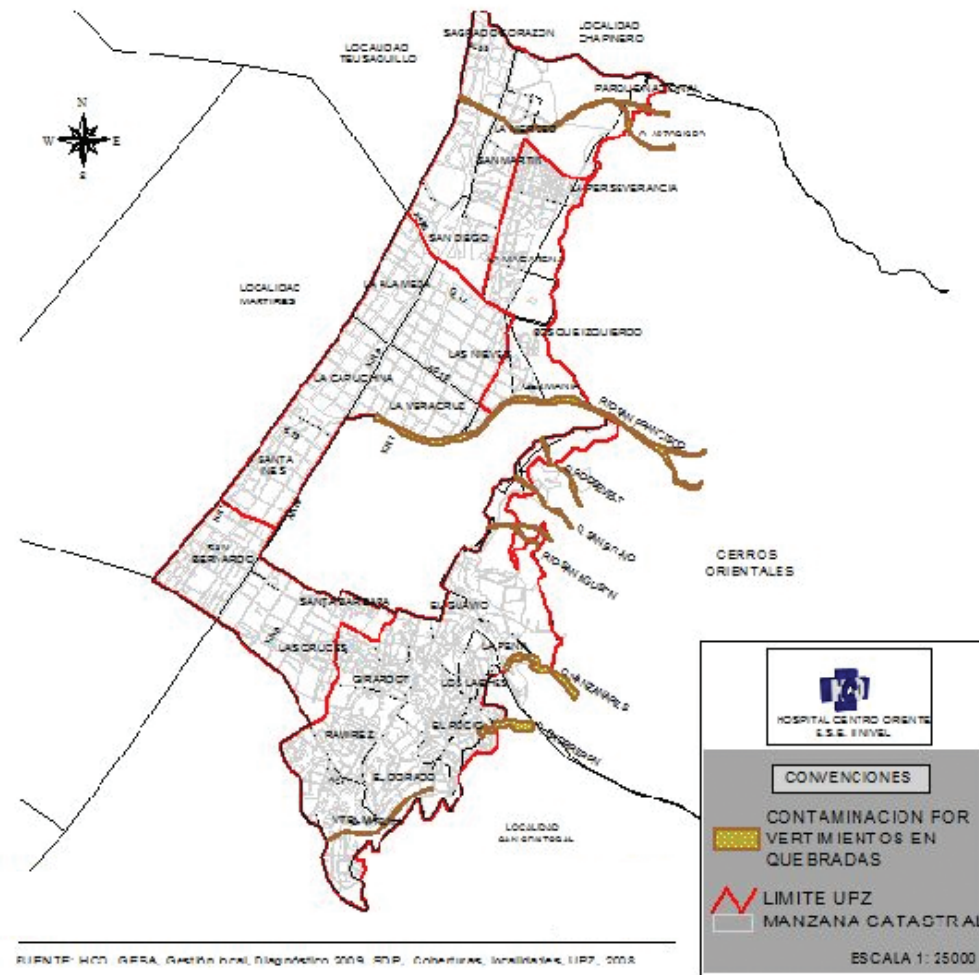
3.2.2 Núcleo Problemático

Condiciones ambientales deficientes en espacios públicos relacionados con manejo inadecuado de residuos sólidos, presencia de vectores y roedores, inadecuado manejo de mascotas, situación de inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas, generan entre otras el deterioro de quebradas, contaminación visual, auditiva y atmosférica, la subutilización de parques y la escasa practica de actividad física y aprovechamiento del tiempo libre. Condiciones deficientes de habitabilidad y de oferta habitacional, relacionada con hacinamiento, áreas de construcción informal, zonas de remoción en masa e inmuebles en desuso, que generan focos de inseguridad, bodegas de reciclaje y consumo de sustancias Psicoactivas.

El tema generador acordado a nivel transectorial fue:

Promover la cultura ciudadana en torno a un ambiente sostenible y prevención de desastres, manejo de residuos sólidos, recuperación manejo adecuado de las rondas hídricas y educación ambiental, recuperación de lugares turísticos de esparcimiento y practica de actividad física.

Mapa 19. Problemáticas ambientales - vertimientos en quebradas. Localidad Santa Fe



FUENTE: Hospital Centro Oriente, GESA. SDR. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

En el territorio 1 y 2, confluyen ríos como Arzobispo, San Francisco, las Quebradas Chorrerón, Manzanares, Lajas y San Bruno que al ingresar al área urbana son contaminados al recibir la descarga de vertimientos líquidos y sólidos sobre la corriente de agua, lo que ocasiona problemas sanitarios como malos olores y proliferación de vectores y plagas⁹⁹ Ver mapa 19.

La zona rural de Santa Fe corresponde al 86% de la localidad, perteneciendo a ésta barrios del territorio donde se encuentran asentadas familias que han contribuido a la generación de condiciones de alto riesgo no mitigable en barrios como: Ramírez, Los Laches, La Paz Centro, Gran

99 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM. Sala situacional medio ambiente.2008

Colombia, Santa Rosa de Lima. El Rocío, El Dorado, El Consuelo, Lourdes y Girardot, con ocupación ilegal de zonas de alta amenaza, asentamientos en zonas de deslizamientos y rondas hídricas, construcciones realizadas sin técnicas sismo-resistentes, manejo inadecuado de vertimientos, aguas residuales - lluvias y residuos sólidos desechados a lo largo de las rondas de quebradas produciendo contaminación especialmente del cauce de las Quebradas Lajas y San Bruno.

La problemática de basuras es una constante en la localidad, principalmente en los territorios 1, 2 y 3 debido a la alta afluencia de población flotante sin sentido de pertenencia y al manejo inadecuado de los residuos sólidos por parte de estos ciudadanos y/o por aquellos que desarrollan alguna actividad en estos territorios, sumado a los residentes y comerciantes que depositan las basuras en las calles en horarios inadecuados, atrayendo habitantes de calle y recicladores con sus respectivas mascotas afectando el entorno local, creando mayor inseguridad en residentes y/o transeúntes de la zona, adicionalmente la presencia de bares y sitios de diversión en zona residencial crean malestar, ya sea por la contaminación auditiva y/o visual producida por estos establecimientos, el consumo de licor y otras sustancias y el uso de las calles como baños públicos por personas que transitan por la localidad.

Las principales avenidas que cruzan estos territorios junto con el sistema Transmilenio, facilitan el flujo vehicular. Sin embargo la cantidad de vehículos sigue siendo una fuente de contaminación auditiva y medio ambiental especialmente por la producción de partículas¹⁰⁰ de PM10 que circulan en el aire, la problemática anteriormente mencionada genera contaminación ambiental de toda índole, lo que se manifiesta en los niños con la presencia de enfermedades diarreicas agudas (EDA), Enfermedades respiratorias agudas (ERA), dermatitis y parasitosis, las que se presentan como primeras causas de consulta en las sedes del Hospital.¹⁰¹

En los adultos mayores se presentaron en primer semestre de 2008, setecientos sesenta y nueve casos de Enfermedad respiratoria aguda (ERA) en mayores de 60 años, patología que junto con las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas se presentan como una de las primeras causas de consulta médica y atención en este grupo etario¹⁰².

De ésta forma los derechos más afectados en el territorio son: derecho a un ambiente sano y salud.

Este núcleo de ambiente contempla las problemáticas de: contaminación de recursos hídricos, manejo inadecuado de residuos sólidos y líquidos, donde la población flotante es uno de los mayores contribuyentes a este problema; el manejo irresponsable de mascotas, ocupación de espacio público, contaminación auditiva y ambiental, son consecuencia principal de la alta afluencia de vehículos y la presencia de barrios ilegales es el principal responsable de manejo inadecuado de residuos sólidos, vertimientos y manejo inadecuado de aguas residuales y lluvias.

Estas problemáticas son causadas, en el nivel singular por las condiciones socioeconómicas que obligan a las familias a construir indiscriminadamente en sitios no aptos para asentamientos humanos, contribuyendo a la generación de alto riesgo no mitigable, condiciones de hacinamiento que favorecen a su vez la violencia intrafamiliar y patologías relacionadas con condiciones higiénicas insalubres¹⁰³.

En el nivel particular: La falta de respuestas integrales del estado en el territorio que conduzcan al respeto de las normas ambientales por parte de los habitantes, comerciantes y dueños de establecimientos.

100 <http://www.semarnat.gob.mx/Pages/Inicio.aspx>. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental. Localidad Santa Fe.2008.

101 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM. Estadística.2009

102 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM. Sala situacional medio ambiente. Localidad Santa Fe.2008

103 HCO. Núcleos de Gestión. Barrios Ramírez, Laches. Localidad Santa Fe.2009.

En el nivel general el contexto político administrativo de la localidad, la situación geográfica del territorio 1 y la cultura ciudadana relacionada con la falta de responsabilidad frente a la contaminación ambiental y al cuidado de las fuentes hídricas.

La localidad desde el punto de vista ambiental cuenta con las siguientes potencialidades¹⁰⁴

- Los Cerros Orientales como potencial paisajístico y de servicios ambientales.
- El alto potencial en recursos hídricos: dos ríos, gran cantidad de nacimientos y quebradas.
- El área rural de la localidad es área protegida reserva forestal y ecosistema estratégico del distrito.
- Zonas de conservación, reserva del acueducto.
- Patrimonio histórico y arquitectónico.
- Los cerros tutelares de Monserrate, Guadalupe y Alto de la Cruz.
- El eje ambiental de la Avenida Jiménez.
- Existen grupos ambientales con sentido de pertenencia.

3.2.3 Núcleo Problemático

La discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBT, ciudadanos en condición de discapacidad, personas en ejercicio de prostitución en los territorios sociales 1 y 2 dificultan la convivencia con los y las residentes de estos territorios en la localidad de Santa Fe, afectando la calidad de vida de todos y todas.

Este núcleo a pesar de no haber sido priorizado a nivel transectorial, es una problemática muy fuerte en la localidad y en el territorio social 1 y se presenta ya que es lo que el Hospital Centro Oriente encuentra como hallazgo y análisis de la situación de salud y calidad de vida en el territorio.

En el territorio conviven todo tipo de personas entre ellas población desplazada, étnica, en condición de discapacidad LGBT, Habitantes de calle y personas en ejercicio de prostitución, lo que ha llevado a desarrollar políticas para disminuir la brecha de inequidad existente para estas poblaciones en cuanto a ser reconocidos como sujetos de derecho y así asegurar que se adopten medidas necesarias para lograr el acceso a la salud, educación y vivienda entre otros derechos; a continuación se presenta la narrativa de cada una de estas poblaciones.

Personas en condición de discapacidad

En la era de los derechos cualquier persona por el hecho de serlo es sujeto de derechos¹⁰⁵. En el caso de los niños y las niñas, a pesar de contarse con una legislación que los protege aún continúan siendo vistos como personas en situación de invalidez y a las que hay que llegar con medidas de proteccionismo, viéndolos como beneficiarios y no como sujetos de derecho.¹⁰⁶ Es el caso de los niños y niñas en condición de discapacidad y desplazamiento en los territorios sociales especialmente en los barrios Lourdes, Cruces y San Bernardo (Ver Tabla 31), en donde los primeros,

¹⁰⁴ SDA. Agenda ambiental. Localidad .2008

¹⁰⁵ GARCIA MENDEZ EMILIO. El derecho a la ciudadanía de los niños. En: Ética ciudadana y derechos humanos de los niños. Manizales: CINDE.1998.Pág. 1

¹⁰⁶ <http://ficonpaz.com/imagenes/sujetos%20de%20derechos.pdf>

se ven enfrentados en el diario vivir a barreras de acceso físicas y administrativas que les impiden llevar una vida digna, ejemplo de ello está en su inclusión y permanencia en el sistema educativo.

Tabla 36. Barrios con mayor número de personas en condición de discapacidad en territorios sociales 1 y 2. Localidad Santa Fe.2009

Barrios	Etapas de ciclo			
	Niñez	Juventud	Adulthood	Vejez
Cruces	20	50	121	296
Perseverancia	0	0	83	131
El Consuelo	0	49	0	110
Nieves	0	0	0	0
Laches	15	0	61	0
Lourdes	19	32	61	122
El Dorado	15	29	0	0
El Rocío	17	24	0	0
San Bernardo	20	0	0	0
Total	106	184	326	659

FUENTE: Diagnostico discapacidad. Localidad Santa Fe.2009

La situación de discapacidad y las condiciones desfavorables para desplazamiento de estos niños les impide desarrollar actividades que contribuyan a mejorar sus condiciones en la calidad de vida¹⁰⁷, lo que se evidencia en que solo el 53,9% de los niños en ésta condición asisten a un plantel educativo.

Por etapa de ciclo la población presenta la siguiente distribución: el 6.5% (n=195) en la infancia. Según el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad, la población presenta la siguiente distribución por sexo y etapa de ciclo. Para la etapa de ciclo infancia el 8,6%(n=116) corresponde a niños y el 4,7% (n=79) son niñas.

En la Localidad de Santa Fe la etapa de ciclo Infancia prevalece su habitud en los barrios de San Bernardo y las Cruces 11% (n=20), Lourdes 9.3% (n=19), El Rocío 8.2%(n=17), el Dorado y Los Laches 8.2% (n=15), como los barrios que mas presentan discapacidad, cabe resaltar que son barrios con pocas condiciones de accesibilidad y de seguridad, que permita a esta etapa de ciclo desarrollar actividades que contribuyan a mejorar sus condiciones en la calidad de vida.

En cuanto a las deficiencia de mayor prevalencia en la etapa de ciclo infancia predominan las alteraciones del sistema nervioso en 59% con (n=115) personas, seguidas por las alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos, piernas en 40.5% con (n=79) personas, alteraciones en voz y habla refiere 40% con (n=78) personas, alteraciones visuales con 26% con (n=50), y cardio-respiratorias y defensas referido por 17.4% con (n=34) personas, la tendencia se asemeja a la Distrital.

Entre las limitaciones más importantes que manifiesta la población infantil que les impide una adecuada relación con el entorno y los demás están limitaciones para participar en las relaciones con los demás en 54.4% con (n=106) personas, capacidad para pensar en 53.3% con (n=104) personas, actividades como hablar y comunicarse en 45% con (n=87) personas, caminar, correr y saltar en 39% con (n=76) personas.

¹⁰⁷ Consejo de discapacidad. Documento en CD – ROM. Localidad Santa Fe.2008

En la Localidad de Santa Fe para la etapa de ciclo Infancia la principal causa de discapacidad son complicaciones del parto con (n= 45) y el 12%, en condiciones de salud de la madre durante el embarazo se presenta en un 11% con (n=42), le sigue enfermedad general con(n=41) con un 11% y alteraciones genéticas hereditarias con (n=31) para el 8%, las demás causas no son relevantes ya que la frecuencia es de cada uno es caso.

En la era de los derechos cualquier persona por el hecho de serlo es sujeto de derechos¹⁰⁸. En el caso de los niños y las niñas, a pesar de contarse con una legislación que los protege, aún continúan siendo vistos como personas en situación de invalidez y a las que hay que llegar con medidas de proteccionismo, viéndolos como beneficiarios y no como sujetos de derecho.¹⁰⁹ Es el caso de los niños y niñas en condición de discapacidad y desplazamiento en los territorios sociales especialmente en los barrios Lourdes , Cruces y San Bernardo. Tabla 34. en donde los primeros, se ven enfrentados en el diario vivir a barreras de acceso físicas y administrativas que les impiden llevar una vida digna, ejemplo de ello está en su inclusión y permanencia en el sistema educativo.

La situación de discapacidad y las condiciones desfavorables para desplazamiento de estos niños les impide desarrollar actividades que contribuyan a mejorar sus condiciones en la calidad de vida¹¹⁰, lo que se evidencia en que solo el 53,9% de los niños en ésta condición asisten a un plantel educativo. La participación de los niños y las niñas con discapacidad de la localidad es precaria y casi nula. Según el proceso de empoderamiento en derechos de la población y bajo el marco de la Política Pública de Discapacidad Distrital se fomenta el desarrollo de procesos de autonomía y participación social de los niños y las niñas con discapacidad, sin embargo cabe resaltar que dicho proceso es poco reconocido y fomentado tanto por la población en general como por el Estado. Las familias que llegan a la localidad y en especial al territorio se asientan en la UPZ 95 en los barrios Cruces y San Bernardo principalmente.

En el aspecto psicosocial, ésta población presenta mayor predisposición a los trastornos emocionales y eventos de Salud Mental; hay dificultad para elaborar duelos, falta de autoestima, pérdida en su proyecto de vida, problemas de adaptación, cambio en los roles; hay menos posibilidad de oportunidades laborales, mayor índice de maltrato; más inseguridad en sus procesos. La mayoría de la población habita en los barrios Las Cruces, Dorado, Laches Perseverancia y San Bernardo. Transversalmente a todo el ciclo vital, la salud oral está muy deteriorada, son comunes las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA); hay desconocimiento en general acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud.¹¹¹

LOCALIDAD	ETAPA CICLO VITAL										TOTAL GENERAL
	MENOR 1 AÑO	RECIEN NACIDO	01 - 05 AÑOS	06 - 09 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 18 AÑOS	19 - 26 AÑOS	27 - 44 AÑOS	45 - 59 AÑOS	60 Y MAS AÑOS	
CANDELARIA	9	2	65	54	47	18	29	59	22	11	316
MARTIRES	12	4	76	54	46	38	85	130	43	14	502
SANTA FE	17	2	87	61	50	27	79	108	38	21	490
TOTAL GENERAL	38	8	228	169	143	83	193	297	103	46	1308

Cuadro 1. Fuente: SASH – HCO.

108 GARCIA MENDEZ EMILIO. El derecho a la ciudadanía de los niños. En: Ética ciudadana y derechos humanos de los niños. Manizales: CINDE.1998.Pág. 1
109 Tomado de: <http://ficonpaz.com/imagenes/sujetos%20de%20derechos.pdf>
110 Consejo de discapacidad. Localidad Santa Fe.2008
111 HCO. Informe de Morbilidad en Población desplazada por edades. RIPS. 1 Semestre de 2009.

Durante el año 2008 un total de 1.526 hogares, integrados por 1.982 menores de 18 años y 2.386 adultos, rindieron declaración por desplazamiento forzado ante las tres personerías Locales. De estas familias, 736 aseguraron habitar en la Localidad Santafé¹¹². Finalmente el 51% de estos hogares fueron efectivamente incluidos en el RUPD por Acción Social¹¹³. Los mayores departamentos expulsos fueron Valle del Cauca, Tolima, Chocó, Cundinamarca, Nariño, Antioquia, Bolívar y Meta. Hubo 2 casos de desplazamiento intraurbano, uno en Santafé y otro en La Candelaria.

Las condiciones ambientales y del hábitat que caracterizan la UPZ 95 donde se encontró a familias en situación de desplazamiento son riesgos en el hogar, riesgo de enfermedades compartidas por tenencia de animales, presencia de roedores y vectores, riesgo por el tipo de material en que está construida la vivienda, riesgo por el tipo de combustible utilizado para cocinar (gasolina), riesgo eléctrico por el uso ilegal de acometidas de energía eléctrica aumentan posibilidad de accidentes principalmente en niños que quedan solos, riesgo de accidentes por derrumbe de la vivienda, riesgo de accidentes por las estructuras internas de las viviendas.

No se cuenta con un adecuado servicio de agua y alcantarillado, Inadecuada manipulación y almacenamiento de residuos domiciliarios, riesgo por inadecuada manipulación de alimentos, techos suelo y paredes inadecuados, construcciones sin adecuada ventilación; humedad que aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias y enfermedades transmisibles, cocina dentro de la habitación con leña y gasolina.¹¹⁴

De las 3040¹¹⁵ personas en condición de discapacidad el 13% corresponde a adolescentes y jóvenes, se destaca el hecho del mayor número de jóvenes en esta situación en el barrio Las Cruces y Perseverancia como lo muestra el mapa 20, barrios del territorio 1, solo el 36,3% asiste a un centro educativo y no asiste un 63,7% situación que los pone en desventaja para acceder a empleos formales llevándolos a ser económicamente dependientes de sus padres o familiares¹¹⁶ o a ser parte de la franja de personas que trabajan en informalidad bajo condiciones indignas, lo que se corrobora en los seguimientos realizados por referentes de ámbito laboral donde se encontró que personas en ésta condición que se encuentran trabajando no cuentan con las garantías laborales establecidas por ley (salario básico, salud, y pensión), lo cual determina una triplicación de la vulnerabilidad por pobreza, discapacidad, equidad de género y desprotección social al no contar con una estabilidad que garantice una vida digna¹¹⁷. En cuanto a educación el grupo de 10-14 años aporta un 71%(101) que decrece significativamente, en relación a la edad, lo cual da testimonio de la reducción de espacios de participación social.

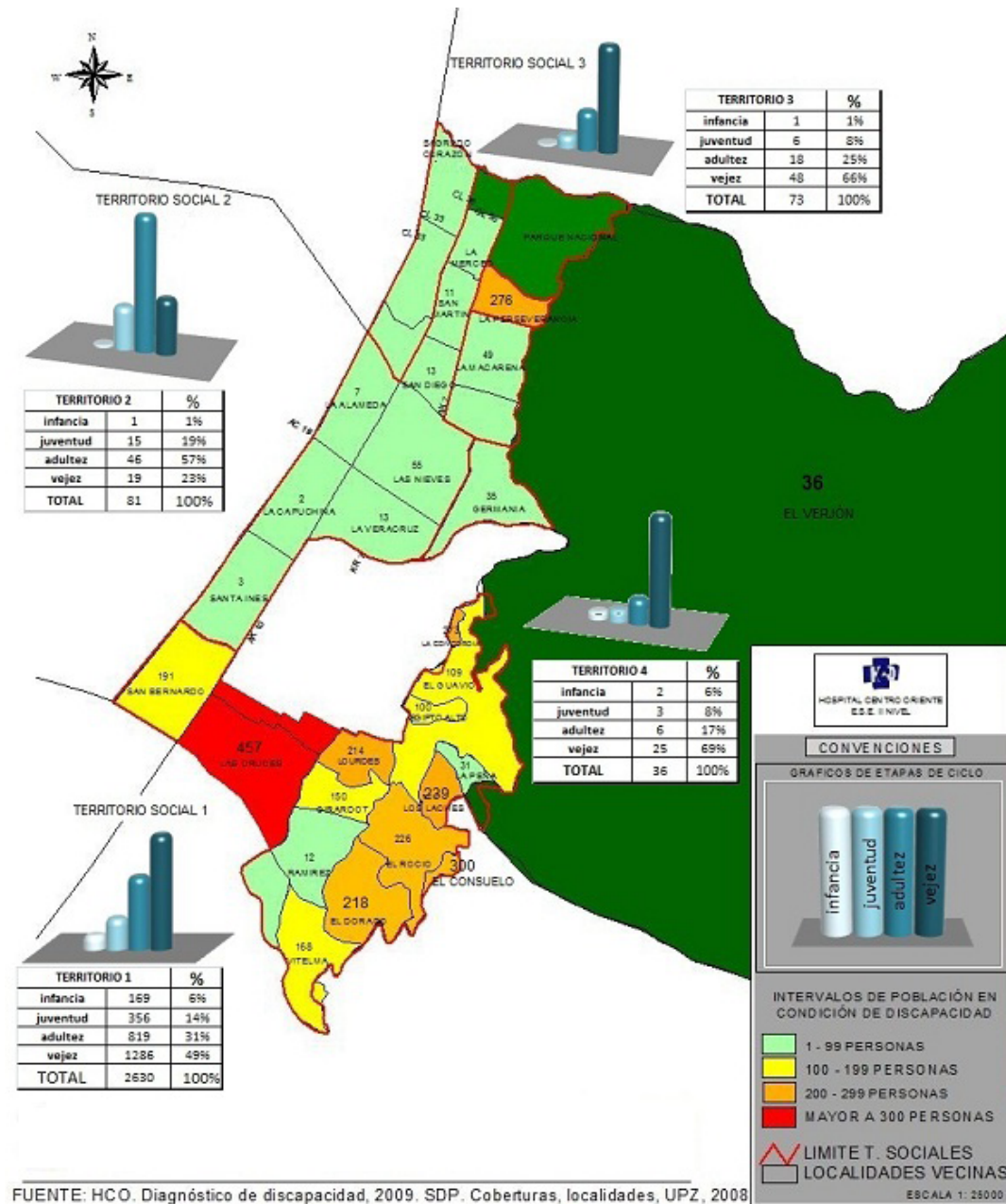
Debido a que La persona adulta se ha hecho responsable de roles que responden a su dinámica particular, se asume a sí misma como padre, madre, hijo, hermano, cuidador, proveedor de recursos, etc., olvidándose de verse como una persona con potencialidades, deseos, necesidades y recursos propios para abordar los distintos escenarios de los que hace parte, en estos territorios, el nivel educativo va desde primaria a secundaria incompleta¹¹⁸ situación que afecta en buena medida a Los adultos en condición de discapacidad quienes asisten a un centro educativo solo en un 3,1% y no asiste un 96,9% lo que se ve reflejado en los empleos informales desempeñados por estos como trabajar por cuenta propia, empleo particular o empleo en labores domésticas¹¹⁹

112 Reporte de Declaraciones ante Personerías Locales de Santa Fé, Candelaria y Mártires, consolidado 2008.
113 Reporte de Acción Social a Personerías Locales 2008- Julio de 2009.
114 Situación evidenciada y registrada durante las visitas realizadas en inquilinatos del barrio San Bernardo. Julio a Noviembre de 2009.
115 DANE. Caracterización (de personas en condición de discapacidad. Localidad .2008
116 Encuentros ciudadanos. Upz 96.Localidad .2008
117 Unidad de análisis para marco situacional de juventud.2010
118 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. SASC. Localidad .2009
119 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Unidad de análisis para marco situacional adultez.2010

Los adultos mayores en condición de discapacidad se encuentran en mayor proporción en barrios que han sido su morada desde su niñez y que han venido en deterioro creciente debido a la antigüedad de estos.

Todo lo anterior ocasiona en estas personas ansiedad, depresión, sentimientos de desesperanza y pérdida de autonomía. De ésta forma se pueden identificar como los derechos más afectados seguridad, justicia, vivienda, seguridad alimentaria, educación y trabajo.

Mapa 20. Población en condición de discapacidad. Localidad Santa Fe.



FUENTE: HCO. Gestión local. Diagnóstico local, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Personas en condición de desplazamiento

El territorio ha sido morada de personas en condición de desplazamiento, confirmado esto por los 1.453 6.578 hogares que han sido incluidos por acción social en ésta localidad desde 1995 como sujetos de desplazamiento. En el Territorio Social 1. UPZ Cruces (95,) el 48% de la población en situación de desplazamiento está asentada en los barrios las Cruces, San Bernardo. La UPZ Lourdes (96) cuenta con el 37% de estas personas en los barrios El Guavio, Lourdes, Laches y Girardot, y los barrios La Perseverancia, Aguas, Germania y La Paz de la UPZ (92) la Macarena¹²⁰.

La situación de desplazamiento se presenta por etapa de ciclo vital así: niños especialmente de la etnia Embera Katio provenientes de Risaralda, Antioquia y Chocó específicamente en el barrio San Bernardo y Cruces, lugar escogido por la población de esta etnia como lugar de referencia. Desde lo observado por la gestora indígena del hospital, las mujeres, los niños y niñas se encuentran en ejercicio de mendicidad como forma de trabajo¹²¹.

Desde el Ámbito Familiar En jóvenes se identificaron 110 jóvenes en ésta situación que representan el 26% de la población total caracterizada en la localidad, de ellos 68 son mujeres y 42 son hombres, concentrado en Las Cruces, San Bernardo y El Consuelo, presentándose una vulnerabilidad mayor al entorno hallado en tanto empiezan a desarrollar herramientas de interacción social en el medio hostil de la ciudad debido a las precarias condiciones económicas de su llegada.

Los jóvenes actualmente están siendo sujetos de violencia a partir de amenazas sobre sus progenitores, igualmente las mujeres jóvenes están inmersas en un ambiente en la zona de mártires la cuál puede involucrarlas en situaciones de comercio sexual (prostitución) ante las carencias económicas o situaciones contingentes.

La desescolarización de los jóvenes y los conflictos de agresividad se han evidenciado en los colegios al respecto las referentes de ámbito escolar buscan orientar acciones hacia nuevas pedagogías. Los docentes de los colegios son una población difícil para trabajar no presentan una flexibilidad e interés en el tema.

Adultos: La ansiedad y la depresión son comunes en este grupo etario debido entre muchos factores al cambio de roles en la ciudad para la mujer y el hombre. En el espacio rural el hombre tenía un mayor margen de acción como proveedor para su familia¹²², mientras que en la ciudad la mujer quien logra más fácilmente encontrar formas para lograr el sustento. En hombres especialmente de la etnia Embera Katio e Ingas se da consumo alto de alcohol y de bazuco en algunos casos¹²³.

En los Embera se encuentra en alto porcentaje de casos la agresión identificada como la presión que ejerce el hombre sobre la mujer, debido a condiciones de inequidad de género presentes previamente en las prácticas sociales de la comunidad. Las mujeres son quienes se dedican a la mendicidad a fin de que sirva como alternativa para sobrevivir, sin embargo existen mujeres que han abandonado esta práctica cuando las familias han encontrado condiciones para adquirir ingresos, para dedicarse a la mendicidad a fin de que sirva como alternativa para sobrevivir.

Adultos mayores: Viven un mayor aislamiento en el nuevo entorno por las dificultades de movilización, por el desconocimiento de las costumbres y por la percepción que en general se tiene de los mayores. Presentan problemas de depresión y otros traumatismos psicosociales relacionados

120 Hospital Centro Oriente. Documento en CD-ROM. Unidad de análisis de desplazados. Localidad Santa Fe.2010

121 Hospital Centro Oriente. Documento en CD-ROM. Ambito comunitario. Percepción de mujeres

Embera katio dedicadas a la mendicidad. localidad Santa Fe.2010

122 Mesa interétnica. Localidad Santa Fe.2010.

123 Hospital Centro Oriente. Documento en CD-ROM. Diagnostico desplazados. Localidad Santa Fe.2010

con el aislamiento, sienten que tienen un saber y una experiencia y manifiestan su interés de poder transmitirlo a las personas jóvenes de su familia o comunidades.

La situación de los adultos mayores es preocupante a partir de las vivencias de las integrantes de organizaciones de Población Desplazada como FundarteCP quienes no cuentan con una Seguridad Social (Pensión) además dentro de la Etapa del Ciclo Vital no es fácil encontrar una vinculación laboral. Las mujeres deben trabajar como artesanas, vendedoras informales, no están cubiertas por ningún tipo de seguridad social pensional, sufren constantes amenazas de desalojo por los atrasos en los arrendamientos. En este aspecto es importante fortalecer los vínculos y redes de solidaridad para dicha población de la Etapa del Ciclo Vital.

Los Emberas adulto mayor viven una situación preocupante en cuantos sus condiciones generales de hábitat. Su condición de Adulto Mayor acentúa las dificultades además de encontrarse inmersos en otra cultura distinta a la suya.

En el caso de población indígena algunos de los mayores son consultados como sabios y conedores y conedoras en temas de salud, lo que les permite mantener un puesto destacado dentro de sus grupos¹²⁴.

Todo lo anterior ocasiona en estas personas pérdida de identidad cultural, ansiedad, depresión, sentimientos de desesperanza y pérdida de autonomía.

De ésta forma se pueden identificar como los derechos más afectados seguridad, justicia, vivienda, seguridad alimentaria, educación y trabajo.

Población LGBT

Por otro lado la localidad no es ajena a la presencia de población LGBTI (lesbianas, gays, los y las bisexuales y los y las transgeneristas) especialmente en zonas de fragilidad social como se observa en el mapa 14 quienes históricamente han tenido que enfrentar discriminaciones, tratos inequitativos y desigualdades basados en fobias en función de las identidades de orientación sexual y las identidades de géneros.

Esas discriminaciones van desde actos o expresiones sutiles hasta violencias, agresiones físicas o crímenes de odios y van a constituirse en estresores psicosociales de sus construcciones identitarias, en las unidades de análisis se evidenciaron problemáticas de deserción escolar, discriminación, subempleo y falta de oportunidades.

Esto se presenta en niños: Conceptos contradictorios desde la academia, la aparición de una identidad de género no ligada al sexo biológico de una persona se encuadra dentro de la categoría de Disforia de género y puede darse su diagnóstico desde los seis años, sin embargo, ésta categoría no sería compartida por enfoques constructivistas que piensan la identidad de género como un proceso que solo finalizaría en la adolescencia. Por otra parte el que exista un diagnóstico en un manual nomológico no ha implicado proveer una atención de tipo psicosocial y médico¹²⁵.

Jóvenes: En la unidad de análisis de juventud, la gestora transgenerista manifestaba *“los hombres a los que me acerco piensan que estoy buscando tener sexo con ellos o creen que todas ejercemos la prostitución”, “somos estigmatizadas y piensan que solo trabajamos en salas de belleza o en otras cosas pero no saben que podemos desempeñarnos en otros trabajos, para eso nos capacitamos”*

Adultos: Presentan dificultades en el ejercicio de la ciudadanía, el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía de personas adultas LGBTI, por barreras internas y externas que limitan la expresión de la sexualidad en general y de su identidad u orientación en particular¹²⁶.

Adulto mayor: Desde lo evidenciado por el ámbito institucional, las personas de edad son percibidos como seres asexuados, siendo reconocidos como “viejos verdes” aquellos que expresan sus necesidades sexuales, en el caso de personas LGBT son aún más estigmatizados al punto de contestar las cuidadoras en los hogares gerontológico frente a la pregunta de la existencia de personas mayores LGBT “no hay personas anormales en ésta institución”, “no hay señores con mañas” o que el sitio se caracteriza por su orden¹²⁷.

Lo anterior les ocasiona sentimientos de culpa y vergüenza por la condición que presentan llevándolos la mayoría de las veces a contar con una doble vida lo que genera sentimientos de depresión, ansiedad y baja autoestima. De esta forma se puede decir que los derechos más vulnerados en ésta población son: Al libre desarrollo de la personalidad, al trabajo, a la educación, la movilidad y la justicia.

Las problemáticas antes mencionadas, se deben en el nivel particular, las causas están relacionadas con la invisibilización histórica de la población LGBT en las respuestas del estado, las barreras de acceso en salud, trabajo y educación, prejuicios sociales y culturales acentuados en las familias y comunidades.

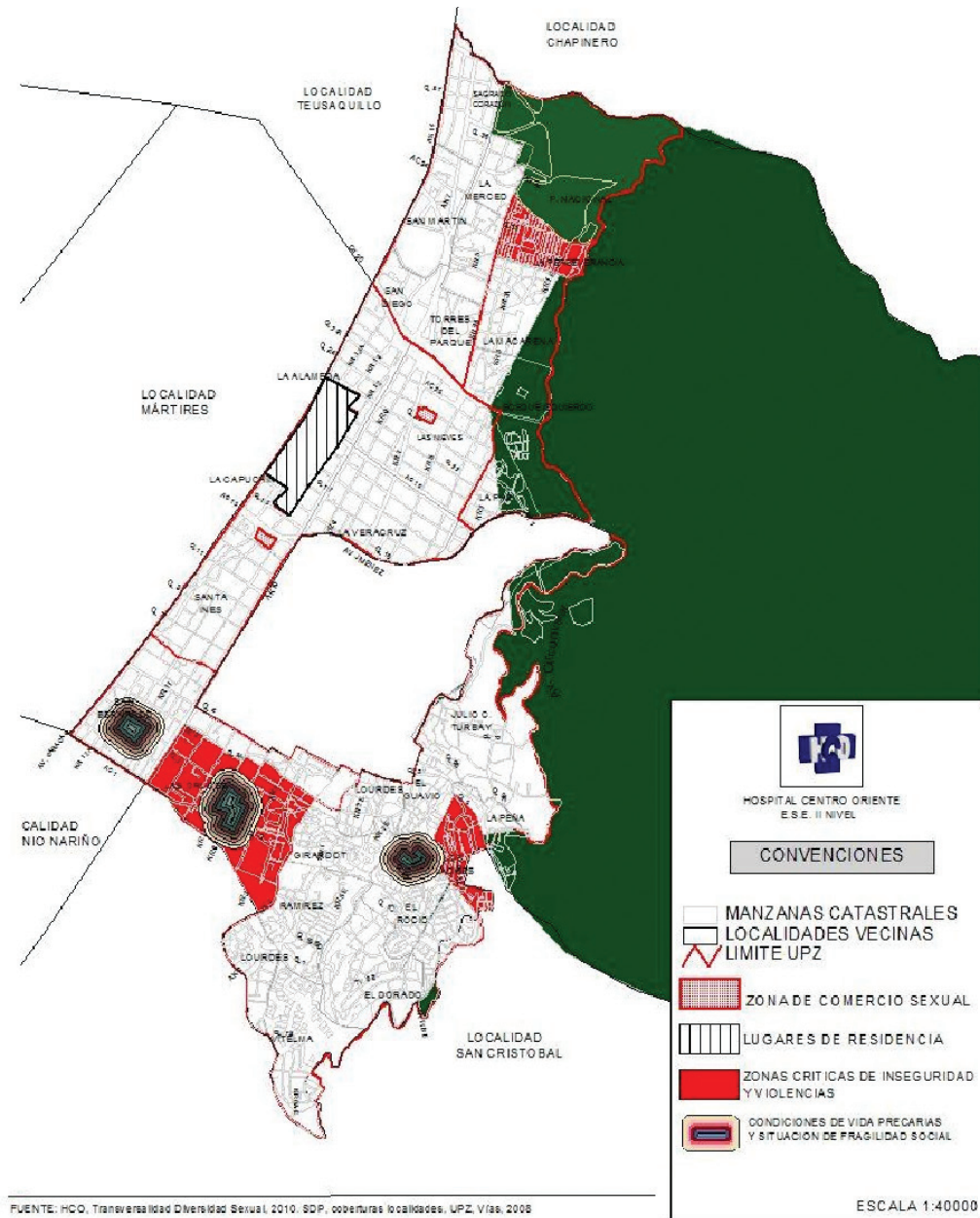
124 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Unidad de análisis para marco situacional de adulto mayor. Localidad Santa Fe.2010

125 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Unidad de análisis LGBT para marco situacional de niñez y adolescencia..2010

126 Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Diagnostico población LGBTI. Localidad Santa Fe.2010

127 Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Diagnostico población LGBTI. Localidad Santa Fe.2010

Mapa 21. Población LGBTI. Localidad Santa Fe.



FUENTE: HCO. Gestión local. Diagnóstico local, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

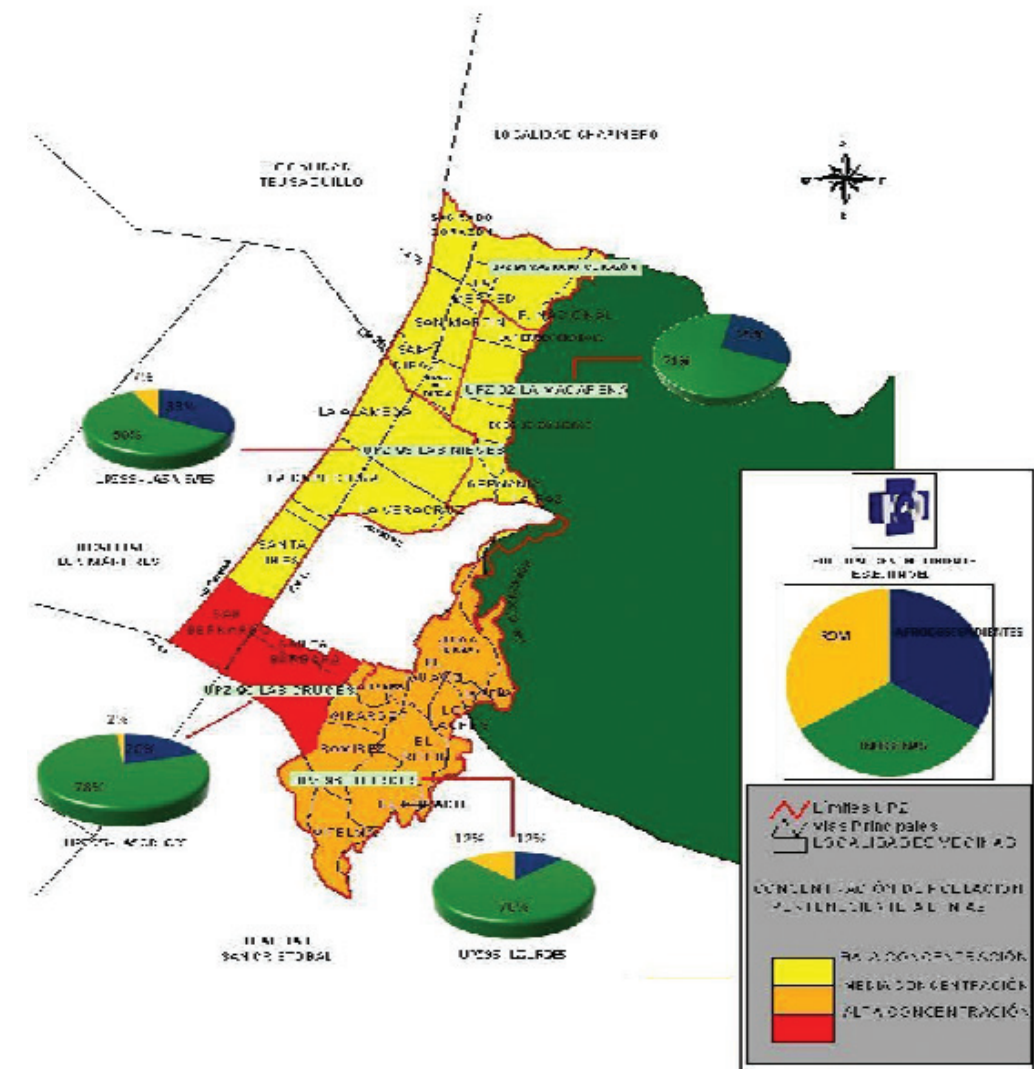
Etnias indígenas

Además de las poblaciones anteriormente mencionadas, los territorios 1 y 2 abrigan poblaciones étnicas Concentradas en las UPZ de Cruces y Lourdes según información de SASC¹²⁸ y que a la fecha no ha cambiado. ver mapa 15. En la UPZ Cruces viven 139 indígenas 55.3% del total caracterizado por salud a su casa (SASC) 189 indígenas principalmente en el Barrio San Bernardo, que pertenecen a la comunidad Emberá Katío.

128 Base de datos Salud a su Casa, agosto 2008. Diagnóstico de la Transversalidad de Etnias. 2009.

También viven 27 familias (117 personas) de la comunidad Inga; 30 familias (200 personas aproximadamente) Emberá Chamí en el barrio San Bernardo, 1 familia Kichwa, y 35 personas afrocolombianas. En la UPZ Lourdes se encuentran 14 familias (59 personas) de la comunidad Inga. (Ver Mapa 22)

Mapa 22. Población de grupos étnicos. Localidad Santa Fe



FUENTE: Diagnóstico Étnicas. Localidad Santa Fe. 2008.

Los Ingas, son uno de los grupos étnicos con mayor asentamiento en esta zona, presenta consumo de alcohol un 80% de las familias¹²⁹ en hombres y mujeres de todas las generaciones en la comunidad, generado por la incertidumbre laboral, el choque cultural en los procesos de inserción a la ciudad y baja autoestima¹³⁰, entre otros, afectando principalmente las relaciones familiares, siendo los más afectados los/las niños (as), quienes sufren las consecuencias del detrimento de la económica familiar, la seguridad alimentaria y el bienestar; a este problema se suma la presencia

129 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. DX etnias. Localidad .2009

130 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Mesa étnica interlocal. 2009

de patologías relacionadas con las condiciones de insalubridad de la mayoría de sitios de habitación (inquilinos o piezas) donde la mayoría vive en hacinamiento, caso semejante al de indígenas de la etnia Embera Katio y Embera Chami, en donde los niños presentan problemas de desnutrición, parásitos y múltiples infecciones como leishmaniasis, dengue, paludismo y malaria¹³¹, aunado a lo anterior, a su arribo a Bogotá adquieren patologías como: neumonía, bronquitis, EDA, ERA .

El barrio San Bernardo concentra graves problemáticas sociales: desplazamiento del antiguo cartucho, prostitución, vandalismo, las conocidas “ollas” o expendederos de drogas, como se puede apreciar en el relato de un miembro de misión Bogotá: “aquí en San Bernardo hay mucha pobreza, desempleo, vicio, enfermedades del cuerpo y del alma, uno que otro caso de VIH - sida y el Estado indiferente, la falta de oportunidades, el hacinamiento, la prostitución, la venta de vicio “bazuco”, marihuana, cocaína etc., la niñez desamparada, los desplazados, y lógico los jíbaros que son los que le sacan provecho a la situación”, problemáticas sociales de marginalidad y exclusión con las que se encuentran los grupos étnicos que allí conviven, situaciones reflejadas en la percepción que tienen los y las niños (as) y los y las jóvenes Inga que viven en el barrio San Bernardo en los talleres realizados sobre Calidad de Vida en los que se incluyeron las formas como perciben los barrios y en general los espacios donde habitan: “Vivimos en Santa Fe hay mucho pegantero que fuma marihuana”, “Feo porque hay muchos drogadictos, peligroso en las noches”, “El lugar donde vivo es bastante inseguro hay mucha gente de la calle que consume drogas”

Entre las problemáticas identificadas en este barrio es está el consumo de alcohol que afecta a estas comunidades , en la caracterización de familias Inga, el 80% manifiesta tener al menos un miembro de la familia consumidor habitual de bebidas alcohólicas lo que se asocia a violencia intrafamiliar y descuido de los y las hijos (as) (negligencia). Por otra parte especialmente los niños Emberá están expuestos a espacios insalubres desde los inquilinos hasta las calles que los rodean con problemática grave de basuras por la presencia de habitantes de calle en esa parte del barrio, andan descalzos y se evidencian brotes en la piel, problemas de parásitos, EDA y desnutrición.

Por tanto los derechos vulnerados son: a la vivienda, al trabajo, a la alimentación y nutrición, a la educación, a la salud, al ambiente sano, a la cultura, a la seguridad y a la justicia.

Las problemáticas anteriormente identificadas tienen como causas:

En el nivel general: Construcción de megaproyectos ambientales del gobierno nacional, enmarcados en la línea de privatización y explotación de los recursos naturales a favor de las multinacionales¹³².

El conflicto armado que vive el país desaloja hacia las grandes ciudades etnias indígenas que ven como alternativa para sobrevivir el desplazamiento

En el nivel intermedio el bajo nivel educativo de los grupos étnicos especialmente indígenas va en detrimento de las oportunidades laborales y las razones de ello corresponden a la barrera del idioma y a condiciones de acceso a la educación por parte de los niños/niñas y jóvenes de estas comunidades.

En el nivel singular, Las familias del grupo Embera katio y Embera Chami dedicadas a la mendicidad consideran ésta última como una forma de trabajo para sobrevivir, dado que desde acción social no son considerados como grupos desplazados y tampoco son reconocidos como cabildo en la Ciudad Capital, lo que les impide acceder a los programas estatales.

131 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Mesa étnica interlocal.2009

132 <http://actualidadetnica.com>. El 21 de julio de 2010

Personas en ejercicio de Prostitución

Se encuentran en los recorridos institucionales personas en ejercicio de prostitución en el territorio 1 barrios la Alameda y La Capuchina, caracterizados por la presencia de actividades de alto impacto social y urbanístico como son las whiskerías, residencias, casas de lenocinio, zonas de rumba, expendio y consumo de alcohol y sustancias psicoactivas legales e ilegales, dando lugar a una zona de tolerancia ilegal. Allí hay presencia de hurto, lesiones personales y/o homicidios consecuencia de la prestación de dichos servicios, son lugares con una carga importante de percepción de inseguridad, especialmente en los barrios antes mencionados, en entrevistas llevadas a cabo desde la referente de prostitución de proyecto especial Unidad Ejecutora Local (UEL) se identificó el inicio en el ejercicio de prostitución de estas personas entre los 17 y 36 años, con procedencia de la zona central del país, especialmente de Bogotá, seguida de la Costa Atlántica. La mayoría de las mujeres (68%) tienen un nivel educativo bajo por lo cual no cuenta con competencias académicas que le permitan vincularse laboralmente en otras actividades.

La situación de explotación sexual se presenta en niños y niñas del territorio en puntos referenciados en los recorridos sectoriales especialmente el barrio la Alameda, Terraza Pasteur y Parque de la Mariposa, estos dos últimos con población infantil y Juvenil. En jóvenes y adultos la prostitución es ejercida en la UPZ las Nieves sector de la Alameda y Capuchina, donde se asientan la mayoría de personas dedicadas a éste quehacer. En persona mayor y en la UPZ Las Cruces en el barrio San Bernardo se ubican las mujeres mayores a ejercer su oficio, se detecta población LGBT en los barrios anteriormente mencionados siendo discriminados por su condición, algunos de ellos manifestó en la unidad de análisis de juventud que las personas se nos acercan con miedo pensando que tenemos una enfermedad y que los vamos a contaminar

La población en ejercicio de prostitución y de explotación sexual, posee baja autoestima y serias dificultades en la realización de sus proyectos de vida. Fenómenos como violencia intrafamiliar y sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, se encuentran relacionadas a estas personas, aumentando su vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH), entre otras.

“La prostitución existe en todas las sociedades modernas, de una manera u otra, y es más frecuente en las ciudades que en las áreas rurales, provienen las personas que la ejercen, en su mayoría, de hogares pobres, con serios problemas en cuanto a su composición interna, lo que deriva frecuentemente en la desintegración familiar. Además, presentan un nivel de instrucción bajo, lo cual dificulta su acceso a un mercado laboral con mejores condiciones para su desarrollo como personas. En el caso particular de las mujeres, se observa que el embarazo precoz y no deseado es una causa adicional que las impulsa a ejercer la prostitución. Tienen perspectivas limitadas, el acceso restringido a bienes de consumo y servicio. La falta de un control sanitario lleva a algunas personas de este sector a una situación de ilegalidad y de atentado a la salud.

Las personas que ejercen la prostitución pueden verse como víctimas, en primer lugar de las circunstancias que las empujan a esta actividad, y en el caso de las mujeres, llegan a ser víctimas de los que regatean, de clientes y de las autoridades corruptas.”¹³³

Habitante de calle

En el censo de habitante de calle Bogotá 2007 fueron censados en la localidad 183 jóvenes habitantes de calle, un 22.2% de del total local. De estos el 86.9 son hombres. La localidad es después de Mártires la que ocupa el segundo puesto en preferencia por los habitantes de calle para ejercer su actividad económica así no duerman en ella.

133 http://www.mariposa.com.ar/otros%20autores/romi_prostitucion.htm agosto 25 de 2010

El territorio es un corredor estratégico para el habitante de calle por la cercanía con la localidad de Mártires, Muchos lugares de los territorios sociales 1 y 2 se encuentran espacios de violencia e inseguridad, predeterminado a que estas situaciones se aumenten con la presencia de más fenómenos como la habitabilidad en calle y el consumo de Sustancias Psicoactivas¹³⁴.

La permanencia de habitantes de calle en la localidad de Santa Fe, particularmente en la zona conocida como El Cartucho, y su desplazamiento o afianzamiento a otros lugares como “Cinco Huecos”, “El Bronx” y el barrio San Bernardo, puede deberse a que se mantienen factores económicos, sociales y culturales, y que el habitante de calle encuentra espacios propicios para el desarrollo de sus actividades de sobrevivencia como son la facilidad para el “rebusque” debido a la alta afluencia de personas y comercio, expendios u “ollas” que facilitan el uso-abuso de sustancias psicoactivas, y la construcción de imaginarios y representaciones simbólicas tanto en el habitante de calle como en la ciudadanía de la posibilidad de un territorio, en donde ellos y ellas pudieron ser, ya que la sociedad los “invisibiliza”, los repliega y los rechaza.

La existencia de zonas de alto deterioro urbano en barrios como San Bernardo, las Cruces, sectores impactados por la construcción de la Avenida Comuneros como el barrio Lourdes favorece el expendio de sustancias y por reacción en cadena a su vez genera la presencia de habitantes de la calle. En la localidad operan grupos organizados que manejan sitios de expendio de Sustancias Psicoactivas Ilícitas controlando sectores en barrios como Ramírez, La Paz, Cruces y algunas áreas del centro de la ciudad, en donde es habitual encontrar grandes grupos de habitantes de la calle comercializando la basura que recuperan o los objetos obtenidos casi siempre de manera ilícita para consumir sustancias Psicoactivas.

Se destaca que el fenómeno de habitabilidad en calle en Población Infantil casi ha sido erradicado por completo. No se tiene reporte documentado de población infantil en condición de habitante de calle, para localidad. La referente del IDIPRON, entidad encargada de atender población habitante de calle hasta la edad de 22 años, manifiesta que en esta localidad no se encuentra población infantil habitante de calle porque los menores de edad son atendidos en los centros institucionales.¹³⁵

Por otro lado en las zonas de tolerancia de la localidad y áreas de mayor concentración de habitantes de calle como la “L” ubicada en la calle 7 y 10 entre carreras 11 y 13 y la zona “T” en San Bernardo se ha podido visualizar niñas/niños entre los 8 y los 14 años de edad intercambiando su cuerpo para la consecución inmediata de psicoactivos, como el bazuco generalmente, así como son víctimas de la explotación sexual por sus propios familiares y cuidadores para la manutención de los mismos y de manera paralela son abusados por estos siendo víctimas de una de las peores formas de violación de derechos contra los/las niñas, otras deciden salir de la mendicidad y pasan a ser víctimas de la explotación sexual por terceros ubicándose en las zonas de la Alameda y Capuchina, específicamente en la carreras 13 a entre las calles 23 y 18, de esta manera “salen de la indigencia” para vivir en arriendo diario pero bajo la misma vulneración de sus derechos. Estas niñas/niños están en alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos no deseados.

La existencia de sectores impactados por el plan de ordenamiento territorial (POT) en los barrios San Bernardo, perseverancia, Cruces y Lourdes de alta fragilidad social favorecen el abandono de los predios y por ende la presencia de habitantes de calle jóvenes y adultos, quienes hacen de estos lugar de residencia trayendo problemáticas de inseguridad, insalubridad, mal manejo de residuos sólidos, consumo de psicoactivos, la poca integración de los residentes del barrio en organizaciones comunitarias que promuevan acciones desde la sociedad civil como alternativa a su realidad hace que la zona se perciba como insegura¹³⁶

134 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. Diagnostico habitante de calle. Localidad Santa Fe.2010

135 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM. Marco situacional de infancia. Localidad Santa Fe.2010

136 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM

Las problemáticas mencionadas corresponden a los siguientes determinantes.

Este fenómeno callejero y la permanencia en la calle, de niños, niñas y jóvenes, de adultos y personas mayores, responden a diferentes condiciones socioeconómicas, de salud mental y dinámicas familiares entre otras. Por lo general esta población mantiene un vínculo familiar y tiene algún tipo de vivienda, pero ocasionalmente duerme en la vía pública, entre las actividades para conseguir dinero está pedir limosna, vender, limpiar vidrios y reciclar.

Según la Secretaría de Integración Social, algunos factores conexos al consumo de SPA son el bajo nivel escolar, actitud favorable frente al consumo, carencia de metas, autoimagen negativa, baja tolerancia al estrés, influencia inductora de pares, personalidad dependiente, impulsividad, fácil acceso a las sustancias debido a la característica de territorio, Seguridad y consumo aparecen hasta ahora ligadas a los mismos territorios.

En cuanto a las potencialidades, en la localidad existen:

LGBT

Organizaciones como Trasn-ser, colectivo León Zuleta, Corporación Opción, Corporación Colombia Diversa y la Casa de igualdad de oportunidades centran su trabajo en proporcionar ayuda jurídica, psicológica y promover el respeto de los mismos.

Etnias

Como grupos humanos con un componente tradicional fuerte, los grupos étnicos tienen una tendencia intrínseca a la cohesión social, el gregarismo y la adherencia a las normas internas, hecho que posibilita en mayor medida las potencialidades para el fortalecimiento de dinámicas organizativas y de convivencia.

Contar con la mesa interétnica como escenario de posicionamiento político y de participación para las comunidades étnicas.

El núcleo anteriormente mencionado, contempla la temática de condiciones de vida de personas en condición de discapacidad, desplazamiento de indígenas Embera Katio y Embera Chami asentados en Santa Fe, alcoholismo de población étnica Inga, exclusión y estigmatización de población LGBTI, invisibilización de población desplazada del habitante de calle como sujetos de derecho.

Por tanto los derechos vulnerados son: a la vivienda, justicia, trabajo, salud, alimentación y nutrición, seguridad e integridad personal.

3.2.4 Núcleo Problemático.

Barreras de acceso administrativas y físicas en la prestación de servicios de salud que obstaculizan la garantía del derecho a la salud a los y las habitantes de la localidad, generando situaciones de morbimortalidad prevenibles en todas las etapas del ciclo vital. Es de vital importancia tener en cuenta este núcleo problemático ya que a pesar de no ser tenido en cuenta por el equipo transectorial como una prioridad para ser visibilizada y abordada desde lo local, el Hospital Centro Oriente si la visualiza como una problemática importante y relevante de ser presentada como núcleo problemático del territorio social 1.

El aseguramiento es una de estas barreras para la población de los territorios especialmente la que se encuentra en condición de desplazamiento¹³⁷ sin distinción de etnia ni de género causada por el modelo de salud actual, lo que ha generado un aumento de las quejas representadas en los

137 Hospital Centro Oriente. Documento en CD - ROM. Unidad de análisis de transversalidad desplazados. Localidad .2010

derechos de petición y tutelas que diariamente llegan a la Secretaría Distrital de salud y la exclusión a la que se ven abocados estos habitantes.

Debido a ésta situación, en los territorios 1 y 2 de Santa Fe se continua presentado situaciones de salud prevenibles, ejemplo de ello es el de la caries dental en niños y niñas detectados en el programa de salud oral, los cuales requieren en un 35% de tratamiento urgente o complejo, casos que a pesar de iniciar tratamiento no son continuados por barreras de acceso desde el mismo sistema de seguridad social¹³⁸.

De 11 muertes maternas ocurridas entre 2003-2008 en las localidades del centro de Bogotá (Candelaria, Mártires y Santa Fe) 7 de ellas correspondieron a mujeres con domicilio en esta localidad presentando como características que 6 se dieron en el rango de edad de 20-35 años y 1 entre 35-49. Siendo estos los grupos de gestantes que están más propensas a llegar a los hospitales sin los elementos necesarios, puede ser por su situación económica, por ser primerizas o por algún caso fortuito, lo que lleva a que el personal de los hospitales deba actuar de forma imprevista¹³⁹.

Junto a lo anterior hay que tener en cuenta el aumento de embarazos que se presentan en niñas de 10 y 14 años que en la localidad fue de 12, estas madres no tienen el apoyo de una pareja que responda por ellas, y la mayoría enfrentan situaciones adversas quedando truncado su proyecto de vida, sin embargo en los grupos de apoyo social llevados a cabo por el referente de la red social materno infantil (RSMI) se observó que las relaciones intrafamiliares son adversas, vínculos de confianza madre-hija, son bastante pobres y están viciados por regañones constantes y cantaleas que no permiten que los y las jóvenes establezcan una conversación de manera franca y abierta relacionada con su sexualidad.¹⁴⁰

Aunado a lo anterior se presentan barreras culturales que se manifiestan en las percepciones de los profesionales y personal de apoyo relacionado con las poblaciones étnicas y LGBT afectando la autoestima y el tejido social en el contexto de la atención en salud de estos ciudadanos.

En el caso particular de la población LGBTI en la localidad de Santa Fe han señalado a través de las fundaciones que trabajan por sus derechos (Fundación Fénix, Somos Opción), y en los espacios de discusión locales que se realizaron durante el año 2010, que el acceso a los servicios de las diferentes instituciones así como la calidad y pertinencia de estos es precaria para la población lo que se constituye en una vulneración continua de sus derechos. Esto en tanto cualificar el conocimiento del personal de salud en cuanto a las particularidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas LGBTI., para así poder ofrecer una atención diferencial, con calidad, calidez y oportunidad. En este sentido se hace necesario conocer las particularidades y riesgos específicos en salud de las personas como orientaciones sexuales o identidades de género no normativas y así mismo deconstruir mitos y falsas creencias acerca de sus necesidades en salud.

En grupos focales realizados con los jóvenes de la localidad, estos manifiestan que desde los servicios de salud en particular se asume la sexualidad juvenil en términos negativos y no como un componente básico del desarrollo de las personas por lo que requiere continuar con la implementación de los servicios amigables en los territorios 1 y 2.

En el caso de los adultos las acciones que reciben tanto en promoción y prevención como en lo asistencial están delimitadas por la norma legal, horarios de atención y tiempo de consulta por la entidad que cubre su atención y el tipo de contrato suscrito¹⁴¹, situación que en el futuro puede

138 Hospital centro Oriente Unidad de análisis salud oral etapa ciclo infancia.2010

139 Hospital centro Oriente. Taller de análisis de mortalidad materna. localidad .2009

140 Hospital centro Oriente RSMI. Grupo de apoyo a madres gestantes. localidad Santa Fe 2009

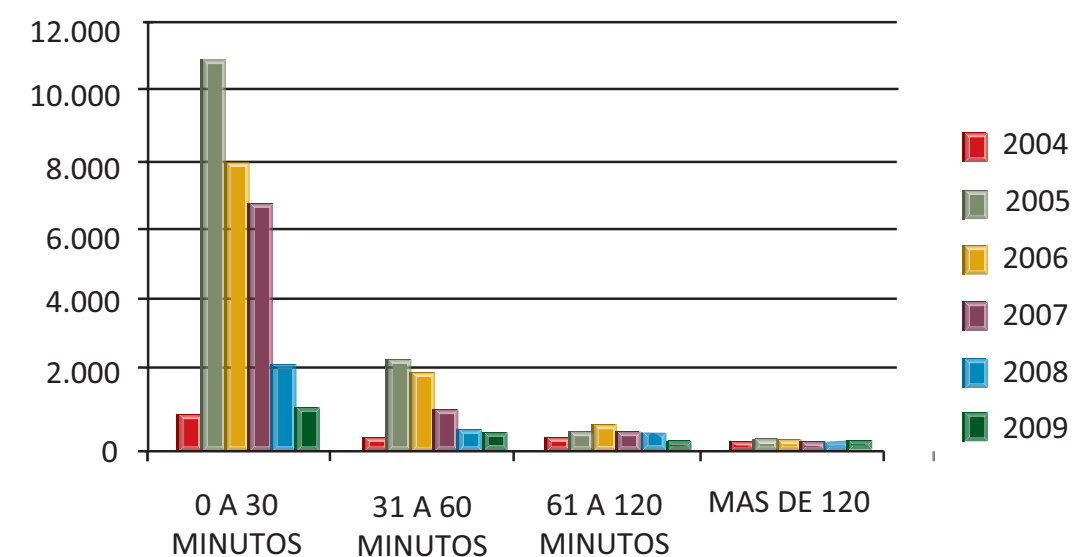
141 Hospital centro Oriente Unidad de análisis ámbito IPS Aduldez. Localidad .2010

dar lugar al aumento de factores de riesgo para enfermedades crónicas, acortamiento del periodo productivo y aumento de los costos de atención.

Una de las problemáticas mencionadas por los dinamizadores de grupos de persona mayor del territorio 1 y 2 es la dificultad en la accesibilidad física a los servicios (falta de rampas para personas en condición de discapacidad, barandas en las paredes de escaleras y tapetes especiales antideslizante) y el desconocimiento de los derechos en salud, por parte de los profesionales y personal de apoyo de las sedes asistenciales¹⁴²

Sin embargo según el resultado de las caracterizaciones de salud a su casa en el 2009 se encuentra que el tiempo real de desplazamiento a la IPS donde recibe de manera frecuente la atención en salud, para el territorio 1 de Santa fe la mayoría de los individuos caracterizados por Salud a su casa demoran entre 0 y 30 minutos en desplazarse a su IPS de atención.

Gráfica Tiempo de Acceso a los servicios de salud Territorio 1 Santa Fe AÑOS 2004 - 2009



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

Lo anteriormente mencionado genera insatisfacción y frustración de las personas con la atención recibida en salud y poca incidencia en la disminución de la morbilidad en estos territorios. Desde la institucionalidad se ha intentado dar respuesta a las inquietudes generadas en cuanto a la atención de salud y barreras de acceso administrativas a través de las oficinas de atención al usuario

Estas problemáticas son causadas en el nivel general por El sistema general de seguridad social en el marco del derecho en salud. En el caso de población en situación de desplazamiento, cuando no han sido incluidos ni reportados por Acción Social al Área de Aseguramiento de la Secretaría de Salud o cuando, estando afiliados a cualquier régimen de salud en su lugar de origen, la EPS no garantiza la atención en Bogotá. Cuando la ESE no le acepta la carta de retiro expedida por la EPS-C, debido a que aparece como afiliado activo en el Régimen Contributivo reportado en la Base de Datos del Fosyga. Usuarios de otros territorios sin encuesta SISBEN en Bogotá y aparecen en Pág. Web de planeación, con encuesta en otro Departamento.

En lo singular: Dificultad de acceso a servicios por inconsistencia en bases de datos, dificultades

142 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Unidad de análisis de envejecimiento, Localidad .2010

para prestación servicios POS, ó POS-S, ó NO POS-S”, Trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio, tales como: No autorización de servicios por parte de la EPS-S argumentando que son eventos NO POS-S. Dificultades administrativas para la autorización de tratamientos argumentando inexistencia o no claridad en la definición de diagnósticos. Dificultad de la ESE para comunicarse con EPS-S, para autorización de servicios y usuario se traslada a SDS.

Desde lo particular: los ciudadanos(as) no se reconocen como sujetos de derechos por lo que no gestionan la eliminación de las barreras de acceso que vulneran el derecho a la salud.

Potencialidades del territorio

- 7 IPS públicas de primer nivel
- 73 IPS privadas de primer nivel
- COPACOS de HCO
- Asociación de usuarios HCO
- Consejo s, redes y comités.

Las problemáticas anteriormente mencionadas en este territorio dan lugar a la vulneración del siguiente grupo de derechos: Salud, educación, recreación y deporte, trabajo, vivienda, ambiente sano, seguridad. Las temáticas contempladas en éste núcleo son: servicios de salud poco amigables para las personas, barreras de acceso administrativas y físicas, desconocimiento de las personas como sujetos de derecho en salud.

Núcleo Problemático

Desempleo asociado a bajos niveles educativos y falta de oportunidades laborales, generando alta dependencia económica, dedicación a actividades ilícitas e informales para la obtención de ingresos; factores que afectan la calidad de vida de los habitantes del territorio¹ de la localidad de Santa Fe, lo que refleja inestabilidad en el grupo familiar (violencia intrafamiliar, explotación laboral infantil, trastornos psicológicos, delincuencia), baja disponibilidad de alimentos. Vulnerando el derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, a salud y seguridad social, alimentación y nutrición, a la seguridad económica, principalmente.

El tema generador acordado por el equipo transectorial es: Generación de ingresos para los habitantes del territorio social 1 de la localidad de Santa Fe que les permita mejorar su calidad de vida, condiciones dignas y legales, a través de estrategias que fomenten el empleo formal, apoyen el emprendimiento y faciliten el acceso al crédito en condiciones justas. Promover programas de educación como alfabetización y educación técnica y tecnológica.

Con respecto a la ocupación de los individuos del territorio 1 según salud a su casa se evidencia que la mayor ocupación del año 2004 al 2009 se clasifica como trabajador no calificado dentro de todos los ciclos de vida, seguida por ama de casa. Lo anterior muestra que el nivel máximo de categoría de ocupación es técnico que no se evidencia la presencia de cargos ocupacionales por encima del nivel técnico, esto concuerda con las condiciones socio económicas y vulnerables del territorio.

Dentro del territorio 1 según informes de salud a su casa, el tipo de empleo que predominó entre los años 2004 al 2009 (tabla 11) fueron Trabajadores que no pueden clasificarse el cual hace referencia al grupo de trabajadores sobre los que no se dispone de suficiente información

pertinente y/o que no pueden ser incluidos en ninguna de las categorías, en segundo lugar en el territorio encontramos trabajador no formal que hace referencia a las persona que realizan alguna actividad económica de la cual deriva su sustento, dicha actividad por lo general no es constante o permanente y con ella no alcanza a devengar un salario mínimo para ser aportante al SGSSS, por tanto no pertenece al Régimen Contributivo. Esto es acorde con las características sociales del desempleo y subempleo donde al hacer el acercamiento de las familias refieren ser más vendedores ambulantes, vendedores en los semáforos, condiciones no favorables para la salud de las personas.

La información presentada a continuación corresponde a los resultados de las Encuestas de Calidad de Vida Bogotá - ECVB 2003 y 2007, luego se hace necesario anotar que los conceptos de Población Económica Activa, Empleo y Desempleo no fueron investigados como regularmente se hace en la encuesta de mercado laboral, por ende los análisis de los indicadores derivados de la ECV deben hacerse sobre la población restringida. Sin embargo, las ECV cuentan con preguntas que permiten entender el panorama laboral de la capital y sus localidades, esto es, se obtuvo información sobre la actividad principal (trabajar, buscar trabajo, estudiar, etc.) que realizaron las personas la semana anterior a las encuestas.

La Población en Edad de Trabajar - PET se define como la población de 12 años y más en la zona urbana, que para el caso de la ECV 2007, responderá a las 19 localidades urbanas y 10 años y más para la localidad rural de Sumapaz. La PET se clasifica en población ocupada, población desocupada y población inactiva. En la ECV 2007 la población ocupada (PO) está conformada únicamente por las personas que en la semana de referencia trabajaron la mayor parte del tiempo, de tal manera que esta población está subestimada, y en ningún caso será comparable con las cifras sobre ocupación publicadas por el DANE. Por otra parte, como población desocupada solo se captaron los desocupados que en la semana anterior a la realización de la encuesta buscaron trabajo la mayor parte del tiempo; por tanto, esta población se subestima en la encuesta. Así, la suma entre los Ocupados y los Desocupados constituye la Población Económicamente Activa (PEA).

La localidad de Santa Fe tiene una tasa de ocupación del 48,9, que representa el 1,4% de la población ocupada de la Bogotá y se ubica en la dieciochoava posición entre las localidades de Bogotá, únicamente superando a Sumapaz y la Candelaria. Según Perfil Económico Y Empresarial Localidad Santa Fe Cámara De Comercio 2007.

En la mesa de productividad donde participa el Hospital Centro Oriente, el Centro de Productividad de la localidad, la secretaría de desarrollo económico universidades, Secretaría de integración entre otras, para generar respuestas integrales enfocadas en generación de empleo aprovechamiento del recurso humano de la localidad en la oferta laboral de la localidad:

Según la narrativa de Santa Fe se la etapa de ciclo infancia de la Subdirección de Integración Social se reporta La deficiencia de ingresos en las familias generan múltiples situaciones que hacen que la armonía familiar se afecte, entre estas se citan: Problemas de desnutrición o malnutrición, inasistencia escolar, debido a que no se cuenta con dinero suficiente para cubrir gastos de posible desplazamiento, uniformes, útiles escolares, alimentación, vinculación temprana de niños y niñas al trabajo (en muchas ocasiones vinculación a peores formas de trabajo infantil), mendicidad, violencia intrafamiliar producto del estrés generado por la ausencia de recursos e ingresos insuficientes para el sostenimiento del hogar y bajos niveles educativos, hace que no sea evidente el espacio para la recreación de los niños y niñas

La encuesta de calidad de vida y salud 2007 indica para la localidad que el Índice de condición de calidad de vida es de 87.50, valor por debajo de Bogotá (90.10) como se observa en la Gráfica 18 y al de otras localidades como Candelaria y Los Mártires, así mismo en los cinco factores que componen el índice de Condiciones de Calidad de Vida, la localidad presentó resultados ligeramente inferiores a la ciudad en su conjunto.

La Encuesta de Calidad de Vida 2007 define la “Razón de Dependencia por edad” como la relación entre las personas en edades “dependientes”, menores de 15 años y mayores de 64 años, y las personas en edad “económicamente productivas” entre 15 y 64 años de una población. Esta razón también se define como la carga económica que soporta la proporción productiva de una población. En la localidad, este indicador es ligeramente inferior al de la ciudad.

Tabla 37. Razón de dependencia económica por edad en la localidad Santa Fe y Bogotá. 2007

Población	Santa Fe	Bogotá
Menor de 15 años	25.029	1.840.340
15-64	64.340	4.785.937
Mayor de 65	6.872	
Índice de dependencia económica	50	47
Índice de dependencia económica por puerilidad	39	38
Índice de dependencia económica por ancianidad	11	9
Población total	96.341	6.626.371

FUENTE: DANE. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. SDP. Dirección de información, Cartografía y Estadística.

En la localidad por cada 100 personas económicamente activas hay dependientes 39 niños menores de 15 años, y 11 adultos mayores de 64 años como lo muestra la Tabla 30.

A pesar de los esfuerzos desde el nivel Central en mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad, la brecha de pobreza en la localidad ha aumentado de 8.1 en 2003 a 9.2 en 2007; no se ha logrado disminuir las personas en miseria durante este periodo, esto acorde con el índice de calidad de vida que según lo encontrado desde la encuesta ha empeorado en 0.83 puntos. Además, como se observa en la Tabla 30, la proporción de personas de la localidad en situación de miseria y pobreza es superior a Bogotá lo cual plantea la necesidad de intervenciones para mejorar la calidad de vida de éstos habitantes de la localidad.

En el trabajo infantil y juvenil, se evidencia en éste territorio social, que los menores pueden estar como acompañantes de sus mayores sin ejercer la labor como vendedores, exponiéndose a las mismas contingencias que los adultos al involucrarse en la actividad laboral convirtiéndose en menores trabajadores.

Estos menores se encuentran en fragilidad evidente al estar expuestos a procesos productivos diseñados para adultos con las consecuencias que de ello se derivan, como el desgaste físico y mental cuando aún no han terminado el proceso de crecimiento. Ante las dificultades económicas de sus familias, estos menores y jóvenes toman roles de adulto asumiendo trabajos mal remunerados o sin ninguna remuneración en calles o en los buses, vendiendo dulces como malabaristas en los semáforos y realizando diferentes actividades para colaborar con su sustento diario y el de su familia.

En la localidad de Santa Fe particularmente es recurrente la presencia de menores laborando en las calles, vendiendo dulces y cigarrillos, pidiendo limosna especialmente de etnias indígenas como los Emberá o realizando maromas en los semáforos, entre otros. A ello se suma que por condiciones socioeconómicas, estos menores presentan mal nutrición: en el caso de jóvenes trabajadores, la mayoría de las veces son subempleados y explotados debido a que son mano de obra barata con necesidad de trabajar.

En la caracterización realizada por Salud a su Casa se encuentra un predominio de jóvenes hombres en situación laboral desempeñando diferentes oficios, en el caso de las adolescentes éstas se desempeñan como cuidadoras, artesanas o en labores domésticas lo que dificulta su visibilización. Por último cabe anotar que Santa Fe es la tercera localidad en presencia de trabajo informal en jóvenes lo que supone una no inserción en una trayectoria laboral que signifique expectativas de ascenso para ellos.

La proporción de personas ocupadas en la localidad que trabajan por su cuenta está en el 34,8%, lo cual no garantiza las condiciones mínimas de seguridad social, acceso a servicios de salud, vivienda y alimentación adecuada, tiempos y espacios para el esparcimiento, crecimiento personal y el libre desarrollo del proyecto de vida.

Caso especial es el adulto y adulta mayor, por cuanto son rotulados con envejecimiento laboral no aptos para trabajar ni productivos para la sociedad, perdiendo la posibilidad de aportar a los ingresos familiares, convirtiéndose en dependientes de sus familias o del estado.

Las situaciones problemáticas mencionadas dan lugar al siguiente núcleo problemático transversal a las tres localidades del centro y que afectan la calidad de vida de todas las etapas de ciclo vital:

Núcleo Problemático

Bajo aprovechamiento del suelo y pérdida creciente de población tradicional en el Centro, que contrasta con el aumento de la población en condiciones de vulnerabilidad, que incrementan el deterioro físico, social, urbanístico y ambiental del territorio, acentuando la falta de funcionalidad del territorio.

El tema generador trabajado desde lo transectorial es: Fortalecimiento de la implementación del Plan Centro que abarca el conjunto de iniciativas públicas, privadas y comunitarias de corto, mediano y largo plazo que logren el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos del Centro.

En el equipo transectorial de la localidad se prioriza este núcleo debido a que la comunidad en las mesas territoriales y en los CLOPS ha manifestado preocupación e incertidumbre e cuanto a el plan centro que los esta afectando en el desarraigo de su territorio, junto con su cultura y proyecto de vida que hasta el momento han tenido. Este plan Centro afecta a los habitantes de las localidades La Candelaria, Los Mártires y Santafé, 40 barrios en el caso de la localidad Santafé, cuatro en La Candelaria y 40 más si se revisan en su conjunto Los Mártires y Teusaquillo, este último también afectado por el Plan, aunque en forma colateral.

Este es un plan producto de la globalización que promete internacionalizar a Bogotá y a Colombia y que no ha tenido en cuenta a cuantas personas afecta con el desplazamiento interno y con el desarraigo cultural y ancestral de las comunidades que han habitado el Centro de varias generaciones anteriores. La problemática radica en que los dueños del plan parcial están comprando los predios a unos precios que no les permite a los propietarios comprar en otro lugar, ya que los pagos no alcanzan para adquirir otra vivienda en condiciones similares. A su vez estos predios van a aumentar de estrato cuando sean construidos según lo indican las páginas de internet que presentan los macro proyecto que allí se van a desarrollar.

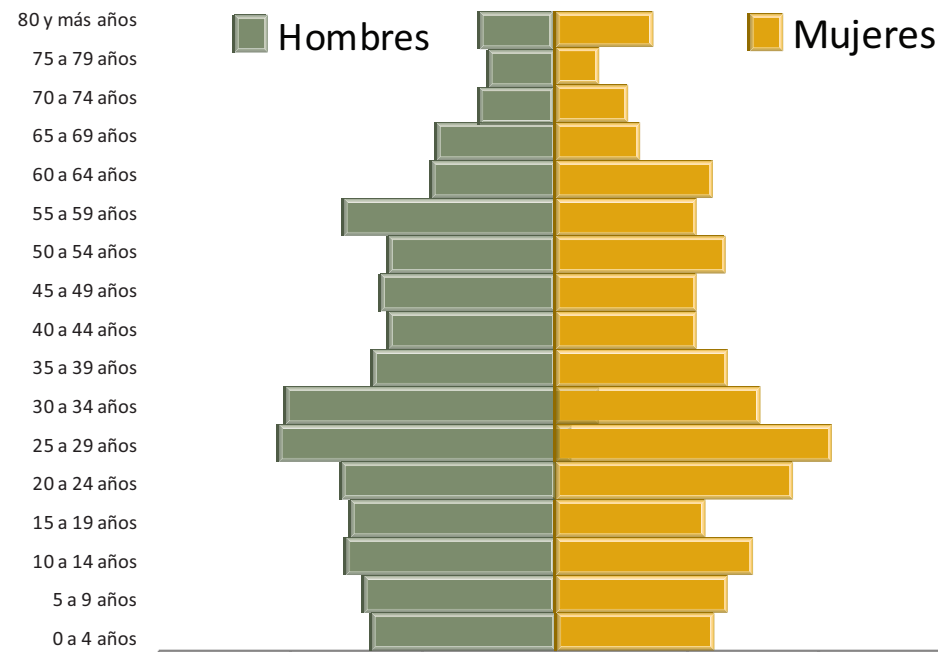
Como una disposición jurídica para comprar debía estar la mayoría de acuerdo, se llegaron a comprar manzanas enteras hasta alcanzar el porcentaje meta. Así cercaron a los pequeños propietarios que salían despavoridos ante la devaluación paulatina de sus hogares, el deterioro de barrios y casas vecinas, además de la proliferación de delincuencia común, instalada con ese fin.

3.3 Territorio 2

El territorio social 2 de la Localidad Santa Fe se denomina territorio de población flotante y vulnerable, dado que allí se ubica la oferta comercial, administrativa y financiera de la localidad. (Ver mapa 23). Este comprende 9 barrios de las UPZ Sagrado Corazón (91) y UPZ Nieves (93). La UPZ Sagrado Corazón (91) cuenta con 6 barrios Parque Central Bavaria, Sagrado corazón, San Diego, San Martín, Torres del Parque y La Merced; y. La UPZ Nieves (93) cuenta con 5 barrios, Alameda, Capuchina, Veracruz, Las Nieves y Santa Inés¹⁴³.

De acuerdo a la caracterización de salud a su casa el territorio social 2 entre el periodo del 2004 y el 2009, que son (1200 familias), se cuenta con la siguiente pirámide poblacional.

PIRAMIDE POBLACIONAL SALUD A SU CASA TERRITORIO DE GESTION SOCIAL INTEGRAL 2 SANTA FE AÑOS 2004-2009.

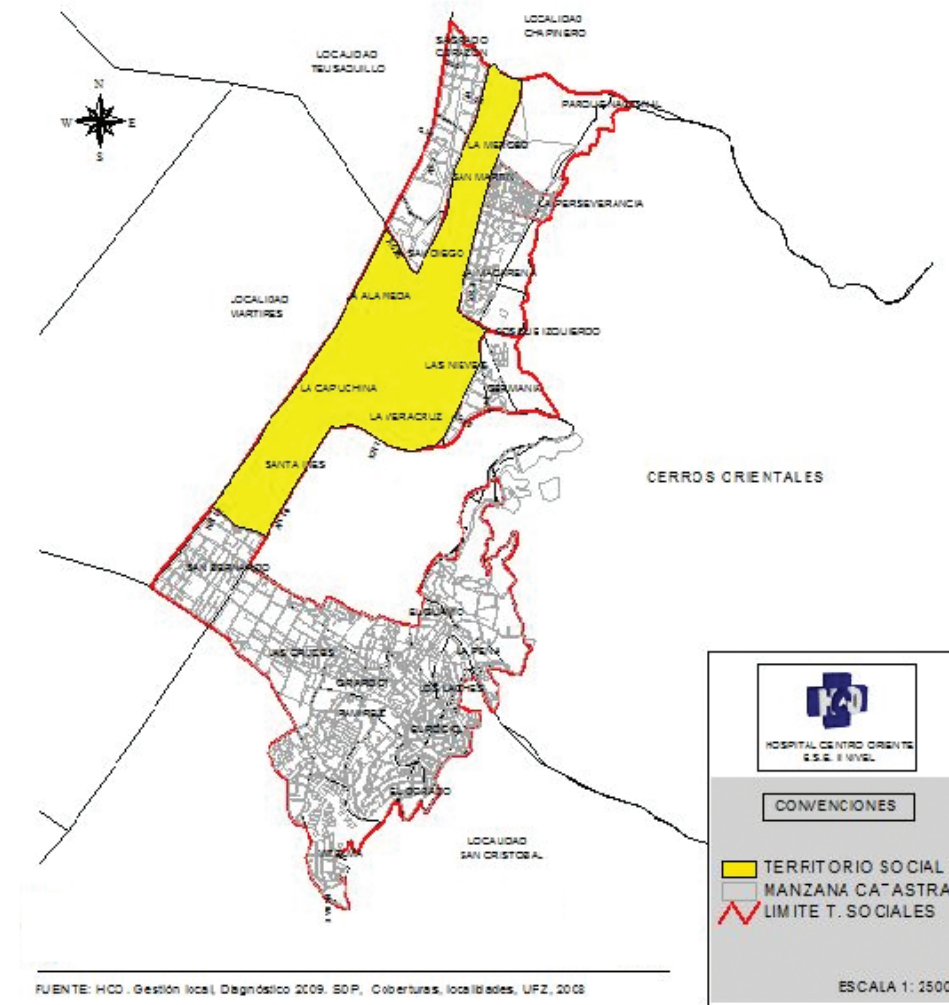


FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

Para el género masculino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 25-29 con un 10% del total de los hombres del territorio, para el género femenino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 25-29 con un 10.2% del total de la población femenina del territorio. Existe mayor número de mujeres que de hombres dentro del territorio.

143 SDP. Conociendo la localidad de Santa Fe. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009.

Mapa 23. Territorio social 2. Localidad Santa Fe.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

El territorio cuenta con bienes de interés cultural, de éstos 166 se ubican en la UPZ Sagrado Corazón y 208 en la UPZ Las Nieves. En la UPZ Sagrado Corazón se ubican el edificio Ecopetrol, Parque Nacional Olaya Herrera, el museo Nacional, Iglesia San Diego, el conjunto residencial El Parque, Teatro Teusaquillo, el edificio Falcas, el edificio Cavas, la parte antigua del colegio María Auxiliadora, el colegio San Bartolomé La Merced, el Centro Internacional, el Planetario Distrital, el Kiosco de la Luz, Edificio Sociedad Colombiana de Arquitectos.

En la UPZ Las Nieves se localizan la iglesia de Las Antiguas, el edificio Cité Restrepo, el edificio Colpatria, el museo de Arte Moderno, el teatro Embajador, la iglesia Evangélica Presbiteriana, la Personería de Bogotá, el antiguo teatro México, actual auditorio de la universidad Central, la iglesia de Las Nieves, el hotel El Parque, el colegio distrital Santa Inés, el pasaje Mercedes, el edificio Colseguros, el edificio Colombiana de Seguros, el museo del Oro, el edificio del ICFES; el edificio Flota Mercante, Facultad de música de la universidad Central y Universidad INCCA¹⁴⁴.

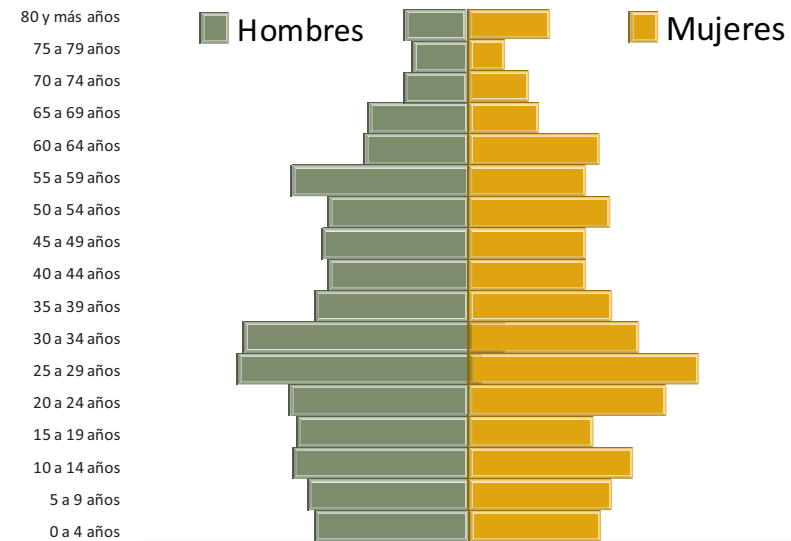
144 Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Santa Fe. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009.

Con relación al equipamiento educativo el territorio social cuenta con 5 colegios oficiales, 12 no oficiales, 45 Universidades y 14 instituciones universitarias, tecnológicas, de régimen especial y técnicas. La UPZ Sagrado Corazón cuenta con 3 colegios oficiales, 3 colegios no oficiales, 11 universidades, 3 instituciones universitarias y 1 técnica. La UPZ Nieves cuenta con 2 colegios oficiales, 9 colegios no oficiales, 34 universidades, 5 instituciones universitarias, 1 institución tecnológica, 1 institución de régimen especial, 3 técnicas¹⁴⁵.

Con relación al equipamiento en salud el territorio cuenta con 6 IPS de primer nivel ubicadas en la UPZ Sagrado Corazón (entre ellas 3 CAMI). La UPZ Nieves no cuenta con equipamiento en salud¹⁴⁶. También cuenta con 348 IPS privadas, de las cuales 164 IPS se ubican en la UPZ Sagrado Corazón y la 184 IPS en la UPZ Nieves¹⁴⁷.

Desde salud a su casa de la caracterización de las familias para el territorio social 2 se identificó la población por etapa de ciclo así: dentro de los subgrupos por etapas encontramos que el mayor porcentaje para el año 2004 se presentó en el subgrupo de adulto joven con un 40.0%, para el año 2005 en el subgrupo de adulto con un 25.4%, para el año 2006 para el subgrupo de pre-adolescentes, Juventud, Adulto joven y Adulto con un 25.0%, para cada uno, para el año 2007 en el subgrupo de Adulto Joven con un 21.9%, para el año 2008 en el subgrupo de Adulto Joven con un 23.2% y para el año 2009 el mayor porcentaje se presentó para el subgrupo de Juventud con un 27.3% como lo muestra la tabla Población por subciclo vital.

Pirámide Poblacional Salud a Su Casa Territorio de Gestión Social Integral 2. Localidad de Santa Fe
Años 2004-2009.



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

145 Secretaría Distrital de Planeación, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Planes Maestros de Equipamientos Educativos, Decreto 449 del 2006, Bogotá D. C. Inventario previo de los equipamientos de educación superior, Bogotá D. C., 2009.

146 Secretaría Distrital de Planeación, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud, Decreto 318 del 2006, Bogotá D. C.

147 Secretaría Distrital de Planeación, dirección de información, cartografía y estadística, archivo base de datos de IPS, 2006, Bogotá D. C.

Para el género masculino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 25-29 con un 10% del total de los hombres del territorio, para el género femenino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 25-29 con un 10.2% del total de la población femenina del territorio. Existe mayor número de mujeres que de hombres dentro del territorio.

3.3.1 Núcleo problemático

Familias con escasos recursos económicos y pocas oportunidades laborales vinculadas a trabajo informal, deserción escolar, explotación laboral infantil, práctica de la prostitución, vulnerando el derecho al trabajo, a la seguridad económica, a la seguridad y a la alimentación.

Las personas asistentes a los núcleos de gestión la problemática de desempleo y la falta de oportunidades laborales; las difíciles condiciones socioeconómicas en este territorio, corroboradas por la encuesta realizada por Salud a su casa hace que exista por parte de los jóvenes una vinculación a la actividad laboral a temprana edad pudiéndolos obligar a desertar prematuramente del sistema escolar, asumiendo el rol de adultos que aún no les corresponde; esta misma situación toca a los adultos quienes al ser encuestados por el equipo de salud se auto perciben como trabajadores no calificados desempeñando labores de trabajo independiente.

Se presenta igualmente, ocupación del espacio público, principalmente por vendedores informales, quienes se ven abocados a vender en las calles para conseguir algún ingreso familiar, es de destacar el esfuerzo del Instituto para la Economía Social (IPES), en la reubicación de vendedores, sin embargo, las medidas tomadas han resultado insuficientes para atender el total de la población vendedora informal debido a que por las condiciones socioeconómicas de los habitantes del territorio, más ciudadanos se dedican a este tipo de trabajo ante la problemática de desempleo.

En los recorridos llevados a cabo por las profesionales del ámbito laboral en este territorio se observa que el trabajo informal ambulante se basa en el reciclaje, venta en plaza de mercado y ventas ambulantes acompañando algunos menores a sus padres.

Esta problemática se presenta en Niños y jóvenes trabajadores especialmente de los estratos 1 y 2, quienes pueden estar como acompañantes de sus mayores en jornadas alternas a su estudio especialmente en época de vacaciones estudiantiles, sin ejercer la labor como vendedores, exponiéndose a las mismas contingencias que los adultos al involucrarse en la actividad laboral convirtiéndose en menores trabajadores.

En la caracterización realizada por Salud a su Casa se encuentra un predominio de jóvenes hombres en situación laboral desempeñando diferentes oficios, en el caso de las adolescentes estas se desempeñan como cuidadoras, artesanas o en labores domésticas lo que dificulta su visibilización.

El empleo es aquella relación establecida entre dos personas naturales o entre una persona natural y una jurídica mediada por un vínculo laboral formal que incluye el pago de seguridad social y las prestaciones de Ley.

Dentro del territorio 2 el tipo de empleo que predominó entre los años 2004 al 2009 fueron Trabajadores no Formales el cual hace referencia a las personas que realizan alguna actividad económica de la cual deriva su sustento, dicha actividad por lo general no es constante o permanente y con ella no alcanza a devengar un salario mínimo para ser aportante al SGSSS, por tanto no pertenece al Régimen Contributivo. Esto es acorde con las características sociales del desempleo y subempleo donde al hacer el acercamiento de las familias refieren ser más vendedores ambulantes, vendedores en los semáforos, condiciones no favorables para la salud de las personas.

La proporción de personas adultas ocupadas en la localidad que trabajan por su cuenta está en el 34,8% lo cual no garantiza las condiciones mínimas de seguridad social, acceso a servicios de salud, vivienda y alimentación adecuada, tiempos y espacios para el esparcimiento, crecimiento personal y el libre desarrollo del proyecto de vida. En el caso particular de desplazados y grupos étnicos, su medio de sustento se encuentra relacionado con la venta de artesanías, hierbas medicinales, venta de fantasía y bisutería y el trabajo doméstico; sin embargo, desde la mesa de productividad, se ha identificado la necesidad de crear mecanismos de capacitación y formación e inclusión de las y los adultos para adquirir un trabajo digno que supla las necesidades básicas personales y familiares.

Teniendo en cuenta que los bajos ingresos y la falta de empleo inciden en la adecuada alimentación de la población local, el 2.4% de sus habitantes tuvieron que recurrir a los programas de apoyo alimentario oficiales o de Organizaciones no gubernamentales (ONG), encontrando barreras de acceso a estos por los requerimientos establecidos, ejemplo de ello es el estrato (1y 2) exigido para la inclusión a esta ayuda. Se manifiesta entonces que hay vulneración del derecho al trabajo ya que cuando no hay ofertas laborales suficientes o que a las existentes la población no puede acceder por que no están formados para ellas o no tienen la suficiente experiencia determina de cierta manera exclusión y ello hace que también se vulnere el derecho a la alimentación porque no se tiene el recurso económico suficiente para adquirir una canasta alimenticia básica influyendo en la cantidad y calidad y de que el número de tiempos de comida disminuyan en la mayoría de los casos a uno y de baja calidad.

Se reconoce que el déficit nutricional en la población de la localidad es alto, afectando principalmente a niños y niñas. Es así como la tasa de bajo peso al nacer por 1000 nacidos vivos para la localidad ha ido en aumento del 12.6 para el 2007; 13.9 para el 2008 a 15 en el 2009. En jóvenes y adultos, en cuanto no existen programas de control nutricional específico para estos dos grupos de población, su principal identificación se centra en la demandas de los comedores comunitarios. Para el caso de las personas mayores, según datos reportados del diagnóstico nutricional realizado a usuarios de los comedores comunitarios, se observó que el 75,34% de los usuarios presentaron un diagnóstico nutricional normal sin embargo un porcentaje representativo presento sobre peso (14.62%) y sólo el 4.74% presenta bajo peso.

Estas problemáticas son causadas en la dimensión singular por las condiciones de fragilidad social de las familias que habitan este territorio que no favorecen el acceso a la alimentación adecuada debido a los bajos ingresos, desempleo, subempleo y empleo informal, alimentos costosos por intermediarios, aumento de hogares con malas condiciones socioeconómicas, malas prácticas de higiene, condiciones ambientales deficientes y hábitos alimentarios inadecuados que directamente inciden en el aprovechamiento biológico de los alimentos.

Por tanto los derechos que se consideran afectados son: Trabajo, vivienda, seguridad económica, seguridad alimentaria y justicia.

En la Mesa del territorio social 2, en la lectura de necesidades, la mesa se queja de: "Familias con escasos recursos económicos y pocas oportunidades laborales vinculadas a trabajo informal, deserción escolar, explotación laboral infantil, practica de la prostitución, vulnerando el derecho al trabajo, a la seguridad económica, a la seguridad y a la integridad personal". Pertenece este territorio a una zona crítica según el centro de convivencia y seguridad ciudadana Distrital donde se encuentran sectores comerciales, industriales o donde se prestan múltiples servicios que atraen alta población flotante sobre todo en horas pico, pero que son desolados en la franja nocturna. Cuenta con una importante oferta de transporte público y privado que genera zonas de parqueo y paraderos informales, invasión de espacio público, contaminación visual y auditiva; características que crean congestión, aglomeración y facilitan la ocurrencia de delitos contra el patrimonio como el hurto a persona (raponazo, fleteo y cosquilleo en el día y atraco en la noche), hurto a establecimiento comercial (atraco o descuido en el día y en la noche violación de chapas o

utilización de llaves maestras) y hurto a vehículos y motos (halado en el día y atracos en la noche) todo esto, sin excluir los otros delitos.

En este territorio, se encuentra un buen número de vendedores ambulantes entre los que se encuentran personas indígenas (kichwa e Ingas) y desplazadas, que en un 75% corresponden a población flotante que no vive en la localidad; este tipo de actividad, es tomada como estrategia de supervivencia por todas las etapas de ciclo vital al carecer de acceso a un trabajo digno, especialmente para integrantes de hogares estratos 1 y 2 quienes respondieron en más de un 40%, estar desempleados al momento de la encuesta de salud a su casa.

En los barrios Consuelo, La Peña, san Dionisio, San Bernardo, Mirador, Gran Colombia, Balcón, Cartagena, triunfo, Cruces, Girardot, Ramírez, Santa Rosa Y Dorado, Rocío Bajo, Medio, Alto, Lourdes, Guavio, Perseverancia, Laches, Fátima, Verjón, Turbay Ayala, Los cerezos, Capuchina, Aguas, Veracruz, Nieves, La paz, y Alameda correspondientes a los microterritorios abordados desde salud a su casa, se manifiesta por parte de las personas asistentes a los núcleos de gestión la problemática de desempleo y la falta de oportunidades laborales; Las difíciles condiciones socioeconómicas en este territorio, corroboradas por la encuesta realizada por Salud a su casa hace que exista por parte de los jóvenes una vinculación a la actividad laboral a temprana edad pudiéndolos obligar a desertar prematuramente del sistema escolar, asumiendo el rol de adultos que aún no les corresponde, esta misma situación toca a los adultos quienes al ser encuestados por el equipo de salud se auto perciben como trabajadores no calificados desempeñando labores de trabajo independiente.

Se presenta igualmente, ocupación del espacio público principalmente por vendedores informales, quienes se ven abocados a vender en las calles para conseguir algún ingreso familiar, es de destacar el esfuerzo del Instituto para la Economía Social (IPES), en la reubicación de vendedores, sin embargo las medidas tomadas han resultado insuficientes para atender el total de la población vendedora informal debido a que por las condiciones socioeconómicas de los habitantes del territorio, más ciudadanos se dedican a este tipo de trabajo ante la problemática de desempleo¹⁴⁸.

En los recorridos llevados a cabo por las profesionales del ámbito laboral en este territorio, se observa que el trabajo informal ambulante se basa en el reciclaje, venta en plaza de mercado y ventas ambulantes acompañando algunos menores a sus padres.

Esta problemática se presenta en Niños y jóvenes trabajadores especialmente de los estratos 1 y 2, quienes pueden estar como acompañantes de sus mayores en jornadas alternas a su estudio especialmente en época de vacaciones estudiantiles, sin ejercer la labor como vendedores, exponiéndose a las mismas contingencias que los adultos al involucrarse en la actividad laboral convirtiéndose en menores trabajadores¹⁴⁹

En la caracterización realizada por Salud a su Casa¹⁵⁰ se encuentra un predominio de jóvenes hombres en situación laboral desempeñando diferentes oficios, en el caso de las adolescentes estas se desempeñan como cuidadoras, artesanas o en labores domesticas lo que dificulta su visibilización.

La proporción de personas adultas ocupadas en la localidad que trabajan por su cuenta está en el 34,8% lo cual no garantiza las condiciones mínimas de seguridad social, acceso a servicios de salud, vivienda y alimentación adecuada, tiempos y espacios para el esparcimiento, crecimiento personal y el libre desarrollo del proyecto de vida. En el caso particular de desplazados y grupos étnicos, su medio de sustento se encuentra relacionado con la venta de artesanías, hierbas medicinales, venta de fantasía y bisutería y el trabajo doméstico; sin embargo, desde la mesa de productividad, se ha

¹⁴⁸ Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Unidad de análisis para marco situacional de adultez. Localidad .2010

¹⁴⁹ Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. Red De Los trabajadores. Localidad Evidenciado en recorridos por el territorio social 2.2009

¹⁵⁰ Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. SASC. Localidad .2009

identificado la necesidad de crear mecanismos de capacitación y formación e inclusión de las y los adultos para adquirir un trabajo digno que supla las necesidades básicas personales y familiares.

Caso especial es adulto mayor, por cuanto son rotulados con envejecimiento laboral no aptos para trabajar ni productivos para la sociedad, perdiendo la posibilidad de aportar a los ingresos familiares, convirtiéndose en dependientes de sus familias o del estado.

Si bien es cierto que este territorio cuenta en un buen porcentaje con servicios públicos aún existe un 15% de hogares que no cuentan con ellos según lo reportado por Salud a su casa, lo que puede estar unido a la aparición de enfermedades infecto contagiosas, desnutrición temprana en los menores de cinco años y el posterior desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades coronarias, hipertensión arterial y caries dental.

Teniendo en cuenta que los bajos ingresos y la falta de empleo inciden en la adecuada alimentación de la población local, el 2.4% de sus habitantes tuvieron que recurrir a los programas de apoyo alimentario oficiales o de Organizaciones no gubernamentales (ONG), encontrando barreras de acceso a estos por los requerimientos establecidos, ejemplo de ello es el estrato (1y 2) exigido para la inclusión a esta ayuda. Se manifiesta entonces que hay vulneración del derecho al trabajo ya que cuando no hay ofertas laborales suficientes o que a las existes la población no puede acceder por que no están formados para ellas o no tienen la suficiente experiencia determina de cierta manera exclusión y ello hace que también se vulnere el derecho a la alimentación porque no se tiene el recurso económico suficiente para adquirir una canasta alimenticia básica influyendo en la cantidad y calidad y de que el número de tiempos de comida disminuyan en la mayoría de los casos a uno y de baja calidad.

En el territorio se encuentra una adecuada oferta de alimentos por la presencia de la Plazas como Perseverancia, Cruces y tiendas de barrio. Respecto a la calidad de los alimentos, la mayor dificultad se centra alrededor del inadecuado manejo de estos por parte de los expendedores en tiendas, lo que se refleja en el alto número de estos establecimientos con concepto sanitario pendiente, representando un alto riesgo en el consumo de alimentos ya que no se está garantizando su inocuidad y por tanto incidiendo directamente en el Aprovechamiento Biológico teniendo en cuenta que este está determinado por la condición de salud de las personas y por la calidad de los alimentos consumidos y que por lo tanto, es necesario tener en cuenta los determinantes del proceso salud-enfermedad y su relación con las condiciones de saneamiento y agua potable, para evitar la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias que afectan el estado de salud y el aprovechamiento de los nutrientes de manera adecuada.

Se reconoce que el déficit nutricional en la población de la localidad es alto, afectando principalmente a niños y niñas. Es así como la tasa de bajo peso al nacer por 1000 nacidos vivos para la localidad ha ido en aumento del 12.6 para el 2007; 13.9 para el 2008 a 15 en el 2009. El bajo peso al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del niño durante el primer año de vida. Este indicador refleja también la calidad del control prenatal recibido por la madre. Entre los múltiples factores asociados a bajo peso al nacer se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre. Por otra parte en cuanto a la prevalencia de desnutrición crónica, Aguda y Global en menores de 10 años de un total de 308 y 326 niños y niñas que entraron a la base de datos del SISVAN a través de la consulta externa durante los meses de Enero y Febrero del 2009 el 24 y 21.4% presentaron Desnutrición Crónica y entre el 25.6 y el 27.6 % se encontraron a riesgo de presentarla. Respecto a la desnutrición aguda el 11 % presentaron desnutrición y entre el 13.6 y el 14.7 % se encontraron a riesgo, el porcentaje de déficit tanto en peso como en talla para la edad, es bastante elevado La desnutrición crónica ha venido en aumento especialmente en los barrios Lourdes, Santa rosa, Guavio, Turbay Ayala, y el Consuelo, debido a factores como: costumbres y hábitos alimentarios no acordes con las necesidades nutricionales, escasos recursos económicos

y el consumo principalmente de alimentos del grupo 1 (cereales, tubérculos y plátanos) alimentos que son más accesibles a su capacidad económica .

A pesar de contar con programas y ayudas para intervenir ésta problemática, cuando se focaliza, los niños que requieren ser remitidos a programas de complementación alimentaria por presentar déficit especialmente en peso, solo se tiene en cuenta como punto de corte aquellos que se encuentran por debajo de -2 desviaciones estándar (riesgo alto) en el indicador peso /edad “. Significando una tendencia a aumentar los índices de desnutrición crónica si se tiene en cuenta que ella se presenta por carencia proteico- calórica prolongada en el tiempo. En jóvenes y adultos, en cuanto no existen programas de control nutricional específico para estos dos grupos de población, su principal identificación se centra en la demandas de los comedores comunitarios.

Para el caso de las personas mayores, según datos reportados del diagnóstico nutricional realizado a usuarios de los comedores comunitarios, se observo que el 75,34% de los usuarios presentaron un diagnóstico nutricional normal sin embargo un porcentaje representativo presento sobre peso (14.62%) y sólo el 4.74% presenta bajo peso. Significa ello que hay que hacer ajustes en la minuta Patrón teniendo en cuenta que no siempre sus costumbres y hábitos alimentarios están acordes con sus necesidades nutricionales y que el consumo de alimentos está determinado por escaso recurso económico de que disponen en el evento de que dispongan de él consumiendo principalmente alimentos del grupo 1 cuyo aporte nutricional está dado principalmente por alimentos energéticos que son más accesibles a su capacidad económica. Cabe anotar que el acceso se realiza básicamente a través del hogar, en tanto unidad económica, mientras el consumo sucede en la familia como unidad social y cultural cuando ella existe.

Cabe destacar que el territorio cuenta con doce comedores comunitarios donde el 75% de los usuarios presentan un peso adecuado para la talla, 14,6% con sobrepeso y el 4,7% con bajo peso, sin embargo, estos datos deben ser analizados cuidadosamente debido a que existe rotación alta de comunidad para este servicio de apoyo alimentario .

Por tanto los derechos que se consideran afectados son: Trabajo, vivienda, seguridad económica, seguridad alimentaria y justicia.

Estas problemáticas son causadas; en el nivel singular por condiciones de fragilidad social de los territorios 1 y 2, el poblamiento histórico del territorio por familias campesinas y desplazadas, el bajo nivel educativo en las personas jóvenes que se ven forzadas a aceptar empleos informales, la tasa de desempleo presentada, se relaciona negativamente con los grupos de edad. Las condiciones económicas de las familias que favorecen la vinculación de los niños y jóvenes al mercado laboral.

En el nivel particular, las causas se relacionan con las reformas laborales, créditos para emprendedores de difícil acceso y respuestas del estado, estas últimas fraccionadas, desintegradas e insuficientes para la problemática presentada.

En el nivel general, el sistema educativo forma para la consecución de empleo y no para generar empleo, la tradición cultural de la informalidad “está principalmente determinada por otras características tales como la ausencia de registros contables, el no pago de impuestos y contribuciones parafiscales y el bajo monto de los activos¹⁵¹.

151 Instituto para la Economía Social IPES. (2008). El sector informal y los micro-establecimientos en Bogotá. En http://www.ipes.gov.co/pa_vendedores.aspx. Población Atendida: Vendedores informales. Alcaldía Mayor. Bogotá.

Potencialidades del territorio

- Centro de productividad (alcaldía local Santa Fe)
- Federación nacional de comerciantes. FENALCO
- Secretaría distrital de desarrollo económico
- Sena
- Centro de desarrollo comunitario Lourdes (Secretaría para la integración social)
- Instituciones para la economía social IPES
- Cámara de comercio
- Acopi
- Junta administradora local
- Sub dirección local de integración social
- Hospital centro oriente
- Dansocial
- IDIPRON
- Contar con dos plazas de mercado
- Comedores comunitarios

3.3.2 Núcleo problemático

Deficientes condiciones ambientales producto de la presencia de vendedores ambulantes, quienes hacen uso inadecuado del espacio público y produciendo contaminación visual, auditiva, e inadecuado manejo de los alimentos; Alta presencia de comercio formal que desconoce la normatividad en torno al medio ambiente; Distribución y consumo de sustancias psicoactivas, generando inseguridad en el sector; presencia de residuos sólidos y excretas humanas en el espacio público, la subutilización de los parques y de sitios de esparcimiento para el disfrute del ocio recreativo, generada por la situación de inseguridad, condiciones deficientes de aseo; vulnerando los derechos a un ambiente sano la recreación el deporte y la cultura .

Presencia de habitante de calle y población flotante, sin sentido de pertenencia, que genera conflictos de convivencia con los residentes del sector, percepción de inseguridad, presencia de excretas humanas en espacio público; aumento de las basuras, problemas de movilidad.

Estos núcleos problemáticos fueron identificados en la mesa territorio social 2

El territorio social cuenta con un total de población de 19.652 personas correspondientes a 5.879 personas ubicadas en la UPZ Sagrado Corazón y 13.773 personas en la UPZ Nieves. Así, el 17.8% de los habitantes de la localidad se ubican en éste territorio social. Con relación a las características socio-económicas las UPZ Nieves y Sagrado corazón concentran la población ubicada en el estrato 3

medio bajo excepto el barrio Santa Inés que presenta estratificación 2, y en la UPZ Sagrado corazón residen 1.983 personas de estrato 4 (medio).

El uso del suelo del territorio es comercial. Con relación a la actividad económica en el territorio social se encuentran 16.520 establecimientos, de ellos 2.331 se encuentran ubicadas en la UPZ Sagrado Corazón y 14.189 en la UPZ Nieves. De los establecimientos de la UPZ Sagrado Corazón el 74.8% (1.743 establecimientos) corresponden a servicios, el 11.4% (265 establecimientos) a comercio y el porcentaje restante a industria (3.4%), 2% (desocupado) entre otros.

Pertenece este territorio a una zona crítica según el centro de convivencia y seguridad ciudadana Distrital donde se encuentran sectores comerciales, industriales o donde se prestan múltiples servicios que atraen alta población flotante sobre todo en horas pico, pero que son desolados en la franja nocturna. Cuenta con una importante oferta de transporte público y privado que genera zonas de parqueo y paraderos informales, invasión de espacio público, contaminación visual y auditiva; características que crean congestión, aglomeración y facilitan la ocurrencia de delitos contra el patrimonio como el hurto a persona (raponazo, fleteo y cosquilleo en el día y atraco en la noche), hurto a establecimiento comercial (atraco o descuido en el día y en la noche violación de chapas o utilización de llaves maestras) y hurto a vehículos y motos (halado en el día y atracos en la noche) todo esto, sin excluir los otros delitos.

En el territorio 2 Salud a su casa (SASC) ha trabajado con los micro territorios, ubicados especialmente en las UPZ 93 y 91 como se observa en la tabla 27 donde se han caracterizado familias de estratos uno y dos, canalización a servicios, verificación de asistencia a programas, seguimientos, entre otros. Para la caracterización que hace salud a su casa entre el 2004 y el 2009, se encuentran los siguientes hallazgos:

En este territorio, se encuentra un buen número de vendedores ambulantes entre los que se encuentran personas indígenas (kichwa e Ingas) y desplazadas, que en un 75% corresponden a población flotante que no vive en la localidad; éste tipo de actividad, es tomada como estrategia de supervivencia por todas las etapas de ciclo vital al carecer de acceso a un trabajo digno.

Se presenta igualmente ocupación del espacio público, principalmente por vendedores informales, quienes se ven abocados a vender en las calles para conseguir algún ingreso familiar , es de destacar el esfuerzo del Instituto para la Economía Social (IPES), en la reubicación de vendedores, sin embargo, las medidas tomadas han resultado insuficientes para atender el total de la población vendedora informal debido a que por las condiciones socioeconómicas de los habitantes del territorio, más ciudadanos se dedican a este tipo de trabajo ante la problemática de desempleo .

Riesgos ambientales (Remoción en masa, incendio, sismo, inundación, contaminación ambiental)

Dentro de las familias que presentaron algún tipo de riesgo el 39.7% que corresponde a 322 familias refieren que su vivienda presenta algún tipo de riesgo ambiental.

Para el año 2007 dentro de los riesgo que se observaron en la vivienda el mayor porcentaje se presento para sismos evidenciándose 83 familias que corresponden al 12.0% Hay que tener en cuenta que para el año 2007 se presento un mayor número de caracterizaciones del territorio, (691 familias).

Se observa que el 25.3% de las familias caracterizadas entre el año 2004 y el año 2009 conviven con animales siendo más alto este porcentaje para el año 2004, Y 2006 ya que la familia caracterizada refirió convivir con animales como se observa en la grafica 12.

De éstos, la UPZ Sagrado Corazón cuenta con 12 (8 espacios de expresión¹⁵³ y 4 dedicados a la memoria y avance cultural¹⁵⁴). La UPZ La Macarena cuenta con 9 equipamientos (2 dedicados al encuentro y cohesión social¹⁵⁵, 4 espacios de expresión y 3 dedicados a la memoria y avance cultural).

Respecto al equipamiento de bienestar social el territorio cuenta con 53 edificaciones y dotaciones destinadas al desarrollo y a la promoción del bienestar social UPZ Sagrado Corazón cuenta con 28 relacionados con asistencia básica¹⁵⁶. En la UPZ La Macarena se ubican 25 de los cuales 24 corresponden a asistencia básica y 1 a administración, información y recepción a grupos sociales específicos¹⁵⁷.

Con relación a equipamientos deportivos y recreativos¹⁵⁸ la UPZ Sagrado Corazón cuenta con 1 una plaza y La Macarena cuenta con 1 club¹⁵⁹. Y con respecto a los parques, el territorio social cuenta con 26 parques de los cuales la UPZ Sagrado Corazón tiene 13 (3 parques de bolsillo, 6 vecinales, 3 parques metropolitanos y 1 escenario deportivo) y la UPZ La Macarena 13 (2 parques de bolsillo, 3 vecinales)¹⁶⁰.

Este territorio cuenta con varios parques de bolsillo y el Parque de la Independencia ubicado sobre la Av. Calle 26 y Cra. 5 y 7, que es bastante utilizado por las personas que transitan diariamente en el sector, para la caminata y el disfrute de la naturaleza y vegetación y con presencia de adultos y jóvenes estudiantes realizando lectura o actividades de descanso, sin embargo se presume que muchas de estas personas no viven necesariamente en el sector.

Con respecto al equipamiento en salud, la UPZ Sagrado Corazón cuenta con 6 IPS de primer nivel (entre ellas 3 CAMI). Además, el territorio cuenta con 178 IPS privadas, de las cuales 164 se ubican en la UPZ Sagrado Corazón y 12 en la UPZ La Macarena.

En cuanto al equipamiento educativo, la UPZ La Macarena cuenta con 1 colegio oficial, 4 colegios no oficiales, 5 Universidades y 2 centros de investigación¹⁶¹, en tanto que la UPZ Sagrado Corazón cuenta con 3 colegios oficiales, 3 colegios no oficiales, 11 universidades, 3 instituciones universitarias y 1 técnica.

¹⁵³ Los espacios de expresión se refieren a las dotaciones para la presentación de espectáculos artísticos y de las expresiones culturales.

¹⁵⁴ Los equipamientos dedicados a la memoria colectiva y el avance cultural son aquellos donde se depositan en forma permanente los objetos representativos de la memoria colectiva y el avance cultural, científico, tecnológico y artístico. En este subsector los tipos son: bibliotecas, hemerotecas, archivos, museos y centros de ciencia y tecnología.

¹⁵⁵ El encuentro y la cohesión social se pueden llevar a cabo en los equipamientos destinados a apoyar la organización social y la expresión colectiva a escala barrial, de la comunidad en general o de grupos específicos. Estos tipos de equipamientos de gran valor para la comunidad son: centros cívicos, casas juveniles y salones comunales.

¹⁵⁶ La asistencia básica se refiere a los jardines sociales e infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores, con edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2.

¹⁵⁷ SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Bienestar Social, Decreto 316 del 2006, Bogotá D. C.

¹⁵⁸ equipamientos deportivos y recreativos son las áreas, edificaciones y dotaciones destinadas a la práctica del ejercicio físico, al deporte de alto rendimiento, exhibición y competencia de actividades deportivas en los medios aficionados y profesionales, así como a la exhibición de espectáculos con propósito recreativo. Agrupa, entre otros, a los estadios, coliseos, polideportivos, clubes deportivos, clubes campestres deportivos y recreativos, hipódromos, autódromos, piscinas, clubes privados e instalaciones privadas que contemplan el deporte como actividad central.

¹⁵⁹ SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos Deportivos y Recreativos, Decreto 308 del 2006, Bogotá D. C., 2006

¹⁶⁰ Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, 2008. Cálculos: DNP. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Información, Cartografía y Estadística.

¹⁶¹ SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Planes Maestros de Equipamientos Educativos, Decreto 449 del 2006, Bogotá D. C. Inventario previo de los equipamientos de educación superior, Bogotá D. C., 2009.

El territorio social cuenta con un total de población de 20.199 personas¹⁶² correspondientes a 14.350 personas en la UPZ La Macarena y 5.879 personas ubicadas en la UPZ Sagrado Corazón.

En cuanto a la actividad económica las UPZ La Macarena y Sagrado corazón cuentan con establecimientos dedicados principalmente al sector servicios y en segunda instancia al sector comercio, más no es posible establecer cuántas personas fueron empleadas en dichos establecimientos puesto que la información se encuentra por UPZ¹⁶³.

Los niños y niñas de esta zona están a cargo de cuidadores y/o familiares, viéndose abocados a la ausencia permanente de los padres expuestos a condiciones de riesgo.

En el grupo de jóvenes se evidencia el proceso educativo hasta ultimo grado de secundaria, sin embargo, algunos debido a la soledad en la que viven, hace que inicien a temprana edad el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

En los adultos mayores, algunos pertenecen a clubes de la tercera edad, aunque su principal actividad es la de cuidadores.

En éste territorio no se llevan a cabo acciones desde la institucionalidad lo que vulnera derechos como: recreación, cultura y justicia.

De este territorio social se cuenta con escasa información ya que por ser un territorio de condiciones favorables, la oferta institucional ofrecida es muy escasa y los datos con que se cuenta son los de las caracterizaciones de salud a su casa entre los periodos 2004 y 2009. Cuyos resultados son los siguientes:

El ciclo vital es un conjunto de momentos en la historia de una persona cuyo contenido consiste en roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de una persona; en el Territorio de Gestión Social Integral 3 de Santa Fe dentro de los subgrupos por etapas encontramos que el mayor porcentaje para el año 2004 se presentó en el subgrupo de adulto joven con un 33.3%, para el año 2005 en el subgrupo de adulto Joven con un 27.5%, para el año 2007 en el subgrupo de Adulto Joven con un 29.0%, para el año 2008 en el subgrupo de Adolescencia y Adulto Joven con un 50.0% para cada uno y para el año 2009 el mayor porcentaje se presentó para el subgrupo de adulto joven y Adulto con un 42.9% para cada uno, como lo muestra la tabla 48.

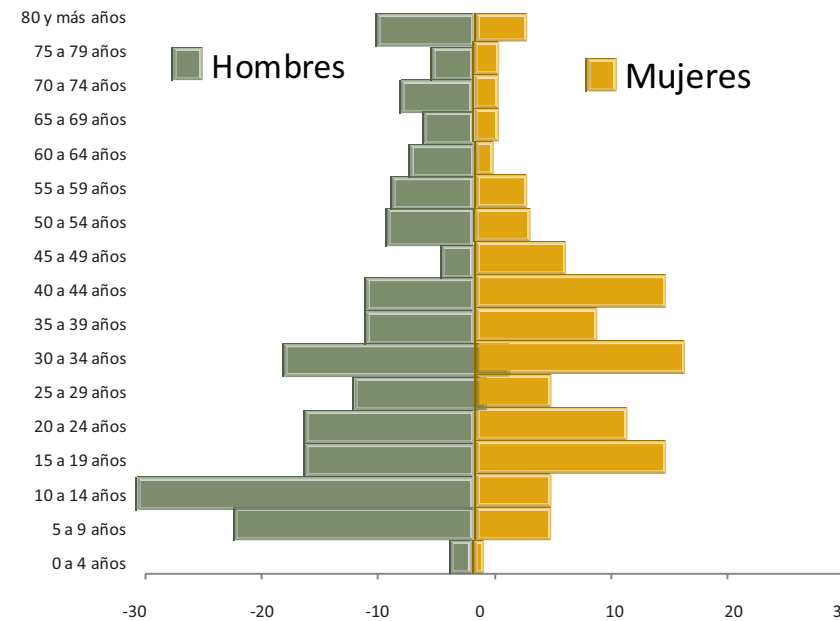
Para el género masculino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 10-14 con un 19.4% del total de los hombres del territorio, para el género femenino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 30-34 con un 14.7% del total de la población femenina del territorio. Existe mayor número de hombres que de mujeres dentro del territorio.

Dentro de las caracterizaciones realizadas en el territorio de Gestión Social Integral 3 de Santa Fe solo se caracterizaron 7 personas con limitación en el año 2007 con mayor predominio en el ciclo vital de adulto mayor, todos clasificaron dentro de la ocupación como trabajadores no calificados.

¹⁶² Se requiere ajustar con los datos por barrios ya que en éste dato se incluye los habitantes de los otros territorios sociales que viven en éstas UPZ.

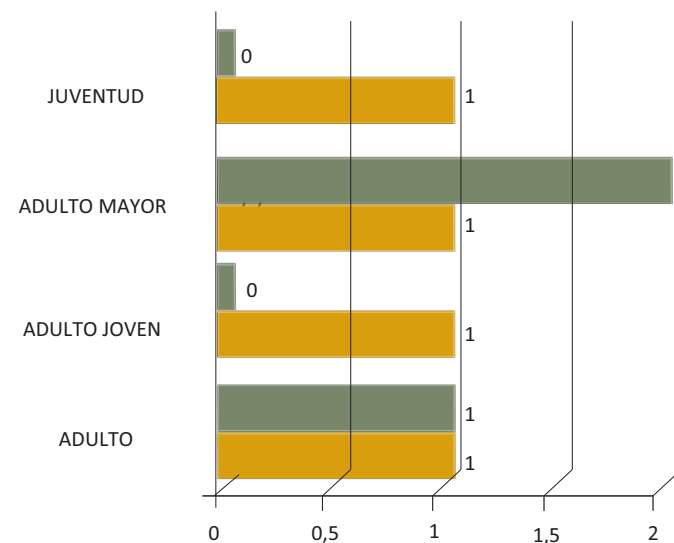
¹⁶³ Fuente: DANE – Censo General 2005. Cálculos: SIEE – DICE. En: SDP. Conociendo la localidad de . Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socio-económicos. Año 2009.

PIRAMIDE POBLACIONAL SALUD A SU CASA TERRITORIO DE GESTION SOCIAL INTEGRAL 3 SANTA FE AÑOS 2004-2009.



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

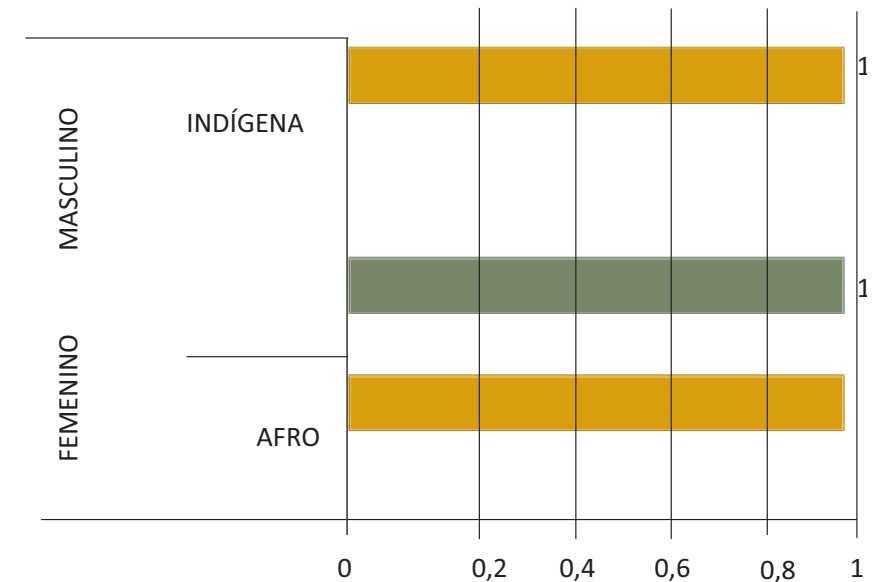
Población con discapacidad, territorio de gestión social Integral 3 Santa Fe, año 2007.



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

como se evidencia en la grafica 28, con respecto a la ocupación de estas personas, clasificaron como trabajadores no calificados.

Población Étnica caracterizada por SASC, Territorio de Gestión Social Integral 3 Santa Fe, Años 2004-2009.



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente

Para el territorio de Gestión Social Integral 3 de Santa Fe en los años 2004, 2006, 2008 y 2009 no se caracterizaron personas pertenecientes a poblaciones especiales, para el año 2005 se caracterizo 1 individuo, en condición de desplazamiento, del género femenino para el año 2007 se caracterizo 1 individuo en situación de desplazamiento, del género femenino con respecto a la ocupación de estas personas refirieron ser amas de casa.

Con respecto a la ocupación de los individuos del territorio 3 se evidencia que la mayor ocupación del año 2004 al 2009 se clasifica como trabajador no calificado dentro de todos los ciclos de vida, seguida por ama de casa. (Tabla 50.) Lo anterior muestra que el nivel máximo de categoría de ocupación es técnico que no se evidencia la presencia de cargos ocupacionales por encima del nivel técnico, esto concuerda con las condiciones socio económicas y vulnerables del territorio.

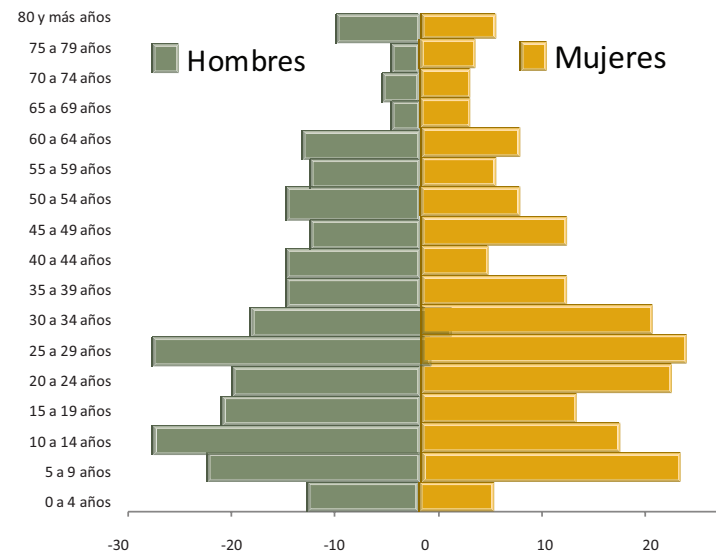
El empleo es aquella relación establecida entre dos personas naturales o entre una persona natural y una jurídica mediada por un vínculo laboral formal que incluye el pago de seguridad social y las prestaciones de Ley.

Dentro del territorio 3 el tipo de empleo que predominó entre los años 2004 al 2009 fueron Trabajadores no formales el cual hace referencia a las persona que realizan alguna actividad económica de la cual deriva su sustento, dicha actividad por lo general no es constante o permanente y con ella no alcanza a devengar un salario mínimo para ser aportante al SGSSS, por tanto no pertenece al Régimen Contributivo. Esto es acorde con las características sociales del desempleo y subempleo donde al hacer el acercamiento de las familias refieren ser más vendedores ambulantes, vendedores en los semáforos, condiciones no favorables para la salud de las personas.

Para el territorio de Gestión Social Integral 3 de Santa Fe, para los años 2004, 2005, 2006, 2008 y 2009 no se caracterizaron personas pertenecientes a alguna etnia, solo en el año 2007 con 3 individuos, con predominio de la etnia indígena, presentándose más para el género femenino,

3.5 Territorio 4

PIRAMIDE POBLACIONAL SALUD A SU CASA TERRITORIO DE GESTION SOCIAL INTEGRAL 4 SANTA FE AÑOS 2004-2009.



FUENTE APS 2004-2009 Hospital Centro Oriente.

Para el género masculino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 10-14 y 25-29 con un 11.6% para cada quinquenio, para el género femenino el mayor porcentaje se encuentra dentro del quinquenio de 25-29 con un 11.9% del total de la población femenina del territorio. Existe mayor número de hombre que de mujeres dentro del territorio.

Desde la lectura de realidades con la comunidad, se han identificado los siguientes núcleos problemáticos:

3.6.1 Núcleo problemático

La Restricción de los y las habitantes de la zona de reserva forestal al acceso de la oferta institucional (salud) por normatividad establecida genera inequidad en la prestación de los servicios afectando a todas las etapas de ciclo vital afectando el derecho a la salud y seguridad social.

El área rural de la localidad ocupa aproximadamente las dos terceras partes del área total, es decir (parte de lo que se conoce como cerros orientales), la cual comprende las veredas Verjón alto (2277 ha), Fátima y Los Cerezos, además, de una vasta área que ha sido declarada como zona de reserva forestal protectora¹⁶⁴(2338 ha) donde se ubican los Santuarios de Monserrate y Guadalupe¹⁶⁵.

En cuanto al equipamiento se ubican 3 bienes de interés Cultural; 1 IPS de nivel 3 (Instituto Franklin Delano Roosevelt), cuenta además con 32 establecimientos económicos dedicados en su mayoría al comercio (12), seguido de actividades de servicios (10) y se destaca la presencia de 2 industrias. Dichos establecimientos emplearon 747 personas en el mes anterior al censo poblacional.

164 Los suelos de protección son los constituidos por terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural o de expansión, que por sus características geográficas, paisajísticas o ambientales tienen restringida la posibilidad de urbanizarse

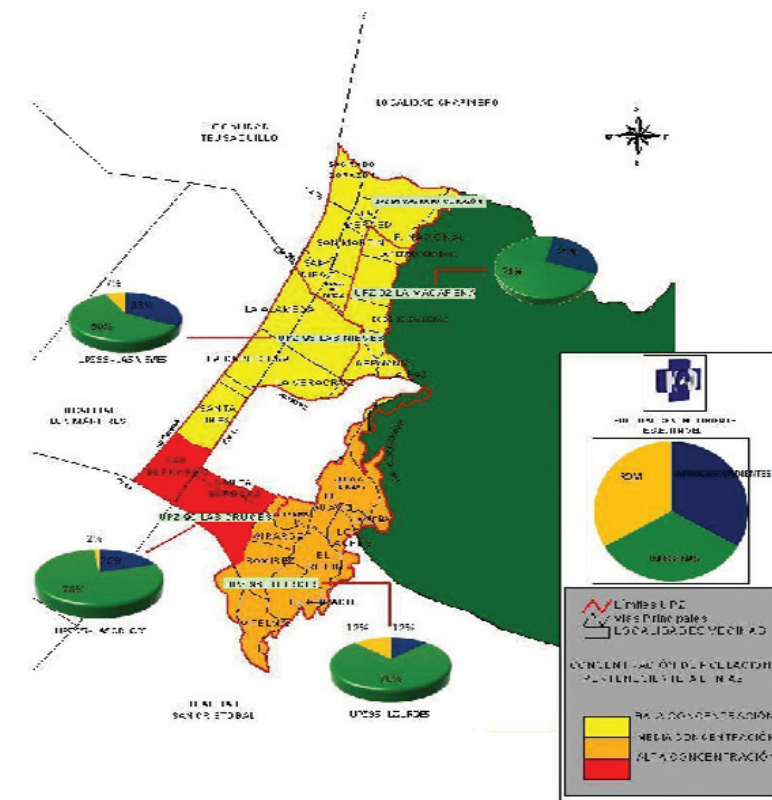
165 Alcaldía mayor de Bogotá Instituto Distrital de Cultura y Turismo ficha técnica turística localidad de Santa Fe datos básicos.2009

Los límites del área rural caracterizada por ser reserva forestal son: por el norte, la Avenida el Verjón bajo de la localidad 2ª; por el oriente, los municipios de Choachí y Ubaque; por el sur la zona forestal de la localidad de San Cristóbal y por el occidente, el área urbana de la propia localidad ,ésta última cuenta con un área denominada “franja de adecuación” entre los cerros orientales y el área urbana¹⁶⁶, decisión que causó inconformidad entre la ciudadanía y algunos entes de control, dando lugar a la suspensión del artículo de la resolución por parte del tribunal de Cundinamarca, quedando en pie las medidas prohibitivas y de control¹⁶⁷. Hacia la parte urbano se encuentran los barrios San Dionisio, El Consuelo, La Paz Centro, Los Laches, legalizados entre 1997-1999.

3.6.2 Núcleo problemático.

En la Localidad de Santa Fe, en el área rural El Verjón se evidencia una problemática de cultura ciudadana de los visitantes, residentes y comerciantes de los Cerros Orientales reflejada en la disposición de basuras y escombros a lo largo del cauce de quebradas y ríos ocasionando deterioro del ecosistema de los cerros orientales especialmente en el límite rural y urbano, vulnerando el derecho al ambiente sano.

Mapa 25. Territorio social 4. El Verjón. Área rural de la localidad de Santa Fe.



FUENTE: Agenda ambiental .Localidad Santa Fe.2009

166 MAVDT. Resolución 463 de 2005, por medio de la cual se redelimitó la Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá, se adoptó su zonificación y reglamentación de usos y se establecieron las determinantes para el ordenamiento y manejo.

167 Agenda ambiental. Localidad Santa Fe.2009

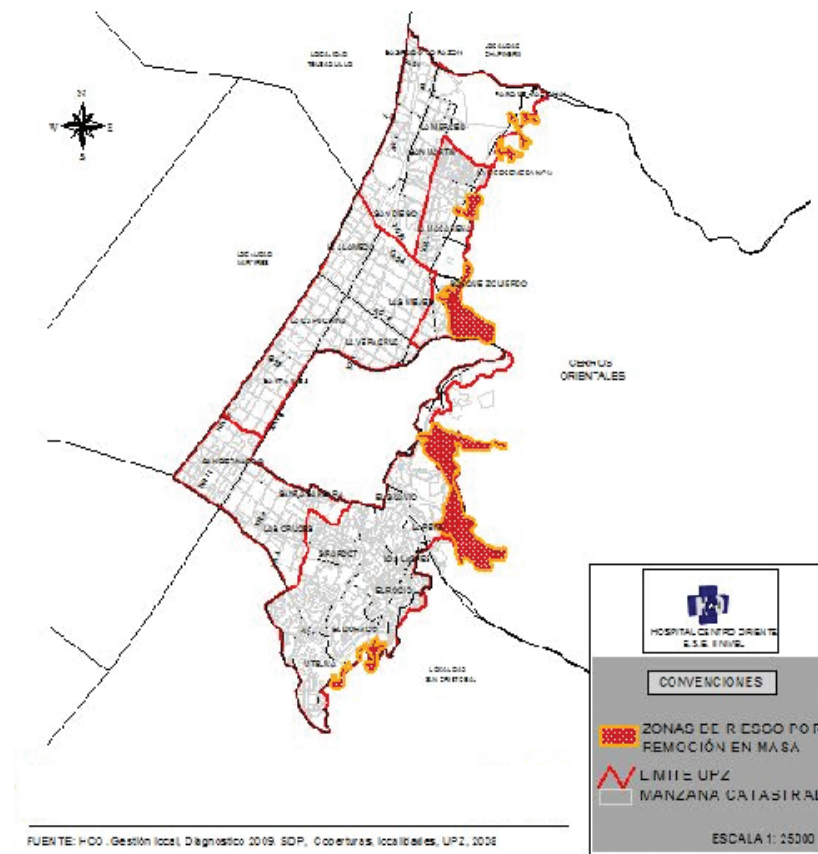
En la zona rural la localidad se encuentra dentro de la subcuenca alta del río Teusacá que nace en la laguna del Verjón - Páramo de Cruz Verde, y sus afluentes son las quebradas El Verjón, La Esperanza, Tembladores, Montañuela, El Tagual, Honda, El Barro, Farías, El Barrito y La Centella.

También se identifican zonas de nacimientos, captación, recarga de acuíferos y un cordón de condensación o bosque de niebla en las partes altas por encima de los 3.200 msnm en el área rural. La importancia de la cuenca alta del río Teusacá radica en que suministra las aguas que alimentan el embalse San Rafael.

Esta cuenca está reglamentada en sus usos por la Corporación autónoma regional (CAR.) En la parte alta se encuentran el embalse del Arzobispo y hermosas cascadas, entre ellas La Ninfa.

En la zona urbana se puede observar un sistema hídrico conformado por tres corrientes principales: el río Arzobispo (Cuenca río Salitre), el río San Francisco, que nace en la cuchilla el Boquerón, y que es canalizado al entrar en el área urbana en lo que conocemos como el eje ambiental (y parte de la cuenca del río Fucha), donde vierten sus aguas las quebradas Santo Domingo, Las Brujas, Roosevelt y Padre Jesús, y el río San Agustín, al cual vierten sus aguas las quebradas Manzanares, San Dionisio, El Chorrerón, El Soche, Santa Isabel, Lajas y San Bruno ¹⁶⁸

Mapa 26. Riesgo por remoción en masa. Localidad Santa Fe



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ. 2008.

Dentro de los riesgos¹⁶⁹ identificados para la Zona rural¹⁷⁰ se encuentran: remociones en masa, (de alto, medio y bajo nivel de amenaza) según se observa en el mapa 26 agudizado, claro está, por la ocupación de estas zonas por parte de la población, incendios forestales, (con eventos presentados de manera cada vez más reiterativa, debido a la expansión urbana hacia esta zona gracias a acciones asociadas como la quema de basura y transformaciones en su vegetación como la siembra de pinos y demás especies ricas en materiales oleosos que potencializan la combustión en un evento de incendio) pequeños movimientos debido a la acumulación de aguas al interior de las estructuras de la corteza propia de los cerros, riesgo de mayor escala como los sísmicos y en las partes bajas de los cerros, inundaciones (Ver tabla 31).

Tabla 38. Identificación de riesgo territorial y sectorial. Zona rural. Localidad Santa Fe.

ESCENARIO	LOCALIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN
área rurales y naturales	Costado oriental de la ciudad. El 84.73% (3803 Ha) corresponde a suelo rural de protección. Veredas El Verjón Alto y Bajo.	Áreas de alto valor paisajístico y ambiental. Áreas de vocación forestal y de conservación
	Dentro de esta área se encuentran los santuarios de Monserrate y Guadalupe	Riesgos asociados: Remoción en masa. Riesgo sísmico. Incendios forestales. Colapso estructural.
Calificación: relevante		
Zonas de ladera	Tres UPZ ubicadas en zona de ladera	Presencia de lotes y desarrollos formales e informales de uso residencial, manejo inadecuado de aguas lluvias y aguas residuales, técnicas de construcción inadecuadas en zonas de ladera
	Las Cruces, Lourdes, La Macarena	
Calificación: presente		
Sector de la construcción	Toda la localidad por su dinámica hacia una renovación sostenible principalmente en las UPZ Las Nieves y Sagrado Corazón	Riesgos asociados: Remoción en masa. Riesgo sísmico. Riesgo tecnológico. Colapso estructural.
Calificación: presente		
Aglomeraciones de público	Parque Nacional, Plaza de toros La Santa Maria, Carrera séptima, Monserrate, Guadalupe, San Victorino, Parque Santander, Parque de Las Nieves, Parque Los Periodistas, Estaciones de Transmilenio	Por su interrelación directa con la localidad de La Candelaria, en especial en eventos de carácter nacional que impactan en este territorio. Marchas, Festivales, etc.
		Riesgos asociados: Estampidas. Riesgo sísmico. Desórdenes públicos.

FUENTE: Dx de riesgos territoriales y sectoriales. DPAE. 2009

¹⁶⁹ La valoración para la calificación de los escenarios será de acuerdo con la siguiente escala

Ausente: El escenario no se identifica en el territorio

Presente: El escenario se puede reconocer en una ubicación geográfica específica y con una condición de riesgo asociada a procesos comunes de ocupación y transformación del territorio o a una cadena de producción e intercambio de bienes o servicios. Relevante: El escenario genera impactos significativos en el territorio y se encuentra asociado a una frecuencia alta de ocurrencia con afectación a la población.

¹⁷⁰ DPAE. Diagnostico Localidad Santa Fe. 2009

Además de los riesgos mencionados, los puntos críticos de mitigación que se deben tener en cuenta en el área rural y natural para llevar a cabo acciones Institucionales y comunitarias comprenden: los barrios los Laches, Santa Rosa de Lima, el Dorado, Egipto Alto, Rocío Centro Oriental, La Peña, San Dionisio, el Consuelo y la Vereda el Verjón Alto.

3.6.3 Núcleo problemático

En el Verjón se presenta una problemática de asentamiento habitacional en zona de reserva forestal y área límite entre lo rural y lo urbano reflejada en barrios formales e informales en zonas de ladera reflejada en riesgos ambientales de deslizamiento y remoción en masa especialmente de los barrios Ramírez, la Paz San Dionisio generan condiciones de inseguridad para los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a la seguridad, a un ambiente sano, a la vivienda y a la salud de los y las ciudadanas del área rural de Santa Fe.

En el territorio de ladera o montañoso de la zona rural se encuentran asentadas familias que han contribuido a la generación de condiciones de alto riesgo no mitigable, en barrios como: Ramírez, Los Laches, La Paz Centro, Gran Colombia, Santa Rosa de Lima. El Rocío, El Dorado, El Consuelo, Lourdes y Girardot, en donde se identifica ocupación ilegal de zonas de alta amenaza, asentamientos en zonas de deslizamientos y rondas hídricas, construcciones realizadas sin técnicas sismo-resistentes, manejo inadecuado de vertimientos, aguas residuales - lluvias y residuos sólidos desechados a lo largo de las rondas de quebradas produciendo contaminación especialmente del cauce de las Quebradas Lajas y san Bruno.

Al ser los cerros de Monserrate, Guadalupe y el Parque Olaya Herrera sitios de reconocido interés turístico especialmente en fines de semana y festivos, atraen numerosos vendedores ambulantes de todo tipo de servicios especialmente de alimentos sin cumplir en la mayoría de los casos con normas higiénicas adecuadas por parte de las personas que los ofrecen. A lo largo de la carretera que de Bogotá lleva hasta Choachí se encuentra venta de colaciones y golosinas como almojábanas, arepas y cuajada de elaboración artesanal que son ingeridos espontáneamente por los turistas quienes ignoran el riesgo de salud que corren debido a que las personas que los venden no cumplen con los aspectos sanitarios de elaboración transporte y expendio.

En el área rural el agua para el consumo es tomada de las quebradas, pozos y fuentes de agua cercanas, conducida a través de mangueras para consumo directo y en algunas viviendas es almacenada en tanques. Las aguas negras son dispuestas a través de pozos sépticos o vertidas a drenajes naturales superficiales. La basura es recogida y enterrada dentro de las fincas o quemada, según la naturaleza de los materiales de desecho.

La productividad en el área rural diferente a la de reserva forestal y al turismo es mínima y está determinada por algunas actividades agropecuarias. En pequeñas agrupaciones campesinas existentes desde hace muchos años, se destaca la avicultura y la ganadería de autoconsumo; la cría de porcinos ha sido prohibida porque genera contaminación de aguas.

Los cultivos son regularmente de papa y arveja. Está sin definir el conflicto de usos del suelo, pues estas actividades son contrarias al uso de reserva forestal protectora. La zona rural de la localidad cuenta con 6.338 habitantes que equivale al 5.8% del total de la población de la localidad. De éstos, 883 habitantes se ubican en el estrato 5 (medio alto), 1.018 personas en el estrato 6 (alto) y la población restante (4437 personas) se ubica en el estrato 1 (bajo-bajo).

La población rural está compuesta por familias campesinas tradicionales, que han heredado la tierra de sus ancestros y que poseen un fuerte sentido de pertenencia hacia ésta. En la vereda El Verjón Alto, sus habitantes, en un 60%, están ubicados en forma dispersa en sus fincas y el 40% restante se localizan a lado de la Carretera¹⁷¹.

171 IBID

Las posibilidades laborales y productivas para los habitantes de la vereda El Verjón Alto se ven reducidas, sus habitantes desarrollan actividades agrícolas con pocos excedentes de producción para comercializar, labores que no son suficientes para la generación de ingresos familiares, cuando el excedente permite la venta, se presenta dificultad para el transporte y comercialización de los productos.

La zona rural tiene 6.338 habitantes suma equivalente al 5.8% del total de la población de la localidad. De éstos, 883 habitantes se ubican en el estrato 5 (medio alto), 1.018 personas en el estrato 6 (alto) y la población restante (4437 personas) se ubica en el estrato 1 (bajo-bajo).

La vereda el Verjón Alto cuenta con cerca de 1000¹⁷² habitantes la mayoría de ellos de origen campesino cuyas tierras han sido heredadas de sus ancestros y que poseen un fuerte sentido de pertenencia se calcula que un 60% de la población está entre los 0 y 14 años. Sus habitantes, en un 60%, están ubicados en forma dispersa en sus fincas y el 40% restante se localizan a lado de la Carretera¹⁷³.

Cuenta la vereda antes mencionada con una institución educativa ubicada en el kilómetro 13¹⁷⁴ vía a Choachí, donde se imparte Educación primaria y parte de la secundaria (6-9 grado) a niños/niñas y jóvenes de la vereda, no así a niños en edad preescolar, varias instituciones oficiales hacen presencia en la escuela para llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los habitantes.

En contra jornada los niños y las niñas apoyan a sus padres en las actividades propias del campo. Los jóvenes que llegan al noveno grado tienen como alternativa continuar estudiando en el área urbana lo que se dificulta para gran parte de ellos debido a las condiciones económicas de sus familias. Los adultos cuentan con niveles bajos de escolaridad y dedican la mayor parte del tiempo al trabajo agropecuario bien sea para el sustento diario o la venta, el no saber otro oficio dificulta las posibilidades económicas de estas familias; algunos jóvenes y adultos para incrementar sus ingresos trabajan como jornaleros, guarda bosques, ayudantes de construcción y las mujeres en el servicio doméstico. Se evidencia la dependencia económica de la mujer, relacionada con el machismo arraigado culturalmente y la dedicación de los hombres a las labores del campo.

158 familias se encuentran vinculadas a programas alimentarios de la Secretaría de integración social (SDIS), sin embargo se reconoce que se requiere un mayor cubrimiento. Es así como uno de los proyectos del Plan de Desarrollo local es crear un restaurante escolar en el Verjón Alto pues para algunos habitantes del sector, el derecho a la alimentación se encuentra vulnerado.

La presencia de casos de violencia intrafamiliar no es ajena a este territorio dado el contexto económico y cultural en el que viven las personas, la cercanía con la ciudad trae a la vereda situaciones de inseguridad como robos, afectando la seguridad e integridad personal de quienes allí viven¹⁷⁵.

La presencia de animales en las viviendas es característica de lo rural, en el caso del Verjón Alto es considerada como un medio de producción, supervivencia y seguridad, sobrepasando la percepción de riesgo por parte de los habitantes; sin embargo, en el área urbana se considera un problema que representa el riesgo de exposición rábica y acumulación de excretas.

172 Hospital Centro Oriente. Documento en CD – ROM. DX Local de salud.2008

173 IBID

174 DILE: IED rurales. Localidad Santa Fe.

175 Hospital Centro Oriente. Documento. CD - ROM. SASC. Caracterización del microterritorio. Localidad Santa Fe

Desde lo cultural, los habitantes no conciben a las mascotas y semovientes como transmisores de enfermedades sino como algo que contribuye al bienestar de la familia, es el caso de los zorreros que en algunos casos permiten que los caballos y perros compartan el sitio de habitación¹⁷⁶ con la familia.

En la zona rural los residuos orgánicos generalmente se utilizan como alimento de animales domésticos. Los residuos sólidos se entierran, se queman o se botan en cualquier lugar, generando contaminación física y paisajística. Así mismo, la nueva infraestructura de telecomunicaciones afecta el paisaje de los cerros con la proliferación de antenas que se suman a las de energía. Se calcula que hay más de 245 localizadas en la reserva forestal. Sin embargo, sólo hasta el año 2005, el Ministerio de Comunicaciones expidió la normatividad respectiva, enfocada principalmente en reglamentar los límites de exposición de la población a campos electromagnéticos, más que a sus impactos paisajísticos. De esta forma se puede decir que los derechos vulnerados en esta zona son: derecho a la educación, a la vivienda, al ambiente sano, a la seguridad económica, a la salud y al trabajo.

Estas problemáticas son causadas en el nivel singular por las condiciones socioeconómicas históricas de las familias que han poblado la zona rural, las relaciones de los habitantes de la zona rural con la aplicación del plan de ordenamiento territorial y las pocas alternativas de solución que se dan desde lo institucional para mejorar la calidad de vida de los habitantes dado el impacto social de lo normatizado.

En el nivel particular: El ser identificada como zona de reserva forestal se convierte para los habitantes del Verjón alto en un obstáculo para acceder a la oferta institucional, dado la situación geográfica y jurídica en la que se encuentran

En el nivel general: Reglamentación del Plan de ordenamiento territorial de la localidad relacionado con la determinación de usos y el manejo de los cerros orientales.

No obstante las problemáticas presentadas, la zona rural cuenta con las siguientes potencialidades:

- La comunidad campesina es unida y solidaria.
- La producción agrícola tradicional de los habitantes rurales.
- Actividad agropecuaria no extensiva.
- Gran aporte del sector productivo terciario
- Programas de ecoturismo en los cerros Orientales.
- Existencia de espacios para la participación.
- Varios centros de educación.
- Participación activa de la comunidad en la
- Creación de procesos ambientales.

4.

4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL

Desde el Hospital Centro Oriente se ha venido construyendo colectivamente las respuestas integrales a las necesidades identificadas y a la gestión social integral, con el fin de brindar elementos para mejorar la calidad de vida y salud de los habitantes de la localidad, sin desconocer la realidad circundante al sistema general de seguridad social.

Se pretende a través de éste capítulo abordar las respuestas tanto institucionales, transectoriales y comunitarias que se han venido dando en los territorios sociales para analizar cómo ha sido el abordaje y el desarrollo de respuestas integrales en el marco de la estrategia de gestión social integral en mesas transectoriales y microterritoriales llevadas a cabo en 2010.

En éste sentido se organizaron en el primer semestre de 2010 unidades de análisis de respuestas con los referentes de los ámbitos, promoción y prevención, mercadeo y subgerencia de servicios quienes estudiaron las intervenciones por núcleo problemático, la cobertura, brechas y propuesta para su abordaje en 2010-2011; paralelamente en el escenario transectorial, se ha venido organizando el análisis de respuestas a partir de los núcleos problemáticos propuestos desde el sector salud y los temas generadores que permitirán avanzar en abordar las problemáticas .

La información que a continuación se presenta corresponde al resultado de estos análisis.

4.1 Respuesta Institucional

La red de servicios de salud adscrita a la Secretaría Distrital de salud, según informe de seguimiento al plan Distrital a Julio del 2007 cuenta con 26 Empresas Sociales del Estado conformado por 12 hospitales de I Nivel de atención, 9 de II Nivel y 5 de III Nivel.

La localidad hace parte de la Red Centro oriente de prestadores públicos de servicios de salud, integrada por las localidades de Rafael Uribe y San Cristóbal (nivel I), San Blas, Centro de Atención médica inmediata (CAMI) El Guavio (II nivel) y las ESEs: La Victoria y Santa Clara (III nivel)

4.1.1 Sector salud

La red de servicios de salud adscrita a la Secretaría Distrital de salud, según informe de seguimiento al plan Distrital a Julio del 2007 cuenta con 26 Empresas Sociales del Estado conformado por 12 hospitales de I Nivel de atención, 9 de II Nivel y 5 de III Nivel.

La localidad hace parte de la Red Centro oriente de prestadores públicos de servicios de salud, integrada por las localidades de Rafael Uribe y San Cristóbal (nivel I), San Blas, Centro de Atención médica inmediata (CAMI) El Guavio (II nivel) y las ESEs: La Victoria y Santa Clara (III nivel)

El Hospital Centro Oriente II Nivel - Empresa Social del Estado nace jurídicamente el día 6 de octubre de 2000, a raíz de la fusión de los Hospitales y Empresas Sociales del Estado El Guavio II Nivel, Samper Mendoza I Nivel, Perseverancia I Nivel y Unidad Básica de Atención la Candelaria I Nivel, a través del Acuerdo No. 11 del 11 de Julio de 2000, del Consejo Distrital, quedando constituido por 1 unidad Móvil y 12 puntos de atención de los cuales Las siguientes sedes asistenciales se ubican en la localidad: Perseverancia, Ricaurte, Santa Rosa de Lima, Cruces, Laches y Lourdes y la Sede Asistencial El Guavio como se muestra en la tabla 28

No obstante contar con los servicios de medicina, odontología, vacunación, odontología, enfermería y vacunación como se evidencia en la tabla 29, existen barreras de acceso de tipo administrativo y físico en especial para personas en condición de discapacidad en cuanto a programas dirigidos a esta población desde las Empresas promotoras de servicios de salud (EPS) tanto subsidiadas como de régimen contributivo.

Tabla 39. Sedes asistenciales del Hospital Centro Oriente.2009-2010

Sedes Asistenciales	Dirección	Área de influencia
Cruces	Calle 1 c Nº 5A-40	Cruces, San Bernardo, Belén, Fábrica de Izoa.
Laches	TV 9 Nº 9-00	Laches, El Rocío, El Dorado, El Consuelo
Perseverancia	Cra 5 Nº 33a-45	Perseverancia, la Merced, San Martín, San Diego, Parque Central Bavaria, Torres del Parque, Bosque Izquierdo, La Paz, Nieves y Vitelma.
Santa Rosa de Lima	Calle 1 D Nº 7-13 Este	Santa Rosa de Lima, San Dionisio y Vitelma
Lourdes	Centro Comunitario Nº 3-00	Lourdes, Ramírez y Girardot.
Guavio	Calle 6Nª 5-07 Este	Santa Fe, Mártires y Candelaria

Fuente: Hospital Centro Oriente. Portafolio de servicios.2009

Tabla 40. Servicios ofertados en las sedes Santa Rosa De Lima, Cruces, Perseverancia, Laches y Lourdes. Localidad Santa Fe. 2009.

Horario de Atención	
Medicina general	Lunes a Viernes de 7 a.m. a 4 PM
Odontología	
Enfermería	
Vacunación	
Medicina general	
Odontología	
Enfermería	
Vacunación	

Fuente: Portafolio de servicios HCO. 2009

En la población desplazada la multi afiliación impide el acceso a salud debido a los trámites que deben llevarse a cabo para hacer efectivo el derecho a la salud, caso particular es el de los grupos étnicos indígenas que habitan en la localidad, quienes además de las barreras anteriormente expuestas se enfrentan a la falta de comprensión cultural y desconocimiento del español impidiendo esta condición la comunicación efectiva para su atención.

Teniendo en cuenta lo manifestado por los habitantes de la localidad en los encuentros ciudadanos de 2008 sobre la dificultad de asistir a los centros de atención del Hospital Centro Oriente, se fortaleció el servicio de transporte a través de la Ruta Saludable entre los centros de la red de atención centro oriente para el traslado a las gestantes de alto riesgo, los adultos mayores de 60 años, personas en condición de discapacidad y los menores de 14 años.

4.1.2 Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Es importante tener en cuenta que las acciones llevadas a cabo por el plan de salud pública de intervenciones colectivas en la localidad de Santa Fe se rigen por la resolución 0425 de 2008 y el plan de desarrollo-Bogotá Positiva-2008-2012, dichas acciones pertenecen las acciones en salud al objetivo estratégico “Ciudad de derechos” cuyo propósito es avanzar en la garantía y efectividad de los derechos de ciudadanas y ciudadanos, mejorando la calidad de vida a través del desarrollo de políticas públicas y acciones integrales que permitan la materialización de los derechos fundamentales, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en los servicios de :salud, educación, nutrición, y seguridad alimentaria; cultura, vivienda, ambiente, recreación, justicia, bienestar e inclusión social, con énfasis en las personas más vulnerables y en las minorías.

En el desarrollo de la estrategia promocional de calidad de vida se ha venido avanzando en la aplicación de los componentes de dicha estrategia: Lectura de necesidades y análisis de respuestas sociales en los territorios de gestión social integral lo que ha llevado a identificar las siguientes problemáticas transversales a todas las etapas de ciclo vital y sus respuestas institucionales por dichos territorios.

La función básica del plan de Intervenciones Colectivas (PIC) es la de contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, de manera integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de salud y con la participación activa de todos los actores del Distrito¹⁷⁷, desde tres grandes componentes: Gestión local para la promoción de la calidad de vida y salud, Operación en ámbitos de vida Cotidiana (IPS, Familiar, Laboral, Comunitario, Escolar, Institucional) y Gestión local de la Vigilancia en Salud Pública (Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Ambiental).

A continuación se presenta el análisis de las respuestas del plan de intervenciones colectivas para cada uno de los núcleos problemáticos presentados en la localidad.

4.1.2.1 Territorio social 1

Núcleo. Contextos violentos asociado a débiles redes familiares que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social en San Bernardo, Cruces, Perseverancia y Laches afectando la salud mental y la adecuada convivencia de todos los habitantes del territorio.

Las respuestas dadas desde el Hospital para abordar las violencias desde el plan de intervenciones colectivas (PIC), en el territorio corresponden a las siguientes acciones:

El componente de gestión local ejecuta procesos para la promoción de calidad de vida y salud, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones en salud pública, la movilización de actores y recursos para el logro de las metas propuestas; a nivel interno del Hospital Centro Oriente, la gestión local de la salud, cumple un papel articulador de los procesos internos en función de las distintas gestiones que se realizan desde todos los ámbitos y componentes; A nivel de gestión comunitaria y social promueve procesos de democracia y de la gestión pública, para que la ciudadanía se organice social y políticamente en la exigibilidad de sus derechos.

En concordancia con lo anteriormente expuesto desde gestión local, la intervención relacionada con el núcleo de violencias se da desde el proyecto de desarrollo de autonomía (PDA) de salud; desde ésta transversalidad se ha venido articulando el accionar con la red del buen trato, espacio que sirve para la construcción de un sistema organizado de personas e instituciones que comparten y articulan experiencias, conocimientos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar y el maltrato en la localidad.

¹⁷⁷ SDS. Plan De Salud del Distrito Capital 2008-2009. Pág. 77. Bogotá. D.C.

Ámbitos de vida cotidiana

Los ámbitos se refieren a las propiedades de los entornos o territorios sociales, espacio donde las personas viven, se desarrollan y se tejen interacciones: espacios productivos (laboral), espacios de vida de los escolares (escuela), espacios públicos (comunitario), institucional (espacio de protección y rehabilitación) e instituciones prestadoras de servicio) entre otros.¹⁷⁸

Con relación al tema de violencia intrafamiliar¹⁷⁹. Desde el ámbito comunitario se efectuaron acciones como: ciudad protectora, un (1) foro sobre problemática en niños y adolescentes, charlas - talleres en promoción y prevención de la salud mental y en el consumo de Alcohol y estupefacientes (SPA) y fortalecimiento de redes.

En ámbito Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se realizó asesoría y asistencia técnica en las sedes asistenciales sobre temas de Violencias, ley 1257/2008, sensibilización frente a la prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, Protocolo de atención a víctimas de abuso sexual y KIT para la toma de Muestras además de socialización de las rutas de atención a víctimas de abuso sexual y violencias.

Teniendo en cuenta que desde el ámbito se deben hacer capacitaciones continuas sobre diferentes normas y decretos, en éste caso salud mental, se hace necesario contar con los tiempos y espacios suficientes desde la programación de actividades en cada una de las sedes asistenciales al principio de año, sin embargo una de las grandes dificultades encontradas se relaciona con la alta rotación de personal situación no permite dar continuidad a los procesos.

A nivel asistencial la empresa social del estado (ESE) Centro Oriente cuenta con una (1) unidad de salud mental direccionada al abordaje de problemáticas de aprendizaje, hiperactividad no así de violencias, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas, situaciones relevantes en el diagnóstico local.

La intervención de salud mental en articulación con la transversalidad de género componente mujer realiza socialización y sensibilización a todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del Hospital trabajando la temática de Ley 1257¹⁸⁰ de no violencia contra la mujer.

Desde el ámbito escolar se promocionó la línea 106 para que los niños niñas, jóvenes, reciban atención telefónica, apoyo, acompañamiento y sean escuchados en el momento en que se presenta una situación conflictiva; adicionalmente en la localidad se generaron procesos en torno a Implementación del plan de acción para la promoción de la línea 106, capacitación y construcción de estrategias de comunicación de la línea en mención con los grupos promotores en las instituciones educativas distritales: Camilo Torres, Jorge Soto del Corral, los Pinos, la Giralda, Santa Inés, Manuel Elkin Patarroyo y Policarpa Salavarrieta, priorizando las ideas de los niños y jóvenes.

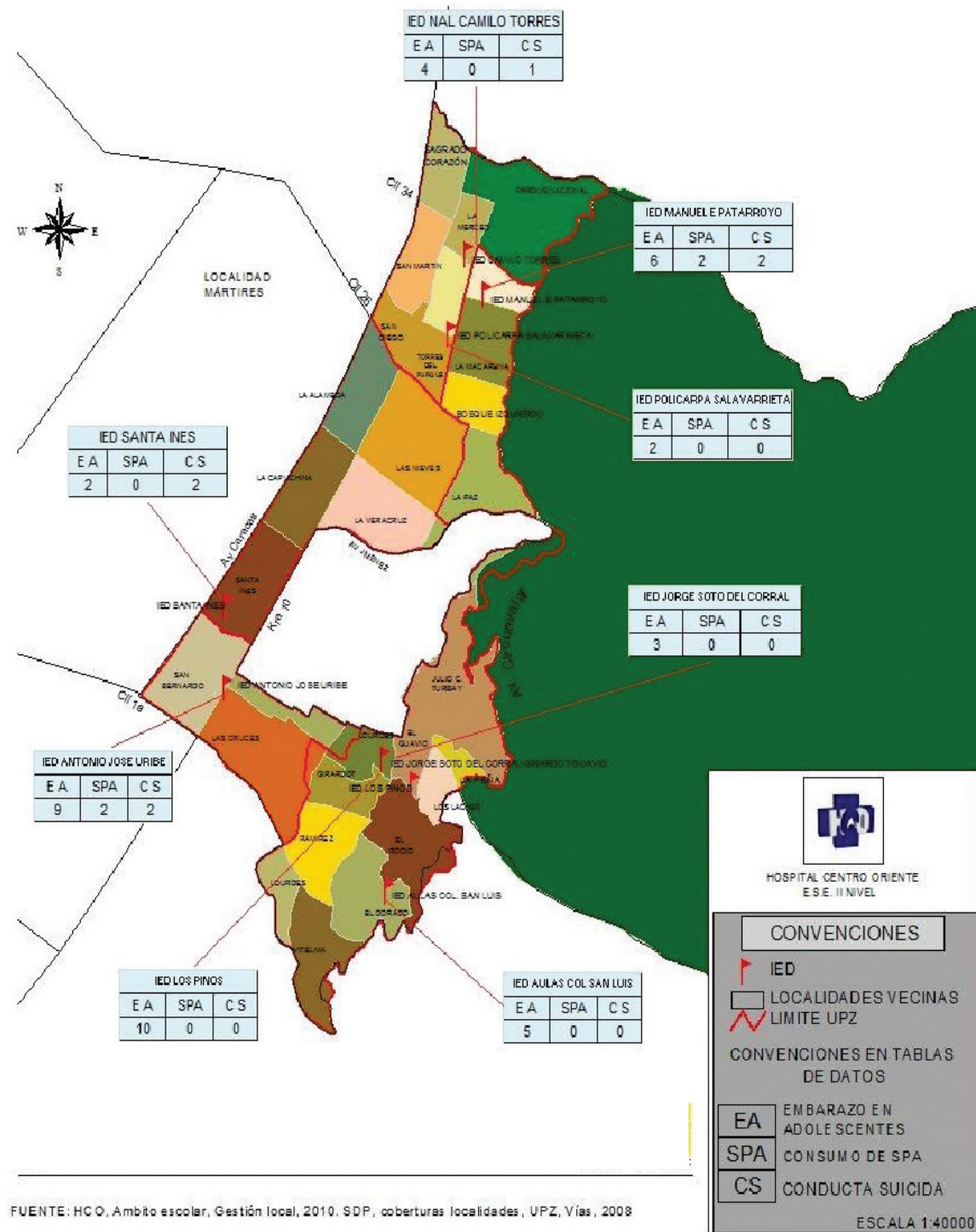
Desde salud al colegio en el componente de salud mental se realizó en los colegios antes mencionados el proceso de identificación canalización a vigilancia epidemiológica, unidad de salud mental de la ESE y acompañamiento de los casos identificados con problemas de salud mental como violencia intrafamiliar, maltrato infantil y conducta suicida, como se muestra en el mapa 19.

¹⁷⁸ SDS: Plan de intervenciones colectivas-PIC Lineamientos 2009

¹⁷⁹ HCO: Ámbito comunitario. Unidad de análisis de respuestas.2010

¹⁸⁰ Tomada de http://www.Secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley_1257_2008.html el 29 de julio a las 12 del día.

Mapa 27. Embarazo en adolescentes, consumo de SPA y conducta suicida - ámbito escolar. Localidad de Santa Fe.



FUENTE: HCO, Ambito escolar, Gestión local, 2010. SDP, coberturas localidades, UPZ, Vías, 2008

FUENTE: HCO. Ámbito escolar, 2010. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Los mayores inconvenientes para dar respuesta efectiva a la problemática de violencias evidenciada en los territorios 1 y 2 se presentan en el poco tiempo para el desarrollo de las intervenciones en salud mental y la respuesta tardía para los casos canalizados a nivel sectorial.

En el ámbito familiar: existen dos intervenciones, la psicosocial realiza la atención en primeros auxilios frente a la alteración mental, y la plurimodal que desarrolla acciones promocionales como fortalecer factores protectores mediante el desarrollo de habilidades para la vida.

En la Intervención plurimodal las acciones se encaminan a reducir la incidencia de conductas poco sanas a través de talleres que fomentan una mejor convivencia educando a los integrantes de la familia, brindando herramientas a los cuidadores de niños y niñas para el mejoramiento de pautas de crianza, no obstante lo que se ha venido logrando, para el año 2010 la Secretaría Distrital de salud (SDS) redujo el número de familias intervenidas.

Ámbito laboral: Explotación sexual y comercial en niños, niñas y adolescentes (ECSNNA) se enfoca hacia el reconocimiento de casos de niños que se encuentran en explotación laboral en sus peores formas de trabajo, desde ésta intervención, los niños y niñas trabajadores caracterizados por éste ámbito, en su gran mayoría son acompañantes y ayudantes de sus padres en la actividad económica del reciclaje especialmente en la jornada nocturna por las diferentes localidades del Distrito. Sin embargo, cabe resaltar la importancia que dan los padres al desarrollo escolar de estos niños y niñas.

En cuanto a los jóvenes trabajadores se presenta dificultad con la canalización a los servicios de salud y la misma falta de interés de los jóvenes para asistir a las citas programadas.

Vigilancia Epidemiológica: SIVIM se realiza fortalecimiento del Sistema de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual. También se refiere al mantenimiento de Unidades Primarias Generadoras del Dato del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIM. Se realizan seguimientos a casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual con énfasis en violencia sexual y casos en riesgo de fatalidad, esta intervención presenta obstáculos como: casos de víctimas de violencia sexual de régimen contributivo y que deban ser atendidas urgentemente no son atendidas con la oportunidad requerida; el tiempo requerido para las intervenciones rebasa el tiempo contratado desde la Secretaría distrital de salud (SDS).

Desde la transversalidad de género (mujer) se ha realizado posicionamiento al interior del hospital socializando y sensibilizando en torno a la violencia contra las mujeres desde algunas intervenciones como la red del buen trato, red social materno infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental, entre otras, además se lleva a cabo articulación con otras instituciones como el instituto distrital de participación y acción comunal (IDPAC), Comisaría de Familia, organizaciones no gubernamentales (ONG), en donde se posicionan temáticas al derecho a una vida libre de violencias.

En las unidades de análisis llevadas a cabo en el 2010 se abordó la respuesta desarrollada desde el plan de intervenciones colectivas (PIC) para las problemáticas identificadas desde ambiente, en donde se contemplaron los siguientes núcleos problemáticos:

Condiciones ambientales deficientes en espacios públicos relacionados con manejo inadecuado de residuos sólidos, vertimiento de residuos líquidos en fuentes hídricas, tenencia de mascotas y de basuras, generan ambientes insalubres para los habitantes del territorio social vulnerando el derecho a un ambiente sano.

Las condiciones deficientes de habitabilidad y de oferta habitacional relacionada con áreas de construcción informal, zonas de remoción en masa e inmuebles en desuso en el territorio social 1,

barrios Ramírez, la Paz San Dionisio vulneran el derecho a una vida digna, ambiente sano, vivienda, salud y seguridad física de los y las ciudadanas de este sector

La transversalidad cuenta con intervenciones desde los componentes de Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA), Entornos Saludables y vigilancia sanitaria, este último con sus siete líneas de intervención como son: Seguridad Alimentaria, Saneamiento Básico, Industria y Ambiente, Servicios de Salud y Medicamentos Seguros, Enfermedades Compartidas entre el Hombre y los Animales, Transporte y Energía y Emergencias y Desastres.

Dentro del marco de la política distrital de salud ambiental, el Hospital Centro Oriente plantea su abordaje de la siguiente manera: implementar las estrategias de vigilancia sanitaria mediante las líneas de acción; planes de entorno saludables y gestión sanitaria y ambiental.

Plan integral de entornos saludables (PIES):

El propósito de los planes de entornos saludables (PIES) es Analizar y articular las problemáticas ambientales identificadas para el individuo, la familia, la vivienda y su entorno, desarrolla acciones de prevención y promoción a través de la estrategia de vivienda saludables, para plantear planes de intervención desde los distintos sectores institucionales y locales por medio de la articulación de entornos saludables en las diferentes etapas de ciclo vital.

Entornos Saludables logró posicionar en los espacios en los cuales participa en cada uno de los micro territorios de salud a su casa el proceso de gestión y educación en temas como: manejo adecuado de residuos Sólidos, tenencia de Mascotas, prevención, control y manejo de plagas, higiene en la vivienda y los entornos comunitarios, manejo adecuado de aguas recicladas de lavadora y aguas lluvias, pediculosis prevención, tratamiento y cuidado, riesgos en la vivienda, a través de jornadas de capacitación y en espacios como núcleos de gestión, se logró la articulación con aseo capital para jornadas de sensibilización a la comunidad por los hábitos inadecuados para el manejo de los residuos sólidos.

En el área rural se llevaron a cabo la caracterización de núcleos familiares en sectores como las Veredas Los Cerezos, Fátima y el Verjón; se ha venido trabajando dos proyectos piloto: Control vectorial alternativo y Cosecha de Aguas Lluvias. Igualmente a manera de Pilotaje se han desarrollado actividades de agricultura doméstica con la asesoría en el desarrollo y gestión de tres (3) huertas en la Vereda el Verjón.

En la Vereda Fátima se participó en espacios como núcleo de gestión, donde se capacitó sobre estructura ecológica del agua con el apoyo de la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá (EAAB), temas sanitarios respecto al uso y consumo responsable y saludable del agua (Enfermedades, Métodos de filtración, potabilización, almacenamiento, usos y consumo del líquido, cosecha de aguas lluvias).

En la vereda Monserrate se realizó jornada de desparasitación y refuerzo en vacunación canina y felina en mascotas y semovientes de la zona.

En la Vereda el Verjón se hizo acompañamiento a las actividades de control vectorial alternativo, cosecha de aguas lluvias y las actividades de técnicas y procesos sustentables. Dichas acciones se han realizado con familias intervenidas por la estrategia de vivienda saludable, como complemento a las acciones promocionales y educativas realizadas por la intervención.

Gestión sanitaria y ambiental, tiene como propósito promover la gestión de la salud ambiental en sus diferentes contextos, mediante el posicionamiento de la política de salud ambiental en espacios de participación, comité local de educación ambiental, mesas territoriales, se ha realizado

la construcción participativa de política de salud ambiental en espacios como núcleos de gestión y comedores comunitarios.

En vigilancia sanitaria se realizó inspección, vigilancia y control para identificar los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, saneamiento básico, establecimientos públicos y las cadenas productivas, documentación, sectores sin acueducto y sin alcantarillado rural y urbano. Se verifica el cumplimiento normativo de los aspectos higiénicos - sanitarios, con el fin de contribuir de manera efectiva con la corrección o mitigación de factores que pueden afectar la salud.

Se realizó inspección, vigilancia y control con el fin de verificar el cumplimiento de los aspectos higiénico sanitarios para mitigar problemas que puedan afectar la inocuidad de los alimentos e incidir en la aparición de enfermedades atribuidas a los mismos la intervención de seguridad alimentaria se realiza en centros comerciales con plazoleta de comidas e institucionales donde se manipulan alimentos y bebidas, restaurantes, cafeterías, fruterías, comidas rápidas, hipermercados y supermercados, tiendas de barrio, expendios de carne, plazas de mercado, vehículos transportadores de alimentos y materias primas, depósitos y expendios de bebidas alcohólicas, depósitos y expendios de pescado y productos de mar y vigilancia a comedores comunitarios.

También se realizan actividades educativas sobre la manipulación de alimentos, como estrategia de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población en forma colectiva con el objeto de lograr cambios en conocimiento y sensibilizar o motivar a las personas sobre la necesidad de reafirmar o modificar sus prácticas, principalmente las relacionadas con las buenas prácticas de manufactura para las cuales se ha realizado 47 capacitaciones y se ha capacitado a 823 personas asistentes durante el año 2010.

La línea de Seguridad Química realizó inspección vigilancia y control (IVC) a establecimientos que en su proceso productivo utilizan sustancias químicas tales como: ferreterías y depósitos de materiales, fabricas de colchones, salas de belleza y estética, estaciones de servicio y talleres de mecánica, empresas que transformen plástico, metal y madera, fabrica y deposito de pinturas y solventes, lavanderías, pequeña, mediana y grades empresas, donde se manejen, expendan, reenvasen y/o almacenen sustancias químicas e insumo para procesos industriales. Lo anterior con el fin de verificar el almacenamiento, usos y disposición final que se le dé a los productos, valorando ambiental y sanitariamente la exposición ocupacional a las sustancias químicas

Dentro de las principales problemáticas identificadas en las intervenciones están: manejo inadecuado de las sustancias químicas y de la seguridad química, desconocimiento de la legislación por parte de los propietarios de los establecimientos, es por esto que se ha incrementado la educación directa con propietarios y trabajadores al respecto del manejo y utilidad de la seguridad y para la identificación y control de los riesgos a los que se encuentran expuestos por el desarrollo de la actividad económica especialmente para las microempresas y los informales. Durante el año 2010 se llevaron a cabo capacitaciones en temas de legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, manejo seguro de sustancias químicas, seguridad industrial, plan de contingencia, manejo de residuos peligrosos, se realizaron 6 capacitaciones y se capacitaron 92 personas en lo que va del año 2010.

En Calidad del Agua y Saneamiento Básico se realiza inspección, vigilancia y control a hoteles, moteles y residencias, centros comerciales y salas de cine, piscinas, saunas y baños turcos, viviendas en riesgo, acueductos comunitarios, establecimientos educativos, bancos, almacenes, prostíbulos, gimnasios, salones de juego, salas de masaje, toma de muestra de agua para análisis de calidad. Lo anterior para establecer planes de mejoramiento que garanticen la prevención y el control de los factores deteriorantes.

Para responder a los brotes de eventos de importancia en salud pública se cuenta con un equipo en la transversalidad de ambiente para desarrollar acciones conjuntas con vigilancia epidemiológica del Hospital.

La vigilancia del suministro de agua para consumo humano a través de acueductos comunitarios se realiza en zona urbana y rural y tiene como objeto monitorear la calidad del agua suministrada por los acueductos comunitarios, en el 2010 se realizó diagnóstico de los acueductos en el cual se muestran diversas problemáticas que inciden directamente en la operación de los acueductos y en la calidad del agua suministrada a la población; las problemáticas encontradas son: por prácticas inadecuadas pecuarias y agrícolas las cuales generan riesgos de contaminación química y biológica.

La línea de medicamentos seguros y servicios de salud se considera como el conjunto de acciones tendientes a la defensa de los derechos de las personas a que le sean suministrados medicamentos con calidad, ejerciendo las actividades de vigilancia y control de los establecimientos, favoreciendo la cultura y educación de las personas encargadas de su manejo y de la comunidad en general, con miras a convertirlos en aliados en la vigilancia, gestores de un ambiente sano, libre de contaminantes por residuos químicos o biológicos.

Por lo anterior se realiza inspección vigilancia y control a establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden medicamentos y productos naturales y se realizan actividades educativas sobre temas como: el manejo adecuado de los medicamentos, prevención de auto medicación. Se han identificado problemas como: automedicación y auto prescripción, condiciones higiénico sanitarias inadecuadas en edificaciones donde se almacenan medicamentos.

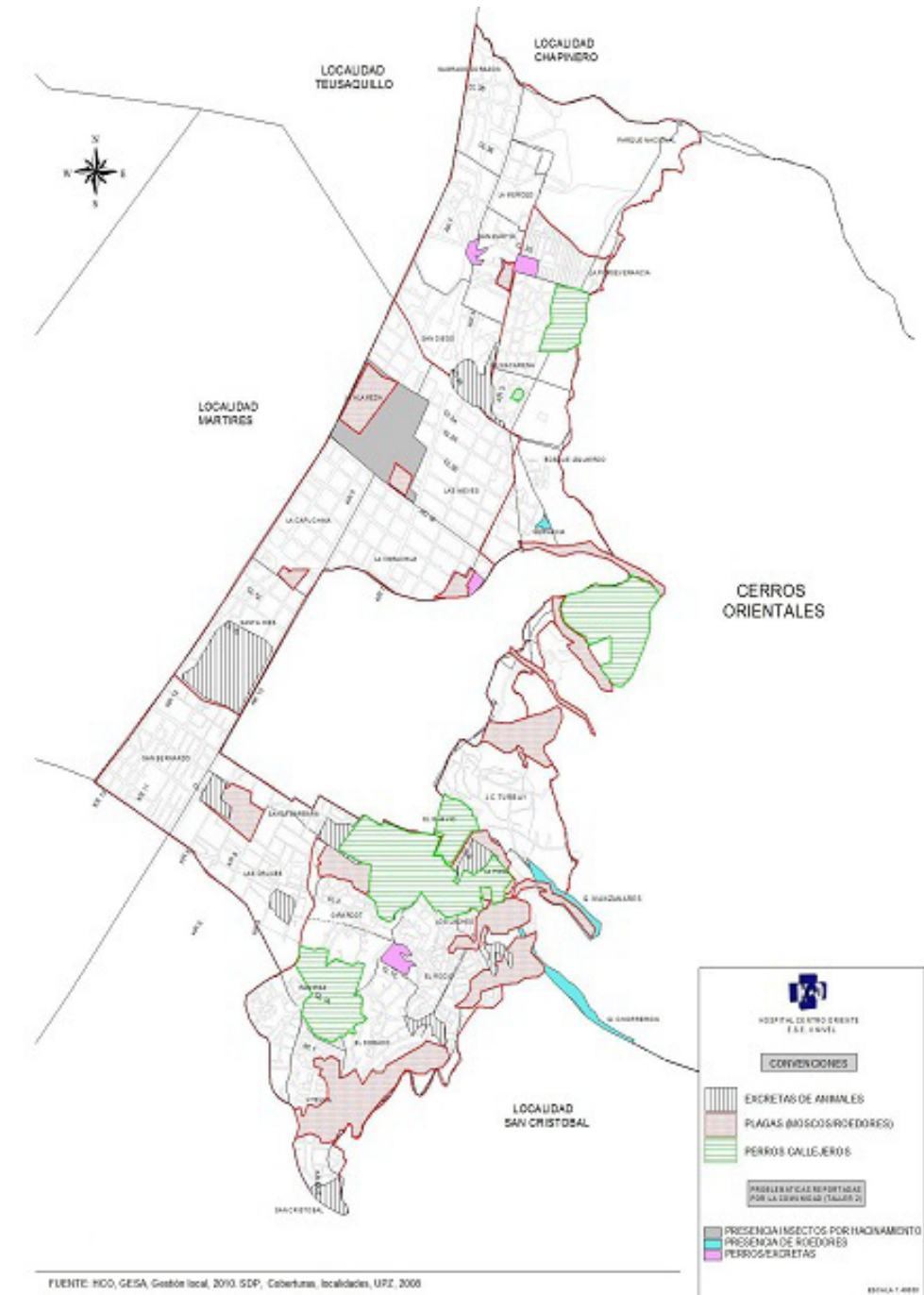
Se ha realizado intervención al 70% de las viviendas establecidas en los micro territorios de salud a su casa, entre los problemas que se han logrado identificar al interior y exterior de las viviendas intervenidas están el mal manejo de residuos sólidos lo que se evidencia en grandes y constantes acumulaciones de basura, presencia de caninos callejeros especialmente hacia los barrios colindantes con los cerros orientales. Presencia de vectores como moscas, zancudos, roedores especialmente en los límites del territorio social 1 con Mártires y Candelaria como se muestra en el mapa 28.

Se continuó dando educación desde la intervención para el aprovechamiento de espacio al interior del hogar a través de brigadas de vivienda saludable, en los casos de infraestructura inadecuada se hizo remisión a la dirección de prevención y atención de emergencias (DPAE) para la reubicación de viviendas en riesgo, por la ausencia de agua y alcantarillado especialmente en el sector rural, se implementaron sistemas para el tratamiento de agua potable como filtros de vela (45), promoción de unidades de saneamiento ecológico (baño seco) 7 unidades.

Debido a lo encontrado en cuanto a hábitos inadecuados para el manejo de residuos sólidos al interior de los hogares y la contaminación de las fuentes hídricas y espacios público se ha venido fortaleciendo la gestión comunitaria a través de jornadas de salud y ambiente, capacitando a la comunidad en temas de aprovechamiento de residuos orgánicos a través de técnicas como lombricultivo, compostaje y articulación intersectorial con el apoyo del Aseo Capital, Policía comunitaria y Hospital Vista Hermosa.

En cuanto a la inadecuada tenencia de mascotas y propietarios de vehículos de tracción animal se ha realizado educación en tenencia adecuada de animales para la prevención de enfermedades como la escabiosis, accidente de animal mordedor y en 2 instituciones educativas de la localidad se ha venido desarrollando como proyecto piloto "Veterinario al colegio" como una estrategia de educación para la convivencia con animales

Mapa 28. Problemáticas ambientales - plagas / vectores. Localidad Santa Fe



FUENTE: HCO, GESA, Gestión local, SDP, Coberturas de localidades, UPZ y Barrios catastrales, 2008.

En la Vigilancia Sanitaria se desarrollan diferentes actividades encaminadas al control de riesgos en la salud producidos por uso, consumo y producción de bienes y servicios ofrecidos en diferentes establecimientos ya sean de carácter comercial, educativos, industriales, entre otros, bajo el cumplimiento de la normatividad vigente establecida para tal fin.

Para realizar una mejor cobertura en la vigilancia sanitaria se cuenta con diferentes líneas de acción que permiten abordar de una manera idónea y multidisciplinaria los diferentes riesgos para la salud, estas líneas son: Alimentos Sanos y Seguros, Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Seguridad Química, Medicamentos Seguros y Servicios de Salud, Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico. Estos procesos se encaminan en la metodología de las Buenas Prácticas, el cumplimiento de las exigencias normativas de carácter higiénico - sanitario y se basan en los siguientes ejes centrales:

- Establecimiento Vigilado y Controlado: Se realiza Inspección, Vigilancia y Control a los establecimientos.
- Actividades educativas: Desarrollo de procesos de capacitación encaminados al fortalecimiento del sentido de la responsabilidad de las personas involucradas con las actividades que pueden generar riesgos para la salud en los diferentes temas abordados desde las líneas de intervención.
- Control de población canina, vectores y enfermedades zoonóticas: Realizadas por la línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico.
- Planes intersectoriales: Subsistema de Emergencias en Salud Pública: planes de emergencias familiares, escolares e industriales, velar por la atención de eventos de inferencia en salud pública como enfermedades de fácil propagación por condiciones higiénico sanitarias deficientes (varicela, hepatitis, etas, edas).
- Proyectos especiales: Dispositivos médicos para la salud visual y ocular, Centro de tenencia y adopción de mascotas, desarrollados por las líneas de Medicamentos seguros y servicios de salud y Eventos transmisibles de origen zoonótico respectivamente.

Línea de Intervención Alimentos Sanos y Seguros:

Realiza la Inspección Vigilancia y Control a establecimientos donde se procesan, (para el caso de bebidas alcohólicas), almacenan, comercializan o expenden alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas, en el marco del decreto 3075/1997. Verificando el cumplimiento normativo de los aspectos higiénico sanitarios relacionados con infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos, documentación, entre otros aspectos, con el fin de corregir o mitigar los factores de afectación de la inocuidad de los alimentos y así mismo evitar la aparición de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA).

Complementan los procesos con actividades educativas en la capacitación para la manipulación de alimentos, como estrategia de información, comunicación y educación en salud sobre el manejo adecuado de alimentos y bebidas y prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos, se realizaron 46 capacitaciones y se capacitaron 839 personas. Cuando se presentan reportes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) u otros eventos relacionados con el objeto de la línea, ésta desarrolla acciones de atención y seguimiento oportuno coordinado con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Calidad del Agua y Saneamiento Básico:

En esta línea se lleva a cabo la inspección, vigilancia y control de factores presentes en el entorno que en condiciones inadecuadas pueden afectar la salud de las personas; el comportamiento de factores importantes, tales como la calidad del agua potable, la gestión integral de residuos

sólidos y líquidos, se vigilan en establecimientos como instituciones educativas, instituciones carcelarias, sitios de encuentro sexual, centros comerciales sin plazoleta de comidas, salas de cine, parques recreativos hoteles, piscinas, viviendas en riesgo, entre otros. En cuanto a las actividades de capacitación se realizan en temas para la promoción y prevención en el tema de agua como manejo adecuado del agua para consumo humano, manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos; se realizaron 22 capacitaciones y se capacitaron 355 personas. Se espera lograr un cambio en las condiciones higiénico sanitarias de las viviendas sobretodo en los inquilinatos a partir de la modificación de las conductas y hábitos cotidianos. Cuando se presenta brotes dentro de la localidad de enfermedades como varicela, parotiditis, hepatitis o Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) se atienden estos eventos en coordinación con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Seguridad Química

Se realizan actividades de Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos que en sus procesos y/o actividades manipulen sustancias químicas, tales como industria textil, metalmecánica, de plástico, manufactureras, extractiva, automotriz y de servicios, centros de estética facial, corporal, ornamentación, lavanderías, pequeñas y medianas industrias donde se manejen, expendan, reenvasen y/o almacenen sustancias químicas insumo para procesos industriales.

En sus procesos de capacitación enfatizan en la elaboración de planes de contingencia y emergencias, manejo seguro de sustancia químicas, buenas prácticas operativas, manejo seguro de residuos peligrosos y legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, promoción de programas de salud ocupacional principalmente la resolución 2400/1979; se realizaron 12 capacitaciones y se capacitaron 235 personas. En caso de reportes sobre intoxicaciones por sustancias químicas se atienden estos eventos coordinados con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Medicamentos Seguros y Servicios de Salud:

Desarrollan actividades de Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden medicamentos, cosméticos y productos naturales. Otras actividades que realiza la línea es la toma de muestras de medicamentos, los cuales son remitidos al Laboratorio de Salud Pública para el respectivo análisis físico-químico, siguiendo los lineamientos y protocolos establecidos por el laboratorio.

Para el periodo 2010 se programaron 256 visitas de Inspección Vigilancia y Control (IVC), se realizó la toma de 2 muestras, las cuales arrojaron como resultado el cumplimiento de los estándares de calidad según reporte de análisis realizado por el Laboratorio de Salud Pública. También se realizaron 2 muestras de medicamentos para el programa: "Demuestra la calidad del INVIMA", sin que a la fecha se hayan notificado los resultados por parte del INVIMA a la ESE.

En sus procesos de capacitación enfatizan en: manejo adecuado de medicamentos y prevención de automedicación, esta información está dirigida a personal de droguerías, tiendas naturistas y comunidad. Se realizaron 5 capacitaciones y se capacitaron 75 personas. Cuando se presentan reportes de medicamentos adulterados, la línea brinda apoyo en coordinación con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Eventos Transmisible de Origen Zoonótico:

Sus actividades se enfocan en tres componentes principales que son: control de la población canina callejera; control de vectores, Inspección, Vigilancia y Control de establecimientos médico veterinarios. Adicionalmente realiza actividades de vacunación antirrábica y esterilización tanto para caninos y felinos.

Para el periodo 2010 se vacunaron 2050 caninos y 688 felinos; se esterilizaron 313 hembras caninas y 37 hembras felinas, para un total de 350 hembras intervenidas; para el control vectorial en exteriores se intervinieron 36.500 m², para el control de roedores en exteriores se intervinieron 26.500 m² con un cumplimiento del 100% de lo programado.

En sus actividades de capacitación se hace énfasis la tenencia adecuada de mascotas, prevención y control de enfermedades zoonóticas con énfasis en la Rabia. Se realizaron 15 capacitaciones y se capacitaron 294 personas.

En términos generales las principales problemáticas que identificadas en la localidad son hábitos inadecuados en manipulación de alimentos, procedencia no certificada especialmente de licores, mal manejo de residuos sólidos, contaminación de afluentes por vertimientos de sustancias químicas o aguas servidas, tenencia inadecuada de animales, condiciones higiénico sanitarias deficientes en edificaciones, industrias informales, contaminación ambiental, proliferación de vectores plaga. Debido a esta situación desde las líneas de intervención se vienen desarrollando estrategias de información por medio de capacitaciones con el fin de lograr cambios positivos en las personas capacitadas y de esta manera seguir trabajando por la prevención de los riesgos en Salud Pública.

Adicionalmente se realizó una actividad aplicando la transversalidad entre la línea de transporte y energía y la línea de GESA y una gestión intersectorial con la Secretaría de ambiente para trabajar en ambientes libres de ruido especialmente en la zona de la Alameda y el Guavio como se evidencia en el mapa 29, realizando operativos en la localidad de Santa fe.

lan de intervenciones colectivas (PIC) para el siguiente núcleo problemático:

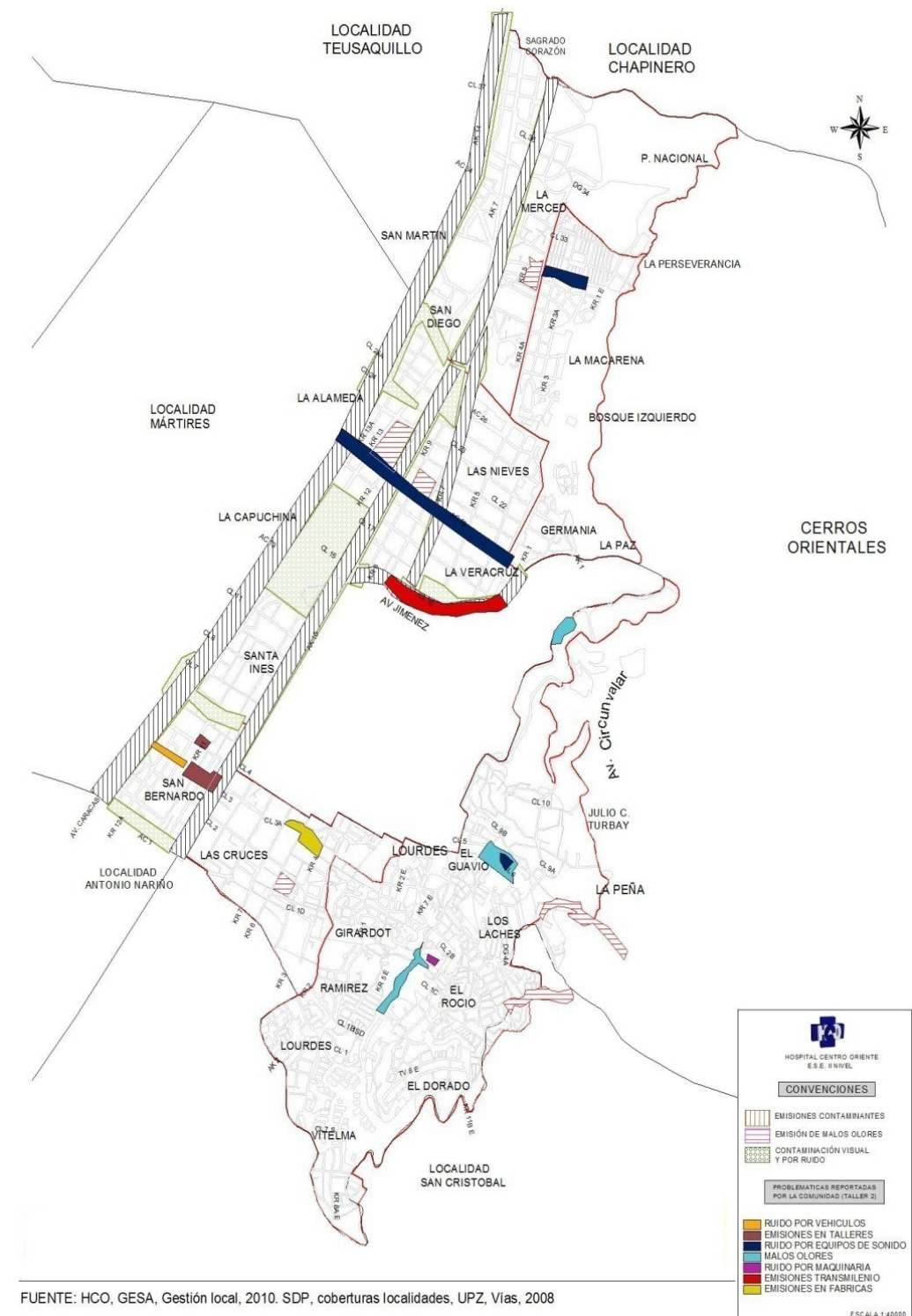
Barreras de acceso administrativas y físicas en la prestación de servicios de salud que obstaculizan la garantía del derecho a la salud en todas las etapas del ciclo vital incidiendo en la presencia de eventos de salud prevenibles en todas las etapas de ciclo vital.

Se evidencia que desde el Plan de Intervenciones Colectivos (PIC) hay inducción a la demanda de servicios asistenciales, pero existen algunas barreras de acceso por el tema de aseguramiento de la población, ya que el Hospital Centro Oriente atiende a la población asegurada a las empresas prestadoras de salud (EPS) subsidiadas con las que tiene relación contractual y a la población participante vinculada, algo evidenciado en atención al usuario se relaciona con el desconocimiento de los usuarios en cuanto al portafolio de servicios, rutas de atención para el acceso a la prestación de servicios en salud y el derecho a la salud.

No obstante lo anterior, desde el componente de gestión local se aprovechan los espacios de encuentro con instituciones locales para socializar el portafolio de servicios del Hospital y las rutas de atención en los servicios, estas últimas han venido siendo ajustadas para ser comprendidas desde el ciudadano que asiste a los servicios sociales.

Es de destacar que desde el ámbito de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se realiza asesoría y asistencia técnica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA), transversalidades y programas, abordando a los diferentes profesionales y personal de apoyo de los servicios quienes a través de diferentes estrategias se sensibilizan frente al acceso a los servicios, enfoque diferencial y humanización en la atención de los pobladores de la localidad.

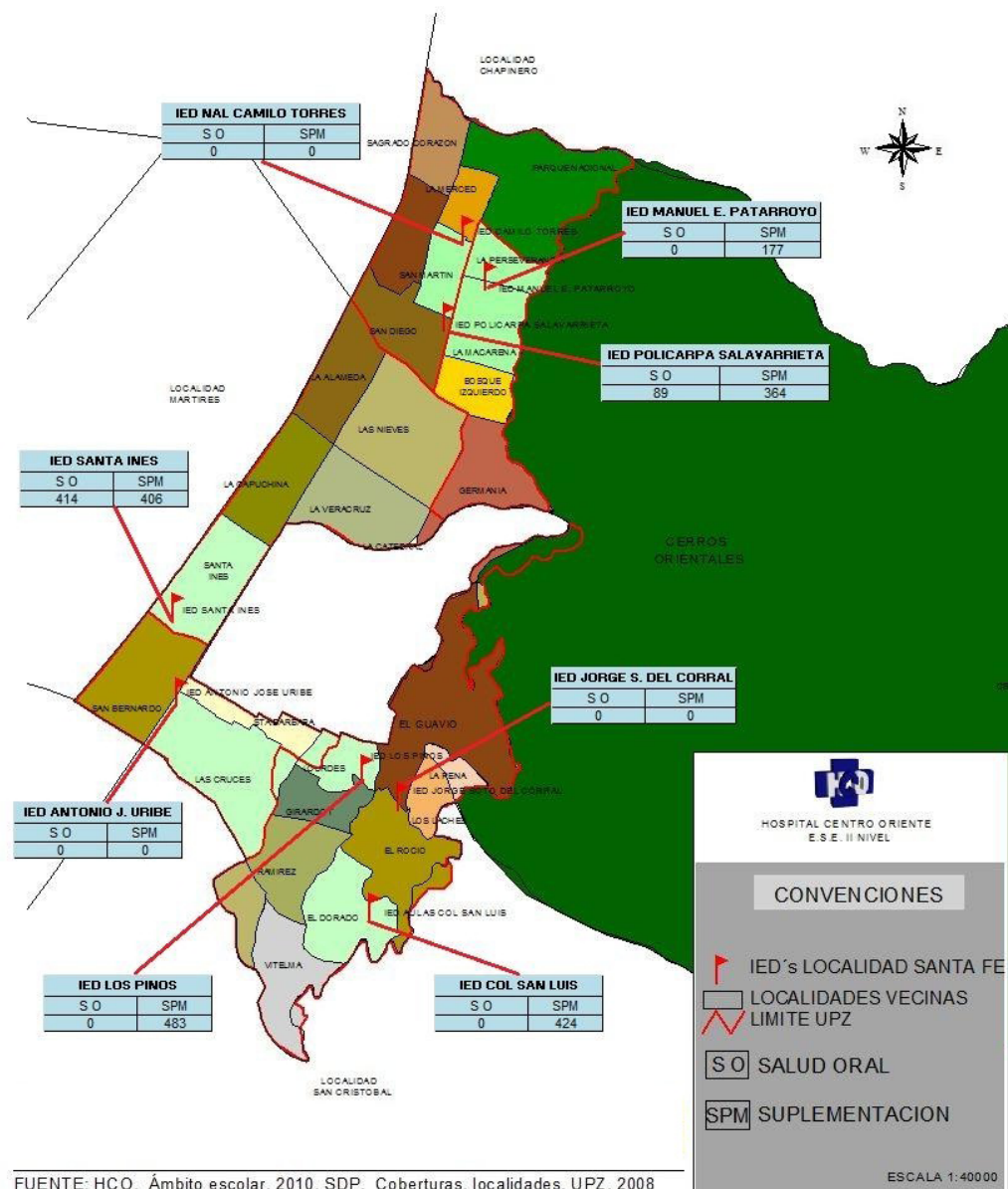
Mapa 29. Problemáticas ambientales - Calidad de aire y contaminación por ruido. Loc. Santa Fe. 2010



FUENTE: HCO, GESA, Gestión local, 2010. SDP, Coberturas de localidades, UPZ, Vías, 2008.

A partir de los resultados de las unidades de análisis, se presenta la respuesta dada desde el pEn cuanto a los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) las intervenciones se relacionan con el fortalecimiento al Proyecto de desarrollo de autonomía(PDA) de salud oral; acciones de acercamiento a las unidades de trabajo (colegios y jardines) con lectura de realidades de la situación de salud oral de la población a la cuál va dirigida la intervención del programa salud oral como se muestra en el mapa 30 ; clasificación de la calidad del cepillado de la población sujeto (población en etapa infancia de colegios y jardines); valoración de la necesidad de tratamiento; fortalecer el acceso a los servicios de y procesos de comunicación, información y educación a través de estrategias metodológicas dirigidas a los diferentes actores de la comunidad educativa (escolares, docentes y padres/madres de familia) con el objetivo de formar individuos con autonomía en salud.

Mapa 30. Acciones de salud oral - ámbito escolar. Localidad Santa Fe.



FUENTE: HCO, Ámbito escolar, 2010. SDP, Coberturas, localidades, UPZ, 2008

FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

La problemática referida con ésta respuesta se relaciona con el porcentaje de instituciones a las que se está llegando: 3 colegios distritales (22% de la localidad) y 4 jardines de SDIS (19%) en la localidad. la cobertura de escolares fue 864 niños y niñas menores de 14 años, los cuales también fueron remitidos a los servicios de salud, es de anotar la brecha de inequidad relacionada con la cobertura de la intervención y las barreras de acceso para la atención integral de los niños y niñas identificadas con necesidades en salud oral.

Programa de salud visual

A partir del programa de salud visual y auditiva se pone en conocimiento no solo de la comunidad educativa sino también de la comunidad en general, el derecho que tienen los escolares para ser atendidos a partir de los tres años o más para ser valorados por optometría y ser atendidos si así lo requieren en menos de 15 días según lo decretado en el acuerdo 358 del consejo de Bogotá 2009.

En el 2009 se logró sensibilizar frente al acuerdo antes mencionado a los docentes y padres de familia, estos últimos refieren que la atención de los escolares en sus respectivas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) no son lo suficientemente oportunas desde la asignación de citas hasta la respuesta efectiva.

Otra de las acciones que se han venido trabajando atañe con el acompañamiento a la garantía al derecho a la salud y Movilización de la ruta de atención integral para niños y niñas con necesidades educativas transitorias y permanentes escolarizados en el territorio (canalización a sistemas de aseguramiento en salud y seguimiento de la atención), no obstante se han presentado dificultades en la contrarreferencia y acceso a los servicios de salud en las personas canalizadas, la negligencia de padres para el acercamiento a sistemas de aseguramiento y la falta de datos de referenciación en las fichas de detección diligenciadas por los docentes se convierten también en barreras de acceso para acceder a los servicios.

Es importante señalar que para fomentar la participación social el Hospital Centro Oriente desarrolla a través de los mecanismos de participación comunitaria establecidos por la norma en el decreto 1757 actividades con el comité de participación comunitaria (COPACO), comité de usuarios de las diferentes sedes asistenciales, asociación de usuarios y el comité de ética hospitalaria de acuerdo con las funciones específicas establecidas por la norma.

Cada sede asistencial cuenta con el sistema de peticiones, quejas y reclamos a través del buzón de sugerencias; durante el primer semestre del 2009 se realizó un total de 1087 encuestas de satisfacción cuya sumatoria porcentual arrojó un 90% de satisfacción para todo el Hospital.

Debido a que la localidad de Santa Fe cuenta con un buen número de población diferencial, se desarrollo el análisis del siguiente núcleo:

La discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBT, ciudadanos en condición de discapacidad, personas en ejercicio de prostitución en los territorios sociales 1 y 2 dificultan la convivencia con los y las residentes de estos territorios en la localidad de Santa Fe, afectando la calidad de vida de todos y todas.

Se destaca que desde la transversalidad de género componente mujer se socializa y sensibiliza en torno al decreto 166 de 2010 "Política pública de mujer y géneros" y el "Plan de igualdad de mujer y géneros" los cuales mencionan los derechos de la mujer. Esta acción se realiza tanto al interior del hospital como en escenarios comunitarios con las instituciones locales que trabajan en pro de la política pública.

Población en condición de discapacidad

Desde el componente de gestión local, a través del referente de la transversalidad se busca avanzar en la inclusión social de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores

incidiendo en la agenda de desarrollo humano, social, económico, cultural, científica y política de los territorios en el marco de los derechos humanos y la justicia social¹⁸¹

A partir del ámbito comunitario se cuenta con cuatro acciones para intervenir la problemática de las personas en condición de discapacidad:

Organizaciones por los derechos de las personas con discapacidad: Responde a la categoría de Protección y preservación de la autonomía. Está dirigida a la asesoría y al acompañamiento a diferentes tipos de organizaciones sociales que aboguen por los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad, de manera que fortalezcan su proceso. Aunado a esto se pretende que impacten en el tejido social, tengan incidencia política y contribuyan en procesos de transformación social. Se fundamenta en los preceptos y experiencias de los movimientos de vida independiente y los movimientos sociales de las personas con discapacidad, orientados a la creación de nodos y centros para la generación de proyectos que garanticen calidad de vida e inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias. Desde esta perspectiva acoge y actúa en todas las etapas del ciclo vital propios de la familia y la persona.

Incluye identificar y consolidar grupos/organizaciones de personas con necesidades sociales e intereses comunes que propendan por la participación social y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, de manera que logren el posicionamiento y la representatividad social dentro de la localidad como organismos gestores de cambio.

Cuidando a cuidadores de personas con discapacidad: Responde a la categoría de restitución de autonomía y está dirigido básicamente a jóvenes, adultos y persona mayor, no obstante se pretende impactar en los otros ciclos vitales y la familia a partir del cambio en estos. Se implementa mediante la integración de la metodología de grupos de apoyo y centros de escucha. Está encaminada a crear un lugar donde estos compartan con otras cuidadoras y cuidadores su experiencia de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades y otros relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental. Se centra en motivar la expresión y comunicación de los cuidadores y cuidadoras, a partir de un conversatorio con preguntas orientadoras, mediadas por el profesional y el agente de cambio.

Comprende propuestas de cambio al estilo de vida ocupacional de los cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad, quienes son acogidos en primera instancia por espacios de apoyo, escucha, contención y orientación que los motive a participar en grupos sociales y procesos de construcción de su proyecto de vida, lo anterior a partir de vivencias para la promoción de su autonomía, funcional, social, económica y política.

En el ámbito escolar se hace acompañamiento a la inclusión escolar de los niños desescolarizados (seguimiento domiciliario a familia de estos niños por agente de cambio y con apoyo técnico profesional de la referente de discapacidad), en el 2009, se canalizó un niño a colegio Distrital, los imaginarios de las personas de la comunidad educativa, específicamente docentes y directivos se convierten en barreras de acceso al sistema educativo.

El ámbito familiar cuenta con la intervención para personas en condición de discapacidad, con ellas se llevan a cabo las siguientes actividades: Identificación de la familia, Lectura de necesidades, Plan de acción concertado con la familia, Asesoría y canalización a programas y servicios, Registro, Seguimiento al plan, Proyección de la familia en la estrategia de RBC, Identificación y convocatoria de familias (familias registradas, familias con asesorías en años anteriores y familias con asesorías en curso), Alistamiento y preparación de material y taller de trabajo, Taller de sensibilización y promoción de los derechos, Sistematización de la experiencia y registro; a continuación se presenta

¹⁸¹ secretaria distrital de salud .dirección de salud pública. transversalidad de discapacidad. lineamientos plan de intervenciones colectivas 2010

la cobertura lograda del total de individuos identificados en la caracterización en condición de discapacidad 416, de los cuales están activos 282; fueron intervenidos con asesorías domiciliarias en el año 2009, 102, lo que equivale al 36% de los individuos activos.

El ámbito IPS realiza asesoría y asistencia técnica en las IPS en los Proyectos de desarrollo de autonomía (PDA), transversalidades (TV), programas, estrategias: Salud Sexual y Reproductiva, Cáncer Cervicouterino, Instituciones Amigas de la Discapacidad, IAMI, IAFI, AIEPI, ERA, Enfermedades Crónicas, Enfermedades Transmisibles, Poblaciones especiales Salud Oral, Salud Mental, Modelo de Atención de Diabetes, abordando a los diferentes actores de la prestación de los servicios, sensibilizando frente a la disminución de las barreras de acceso a los servicios, enfoque diferencial y humanización en la atención de acuerdo a las políticas distritales.

El ámbito institucional realizó en 2009 caracterización y fortalecimiento en 2 instituciones gerontológicas de la localidad, apuntando a las necesidades de 26 personas en condición de discapacidad identificadas, 1 hombres y 25 mujeres, correspondientes al ciclo adultez y vejez principalmente. Desde la base se observaron aspectos tales como accesibilidad, barreras y facilitadores físicos y actitudinales, condiciones medioambientales, enfoque de atención, redes de apoyo, tipos de constricción, servicios con los que cuenta en materia de salud, Se realizaron asesorías en temáticas como generalidades y panorama de la rehabilitación basada en comunidad (RBC); conceptualización en Discapacidad; autocuidado en la persona mayor: marco normativo alrededor de la población de persona mayor y otras redes de apoyo, estas temáticas se dirigen al personal administrativo, de direccionamiento y asistencial a manera de sensibilización.

En cuanto al ámbito laboral brinda asesoría para a las empresas del sector formal de la economía para superar las barreras actitudinales y físicas que en algunos casos se presentan para la inclusión de población con discapacidad en estas empresas. Análisis de puestos de trabajo para facilitar dicha inclusión y el mejoramiento de las condiciones de trabajo de esta población con base en el mismo.

A pesar de realizar desde la intervención la tarea, las empresas no tienen responsabilidad social ante el tema de inclusión laboral y por ende rechazan el proceso, las empresas que aceptan el proceso de inclusión, se encuentran con que los perfiles de las personas en condición de discapacidad no cumplen con las expectativas para ocupar los puestos de trabajo ofertados.

Ámbito Familiar: Identifica y caracteriza personas en condición de discapacidad, canalizándolas a banco de ayudas técnicas o a otros servicios que requieran.

Habitante de calle

A partir de la caracterización de habitante de calle y al ser la localidad un corredor estratégico de estos ciudadanos, en el año 2009 se inició desde éste ámbito el diseño de los Centros de escucha, la estrategia antes mencionada e implementada en el 2010, ha permitido generar procesos con continuidad en el tiempo para la población habitante de calle, sensibilización a la comunidad en general sobre el fenómeno de habitabilidad en calle y la formación de estos ciudadanos y ciudadanas como sujetos políticos.

Teniendo en cuenta la situación geográfica de la localidad, ubicada en el centro de la ciudad y con gran número de población flotante, se desarrolló el siguiente núcleo correspondiente al disfrute del ocio recreativo por parte de los y las habitantes de Santa Fe:

En el territorio social 1 y 2, hay subutilización de los parques y de sitios de esparcimiento para el disfrute del ocio recreativo, generada por la situación de inseguridad, condiciones deficientes de aseo y el desconocimiento de las ofertas recreodeportivas institucionales que producen en los y las habitantes vulneración del derecho a la recreación, ambiente sano y cultura .

Desde gestión local se ha venido fortaleciendo el proceso de propuesta para la promoción de la actividad física en la localidad de Santa Fe, como espacio de participación intersectorial y comunitaria, para la promoción de la Actividad Física, la Recreación y el Deporte y por lo tanto como coadyuvante para satisfacer múltiples necesidades para el mejoramiento de calidad de vida; por esta misma razón tiene ingerencia en diversos ámbitos de la vida cotidiana de las personas en todas las etapas de ciclo vital como se puede mencionar en el ámbito comunitario con los programas: -Tu vales- para el fomento de hábitos de vida saludable por medio de la promoción de la actividad física, la alimentación saludable, lidera cambios y la liberación de los espacios del humo del cigarrillo, dicho programa, se desarrolló en el segundo semestre de 2009 con dos grupos de mujeres cuidadoras de hogares comunitarios de los barrios Laches y las Cruces ubicados en las UPZ 96 y 95.

-Muévete comunidad - donde se busca construir y/o fortalecer procesos socio políticos para abogar por el mejoramiento de la calidad de vida y salud, a través de la promoción de condiciones que facilitan la práctica de actividad física, con colectivos de los territorios de las localidades del distrito, en el año 2009 se realizaron acciones con dos grupos de personas en el barrio las Cruces, en donde se buscó promocionar la actividad física y las acciones para multiplicar dicha promoción, no solo en la familia, sino también en lo local, esto teniendo en cuenta los índices de enfermedades crónicas en las localidades de cobertura de la ESE., que son altos y continúan apareciendo como las primeras causas de consulta y muerte en la localidad, es importante recalcar que las acciones solas desde la intervención no son suficientes si no existen acciones que minimicen los índices de enfermedades crónicas en la población.

En el ámbito escolar se desarrolla una actividad denominada “Fortalecimiento a la Actividad Física en la Escuela”, que tiene como objetivo fortalecer la práctica de la actividad física dentro de los colegios distritales con docentes, alumnos y padres de familia en las diferentes jornadas; la respuesta es insuficiente, y no depende de un solo sector; sin embargo al buscar la integralidad de las acciones y la articulación con otras instituciones especialmente la articulación con el sector educativo y otros sectores se puede avanzar en las respuestas a los núcleos problemáticos que se manifiestan en la localidad y que tiene que ver con la actividad física, la recreación y el deporte para todas las etapas de ciclo.

En cuanto al núcleo problemático relacionado con el ambiente y entornos poco saludable, inseguro y violento éste hace que las personas se desmotiven o no se interesen frecuentemente por realizar la práctica de la actividad física en cualquiera de sus diferentes formas; sin embargo también se puede decir que cuando el entorno ofrece seguridad y condiciones aptas para la realización de la práctica es aprovechado por diferentes grupos como es el caso de algunos colegios que no cuentan con espacios dentro de la institución, pero utilizan los parques cercanos para realizar la práctica de actividad física ejemplo de ello es el colegio Camilo Torres localizado en el Barrio San Martín, pero que hace uso del parque Nacional, o el Colegio Santa Inés localizado en el barrio San Bernardo y que hace uso del parque Tercer Milenio ubicado cerca del colegio. También se realiza la promoción de actividad física con el establecimiento de grupos promotores de la misma en los colegios de la localidad, conformados por estudiantes y docentes, como y alternativa de afrontamiento a las dificultades de convivencia que se manifiestan en los colegios.

Desde salud al colegio y todo el grupo de la transversalidad de actividad física se hacen diferentes propuestas que apuntan a dar respuestas integrales y coherentes con lo planteado anteriormente, pero siempre teniendo en cuenta que no se van a solucionar todas las dificultades ni dar respuesta a todas las necesidades presentadas por la comunidad.

4.1.2.2 Territorio social 2

Teniendo en cuenta que en el territorio social 2 se concentra la población flotante de la localidad, se contemplo el análisis de la respuesta social que se ha venido dando al siguiente núcleo problemático en Santa Fe

El desempleo asociado a bajos niveles educativos y falta de oportunidades laborales, genera alta dependencia económica, dedicación a actividades informales para la obtención de ingresos; deteriorando localidad de vida en todas las etapas de ciclo vital.

Desde la transversalidad de salud y trabajo compuesto tanto por el ámbito laboral como gestión local de salud mediante la estrategia de la red salud y trabajo, se incluyen acciones integrales, de prevención y promoción de la salud focalizados hacia la población dedicada a la economía informal (plazas de mercado, UTIS - unidades de trabajo informal-, población en situación o condición de desplazamiento y grupos étnicos, desarrollando acciones para la restitución de sus derechos. Se realizan además actividades de formación de líderes de trabajadores pertenecientes a diferentes actividades económicas con respecto a las temáticas que determinan sus condiciones de salud y trabajo, con el propósito de generar procesos de movilización para la garantía y restitución de sus derechos.

De igual manera se incluyen desde este ámbito acciones que se dirigen a la restitución de derechos de la población trabajadora infantil de 5 a 14 años en el que a partir de la identificación, caracterización y seguimiento se busca su desvinculación laboral y su inclusión en programas y proyectos locales que permitan la restitución de sus derechos y que contribuyan a su desarrollo físico, mental y social. Así mismo se desarrollan acciones similares a estas pero dirigidas a la población adolescente trabajadora de 15 a 18 años con el fin de mejorar sus condiciones de trabajo y salud a través de procesos de concertación con empleadores o lograr su desvinculación laboral de aquellas actividades que estén prohibidas por la ley y que presentan condiciones de trabajo nocivas para su salud.

Así mismo se desarrollan acciones de restitución y garantía del derecho a población que por su condición de discapacidad es estigmatizada afectando sus derechos y que de manera puntual se observa en la discriminación que se realiza en el plano laboral no permitiéndoseles desarrollar sus capacidades y afectando la percepción de ingresos para la satisfacción de sus necesidades básicas. Es así como desde las intervenciones del ámbito se dirigen acciones que buscan la sensibilización de empleadores de empresas formales con el propósito de garantizar la inclusión de esta población.

Por último desde gestión local de la salud mediante la estrategia de redes sociales para la salud y el trabajo se desarrollan acciones de dinamización de actores, articulación intersectorial, posicionamiento político, planificación de acciones y comprensión del análisis de las condiciones del trabajo y de la salud en el trabajador informal.

Bajo esta mirada contextual y relacional se pretende desde el Hospital Centro Oriente, comprender los determinantes sociales que afectan las condiciones de calidad de vida y salud del trabajador informal, mediante la identificación de unos núcleos problemáticos priorizados previamente en mesas de trabajo tanto territorial como local.

Sin embargo se reconoce que la inestabilidad económica en la localidad es un elemento que deteriora la calidad de vida de las personas, incidiendo en la precarización de la pobreza, el difícil acceso a bienes y servicios, entre estos educación, vivienda, agua potable, recreación y cultura entre otros. Sin embargo la respuesta desde el sector salud apunta a atender las necesidades del trabajador informal específicamente en el tema de salud ocupacional, lo que es necesario posicionar, no obstante a las intervenciones desarrolladas por la transversalidad trabajo se desarrollan acciones de articulación y gestión transectorial a fin de solventar las necesidades que en materia de generación de ingresos, productividad y emprendimiento son necesidades de la población trabajadora sin que esta sea competencia directa del sector salud.

Por lo tanto no es pertinente del sector salud de forma directa atender las necesidades en materia de desarrollo económico, pero si de dinamizar acciones de articulación transectorial para que otros sectores atiendan esta necesidad.

Las respuestas institucionales para el trabajador informal, son coherentes con las necesidades en materia de seguridad social desde las acciones de salud pública y atención en salud con las y los trabajadores informales captados dentro del sistema de salud con el Hospital Centro Oriente.

Por otro lado en relación al marco de la política distrital de salud se desarrollan acciones en coherencia a la implementación de acciones para disminuir y/o erradicar el trabajo infantil, protección del joven trabajador y trabajo digno a través de acciones de articulación, posicionamiento y dinamización transectorial a fin de generar respuestas a las necesidades de la población trabajadora.

La respuesta institucional desde el tema de seguridad social en salud para el trabajador informal no es suficiente, ya que el plan obligatorio de salud (POS) no atiende los accidentes de trabajo y enfermedades de sitio de trabajo (ATEP) ya que estos se encuentran excluidos de los paquetes de atención en salud, por lo tanto no es posible dar atención a esta necesidad específica.

Existe una particularidad en Santa Fe y es el contar en más del 80% con zona rural, lo que obliga al Hospital Centro Oriente a hacer un análisis exhaustivo relacionado con las respuestas dadas desde salud a la población rural a partir de los siguientes núcleos problemáticos.

En la Localidad de Santa fe, en el área rural El Verjón se evidencia una problemática de cultura ciudadana de los visitantes, residentes y comerciantes de los Cerros Orientales reflejada en la disposición de basuras y escombros a lo largo del cauce de quebradas y ríos ocasionando deterioro del ecosistema de los cerros orientales especialmente en el limite rural y urbano, vulnerando el derecho al ambiente sano.

En el Verjón se presenta una problemática de asentamiento habitacional en zona de reserva forestal y área límite entre lo rural y lo urbano reflejada en barrios formales e informales en zonas de ladera que generan condiciones de inseguridad para los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a la seguridad, a un ambiente sano, a la vivienda y a la salud.

La restricción de los y las habitantes de la zona de reserva forestal al acceso de la oferta institucional (salud) por normatividad establecida genera inequidad en la prestación de los servicios afectando a todas las etapas de ciclo vital, violando el derecho a la salud y seguridad social.

Uno de los componentes activos dentro de las respuestas en la ruralidad es el de gestión local desde el que se apoya activamente la mesa del Verjón alto donde se han propuesto acciones para generar el dialogo entre La Corporación autónoma regional (CAR) y la población sin conseguir resultados positivos relacionados con la restricción en el uso de la tierra.

Se destaca que a partir de la caracterizaciones llevadas a cabo por salud a su casa, se han identificado 348 personas en el Verjón alto, dichos ciudadanos se canalizaron a los diferentes servicios sociales.

En la escuela del Verjón alto, las acciones llevadas a cabo desde ejercicios de autonomía se relacionan con Promoción de actividad física y alimentación saludable, Veterinario al colegio, salud sexual y reproductiva, discapacidad, convivencia y vacunación.

Ámbito comunitario: Teniendo en cuenta que desde este ámbito se fortalecen organizaciones, se ha venido trabajando con un grupo de 20 mujeres líderes a quienes se ha venido capacitando en diferentes temas incluido el derecho a la salud.

Vigilancia en Salud Pública: El sistema de vigilancia epidemiológica hace presencia activa desde vigilancia comunitaria a través de los tres ámbitos que llevan a cabo acciones en la zona, desde SIVIM, se notificaron e intervinieron 57 casos de violencia familiar por negligencia, 15 de estos

casos fueron inscritos en el SGSS. Desde la transversalidad de ambiente, se realizaron 7 visitas de vivienda saludable en El Verjón Alto.

4.1.3 Proyectos UEL

La localidad de Santa Fe presenta una diferencia de aproximadamente 928 millones de pesos entre el presupuesto disponible y lo comprometido para la vigencia 2009 .el sector salud contó con 1.580.000.000 del total del presupuesto de la localidad (19.6952.921.424).

Proyectos especiales de ambiente

Los proyectos especiales que se desarrollan en el Hospital Centro Oriente en la transversalidad de ambiente, se trabajan desde dos líneas de intervención: Línea de medicamentos seguros y servicios de salud con el proyecto especial de: dispositivos médicos para la salud visual y ocular. Desde la Línea de Eventos Transmisible de Origen Zoonótico se trabaja el proyecto especial de: Apoyo al nivel central del centro de zoonosis. Las actividades realizadas desde estos proyectos especiales se describen a continuación:

Los proyectos presentados en la tabla 3 corresponden a acciones complementarias del plan de intervenciones colectivas (PIC).

Tabla 41. Proyectos complementarios del Plan de Intervenciones colectivas.2009

Proyecto	Presupuesto anual	Origen de los recursos	Territorio al que es asignado el recurso (Barrio o UPZ)	Población Beneficiaria
Rutas Saludables Localidad Santa Fe.	27.600.000	FDL Santa fe	UPZ 96 Lourdes y UPZ 95 Cruces.	600 Personas en condición de discapacidad , niños menores de 5 años, personas mayores, mujeres gestantes y personas de altamente vulnerables.
Fortalecimientos a las acciones del COPACOs Localidad Santa Fe	23.000.000	FDL Santa fe		1.645 Integrantes del COPACOs e integrantes en general de la Localidad Santa Fe
	313.944.191	FDL Santa fe	UPZ 91, 92, 93, 95, 96	
Adecuacion y Dotacion: Dotacion a los servicios de salud Oral de la Localidad de Santa Fe.	72.210.000	FDL Santa fe		
	100.000.000	FDL Santa fe		
	110.400.000	FDL Santa fe		
Atencion integral en Programas de Salud para la Poblacion Urbano-Rural Santa Fe.	11.040.000	HCO 10% Cofinanciación	UPZs de la Localidad de Santa Fe y Vereda El Verjón	681 Niños y niñas de 2-14 años, madres gestantes y /o lactantes , adultos de 20-59 años y mujeres en edad fértil
	73.600.000	FDL Santa fe	Zona de vulnerabilidad por concentración de	
Casas Vecinales Santa Fe.	8.000.000	HCO 10% Cofinanciación		1162 Niños y niñas de 2-14 años, familias y cuidadores .
	92.000.000	FDL Santa fe	UPZ 96 Lourdes.	
SAMA Santa Fe (Control de Vectores y Ratas).	9.200.000	HCO 10% Cofinanciación	Barrios Ramirez, El Consuelo, Cartagena,	4.200 personas de los barrios priorizados
	92.000.000	FDL Santa fe	UPZs de la Localidad de Santa Fe: 91	
Salud Oral Santa fe (Protesis Dentales).	9.200.000	HCO 10% Cofinanciación	Sagrado , Corazón 92,	250 Personas mayores de 25 años
	55.200.000	FDL Santa fe	IEDs de la Localidad de Santa Fe.	
Salud al Colegio Santa Fe.	6.000.000	HCO 10% Cofinanciación		198 Niños, niñas y jóvenes escolares de la Localidad de Santa fe
	184.000.000	FDL Santa fe		
Salud a su Casa Santa Fe.	20.000.000	HCO 10% Cofinanciación	UPZ 96,92 y 95	1.564 Niños de 2 - 23 meses de edad , niños de 2 - 5 años, personas de 20 -59 años, mujeres en edad fértil , mujeres Gestantes y personas en ejercicio de prostitución
	184.000.000	FDL Santa fe		
Banco de Ayudas Tecnicas Santa Fe.	18.400.000	HCO 10% Cofinanciación	UPZs de la Localidad de Santa Fe y Veredas El Verjón y Fátima .	923 Personas en condición de discapacidad , familiares y cuidadores .

Fuente: Hospital Centro Oriente. Área proyectos UEL.2009

Proyectos especiales de ambiente

Los proyectos especiales que se desarrollan en el Hospital Centro Oriente en la transversalidad de ambiente, se trabajan desde dos líneas de intervención: Línea de medicamentos seguros y servicios de salud con el proyecto especial de: dispositivos médicos para la salud visual y ocular. Desde la Línea de Eventos Transmisible de Origen Zoonótico se trabaja el proyecto especial de: Apoyo al nivel central del centro de zoonosis. Las actividades realizadas desde estos proyectos especiales se describen a continuación:

Proyecto especial de dispositivos médicos para la salud visual y ocular

En este proyecto se realizan actividades de visitas de inspección a ópticas sin consultorio, talleres ópticos, ópticas con consultorio que estén habilitadas y/o verificar el aval de las mismas para así mismos reportarlas las que no cumplen e iniciar proceso de sensibilización para que logren la habilitación. Adicionalmente participan en la revisión y actualización de la normatividad para realizar los ajustes pertinentes.

Vigilan procesos de dispensación en ópticas con y sin consultorio y adecuación en talleres ópticos, se emiten certificados de dispensación y adecuación, a cargo de la SDS contra un acta de verificación y un concepto favorable.

Desarrollan actividades de capacitación para sensibilizar a las personas vinculadas con la actividad en cuanto a la legislación que regula las ópticas y los talleres ópticos entre la legislación aplicable a esta actividad están: decreto 1030/2007, resolución 4396/2008, decreto 218/2009. Adicionalmente a este proceso de capacitación el proyecto se articula con FENALCO para dictar talleres de socialización de la normatividad en cuanto a documentación, áreas y equipos.

Proyecto especial de apoyo al nivel central del centro de zoonosis.

El objetivo del proyecto es presentar apoyo en las actividades del centro de zoonosis con recurso físico y humano. En estas actividades participan cinco técnicos en saneamiento básico, un médico veterinario y tres vehículos.

Se desarrollan actividades de apoyo al Centro de zoonosis en lo relacionado recolección canina, adopción de caninos y felinos, eutanasia, seguimiento activo de la rabia, observación y seguimiento de mordedores, vacunación.

Parte de la base normativa se contempla en la Ley 9 del 79, el decreto 2257/1986, entre otras. En cuanto al procedimiento de la eutanasia se rige por el decreto 5215/2006.

En cuanto al procedimiento de la eutanasia está el apoyo de los técnicos de saneamiento y un médico veterinario. Este procedimiento se realiza dos veces por semana o según requerimientos del centro.

Los insumos que hacen parte del proyecto especial dados por la institución para el funcionamiento del centro son: alimento concentrado para caninos y felinos, medicamentos, transporte, biológicos para animales dados en adopción (esquema de vacunación); medicamentos para la realización del proceso de esterilización canina y felina dentro del centro de zoonosis.

4.1.4 Programa Ampliado de Inmunización

Para el análisis de las cifras de cobertura de vacunación es necesario hacer dos consideraciones: la primera hace referencia a que el sitio de residencia del niño no está georreferenciado sino que la clasificación se establece según la ubicación del puesto de vacunación y la población flotante en los barrios de fragilidad social que dificultan el cumplimiento de las metas establecidas en la localidad.

Entre las causas de la baja cobertura de vacunación como se muestra en la tabla 4, se encuentra que la población corresponde a proyecciones del censo de 1993 por lo tanto no se tiene en cuenta los datos de nacido vivo para el cálculo de las coberturas en población menor de un año, La negligencia de los padres, la no autorización para vacunar los/las niñas y las falsas creencias que inciden en la iniciación y/o culminación de los esquemas.

Tabla 42. Cobertura de vacunación (3ª dosis de polio).Localidad Santa Fe. 2008 I semestre 2010

Año	Cobertura	Meta Distrital
2008	87,4	95%
2009	83	
I SEM 2010	45,3	

Fuente: Programa ampliado de inmunización. hospital Centro Oriente.2009-2010

La meta de lograr 95% de coberturas de vacunación exige como esfuerzo centrarse en las poblaciones con mayor riesgo de desigualdad en la localidad como son desplazados, grupos étnicos indígenas y niños de los territorios sociales 1 y 2, para ello se han implementado en el hospital estrategias como: Seguimiento a la cohorte de recién nacidos que se realiza en todos los puntos de vacunación con los que cuenta la institución, a través de llamadas telefónicas logrando así que los menores de un año no se pierdan y completen el esquema; La articulación con la estrategia APS, Salud al colegio, Participación Social y el resto de ámbitos Las estrategias de Inducción a la demanda realizada en las sedes asistenciales por parte de todos los servicios al programa ampliado de inmunización (PAI); En la localidad la demolición de algunos barrios y el Plan centro ha influido en la disminución en la captación de los menores.

Tabla 43. Coberturas de vacunación triple viral .localidad Santa Fe.2009-2010

Año	Cobertura %	Meta Distrital
2008	96	95%
2009	88	
I SEM 2010	45.3	

Fuente: Programa ampliado de inmunización. hospital Centro Oriente.2009-2010

La aplicación de las estrategias antes mencionadas ha permitido identificar barrios en donde definitivamente el uso del suelo ha cambiado de residencial a comercial ocasionando desplazamiento de las familias que habitaban en estos sectores, es el caso de las casas del sector de la Avenida Comuneros.

4.2 Respuesta Comunitaria

En la localidad la participación esta ligada a los procesos de gestión de los diferentes sectores institucionales, a los cuales se agrega la acción social de las comunidades. Este proceso se inicia con la ley orgánica de planeación que se hace efectiva en la capital por medio del estatuto orgánico de la ciudad emanado mediante el decreto ley 1421 de 1993, que promueve la organización de los habitantes y comunidades, estimulando la creación de las asociaciones de distinto tipo que sirvan de mecanismos de representación en las diferentes instancias.

El sector de la salud ha sido uno de los primeros en promover la participación de la ciudadanía. En 1975 el ministerio de salud intento involucrar la representación de la comunidad en las juntas asesoras de los niveles seccionales y la creación de comités en los hospitales, centros y puestos de salud, pero solo hasta 1990, con el decreto 1416, cuando creo lo que conocemos como comités de participación comunitaria (COPACOS) en 1994 se definieron los mecanismos de participación denominada asociaciones de usuarios de: Empresas Sociales del Estado (ESE), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), administradoras de régimen subsidiado publicas y privadas, además de los comités de ética hospitalaria y representantes de juntas directivas de EPS e IPS.

En cuanto a la participación social se gestionaran los procesos cogestionarios de planeación y veedurías en salud. La participación del Hospital Centro Oriente se desarrolla a través de los mecanismos de participación comunitaria establecidos por la norma en el decreto 1757. Dicha participación se hace manifiesta en mecanismos como el COPACO, los comités de usuarios de las diferentes sedes asistenciales, la asociación de usuarios y el comité ético hospitalario. Cada uno de estos mecanismos cuenta con funciones específicas establecidas por la norma.

En el 2009 se ha venido dando cumplimiento al sistema de peticiones, quejas y reclamos, realizando la apertura del buzón de sugerencias, revisión diaria del aplicativo SQS de la alcaldía mayor y seguimiento a requerimientos que llegan externamente. Durante el primer semestre del 2009 se realizaron un total de 1087 encuestas de satisfacción cuya sumatoria porcentual arroja un 90% de satisfacción para todo el Hospital, donde se observó el menor índice de satisfacción en las sedes asistenciales, los servicios de medicina general, odontología y facturación representan en el trato por parte de los funcionarios o demora en la atención menores índices de satisfacción.

4.2.1 COPACOS

En el 2009, se ejecutaron proyectos de autogestión comunitaria con recursos de la Secretaría Distrital de Salud. Este ejercicio ha implicado los encuentros frecuentes, el debate y la reflexión alrededor de la temática y la interacción continua en torno al funcionamiento y compromiso frente a este espacio de participación. Cada uno de los proyectos cuenta con dos responsables del mismo, quienes mantienen una comunicación constante tanto con la Universidad Nacional como con la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social para coordinar acciones y tomar decisiones. Los proyectos en términos generales contienen elementos relacionados con procesos de formación y actualización en aseguramiento, planes de trabajo, plataforma estratégica así como otros temas que tienen como propósito la superación de conflictos internos en las organizaciones.

4.2.2 Comité de ética hospitalaria

El comité ha venido desarrollando la reunión mensual una vez al mes, presentado como dificultad la ausencia de los delegados de la Asociación de Usuarios. Aun no se cuenta con plan de acción de 2010, que favorece la realización eficaz del espacio.

4.2.3 Núcleos de gestión en salud

Se han llevado a cabo planes de acción de los Núcleos de Gestión Territorial programados y convocados por los integrantes de los equipos de trabajo de Salud A Su Casa, resaltando que estos espacios han avanzado de manera significativa en cuanto al diseño de planes de acción y al empoderamiento de los equipos en relación a su responsabilidad y compromiso ante los avances de los Núcleos.

Existen otros escenarios de participación local como son las direcciones de educación local (DILE), antiguos (CADEL) encargados de impartir las políticas de la Secretaría de educación y el cuerpo técnico; Consejo local de cultura, Consejo Local de Gobierno (CLG), Consejo de política social (CLOPS), consejo local de juventud, consejos tutelares y comisarías de familia entre otros.

4.3 Respuesta Sectorial

Es importante mencionar que la articulación para la respuesta local se lleva a cabo a través de los Comités, Consejos, Redes y Mesas Locales, que en la actualidad funcionan dentro de la localidad de los Mártires: Desde el componente de Gestión Local de la Salud se realiza todo el trabajo intersectorial teniendo en cuenta las características territoriales, ya que cada cual presenta una problemática y dinámicas propias y la lectura de necesidades se traduce en acciones integrales, gracias a la abogacía que realiza este equipo en cada uno de los espacios locales gracias a la concertación de Agendas Sociales. Este componente está conformado por:

4.3.1 Consejos Locales de Gobierno

Instancia normalizada por el decreto 682 de 2001; decreto 098 de 2002 en el nivel Distrital, es el espacio para la coordinación de las acciones y funciones de las entidades distritales en la Localidad, sirviendo como mecanismo para la consolidación de la institucionalización local en los niveles central y descentralizado del Distrito, Se reúne una vez al mes siendo liderado por el alcalde local, entre sus funciones están: la asesoría y apoyo técnico a los gobernantes locales para facilitar la toma de decisiones, apoyar la identificación de problemas y proponer soluciones en el marco del Plan de Desarrollo, proponer estrategias de intervención conjunta con las entidades distritales para la solución de los problemas locales; está instancia logro en el 2010 avanzar en la construcción de la agenda del territorio social uno (1).

4.3.2 Consejo de Planeación Local

Creado en el marco del acuerdo Distrital numero 13 de 2000, como instancia consultiva de planeación, para que junto a la alcaldía local y la junta administradora local trace las políticas locales que correspondan al plan de desarrollo local.

El consejo tiene una periodicidad de vida de 4 años, igual al termino del plan de desarrollo distrital; tiene representación de las diferentes organizaciones sociales locales, se conforman por delegados de aso juntas, jóvenes, comerciantes, industriales, organizaciones no gubernamentales, rectores y representantes de asociaciones de padres de familia de establecimientos educativos, establecimientos de salud, consejo tutelar y comunidad étnica.

El acuerdo 13 de 2000, establece como funciones: diagnosticar y priorizar las necesidades de la localidad, orientar las soluciones a las problemáticas locales, organizar encuentros ciudadanos y garantizar la participación ciudadana, conformación y coordinación de mesas de trabajo alrededor de la ejecución y evaluación del plan de desarrollo, establecer el banco de proyectos locales, actuar como secretario técnico del consejo.

No se logró desarrollar en este espacio trabajo de gestión social integral.

4.3.3 Consejo Tutelar

Los Consejos Tutelares de los derechos de los niños y de las niñas creados bajo el decreto 110 de 2003, Son organizaciones de carácter cívico y comunitario, que promueven la defensa de los derechos de la niñez, mediante la participación, concertación, control social y vigilancia, a través de acciones solidarias de la familia, la sociedad y las autoridades e instituciones locales. Los actores sociales que se vinculan al proceso del consejo, son las diferentes instancias, instituciones y redes que trabajan los temas relacionados con la política de niñez.

En cada localidad toman parte: la red del buen trato, el comité de derechos humanos, el COPACO, el consejo de planeación y el consejo de prevención del abuso y maltrato. Su proceso de vida se da por ciclos dependiendo de cada plan de desarrollo, es decir cada 4 años.

4.3.4 Junta Administradora Local

La Junta Administradora Local es una corporación pública de elección popular que se constituye en el máximo ente de representación política a nivel local. Son elegidas popularmente en cada localidad por periodos de 4 años, la localidad cuenta con siete ediles, es la encargada junto con el alcalde de administrar los recursos de la localidad de acuerdo al plan de desarrollo, el cual se elabora en forma participativa; le sirve a la comunidad para que coordine el inventario de necesidades y junto con ella elabore un plan de desarrollo, priorizando las necesidades básicas que no han sido satisfechas y junto con el alcalde local acuerden un plan de inversión. De acuerdo a los recursos que cada año el nivel central le asigna a la localidad, cuenta con funciones como: adoptar el plan de desarrollo acordado con la comunidad, vigilar que los servicios públicos sean prestados eficaz y puntualmente presentar proyectos de inversión al gobierno distrital y al gobierno nacional, aprobar el presupuesto anual al fondo de desarrollo local, previo concepto del concejo distrital de política económica y fiscal, preservar y hacer respetar el espacio público, promover las veedurías, la participación ciudadana y comunitaria.

En el 2010 se logró socializar el diagnóstico local, presentación de proyectos del fondo de desarrollo local en ejecución y sesión de análisis del plan operativo anual de inversión local (POAI).

4.3.5 Consejo Local de Política Social de (CLOPS)

Instancia de coordinación trans institucional en el ámbito local; encaminada a proponer, diseñar y desarrollar las estrategias de política social tendientes a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad, priorizando la población en situación de vulnerabilidad, mediante la coordinación, estudio, orientación y asesoría de las propuestas de origen institucional y comunitario. En lo corrido del 2010 se analizaron los avances de los comités operativos, la presentación de la agenda social institucional y adelantos en la agenda social comunitaria.

4.3.6 Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

En respuesta a la resolución 068 de julio de 2004, se crea el subcomité de seguridad alimentaria y Nutricional de la localidad, se formaliza como comisión de trabajo del Consejo Local de Política Social - CLOPS - febrero de 2005. Se inició con la identificación de iniciativas comunitarias, luego se consolidó el Subcomité de seguridad alimentaria y nutricional desarrollando tareas y agendas. Dada la dinámica de la Localidad, en el 2005 se trabajó en torno a los cuatro ejes temáticos de la política de seguridad alimentaria y nutricional con la participación de diferentes actores institucionales iniciando entonces la construcción del plan de acción teniendo en cuenta principalmente a la población vulnerable y el incremento de coberturas en los programas de apoyo alimentario.

Para el año 2009 no se reportan acciones debido a que no hubo referencia institucional que coordinara y orientara las acciones pertinentes que dieran cumplimiento en el accionar propio del Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Por tanto se retoma para el logro de los objetivos el Plan Local de SAN 2008-2012 el cual fue diseñado para dar respuesta a las problemáticas priorizadas a través de la formulación de objetivos a cinco años y metas diseñadas a 1 año cuyo cumplimiento sea posible con la articulación interinstitucional.

Para el 2010 se convocó el concurso de todas las entidades que estuvieran comprometidas con la Seguridad Alimentaria y Nutricional y el derecho de la alimentación para que con sus aportes conceptuales, propuestas y el compromiso se logre el posicionamiento e incidencia del Comité local de SAN.

En la actualidad la seguridad alimentaria y nutricional es parte de la política social por consenso.¹⁸² La problemática de inseguridad alimentaria y nutricional es estructural y multicausal, por ello

es muy difícil plantear que las intervenciones en esa dirección, requieran sólo de acciones de nutrición, alimentación y salud. Cada vez con mayor frecuencia y con mayor claridad se promueven acciones relacionadas con otros sectores, otras áreas del conocimiento y sobre todo se proponen otras maneras de articular el contexto para lograr efectos en la construcción de políticas públicas que apunten a la solución de la problemática alimentaria y nutricional en escenarios cada vez más específicos, como son las localidades y municipios que, en tanto expresiones territoriales, dan cuenta de dinámicas poblacionales, culturales, económicas, sociales y políticas concretas. Es así como en los escenarios micro territorial y territorial, se exige un conocimiento profundo de la realidad que se pretende modificar, lo mismo que sobre las bases científicas de las intervenciones en SAN.

Por otra parte el aumento de la prevalencia de la desnutrición crónica y el aumento de población con sobre peso y obesidad y si a esta condición le sumamos las carencias en términos de acceso a alimentos, educación, salud, agua potable y trabajo digno entre los grupos en peor condición, la situación de inequidad refleja un panorama crítico.

De allí que, retomando el enfoque teórico, que sitúa a la equidad como principio y fundamento de la justicia social y a la salud como un bien primario y a la vez como resultado o producto social necesario más no suficiente para garantizar el desarrollo de capacidades y potencialidades para la realización de los diferentes proyectos de vida de los individuos, la seguridad alimentaria adquiere una dimensión determinante en el marco del ejercicio de los derechos humanos interdependientes y en sus efectos mediales sobre la salud, el desarrollo y la equidad. Su lugar en esta discusión es central, pues se trata de valorar este conjunto de relaciones en la praxis concreta de nuestra dimensión social y política. Los presupuestos teóricos son sólo eso, presupuestos, herramientas que nos deben servir de escalera interpretativa para ayudar a comprender la dimensión de los fenómenos¹⁸³.

Luchar contra el hambre significa actuar contra la exclusión de las personas y a favor de la garantía de sus derechos, que se traducen en protección, trabajo digno, renta, salud y educación, poder, voz, medios de vida en condiciones de igualdad.

Por otro lado, la focalización no es un mecanismo asertivo en la lucha contra las desigualdades sociales pues, lejos de afectar los determinantes que la reproducen, termina por revalidar las viejas fórmulas de asistencialismo social para apalea los problemas estructurales, y espera que la lógica del desarrollo los resuelva por sí misma. El Estado no debe escudar su acción en la focalización de acciones, para quedarse con la punta del triángulo y velar únicamente por las políticas de garantía, focalizándose en la emergencia y negando a la población en general la ejecución de acciones de política social básica que impacten realmente en sinergia las condiciones de vida de los pobres históricos y de las poblaciones en condiciones difíciles. Es decir, que es necesario superar las políticas asistenciales e incorporar acciones de protección, preventivas y de emergencia.

Así pues, se debe considerar la mirada de políticas públicas incluyentes y, por otra parte, entender la seguridad alimentaria y nutricional como un derecho que debe ser garantizado integralmente por el Estado en corresponsabilidad con la sociedad. Estas alternativas deberían instrumentalizarse como acumulados de discusiones como esta, en la presión que desde el consenso institucional se debe hacer a las instituciones del Estado.

Los programas de apoyo alimentario son necesarios, aunque no deben constituir el único frente de trabajo de una política nacional de seguridad alimentaria, la cual debe también desarrollar programas para intensificar acciones que aseguren el acceso y suministro de alimentos, acciones estructurales y propuestas contundentes para mejorar el ingreso familiar y el acceso real a los

¹⁸² IV Foro por el Derecho a la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá, Octubre 13 de 2010

¹⁸³ OBSAN. Universidad Nacional de Colombia. 2010

alimentos, sea mediante generación de trabajo justo y digno, acceso a la tierra, apoyo al pequeño agricultor o protección de la canasta básica, entre otros.

Sin embargo, el radio de acción que tiene la política pública para modificar la tendencia en la concentración del ingreso¹⁸⁴, encuentra sus límites en dos elementos: la magnitud del déficit fiscal y el plan de seguridad democrática. Con respecto al primero, la financiación se hace por el camino de la deuda pública, sea interna o externa, lo que le resta flexibilidad para acometer un programa de inversión pública que solucione los altos niveles de desempleo o para disponer de mayores recursos a fin de procurar un sistema universalista de protección social. En cuanto al segundo, la prioridad dada al gasto militar influye en la misma forma, es decir, sacrifica la inversión para orientar el presupuesto a la guerra interna. Al comparar el gasto social con el gasto militar se observa que mientras que el gasto social disminuye, aumenta el gasto en defensa, orden y seguridad. En el período reciente se ha intensificado el ritmo de crecimiento del gasto en defensa y el pie de fuerza sigue aumentando, a pesar de que desde 1997 la Comisión de Racionalización del Gasto Público había advertido sobre la falta de gerencia y la ineficiencia del gasto militar (Óscar Rodríguez, Observatorio Equidad Salud CID-SDS).

4.3.7 Consejo Local de Discapacidad

En el documento La Política Distrital de Discapacidad de Bogotá de 2007 se enuncia que “La comprensión de la discapacidad es amplia y considera una variedad de orientaciones; así para esta política se asume como un concepto complejo y multicausal cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes sino la adopción de diversas posturas conceptuales. Esto se hace por el reconocimiento de la discapacidad como un concepto dinámico porque es el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive. En esta medida, las acciones desde la Transversalidad se sustentan en el principio, “Si la discapacidad es una construcción social, debe generar respuestas de carácter social”, donde los ordenadores sean el ciclo vital, la etnia, el género y la clase social, integrados dentro de la dinámica de los factores de calidad de vida, ciudadanía y derechos e inclusión social, con acciones centradas en el hogar-familia y la sociedad inclusiva como actores principales.

En el Consejo Local de Discapacidad se busca la articulación de acciones en torno a la inclusión social y restitución de derechos vulnerados de las personas en condición de discapacidad. Como funciones tiene: brindar la asesoría y concepto técnico a las autoridades locales en la formulación de programas, planes y proyectos a favor de las personas en condición de discapacidad de la localidad; El Comité de Banco de Ayudas Técnicas hace parte del Consejo Local de Discapacidad; desde el PIC se cuenta Agentes de cambio y con profesionales de la estrategia “Rehabilitación Basada en Comunidad” -RBC-, que ejercen acciones dentro del Ámbito Familiar, allí se ha logrado un proceso de articulación y un posicionamiento de la temática de discapacidad a nivel local, Dentro de los actores sociales que conforman el Consejo están: Hospital Centro Oriente, Alcaldía Local, Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC-, 1 representante por cada tipo de discapacidad e IDRd entre otros.

4.3.8 Consejo Local de Juventud-CLJ

Mediante el acuerdo 033 de 2001 del Distrito Capital, amparado en la Constitución Nacional y en la ley 375 de 1997 o Ley de Juventud. Los Consejos de Juventud han buscado ser las instancias representativas del sentir juvenil en lo local propiciándose como espacios de concertación, consulta y apoyo en las temáticas que respectan a la juventud desde los diferentes sectores.

Esta instancia compuesta por jóvenes de la localidad, se reunió en tres ocasiones con las instituciones dando lugar a una pieza comunicativa denominada nueva fuerza que recoge las

¹⁸⁴ Observatorio Equidad Salud CID-SDS

problemáticas locales, es de tener en cuenta que el diseño, diagramación y contenido corresponde a estos jóvenes; se diseñó un plan de acción que no fue llevado a la práctica en su totalidad; la presencia de ésta instancia en la mesa de consumo de sustancias psicoactivas permitió sensibilizar frente al tema y posicionarlo en espacios como el polideportivo Las Cruces.

4.3.9 Red Social Materno Infantil

Lleva a cabo las siguientes acciones: realización de acciones para necesidades urgentes en salud, Circuito de reconocimiento de la oferta institucional de gestantes y lactantes/niños y niñas, construcción y fortalecimiento del tejido social en salud materna infantil y el desarrollo de capacidades ciudadanas de gestantes, lactantes, niños/niñas

Es importante señalar que la Red realiza un trabajo fuerte frente a la salud de los niños, las niñas y gestantes de la localidad, en el cual se interrelacionan situaciones sociales, ambientales, familiares y culturales; permitiendo dimensionar la infancia y la mujer como núcleos centrales para generar condiciones de vida digna., es así como la política de cero tolerancia con la mortalidad materna e infantil al igual que la política de infancia y adolescencia son el eje fundamental de sus acciones, teniendo como propósito que los niños las niñas sean reconocidos como sujetos de derecho desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital que se sientan queridos, seguros de tener su vida protegida, con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo.

La Red busca afectar positivamente los determinantes de la salud materna infantil mediante la activación de redes sociales, y desarrollo de procesos de Planeación, organización, posicionamiento político y construcción de conocimiento que se enmarcan en el componente de gestión local de la salud para contribuir a la puesta en marcha de la política Distrital de infancia y la política sectorial cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal a través del conjunto de acciones, proyectos e iniciativas participativas transectoriales que conlleven un cambio radical frente a la salud materna e infantil.

La transversalidad de género (componente mujer), hace parte de la mesa de sexualidad y género, con el fin de posicionar la política pública y apoyar acciones contra la inequidad de género.

4.3.10 Red del buen trato

El trabajo que se realiza desde la Red del buen trato es el de construir un sistema organizado de personas e instituciones, para que desde una participación democrática se compartan y articulen experiencias, conocimientos, que permitan poner a disposición servicios y proyectos; recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar, el maltrato y promover relaciones de convivencia democrática en la familia; con el fin de atender el problema de la violencia intrafamiliar, mediante acciones de promoción del buen trato.

4.3.11 Red de Salud de los Trabajadores

La Red social de apoyo para la promoción de la salud y calidad de vida de los trabajadores se define como una estrategia articuladora dirigida a la construcción de un discurso común por parte de actores sociales entorno a la promoción de la salud en el trabajo y la calidad de vida de los trabajadores y sus familias y la apropiación y movilización de planes de acción para el logro de ésta se ha venido trabajando con :Secretaría de desarrollo económico alrededor de líneas de emprendimiento, generación de ingresos , formación para el trabajo, intermediación entre la oferta y la demanda en materia de empleabilidad y trabajo.

El Instituto de economía solidaria (IPES) ha participado en el apoyo de proyectos locales, fomento económico ferias etc., en el caso de la Secretaría de integración social (SDIS), el apoyo

se da en formación para el trabajo, soporte a comedores para iniciativas y desarrollo de proyectos productivos.

El centro de productividad local: dependencia adscrita a la alcaldía local, desarrolla acciones de fortalecimiento en el tema de productividad y comercio local, apoyo a las iniciativas productivas, recursos económicos, fortalecimiento al trabajador informal, apoyo en el tema de ferias informales, etc.

4.3.12 Mesa Local de Actividad Física

Lo que actualmente es denominada Mesa de Actividad Física en la localidad de Santa Fe (antes llamada Red de Actividad Física), cuenta con unos antecedentes y características especiales ligadas a una construcción conceptual que partió de un ejercicio práctico de discusión entre instituciones y sectores de la comunidad, La respuesta local está dada básicamente por las acciones que desarrolla el instituto de recreación y deporte (IDRD) en sus áreas de recreación, deportes, parques y escenarios dirigidas a los diferentes grupos poblacionales como son de adulto mayor, personas en condición de discapacidad, grupos comunitarios, infancia y juventud, festivales, actividades masivas que dan cubrimiento indistintamente a toda la población. Igualmente los programas desarrollados por el instituto de recreación y deporte, tienen en cuenta en ocasiones las condiciones que afectan el contexto y la sostenibilidad del medio ambiente, que desde una perspectiva más amplia abogan por el respeto a la dignidad humana, deben ser factores a considerar en razón a que favorecen o limitan la practica de la actividad física; no se trata sólo de lograr acceder a la oferta existente en la localidad, sino también de garantizar las condiciones básicas para su utilización y practica que favorezcan todas las dimensiones del ser humano: biológica, social, psicológica y cultural.

En el año 2009 se construyó desde “Bogotá Mas Activa” La Política Pública para el Deporte, la Recreación, la Actividad Física y Escenarios para los años 2009 al 2019 y a partir de esta construcción se elaboró un Plan de Acción para la localidad de Santa Fe construido intersectorialmente con actores institucionales y comunitarios en deporte, recreación y actividad física, bajo la dirección técnica de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte Distrital.; que se espera en un futuro realizar ajustes e iniciar su implementación a través de las diferentes instituciones encargadas de ejecutar este tipo acciones.

Dentro del análisis realizado a estas acciones se puede determinar que no son suficientes teniendo en cuenta la población existente en la localidad, además son actividades muy específicas y puntuales desarrolladas a diferentes grupos de edad sin tener en cuenta las necesidades o requerimientos de la población específicamente como es el caso de los jóvenes que refieren tener siempre la misma oferta deportiva en lo que se refiere a deportes tradicionales sin que se encuentre variedad u otras alternativas de ejecución, ya sea desde el ámbito escolar o el comunitario.

4.3.13 Atención a población en situación de Desplazamiento

Las acciones contenidas en el Lineamiento de la Transversalidad se encaminan a la socialización de la normatividad vigente para la problemática del desplazamiento como son los Autos de la Corte Constitucional, la Política en Salud del Distrito. Esta tarea estará incompleta siempre y cuando las instituciones tienen una obligatoriedad de incorporar estos mandatos en los lineamientos de cada sector. Sin embargo, producto de las discusiones a nivel local en los ejercicios de socialización desarrollados en múltiples espacios normatizados u autónomos durante el año 2010, se concluye que en este ejercicio resulta más conveniente la resolución de casos emblemáticos en concreto para cada Auto de la Corte, que lleven a construir caminos de respuestas integrales en lo colectivo.

Contar con un (1) referente en desplazados desde el hospital para tres localidades del centro, impide la presencia permanente de la transversalidad en todos los espacios necesarios

para el posicionamiento político y la movilización de actores para la construcción de respuestas integrales. No resulta suficiente la gestión que se realiza. Muchas de las acciones se ven impedidas por decisiones políticas que se dan en el nivel central de la Secretaría de Salud, Secretaría de Gobierno e incluso en instancias de nivel nacional como Acción Social, Ministerio del Interior y Alta Consejería para la reintegración, ya que muchos de estos temas por su complejidad son abordados en espacios de “alto nivel” donde se toman decisiones y se socializa información clave que nunca son puestas a disposición y mucho menos discutidas en lo local con los funcionarios de campo. Este hecho fragmenta y añade incertidumbre a las acciones desarrolladas por la verticalidad con que se manejan desde la administración pública.

Se resalta que la socialización de la política en salud para la población en situación de desplazamiento sin haber sido firmada por la alcaldía, hace inviable la aplicación de dichos protocolos, en mayor medida causa dificultad la aplicación en lo local y la articulación del plan local de salud para esta población con el mismo proceso en general para la localidad. Las Líneas de acción de la política en salud para las cuales existen condiciones reales y se proyecta su aplicación juiciosa son las contempladas para el plan de intervenciones colectivas (PIC) y el plan obligatorio de salud (POS) por su carácter vinculante en el sector salud. El tema de productividad, con alta importancia para la restitución de derechos de la población en situación de desplazamiento no es una competencia directa del sector y las gestiones que se realizan desde él dependen totalmente de las ofertas institucionales disponibles en lo local y Distrital y de sus deficiencias.

4.3.14 Mesa Étnica

Las acciones con grupos étnicos para la localidad se vienen desarrollando conjuntamente con la Secretaría de Integración social con la dirección poblacional de grupos étnicos que desarrolla acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los miembros de los grupos étnicos desde un enfoque diferencial y con el Instituto de la participación y Acción Comunal (IDPAC), con la gerencia de etnias de mujer y géneros que implementan acciones para el fortalecimiento de la participación con enfoque diferencial y desde la perspectiva de género y el empoderamiento de las políticas públicas para la exigibilidad de los derechos.

Una de las acciones interinstitucionales que se viene desarrollando es con la población Embera Katío y Chamí que se encuentran en situación de mendicidad, esta mesa es liderada por la Dirección de Asunto Étnicos del Ministerio del Interior y con el acompañamiento de instituciones tanto del nivel como distrital: Personería, acción social, Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), Secretaría de integración social (SDIS,) Secretaría de Gobierno, Hospital Centro Oriente, donde recientemente se coordinaron acciones para el retorno de dieciséis (16) familias Emberá Katío a su territorio de origen en el departamento del Chocó, comunidad de Cascajero en el municipio de Bagadó, desde el Hospital se garantizo la atención médica de las familias que retornaron y el acompañamiento a las acciones de concertación para garantizar las condiciones del retorno y las actividades en las entidades territoriales correspondientes.

Las alarmantes condiciones de vida de estas comunidades donde se vulneran el bienestar y los derechos de los y las niñas han llamado la atención de las instituciones del distrito y se convoco la conformación de una Mesa Interinstitucional que está generando la formulación de un plan de atención integral transitorio con enfoque diferencial que oriente la acción institucional hacia la restitución de los derechos de las familias Emberá Katío y Chamí, en este marco las acciones integrales han tenido el acompañamiento de la Secretaría de Integración Social, ICBF zonal y regional, Acción Social, Secretaría de Gobierno, Personería y Hospital Centro Oriente.

Una de las prioridades de la mesa es la restitución de los derechos de los y las niñas, a través de acciones encaminadas principalmente a garantizar la seguridad alimentaria, revisión del estado

nutricional y la canalización a la atención médica inmediata en el Hospital Centro Oriente, a través de acciones directas en los territorios (San Bernardo) ya que muchas veces no acceden a las unidades asistenciales. Estas acciones de campo en los barrios tienen el objeto de acercar los servicios de las instituciones a la población y la identificación real de las familias Emberá conformadas por alrededor de 200 personas en el barrio San Bernardo provenientes de Risaralda. De parte de la Secretaría de Integración Social en convenio con la de gobierno se va a crear un centro de atención integral transitorio para los niños y niñas, acción concertada con las familias Emberá para evitar que sigan acompañando las actividades de mendicidad de sus madres.

También se realizó una jornada de servicios sociales cuyo objetivo principal era la obtención de los documentos de identidad (cédulas, tarjetas de identidad y registros civiles) ya que esta es una de las principales barreras de acceso a los beneficios de las instituciones, desafortunadamente el día anterior la Registraduría entro en paro.

Una de las principales reflexiones que dejan estas actividades es la necesidad prioritaria de trabajar directamente en los territorios, en los inquilinatos, que por un lado permite que los funcionarios comprendan las realidades de los contextos en los que se mueve esta población, por otro, que los recursos se puedan distribuir a todos por igual, ya que en los grandes eventos se presenta mucha desorganización. Permite acercarse a la población, un dialogo más cotidiano que lleva a la comprensión de las dinámicas de desplazamiento y el porqué las acciones no han podido impactar en los determinantes de esta problemática. Es importante empezar a tener claridades frente a los marcos de referencia culturales: la crianza, las relaciones de parentesco, el tema de la salud y enfermedad que además está muy relacionada con su territorio, y el vivir en un contexto urbano implica otras competencias que ponen en riesgo el bienestar de los y las niñas, y es a partir de esto que hay que generar un trabajo de sensibilización con estas familias, como énfasis, antes de usar las medidas de institucionalización, si ser permisivos con la vulneración de los derechos de los y las niños (as).

4.3.15 Comisión ambiental local (CAL):

En éste espacio, se desarrollaron instrumentos de gestión ambiental y de educación ambiental para la construcción de la agenda local ambiental y establecimiento de compromisos en torno a los proyectos ambientales locales que se radican en la alcaldía local, complementario a esto se realizaron talleres con el objetivo de corregir a nivel local el decreto 625 de 2007, haciendo principal énfasis en adicionar un ítem o artículo donde se reconoce la participación de la comunidad dentro del espacio, y las limitaciones y funciones de los diferentes actores del espacio.

En la comisión ambiental local se logro articular acciones con las instituciones para realizar la limpieza sobre el eje ambiental.

Durante el año 2009 y de acuerdo al plan de acción de la Comisión ambiental local (CAL) se efectúa el último viernes de mes la campaña de sensibilización a la comunidad que tiene que ver con el eje ambiental eje ambiental, intervención que busca mejorar las condiciones de mantenimiento y preservación del mismo, esta campaña llamada “El espejo de agua es tu reflejo protégelo”, se realizo conjuntamente entre la alcaldía local de Candelaria y Santa fe e instituciones como Hospital Centro Oriente, Aseo Capital, empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá (EAAB), y Secretaría de ambiente, entre otras.

4.4 Propuesta de Abordaje en Territorios de Gestión Social Integral (GSI)

Teniendo en cuenta la metodología propuesta por la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVys) y en consonancia con el proceso de gestión social Integral (GSI), la propuesta PIC 2011, partió del análisis de respuestas institucionales según los núcleos problemáticos construidos

y concertados con los pocos sectores que han acompañado en el proceso al sector salud (Secretaría de integración social-SDIS y el instituto Distrital de Participación Social - IDPC), en el capítulo anterior se presentaron las narrativas de las problemáticas en los territorios sociales uno, dos, tres y cuatro, lo que permitió avanzar hacia la construcción de los temas generadores facilitando el análisis de las respuestas dadas desde salud pública que permitieran la proyección de acciones por componentes en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2011

Para la formulación de la propuesta se organizaron unidades de análisis con los Ámbitos de vida cotidiana (Comunitario, familiar, escolar, laboral, institucional, e Instituciones prestadoras de salud (IPS), en donde asistieron además, referentes de transversalidades, etapas de ciclo y equipo base de gestión local, en cada jornada de trabajo el referente del ámbito analizaba la coherencia, pertinencia y suficiencia de la respuesta dada por cada núcleo problemático y tema generador para cerrar con la propuesta de intervención, se destaca que al final de éstas reuniones, se llevó a cabo una unidad ampliada en articulación con la referente del Plan de intervenciones Colectivas.

En la medida que la ESE Centro Oriente se ha venido acercando a la vida cotidiana de las personas en los territorios sociales, ha venido adquiriendo un conocimiento integral de las condiciones de salud que lo hacen liderar en lo local las acciones a desarrollar con otras instituciones fortaleciendo su accionar el plan de intervenciones colectivas (PIC).

Se propone desde el Hospital Centro oriente ESE trabajar desde tres componentes generales, los cuales deberán guiar las acciones en torno a:

Hacer seguimiento a las políticas públicas sectoriales y transectoriales en el consejo local de política social (CLOPS), el segundo componente se concentraría en profundizar acciones en los componentes del plan de intervenciones colectivas (PIC) que así lo requieran según las problemáticas priorizadas en lo local conformando equipos por territorio social para la prevención y atención a los daños en salud concentrando la respuesta en desarrollar mecanismos que garanticen el acceso a los servicios con calidad y oportunidad y en lo transectorial concretar en los territorios sociales un modo de atención y de gestión que permita generar las respuestas requeridas a través de la concreción de planes de acción construidos desde las agendas territoriales.

Para el primer componente se propone partir del análisis de las políticas por etapa de ciclo vital donde se incorporen los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) quienes abordaran la realidad de las inequidades relacionadas con la clase social, genero, etnia y desplazamiento lo que permitirá a corto plazo acuerdos para la modificación de las mismas.

Para ello el Hospital participará activamente en la instalación de procesos al interior de los espacios locales como Concejo de Gobierno, mesas y subcomités, concejos de planeación, comités locales de emergencia, comités de derechos humanos, espacios locales de apoyo interinstitucional a Juventud (ELAI), comités de participación comunitaria y concejos Tutelares, concejos de cultura, concejo de discapacidad, concejo Local de seguridad, concejos de Juventud, concejo local de adulto mayor, entre otros.

En esta medida el proyecto integral comunitario (PIC) requiere dentro de su organización el incorporar las problemáticas priorizadas consecuente con los núcleos problemáticos construidos desde lo local siendo conocido por toda la ESE Centro oriente lo que va a permitir reorganizar el accionar de los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y transversalidades por ciclos vitales y en los niveles particulares, patrones e individuales, estilos y en este último nivel detección precoz y atención de daños.

En éste proceso se requiere la participación del gerente, asesor de planeación y profesionales especializados de ciencias de la salud y ciencias sociales a través de los equipos de gestión local, gestión por ámbitos y gestión por micro territorios.

La metodología a seguir para el seguimiento y evaluación de políticas se concertará con los actores dentro de los espacios sectoriales y comunitarios en los territorios sociales de la GSI que se desarrollarán desde los determinantes identificados que afectan el bienestar en estos territorios por etapas de ciclos vital, violencia intrafamiliar, alimentación nutrición y disponibilidad de alimentos, aprovechamiento del tiempo libre, trabajo informal y ambiente, entre otras.

La alternativa desde éste componente logrará un estímulo para la construcción de ciudadanía en salud, avanzando con ello en la exigibilidad del derecho a la salud, potenciado a través de los núcleos de gestión, organizaciones sociales y de base comunitaria por territorios sociales.

El segundo Componente Localidad para la Salud y la Vida se concentra en la labor sectorial desde el plan de intervenciones colectivas (PIC) donde los proyectos de desarrollo de autonomía fortalecerán las acciones teniendo en cuenta las problemáticas y potencialidades identificadas en los ámbitos de vida cotidiana de los territorios sociales teniendo en cuenta las etapas de ciclo vital, el complemento de estas acciones se hará desde el desarrollo de proyectos inmersos dentro del plan operativo anual de inversión (POAI)

Desde el componente de gestión local, los referentes de cada PDA y transversalidad identifican las necesidades sociales determinantes y condicionantes por cada ámbito y ciclo, involucrando en las mesas, redes, comités y subcomités acciones en el plan de acción que permita consolidar las redes y rutas de atención de manera organizada.

Paralelo a éste proceso, en cada ámbito de vida cotidiana quienes estén en los equipos territoriales estarán llevando a cabo acciones de ejercicio, preservación, recuperación y restitución de autonomía.

En concordancia con lo anterior la generación del soporte social -que hacen parte de los PDA- se realizara con las redes primarias y secundarias, informales y formales, entendiéndose como las primarias familias, amigos, comunidades y secundarias las instituciones, organizaciones, espacios de participación y representación Estatal. Todas las áreas del Hospital tendrán compromisos frente a los PDA en ámbitos y territorios de GSI, y actuarán bajo el enfoque sistémico dentro de la organización donde una falla individual y de áreas distorsiona el sistema y se pierde la calidad e integralidad.

El plan zonal centro introduce cierto grado de incertidumbre, pues una acción fundamental para lograr la integralidad y la sostenibilidad son las acciones basadas en comunidad. Estas se inician pero su continuidad y sostenibilidad no está garantizada, pues las comunidades existentes pueden dispersarse por la venta de predios, propiedades que son necesarias para dar lugar a las obras de dotación urbana planeadas en la localidad.

La vigilancia en salud pública se configura como una herramienta básica para la toma de decisiones. Esta se constituye a partir de las unidades notificadoras, concebidas como fuentes de información para la acción en términos investigaciones de campo, de seguimientos, de prevención y de evaluación, a su vez se pretende que el sistema sea capaz de predecir brotes y se actúe en consecuencia, a través de los casos observados versus los casos esperados. Es importante tener en cuenta que el sistema pretende disminuir el subregistro de eventos y por ello, los indicadores propuestos para las metas pueden no mostrar una disminución sino un aumento. No queriendo decir con esto que las interacciones no han sido efectivas.

Desde la actualización de los diagnósticos locales se pretende contar con unas líneas de base que permitan hacer seguimiento, monitoreo y evaluación a las acciones propuestas en el plan integral colectivo del Hospital y el plan de intervenciones colectivas (PIC) en los territorios concertados desde la estrategia GSI.

El tercer componente relacionado con lo transectorial consiste en concretar en los territorios sociales un modo de atención y de gestión que permita generar las respuestas requeridas a través de planes de acción contruidos desde las agendas territoriales, exige desde el sector salud continuar desarrollando la estrategia APS renovada como condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que concibe la salud como un derecho humano y se centra en las causas fundamentales de la misma; se requiere además la regulación de la atención de urgencias, en el marco de la conformación de las redes de servicios y de apoyo para la atención integral. En este componente se deberá desarrollar la estrategia de capacitación y formación del talento humano en salud que se requiere para poner en marcha el modo de atención y de gestión en salud propuesto.

Desde la ESE se continuara trabajando en los diez micro territorios de Salud a su casa, siendo el reto fundamental integrar los planes de beneficios según la normatividad vigente y las necesidades de las familias, al tiempo que propicia el trabajo transectorial que conduce al mejoramiento de las condiciones de vida y genere las condiciones y los medios para el fortalecimiento de la ciudadanía. Salud a su casa en tanto se configura como un programa se establece como la principal estrategia para garantizar el acceso universal a los servicios sociales en los territorios; a las familias cuyas necesidades no pueden ser cubiertas directamente por salud se les canaliza hacia redes e instituciones con su respectivo seguimiento.

Del mismo modo, se plantea un plan de trabajo de los servicios buscando la optimización del recurso humano, por medio de la distribución eficiente de los profesionales de la salud en las diferentes sedes asistenciales del hospital; procurando el incremento de la productividad y reduciendo el costo por contratación de personal asistenciales de tener en cuenta que se han venido adecuando las sedes asistenciales en infraestructura y estandarización de guías de atención, aplicación de encuestas de medición de la percepción de la calidad de los usuarios desde un enfoque promocional .

Como es sabido, uno de los principales problemas al interior de las instituciones distritales es el sistema de información en salud donde se requiere la inversión en equipos de comunicación y de cómputo con sus respectivas licencias y servidores.

El Desarrollo de la Autonomía supone unas acciones concretas que de no hacerse impedirían el desarrollo pleno y el bienestar de los individuos y comunidades, así todas las actividades están permeadas por la participación social y comunitaria, grupos cohesionados y en desarrollo, apostándole a su incorporación como un valor intrínseco y espontáneo del ser humano, a una inclusión social de las personas y visualizada como la herramienta para el desarrollo social, generando de esta manera un soporte social que se cualifica en el tiempo y llega a la sostenibilidad. El Hospital se reorganizará de manera tal que su accionar sea bajo un enfoque promocional y en ese sentido se plantea una rectoría renovada, preventiva, la sistematización de las quejas y reclamos para el mejoramiento continuo y toma de decisiones, y una evaluación participativa desde los funcionarios, las comunidades, instituciones y el gobierno local.

4.4.1 Propuesta de Plan de Intervenciones Colectivas por territorio social

Teniendo en cuenta la propuesta de intervención en los territorios de gestión social integral (GSI), el Plan de intervenciones colectivas se enmarca en el componente dos: profundizar acciones en los componentes del Plan de intervenciones colectivas (PIC) que así lo requieran según las problemáticas priorizadas.

En la medida que el Hospital Centro Oriente, ha venido aproximándose a la determinación social del proceso salud - enfermedad en la Localidad de Santa en los cuatro territorios concertados de gestión social integral (GSI), el proceso de abordaje ha venido reorganizándose debido a la naturaleza dinámica y explicativa de las relaciones sociales de los individuos y grupos dentro de la localidad,

en el capítulo anterior se presentaron las narrativas de las problemáticas en los Territorios sociales 1,2,3, y 4, lo que permitió avanzar hacia la construcción de los temas generadores facilitando el análisis de las respuestas dadas desde salud pública que permitieran la proyección de acciones por componentes en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2011.

4.4.1.1 Temas generadores transversales a todas las etapas de ciclo vital

Una vez desarrolladas las unidades de análisis de las respuestas institucionales, los referentes de ámbitos analizaron el balance de la oferta actual frente al núcleo problemático y al tema generador con el fin de avanzar hacia la propuesta PIC 2011 y a las respuestas integrales que se han venido trabajando en el marco de la estrategia de la Gestión social Integral (GSI).

Como es sabido, la respuesta institucional del Hospital Centro Oriente se realiza en dos planos: asistencial y comunitario, éste último con las acciones llevadas a cabo en el plan de intervenciones colectivas (PIC) desde los diferentes ámbitos incluyendo los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y transversalidades (TV), en éste apartado solo se tendrá en cuenta las acciones comunitarias

Núcleo. Contextos violentos asociado a débiles redes familiares que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social en San Bernardo, Cruces, Perseverancia y Laches afectando la salud mental y la adecuada convivencia en todos los habitantes del territorio

En cuanto al núcleo antes mencionado, el tema generador planteado es: Orientando a las familias de Santa Fe en la consolidación y fortalecimiento del vínculo familiar y las redes sociales.

Se propone desde el análisis de las respuestas institucionales las siguientes estrategias a desarrollarse en el año 2011 desde el plan de intervenciones de intervenciones colectivas (PIC)

El ámbito de Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), con el fin de apoyar el derecho a la salud y seguridad recomienda, articular un programa de intervención entre el plan de intervenciones colectivas (PIC) y plan obligatorio de salud (POS) que permita acciones de promoción, prevención y canalización de los eventos en salud mental notificados en los territorios, se plantea además generar un proyecto de intervención en problemáticas de violencias, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas entre ámbitos y componentes del plan de intervenciones colectivas (PIC) para el abordaje de poblaciones por etapa de ciclo vital con enfoque diferencial sujetos de intervención.

El ámbito comunitario desde su accionar en salud mental propone: constante sensibilización a los funcionarios de la ESE Centro Oriente en temas relacionados con salud mental y desarrollo de habilidades sociales con la generación de espacios de encuentros donde se destaquen factores relacionados con el desarrollo de la autonomía y personalidad. Generar un proyecto específico de prevención en sustancias psicoactivas que abarque los diferentes estamentos de la población generando un respuesta institucional fortalecida y única. Fortalecer la articulación del ámbito de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con el ámbito comunitario en cuanto a acciones de Nutrición. Proyectar el trabajo en redes promotoras a centros de escucha con población vulnerable en territorios específicos. Como cruces san Bernardo haciendo un trabajo específico en inquilinatos redes promotoras de salud: En los barrios de Cruces y San Bernardo. Con desplazados, habitante de calle y zorreros. Fortalecer las organizaciones juveniles en prevención de consumo de sustancias Psicoactivas (SPA) legales e ilegales. Implementar acciones como los Clubes cuidando a cuidadores en los barrios Perseverancia, Guavio, Consuelo y el Dorado y fortalecer el "Proyecto de Vida" desde otras instituciones en términos de capacitación y estructura productiva. Promover estrategias de empoderamiento y protección contra las violencias de género, así como atención psicosocial

que estimule la reconstrucción de proyectos de vida individual y familiar, acorde con su cultura y tradiciones, particularmente para la población perteneciente a grupos étnicos y en desplazamiento. Conformar un grupo de apoyo para personas en ejercicio de prostitución con el fin de abordar el tema de pautas de crianza para prevenir la violencia intrafamiliar.

Desde el ámbito escolar, se pretende: incrementar los tiempos que se dan en los lineamientos para el trabajo en los temas relacionados con salud mental, en la que puedan integrar experiencias como la de los primeros auxilios psicológicos que mitigue el impacto de situaciones relacionados con consumo de SPA y conducta suicida. Generar mecanismos para que el proceso de canalización y retroalimentación de los casos de salud mental que sean remitidos a los servicios, sea más ágil y efectivo frente a la atención fortaleciendo la referencia y contrarreferencia a la unidad mental de Perseverancia. Integrar intersectorialmente, la implementación de estrategias productivas, comunitarias, de bienestar colectivo y de acceso a servicios de salud, económicos, culturales y recreativos, que permitan afectar determinantes que subyacen a los problemas de salud mental identificados en los territorios. Fortalecer la participación del Hospital en la red sin trabas, donde se pueden generar estrategias no solo para universidades sino para colegios en cuanto a enfrentar de forma más efectiva e integral el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA). Socializar más efectivamente la ruta de violencias, la difusión y utilización de la línea 106, como tipo de herramientas para niños/as, jóvenes que les permita enfrentar las situaciones problemáticas que deben afrontar en sus hogares o con sus compañeros a diario. Continuar prestando asesoría y acompañamientos a los programas de salud sexual y reproductiva y en las campañas de prevención de consumos de Sustancias psicoactivas legales e ilegales (SPA) en las universidades liderados desde Bienestar universitario.

En cuanto al ámbito institucional, se sugiere fortalecer la autonomía de las personas mayores a partir de ejercicios de apropiación y proyección de su espacio familiar y comunitario en los territorios sociales 1 y 2. Enfocar los temas de atención plurimodal en el envejecimiento activo de forma intergeneracional garantizando la participación de los adultos mayores en el territorio el vergel. Generar una estrategia del buen trato con las personas que tengan contacto con las y los adultos mayores de Los tres hogares en los que tiene injerencia el ámbito: Hogar de Cristo Misioneras de la caridad, barrio La Perseverancia, El Refugio barrio San Bernardo, La fundación Simeón, barrio El Balcón. Fortalecer acciones en salud mental con los y las adultas mayores de acuerdo a su cultura y a los problemas actuales con al alcohol en el territorio san bernardo, Laches y cruces. Posicionar en las Instituciones geriátricas el manejo de la estrategia del buen trato y los derechos del adulto mayor institucionalizado. Determinar el grado de calidad del servicio prestado a las personas mayores por parte del personal cuidador, en los Hogares geriátricos: Hogar de Cristo misioneras de la caridad, barrio La Perseverancia, El Refugio barrio San Bernardo, fundación Simeone barrio el balcón. Ampliar la cobertura poblacional de asesoría y acompañamiento desde salud a las instituciones de manera individual

El ámbito familiar propone Incluir dentro de la intervención plurimodal temas que brinden herramientas a los cuidadores para orientar la salud sexual de los menores. Generar estrategias de manejo del tiempo libre para fortalecer factores protectores y reducir los de riesgo en el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) legales e ilegales. Implementar talleres formativos con el grupo de salud a su casa (SASC) de tal forma que puedan dar una información objetiva y reconozcan las familias que requieran de la intervención. Plantear la captación de las familias candidatas a la intervención por cada Unidad Primaria de atención (UPA) y el desarrollo de las actividades dentro de estas instalaciones. Establecer un espacio de formador de formadores entendiéndolo como la creación una red protectora de la salud mental en la cual estarían las personas de la comunidad con disposición y capacidades para generar redes de apoyo. Escoger los tres (3) barrios del territorio más vulnerables para realizar una prueba piloto sobre reinserción a la vida social de personas en condición de delincuencia, drogadicción y/o prostitución que quieran ingresar al programa planteado.

Mientras que desde gestión local se plantea Generar espacios de discusión y ajuste de las rutas de violencias en a las que se identifiquen las barreras existentes, se tomen los correctivos necesarios en cuanto a el reajuste de las rutas y reporte para el seguimiento de los casos; y se generen compromisos inter institucionales frente a la parte de la ruta que le corresponde. Y se cree un mecanismo de control y seguimiento a los casos canalizados.

NÚCLEO. Condiciones ambientales deficientes en espacios públicos relacionados con manejo inadecuado de residuos sólidos, vertimiento de residuos líquidos en fuentes hídricas, tenencia de mascotas y de basuras, generan ambientes insalubres para los habitantes del territorio social 1, 2 y 3 vulnerando el derecho a un ambiente sano

NÚCLEO. Las condiciones deficientes de habitabilidad y de oferta habitacional relacionada con áreas de construcción informal, zonas de remoción en masa e inmuebles en desuso en el territorio social 1, barrios Ramírez, la Paz San Dionisio vulneran el derecho a una vida digna, ambiente sano, vivienda, salud y seguridad física de los y las ciudadanas de este sector.

4.4.1.2 Tema generador de los núcleos 2 y 3

El tema generador para los núcleos de ambiente y hábitat corresponde a: Todos por la promoción de la cultura ciudadana en torno a un ambiente sostenible.

Una vez desarrollada la unidad de análisis de respuestas desde gestión sanitaria y ambiental para la Salud (GESA), entornos saludables y vigilancia sanitaria este último con sus siete líneas de intervención, enfatizando en que las acciones de medio ambiente son transversales, se propone para el plan de intervenciones colectivas (PIC) 2011: Contar con sala situacional de ambiente desde lo territorial al menos una vez al año. Promover el observatorio de salud ambiente que se venía trabajando con Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA) y Entornos Saludables hacia el trabajo con las líneas de Vigilancia quienes liderarían el proceso.

Se propone además desde todas las líneas de acción: Continuar con la estrategia de monitores ambientales comunitarios. Involucrar las acciones de vacunación y esterilización canina en el área rural con la entrega de la canasta campesina. Conformar como alternativa de solución al manejo de animales. Contar con tres “Cosos Distritales¹⁸⁵” ubicados en diferentes zonas de Bogotá. Desarrollar caminatas pedagógicas por los territorios para sensibilizar a los ciudadanos a disminuir el ruido, a cuidar el medio ambiente desde sus puntos de trabajo, sus hogares y su zona. Establecer procesos pedagógicos para la conservación y mantenimiento del espejo de agua del Río San Francisco del Eje Ambiental. Programar jornadas comunitarias de aseo y control vectorial en conjunto con la empresa Aseo Capital en los puntos críticos de aseo. Seleccionar a los núcleos de gestión de salud a su casa para ser capacitados en prácticas alternas en el control de las plagas. Llevar a cabo periódicamente jornadas de recolección de inservibles en los 10 microterritorios de salud a su casa. Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones. Relacionadas con seguridad alimentaria y nutricional.

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con Saneamiento básico. Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con industria y ambiente. Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con manejo de medicamentos de control especial, normas sanitarias vigentes y uso adecuado de medicamentos. Generar actividades educativas como estrategia de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población con el fin de lograr cambios en conocimiento sensibilización sobre la necesidad de reafirmar o modificar prácticas de manufactura. Continuar con la toma de muestras de los alimentos y medicamentos que se expenden en los

185 “Cosos distritales” son los sitios de destino de los animales que encuentran abandonados en la calle

territorios y que son analizadas en el laboratorio de salud pública. Fortalecer la articulación entre vigilancia epidemiológica y la línea de seguridad alimentaria. Continuar Con la vacunación canina en los territorios. Diseñar e implementar una metodología de recolección de caninos callejeros para disminuir los conflictos que se presentan con la comunidad; en coordinación con el Centro de zoonosis de la Secretaría de Salud. Apoyar las actividades del Centro de Tenencia y Adopción Canina de Bogotá. Generar una estrategia que permita hacer y recibir retroalimentación de los otros Hospitales sobre accidentes de agresión animal para el seguimiento oportuno de los casos. Continuar incrementado de la estrategia de vacunación extramural puerta a puerta en los territorios. Identificar estrategias para mejorar técnicas de control de población canina que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de la recolección de caninos callejeros. Fomentar la recolección de los caninos localizados en la parte baja del cerro de Monserrate. Capacitar sobre el adecuado diligenciamiento de la ficha de accidente por agresión animal a los médicos tratantes de las sedes asistenciales del territorio.

Esta línea tiene los siguientes componentes: ambientes libres de ruido, calidad del aire y salud, transporte seguro; terminales de transportes, combustibles y energía; seguridad vial. Los componentes mencionados se desarrollan a través de planes de gestión intersectorial. Contar con las señales de tránsito apropiadas y en el número adecuado especialmente en los barrios ubicados en la parte alta de la localidad al igual que la parte baja conformada por avenidas tan importantes como las carreras 10 y 7. Continuar fomentando las visitas de control a los establecimientos y las capacitaciones a la comunidad sobre el cigarrillo y los efectos en la salud. Continuar con las capacitaciones impartidas desde esta intervención para sensibilizar y prevenir del ruido ambiental, y el ruido producido en el ambiente laboral ocupacional explicando los efectos que éste tiene en la salud.

Núcleo: Las condiciones socioeconómicas y culturales afectan la seguridad alimentaria y nutricional en las familias del territorio social 1 afectando el desarrollo físico e intelectual especialmente en la etapa de ciclo vital infancia, incidiendo en la salud y calidad de vida de estos.

4.4.1.3 Tema generador 4

El tema generador para el núcleo anteriormente expuesto corresponde a: Por el derecho a una alimentación digna suficiente y oportuna en los territorios 1 y 2.

Una vez desarrollada la unidad de análisis de respuestas, se propuso desde los diferentes componentes relacionados con nutrición: Desde el comité de seguridad alimentaria, generar acciones para la detección de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes y jóvenes con propósito de prestar tratamiento oportuno y adecuado a estas patologías. Continuar con el monitoreo de planes de trabajo familiar para la evaluación del cumplimiento del componente de alimentación y nutrición y el direccionamiento de acciones. Cubrir el 100% de las Instituciones educativas con la intervención de promoción de la alimentación saludable en las instituciones educativas (jardines, colegios). Continuar con la desparasitación y suplementación con hierro en niños y niñas menores de 12 años en los colegios, Apoyo nutricional a las estrategias de atención a la infancia y suplementación con micronutrientes vitamina A - Hierro en menores de 5 años en jardines. Implementar las acciones de suplementación a la Institución Distrital El Verjón y a jardines infantiles, como el jardín Atanasio Girardot. Participación activa en el tema de Lactancia Materna desde las estrategias dándose cubrimiento a los diferentes actores en la prestación del servicio. Se propone, aumentar la cobertura de las acciones estrategias maternas infantiles a los jardines infantiles privados de los Territorios 1 y 2. Abordar el tema de hábitos alimenticios a través de los grupos de formación en derechos humanos, sexuales y reproductivos que se llevan a cabo con personas en ejercicio de prostitución.

Núcleo: La discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBT, ciudadanos en condición de discapacidad, personas en ejercicio de prostitución en los territorios sociales 1 y 2 dificultan la convivencia con los y las residentes de estos territorios en la localidad de Santa Fe, afectando la calidad de vida de todos y todas.

4.4.1.4 Tema generador 5

El tema generador para el núcleo anteriormente expuesto corresponde a: Por una Santa Fe incluyente tolerando la diferencia.

Para avanzar en las intervenciones relacionadas con las poblaciones diferenciales, desde los ámbitos de vida cotidiana se propone para las personas en condición de discapacidad: Continuar con los procesos de asesoría a las familias con personas en condición de discapacidad enfatizando en los procesos de corresponsabilidad tanto de estas como de las diferentes Instituciones locales y distritales. Aumentar en 2 visitas el seguimiento a familias asesoradas por la intervención con el fin de fortalecer y empoderar a estas en el proceso. Se propone fortalecer la ruta saludable de la empresa social del estado (ESE) para que los escolares puedan ser transportados a los diferentes servicios asistenciales y se garantice su atención. Generar procesos de referencia y contrarreferencia oportuna a los servicios de salud visual para que se pueda desarrollar la identificación de las problemáticas relacionadas con el tema a tiempo y se de el tratamiento efectivo con calidad. Desarrollar acciones masivas de capacitación desde la Empresa social del estado (ESE) Centro Oriente, donde se trabaje en derechos en salud, estrategias de restitución efectiva de derechos que pueden tomar las comunidades educativas, que lleven a su vez a la generación de espacios de reflexión y toma de decisiones sobre las barreras de acceso y la calidez de los servicios que se prestan a la comunidad. Realizar campañas de sensibilización a la población estudiantil y educativa en el tema de inclusión y aceptación de las diferencias culturales, y de funcionalidad que les permitan a la población diferencial ser acogidos y recibidos e un ambiente mas amable a la hora de ingresar a una entidad educativa. Fomentar la inclusión social de niños y jóvenes al espacio escolar, mediante estrategias de educación no formal, es decir, artes, deportes, cultura que permitan estimular la integración y la comunicación de las diferencias en un espacio de dialogo y propuestas de convivencia pacífica. Contar en las sedes asistenciales públicas con infraestructura adecuada para el desplazamiento de las personas en condición de discapacidad.

Continuar con las mismas acciones. (Con grupos y población sostenida en el tiempo para lograr así impacto. Implementar centro de vida independiente. Fomentar acciones en las instituciones de adulto mayor con ejercicios de apropiación y proyección de su espacio familiar y comunitario en territorio social 1 y 2 acentuado en los barrios del territorio 1. Fomentar el grupo de Rehabilitación basada en comunidad (RBC) kids, en el cual sean los niños quienes se apropien de la estrategia y comiencen las nuevas generaciones a reconocer a las Personas con discapacidad como personas con derechos y que pueden ser aceptadas y desarrolladas sus habilidades aun presentes, en beneficio de la comunidad en general. Crear alianzas con el centro de productividad para que se sensibilicen más empresas y estos sean también difusores de la información del tema de inclusión laboral de personas con discapacidad. Fortalecer el tema de responsabilidad social empresarial para la inclusión de población diferencial.

Teniendo en cuenta que la localidad es receptora de población en desplazamiento especialmente de etnias indígenas, se planteó en la unidad de análisis de respuestas las siguientes propuestas: Generar mecanismos para el fortalecimiento de la mesa étnica. Fortalecer redes que promuevan el buen trato al interior de las familias de las etnias Inga, Kitchwa y Embera para la prevención de las violencias. Intervención de vivienda saludable con 20 familias Inga ubicadas en las UPZ 95 Y 96, sin embargo de fondo la problemática es el acceso a una vivienda digna. Fortalecer la intervención en seguridad alimentaría para los niños y las niñas con inclusión en los comedores comunitarios,

jardines de la SDIS y programas de inclusión como la canasta indígena. Fortalecer la intervención desde entornos saludables con la población Embera para la incorporación de hábitos de vida saludable en el marco de la interculturalidad. Diseñar una propuesta de intervención psicosocial desde la medicina tradicional de la comunidad Inga ya que es indispensable el trabajo desde una comprensión de las problemáticas desde la lógica inherente a estos grupos. No es prioritaria para las Instituciones escolares la inclusión de los niños de grupos étnicos al sistema educativo. Contar con gestores indígenas que permitan el acercamiento del sector salud a estas comunidades.

La Localidad cuenta con presencia de población LGBTI, desde la unidad de análisis de respuestas para la problemática de estos ciudadanos y ciudadanas, se propone: fortalecer la estrategia “Nuestro punto de encuentro” un espacio para generar y desarrollar estrategias para la promoción de la salud y bienestar integral y la prevención de factores y condiciones que afectan el estado integral de salud de las personas de los sectores LGBT y demás personas de la comunidad.

Una de las problemáticas sentidas en la localidad corresponde al habitante de calle con los que se ha venido realizando una actividad denominada centro de escucha, desde el análisis de respuestas se propone: Sensibilizar a la comunidad y demás actores institucionales y organizaciones en las acciones adelantadas en la localidad para lograr mayor integralidad en las respuestas a las y los habitantes de calle.

La localidad presenta personas en ejercicio de prostitución a quienes se llega a través de actividades articuladas con la Secretaría de integración social, sin embargo se propone para la vigencia 2011 lo siguiente: Respecto de personas en ejercicio de prostitución se propone: Revisar las temáticas de las capacitaciones que se están llevando a cabo en conjunto con la Secretaría de Integración Social (SDIS). Iniciar una línea de investigación relacionada con la caracterización del el ejercicio de la prostitución alrededor de zonas comerciales en la localidad. Abordar la población en ejercicio de prostitución mediante implementación de un centro de escucha ubicado estratégicamente, desde una perspectiva integral que aborde problemáticas como la salud mental, la explotación sexual y la vulneración de derechos. Articular las acciones de acompañamientos con el actuar de las otras líneas de intervención del Hospital para dar respuestas asertivas ante ésta problemática. Desarrollar acciones preventivas sobre factores desencadenantes en el deterioro de la calidad de vida de las personas adultas que ejercen ésta actividad.

Núcleo. Barreras de acceso administrativas y físicas en la prestación de servicios de salud que obstaculizan la garantía del derecho a la salud a los y las habitantes de la localidad, generando situaciones de morbimortalidad prevenibles en todas las etapas del ciclo vital.

4.4.1.5 Tema generador 6

El tema generador para el núcleo anteriormente expuesto corresponde a: Por un servicio de salud para todos y todas con calidad calidez y oportunidad.

En el hospital Centro Oriente a través de acciones del plan de intervenciones colectivas (PIC), se hace sensibilización a entes locales, personas, organizaciones, profesionales de salud y de apoyo diagnóstico sobre el derecho a la salud, desde la unidad de análisis de respuestas al núcleo antes mencionado, se proponen las siguientes estrategias: Fomentar en los individuos derechos y deberes en salud teniendo presente la cultura de un envejecimiento activo y las prácticas de promoción y prevención desde un abordaje intergeneracional. Aumentar la cobertura en los colegios que no hacen parte del programa de salud oral. Involucrar a la comunidad educativa, facultades de odontología y aseguramiento de la ESE, para que se articule el programa de salud oral a procesos efectivos de superación de barreras de accesos Gestionar con el régimen contributivo para que estudiantes de las facultades de odontología realicen los tratamientos de los estudiantes hacen parte del programa. Aumentar la cobertura de la ruta saludable de la ESE para que los escolares

puedan ser transportados a los diferentes servicios asistenciales y se garantice su atención. Generar procesos de remisión y contra remisión oportuna a los servicios de salud visual para que se pueda desarrollar la identificación de las problemáticas relacionadas con el tema a tiempo y se de el tratamiento efectivo con calidad. Desarrollar acciones masivas de capacitación desde la ESE donde se trabaje en derechos en salud, estrategias de restitución efectiva de derechos que pueden tomar las comunidades educativas, que lleven a su vez a la generación de espacios de reflexión y toma de decisiones sobre las barreras de acceso y la calidez de los servicios que se prestan a la comunidad. Fortalecer la intervención en seguridad alimentaria de las familias Embera con inclusión en los comedores comunitarios, y programas de inclusión como la canasta indígena alimentaria. Fortalecer las intervenciones en salud mental con enfoque diferencial con los y las jóvenes indígenas.

Una de las poblaciones con las que el Hospital Centro Oriente viene trabajando, es la de personas en condición de desplazamiento para quienes se propone desde salud pública. Generar espacios con enfoque interdisciplinario para el análisis de la situación de los desplazados, con el fin de aunar esfuerzos en las respuestas que se les brinden. Contratar de nuevo los servicios de asesoría para la intervención de las familias en ésta situación con el fin de asesorarlos sobre los decretos y leyes que los cobija por ser población desplazada. Implementar los servicios amigables para jóvenes. Continuar con la intervención de AIEPI en el territorio. Desarrollar acuerdos que permitan el aseguramiento total de la población y la atención oportuna. Generar procesos conjuntos PIC - POS que permitan sensibilizar a todo el personal del HCO acerca de la salud como derecho y no solo como un servicio. Implementar ejercicios de diálogo de saberes que permitan identificar creencias en el tema de la salud, actitudes, percepciones sobre el estado de salud, expectativas, demandas, prioridades. Capacitar al personal de los centros de atención en salud, sobre los servicios que presta la institución y evitar las diligencias innecesarias a los usuarios. Establecer el Programa de inducción a la demanda a través de la estrategia comunicacional integral de la promoción de rutas de atención y el portafolio de servicios del POS y el PIC que promueva el derecho a la información y a la atención de la población beneficiaria de la localidad. Abordaje integral desde los ámbitos de vida cotidiana a grupos poblacionales habitante de calle, desplazados y grupos étnicos por etapa de ciclo vital con acciones de detección, sensibilización, caracterización, asesoría en proyectos de vida fortalecidos por la red de apoyo sectorial. Articular el trabajo con la Oficina de Mercadeo de la institución para la información actualizada de los servicios asistenciales y se encargará de apoyar en los mecanismos de difusión a la comunidad, el ámbito IPS socializará en las Unidades Asistenciales y en las IPS privadas objeto de las intervenciones de cualquier PDA, Transversalidad, Estrategia o Programa los documentos y piezas comunicacionales a los profesionales, técnicos asistenciales y administrativos.

NÚCLEO. Desempleo asociado a bajos niveles educativos y falta de oportunidades laborales, genera alta dependencia económica, dedicación a actividades informales para la obtención de ingresos; deteriorando la calidad de vida en todas las etapas de ciclo vital.

4.4.1.6 Tema generador 7

El tema generador para el núcleo anteriormente expuesto corresponde a: **Todos y todas por un trabajo digno y equitativo.**

Desde el plan de intervenciones colectivas el ámbito laboral lleva a cabo actividades con unidades de trabajo informal y menores trabajadores, en la unidad de análisis de respuestas se propuso desde los diferentes ámbitos las siguientes estrategias: Permitir que las personas trabajadores informales sean capacitados en el manejo higiénico de alimentos de manera gratuita o pagando una cuota de acuerdo a las condiciones económicas de ellos (estratos 1 y 2). Aumentar el número de capacitaciones de riesgos profesionales al trabajador informal que se identifica desde la intervención. Implementar una matriz de caracterización del trabajador informal para poder tener una base de datos de las familias que comparten el uso productivo con el habitacional, con el fin de hacer la canalización a la intervención y el

respectivo seguimiento. Aumentar la cobertura de la intervención contando con un mayor tiempo para las visitas a los trabajadores informales. Articular las acciones con otros sectores en temas productivos para obtener desarrollo económico en proyectos productivos. Generar acuerdos con instituciones de educación técnica, tecnológica y profesional (ciclos propedéuticos) que permitan facilitar el acceso a los programas de educación superior. Construir alternativas productivas, proyectos de desarrollo comunitario, acordes a los intereses y las necesidades de los niños y niñas, adultos/as, jóvenes, persona mayor en los territorios sociales. Mantener continuidad con los grupos y generar articulación a fin de contribuir al mejoramiento de la cotidianidad de los miembros de los mismos. Capacitar a los referentes de las diferentes áreas del ámbito en cuanto al desarrollo y creación de proyectos productivos ya que esto puede permitir un mejor asesoramiento a los jóvenes para seguir un proyecto de vida.

En cuanto al ámbito laboral, se planteó: fortalecer acciones de gestión que permitan la garantía del derecho a la alimentación y nutrición de la población con trabajo informal en condición de discapacidad. Ampliar la cobertura poblacional para la identificación y caracterización de casos de niños/as trabajadoras a lo largo del año, en donde se cuente además con profesionales formados en el tema étnico para adecuar esta intervención de acuerdo a las costumbres de cada cultura garantizando los derechos universales de la niñez.

Desde el ámbito institucional se propuso: Organizar un acompañamiento individualizado por institución, iniciando procesos de sensibilización e inducción teórico-práctica, para la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, por medio de visitas lúdicas bimensuales y el desarrollo de guías de estructuración de sustentos teóricos que soporten la realización de dichas actividades.

NÚCLEO. En el territorio social 2, la subutilización de los parques y de sitios de esparcimiento para el disfrute del ocio recreativo, generada por la situación de inseguridad, condiciones deficientes de aseo y el desconocimiento de las ofertas recreodeportivas institucionales que producen en los y las habitantes vulneración del derecho a la recreación, ambiente sano y cultura

4.4.1.7 Tema generador de los núcleos 8

El tema generador para el núcleo anteriormente expuesto se denomina: Por una localidad con espacios físicos adecuados para la recreación, ocio recreativo, juegos y prácticas de actividad física.

Desde el plan de intervenciones colectivas, se han venido desarrollando acciones para fomentar la actividad física en la localidad; teniendo en cuenta las problemáticas expuestas y las respuestas institucionales, se propone como estrategias: Gestionar con otras instituciones, el mejoramiento del equipamiento de parques y espacios recreativos y acciones de actividad física más específicas para niños y niñas desde etapa muy tempranas. Generar intervenciones transectoriales para diseñar e implementar programas dirigidos a la apropiación de espacios físicos adecuados para la recreación, juego y realización de prácticas de actividad física de las personas en las etapas de ciclo vital de los territorios 1 y 2 de la localidad de Santa Fe que les permita tener acceso a los escenarios para el esparcimiento y el ocio a través de estrategias que garanticen la calidad de los escenarios y los medios para el desarrollo de expresiones creativas, recreativas, artísticas y culturales. Continuar el programa tu vales y Muévete comunidad.

Desde el ámbito escolar se plantea: Implementar el programa de actividad física en Jardines Infantiles y otras Instituciones educativas Distritales (IED) de la localidad. Establecer programas que apunten a la apropiación de espacios físicos adecuados para la recreación, juego y realización de prácticas de actividad física. Integrar acciones para la población infantil de la zona rural de la localidad. Contar con ofertas de deportes extremos para los jóvenes de los territorios. Fortalecer el fomento de la práctica de actividad física en la localidad, pues ésta se considera como un satisfactor

sinérgico de múltiples necesidades humanas, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población. Promover apropiación en el cuidado de los parques barriales y de bolsillo, ubicados principalmente en las UPZ 95 y 96; que son pocos pero son una oportunidad de construir espacios de desarrollo de actividad física. Incentivar la cultura de la práctica periódica de la actividad física desde el colegio.

Núcleo. En la Localidad de Santa fe, en el área rural El Verjón, se evidencia una problemática de cultura ciudadana de los visitantes, residentes y comerciantes de los Cerros Orientales reflejada en la disposición de basuras y escombros a lo largo del cauce de quebradas y ríos ocasionando deterioro del ecosistema de los cerros orientales especialmente en el límite rural y urbano, vulnerando el derecho al ambiente sano.

Núcleo. En el Verjón, se presenta una problemática de asentamiento habitacional en zona de reserva forestal y área límite entre lo rural y lo urbano reflejada en barrios formales e informales en zonas de ladera reflejada en riesgos ambientales de deslizamiento y remoción en masa especialmente de los barrios Ramírez, La Paz, San Dionisio generan condiciones de inseguridad para los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a la seguridad, a un ambiente sano, a la vivienda y a la salud de los y las ciudadanas del área rural de Santa Fe.

Núcleo. La Restricción de los y las habitantes de la zona de reserva forestal al acceso de la oferta institucional (salud) por normatividad establecida genera inequidad en la prestación de los servicios afectando a todas las etapas de ciclo vital afectando el derecho a la salud y seguridad social.

4.4.1.8 Tema generador de los núcleos de ruralidad

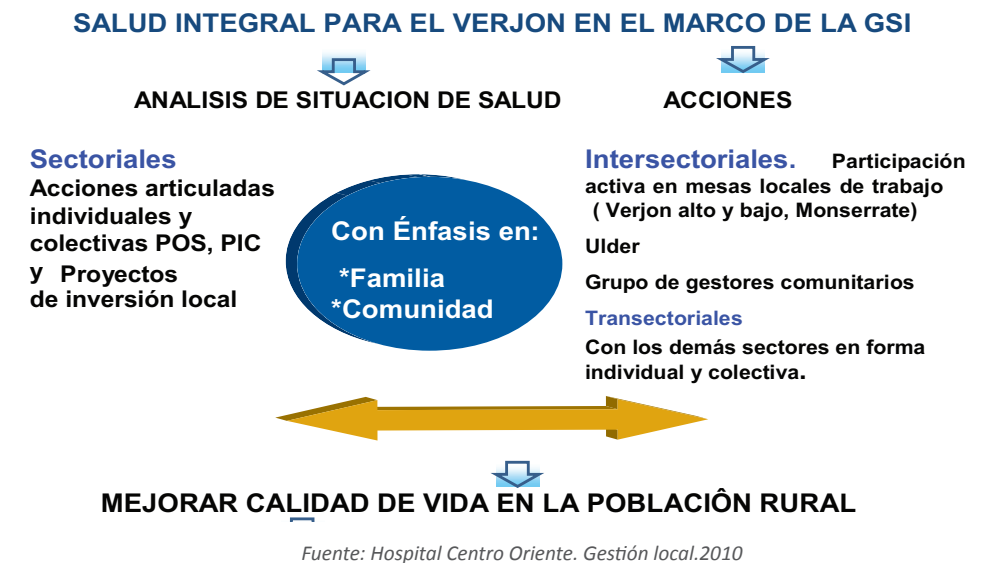
El tema generador para los núcleos anteriormente expuestos se denomina: Mejorando la calidad de vida en los cerros orientales.

El área rural corresponde a más del 80% del suelo de la localidad, en el 2010 se llevó a cabo una unidad de análisis que permitió el acercamiento a la realidad de los habitantes de ésta zona, a partir de las conclusiones y recomendaciones se presentó a la Secretaría de salud (SDS) la siguiente propuesta:

Implementar un modelo de intervención integral de salud para la población perteneciente a la UPR 903 de Santa Fe que permita mejorar la calidad de vida a través de acciones de articulación sectorial, transectorial y el fortalecimiento del ejercicio de la autonomía ciudadana acorde a las realidades sociales de ésta zona; se sugiere retomar la estrategia De atención primaria integral en salud que promueve el trabajo en equipo con otros profesionales y auxiliares, incluso con disciplinas que operan por fuera del sector salud, para fundamentar la atención en las necesidades de las comunidades y proporcionar procesos de desarrollo de la salud que van más allá de las intervenciones medicas y atención de la enfermedad.”

El modelo denominado Salud Integral para El Verjón en el marco de la Gestión Social Integral (GSI), integra las acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales alrededor de la familia y comunidad para mejorar la calidad de vida y salud a través de acciones de autonomía.

Gráfica 20. Modelo de atención integral para el área rural .Localidad Santa Fe. Bogotá, D.C, 2010



El énfasis del modelo propuesto, estaría dado de la siguiente manera:

Trabajo articulado con vigilancia epidemiológica comunitaria (VSPC) Gestión social rural: en éste espacio, se buscaría el posicionamiento político en lo transectorial, mesa territorial el Verjón, comités y redes, además del fortalecimiento del proyecto de desarrollo de autonomía (PDA), salud mental, discapacidad, salud sexual y reproductiva, red de trabajo y seguridad alimentaria y nutricional; fortalecimiento e implementación de la organizaciones gestoras comunitarias jóvenes, mujeres, núcleos de gestión.

Se partiría de la caracterización del 100% de las familias de la ruralidad y el análisis de la situación de salud, a cargo del ámbito familiar en los niños se concentraría el trabajo en: Desarrollo físico social y cognitivo en la institución educativa distrital (IED) El Verjón, Bienestar estudiantil y Salud mental y en la identificación y atención de necesidades educativas especiales, paralelo al proceso, los referentes de medio ambiente, Fortalecerían la gestión de la estrategia de vivienda saludable, el diseño, implementación y asistencia técnica para la construcción de un acueducto veredal, proyecto de agricultura orgánica y huertas comunitarias alternativas.

Respecto a las acciones sectoriales con énfasis en Plan de Obligatorio de Salud (POS), Se propone adecuar una ruta saludable para la ruralidad, disponer de la sede asistencial Laches con servicio prioritario para la atención en salud de la comunidad del área rural y Georreferenciar la población hacia los servicios del Hospital Centro Oriente en el área rural con las EPS-Subsidiadas, garantizando el Derecho a la libre elección de IPS puerta de entrada.

Se debe contar además con un proyecto de gestión social e integral para la calidad de vida que contemple acciones en Vacunación, Contra Neumococo y Varicela, Salud Visual, Valoración Optométrica Y Paquete de Ayuda Óptica, Detección y apoyo a riesgos psicosociales, tamizaje y secciones de apoyo por psicología.

Detección y apoyo a riesgos sensorial y motriz, tamizajes y secciones de acompañamiento por terapia ocupacional, elaboración de bases de datos y Salud oral, mesa de salud oral, acercamiento a las comunidades del territorio, actividades lúdicas recreativas a escolares.

Para cumplir con lo anteriormente propuesto, se debe contar con un equipo multidisciplinario que constaría de los siguientes profesionales y personal de apoyo: 3 Aux. Enfermería, 1 higienista oral, 2 enfermeras, 1 médico, 1 nutricionista, 1 gestor comunitario, 1 psicólogo, 4 técnicos en saneamiento básico, 1 ingeniero ambiental, 1 administrador ambiental y un ingeniero de alimentos.

4.5 Propuesta Transectorial

A partir del trabajo llevado a cabo por los referentes del equipo de gestión local, se logró concertar los núcleos problemáticos en la unidad de apoyo técnico de la gestión social integral con las entidades que acudieron a las reuniones establecidas (Secretaría de integración social, hospital Centro Oriente y el Instituto distrital para la participación y la acción comunal), donde se propuso el abordaje de las problemáticas a partir de los siguientes núcleos:

Núcleo. Contextos violentos asociado a débiles redes familiares que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social en San Bernardo, Cruces, Perseverancia y Laches afectando la salud mental y la adecuada convivencia en todos los habitantes del territorio

Disminuir las barreras de acceso y de calidad a los servicios de atención terapéuticos prestados por el sistema general de seguridad social (SGSS), Fomentar acciones que atiendan la problemática de salud mental de manera terapéutica y con enfoque familiar a partir del fortalecimiento de la unidad de salud mental del hospital. Se pretende desde la red del buen trato y del comité de violencias, revisar y ajustar la ruta de atención de violencias identificando los puntos críticos de ésta para aplicar los correctivos necesarios. Establecer compromisos interinstitucionales para el seguimiento efectivo a los casos reportados. Poner en práctica el proyecto de mesa de resolución de conflictos entre adultos. Gestionar un convenio con las universidades para el trabajo sobre resolución de conflictos con estudiantes y sus familias en contra jornada. Realizar de talleres vocacionales para adolescentes y adulto joven.

La propuesta comunitaria en torno al núcleo presentado trabajada en consejo local de política social (CLOPS) se relaciona con , la generación de oportunidades de estudio a nivel superior para jóvenes estratos 1 y 2 de la localidad; Tomas culturales masivas y formación en valores.

NÚCLEO. Condiciones ambientales deficientes en espacios públicos relacionados con manejo inadecuado de residuos sólidos, vertimiento de residuos líquidos en fuentes hídricas, tenencia de mascotas y de basuras, generan ambientes insalubres para los habitantes del territorio social 1, 2 y 3 vulnerando el derecho a un ambiente sano

NÚCLEO. Las condiciones deficientes de habitabilidad y de oferta habitacional relacionada con áreas de construcción informal, zonas de remoción en masa e inmuebles en desuso en el territorio social 1, barrios Ramírez, la Paz San Dionisio vulneran el derecho a una vida digna, ambiente sano, vivienda, salud y seguridad física de los y las ciudadanas de este sector.

Se pretende trabajar en el mejoramiento de la cultura ciudadana en torno al ambiente, donde se capacite a la comunidad y se le comprometa a ser difusores de esta estrategia en torno al manejo responsable del ambiente haciéndola participé en la construcción de las respuestas integrales. Mantener y recuperar el espacio de ronda de las fuentes hídricas haciendo monitoreo continuo de los sistemas de información geográfica. Actualizar los diagnósticos técnicos de las zonas de riesgo por parte de la mesa de trabajo transectorial Comité ambiental local (CAL) y comité local de emergencias (CLE). Intensificar los comparendos educativos a quienes hagan disposición inadecuada de residuos sólidos haciendo alianzas con la policía para dicho propósito. Trabajar en la cultura del manejo responsable de residuos sólidos con entidades y ciudadanía en general. Ubicar contenedores en centro comerciales y en conjuntos residenciales e incentivar la cultura del

reciclaje. Canalizar a Secretaría de hábitat los predios en condición de vulnerabilidad o con carencia de servicios públicos, con el fin de restablecer o instalar los servicios públicos a que haya lugar.

La propuesta comunitaria en torno a los núcleos de ambiente, trabajada en consejo local de política social (CLOPS) es la de educar a las familias para que enseñen a los menores la responsabilidad con el manejo adecuado del medio ambiente; campañas publicitarias masivas en canal comunitario relacionadas con el manejo responsable del medio ambiente.

NÚCLEO. Desempleo asociado a bajos niveles educativos y falta de oportunidades laborales, genera alta dependencia económica, dedicación a actividades informales para la obtención de ingresos; deteriorando la calidad de vida en todas las etapas de ciclo vital.

Se plantea realizar para el 2011: generar respuestas integrales enfocadas en generación de empleo aprovechamiento del recurso humano de la localidad en la oferta laboral de la localidad. Además se pretende fortalecer el desarrollo económico del centro de la ciudad. Fortalecer el tema de mi primer empleo. Aumentar la divulgación de los programas de capacitación. Priorizar la inclusión laboral de las personas residentes de la localidad. Fortalecer el sentido de responsabilidad social empresarial. Desarrollo de estrategias de intermediación laboral: ferias de, fortalecer el tema de emprendimiento. Fortalecer y Aumentar la divulgación de los programas ofrecidos de emprendimiento y de capacitación laboral.

La mesa de productividad programa realizar acciones con la comunidad Embera encaminadas a mitigar el Hambre realizando una campaña de consecución de alimentos en almacenes de cadena, acuerdos con sus hábitos alimenticios y creencia culturales. Y apoyo para la cedulación.

Desde renovación urbana, se presentó un núcleo relacionado con el plan centro, el que hasta el momento no ha sido justificado, razón por la cual se presenta en éste apartado la propuesta: Informar y fortalecer las capacidades de la comunidad para que se beneficien de las oportunidades generadas por la implementación del Plan Centro. Capacitar a la comunidad para que conozcan, discutan y aporten, al desarrollo e implementación de la operación estratégica del Centro. Fortalecer la coordinación interinstitucional para la gestión de acciones integrales.

Desde el consejo local de política social (CLOPS), se propone realizar alianzas estratégicas con universidades para permitir la inclusión de jóvenes estratos 1 y 2 de la localidad a la educación superior y el fortalecimiento del tema de responsabilidad social empresarial.

CONCLUSIONES

Desde el ejercicio transectorial que se ha con los entes locales y la alcaldía, se concluye a partir del análisis del centro de productividad de Santa Fe:

La Localidad como una expresión administrativa que cumple ya varias décadas en la ciudad, sin duda alguna ha contribuido con algunos procesos de descentralización política y administrativa de Bogotá. Ante los procesos de planeación de la inversión del presupuesto público, los pequeños y medianos territorios microlocales, se revelan como receptáculos de limitaciones y potencialidades, con un componente poblacional que, por demás, exhibe sus singularidades. No obstante, estas posibilidades para una mejor participación y para una mejor agencia de los individuos y de los colectivos por sus propios intereses, Santa Fe no han funcionado como una verdadera unidad en la que factores físicos, culturales, geográficos y económicos se traduzcan en un desarrollo homogéneo y equitativo. Las dinámicas de lo barrial siguen siendo definidas por las fuerzas que se ejercen desde la ciudad, desde la región e incluso desde los niveles nacional e internacional, opacando la gestión e intervención desarrollada por la Localidad ¹⁸⁶.

Existen en la Localidad marcados procesos de concentración productiva, lo cual, a causa de limitadas políticas de distribución del ingreso y de convergencia, traen consigo, entre las distintas UPZ y al interior de las mismas, un conjunto de notables diferencias e inequidades en las distintas dimensiones que han sido exploradas en el presente diagnóstico. Se observa cómo la intensa actividad en el sector de los servicios, que se desarrolla en las UPZ Las nieves y Lourdes, así como en particulares sectores de estas UPZ, no se irradian homogéneamente sobre el territorio local. La expectativa sobre este tipo de comportamientos no recae tanto sobre la naturaleza presumible de los procesos de generación de riqueza, como sobre las acciones reguladoras y distributivas del Estado.

Son también dichas dinámicas de concentración de la actividad productiva y de los beneficios o externalidades positivas de la misma, las que, sin embargo, han favorecido a la Localidad al recoger el territorio fundacional de la ciudad. La convergencia de instituciones políticas y administrativas, religiosas, educativas, financieras y comerciales, entre otras, dentro del territorio de Santa Fe, ha favorecido esta concentración productiva, de la cual se beneficia tanto los habitantes, quienes

encuentran en la Localidad una ubicación privilegiada con la amplia oferta de bienes y servicios, no siempre verdaderamente realizable, convirtiéndola en una de las localidades más visitadas de la ciudad como, por ejemplo, por el grueso de la población flotante que responde a la amplia oferta de trabajo.

La imposibilidad de realizar estas oportunidades y privilegios a través de la obtención de un ingreso que implique unas mayores posibilidades de consumo, se asocia ordinariamente en la actualidad con las limitaciones en el capital cultural de la población, particularmente en los deficientes niveles educativos de la población más vulnerable, como con la limitada difusión de los valores que estimulan la productividad y la competitividad, responsabilidad que además de achacarse al sistema educativo, se direcciona hacia las familias y a los “atavismos” culturales que limitan las posibilidades de desarrollo y de progreso de los individuos. Por supuesto, las condiciones de la coyuntura económica, hacen que, sin desconocer el rol de la cultura y la educación, parezca mucho más probable que sean una no siempre suficiente oferta laboral, un nivel de ingreso legalmente empobrecedor, una carencia de dispositivos eficientes y efectivos de regulación de los intereses privados y de distribución del ingreso vía impuestos y subsidios, y los mencionados procesos de concentración productiva y del beneficio; los responsables de una pobreza que aún en una localidad tan dinámica, se exhiban de manera abundante.

A las marcadas deficiencias en el ingreso y en el consumo de lo básico, debemos sumar las condiciones precarias que tocan a una porción importante de la población. Condiciones definidas por los procesos de urbanización espontánea e ilegal, que no sólo se detonan sin una planeación que resuelva las necesidades habitacionales mínimas de los ciudadanos que allí residen, sino que han generado un conjunto de efectos en detrimento de la sostenibilidad de los ecosistemas naturales de los cerros de Bogotá.

La conjunción de algunos de los factores mencionados, tales como la concentración de un gran mercado flotante de consumidores, al tiempo que de buscadores de oportunidades en el Centro de Bogotá, un alto nivel de desempleo en la Localidad y en Bogotá, unos deficientes procesos de ordenamiento urbano, han fortalecido la percepción y el impacto de una economía informal que se sostiene en las márgenes del ingreso de un significativo grupo de trabajadores incluidos, por no decir exclusivos, que trabajan en los sectores financiero, de la administración pública, del turismo, de la educación o del comercio nacional e internacional, entre otros.

La existencia de zonas de alto deterioro urbano en barrios como San Bernardo, las Cruces, sectores impactados por la construcción de la Avenida Comuneros como el barrio Lourdes, favorece el expendio de sustancias y por reacción en cadena a su vez se genera la presencia de habitantes de la calle. En la localidad operan grupos organizados que manejan sitios de expendio de Sustancias Psicoactivas Ilícitas controlando sectores en barrios como Ramírez, La Paz, Cruces y algunas áreas del centro de la ciudad, en donde es habitual encontrar grandes grupos de habitantes de la calle, comercializando la basura que recuperan o los objetos obtenidos casi siempre de manera ilícita para consumir sustancias Psicoactivas.

Este fenómeno callejero y la permanencia en la calle de niños, niñas y jóvenes, de adultos y personas mayores, responde a diferentes condiciones socioeconómicas, de salud mental y dinámicas familiares entre otras; es de destacar que su permanencia en la calle es periódica y responde a la búsqueda del sustento diario. Por lo general, esta población mantiene un vínculo familiar y tiene algún tipo de vivienda, pero ocasionalmente duerme en la vía pública, entre sus actividades para conseguir dinero está pedir limosna, vender, limpiar vidrios y reciclar.

¹⁸⁶ Centro para la productividad localidad de Santafé 2010 Corporación para el desarrollo de empresas productivas - seragros, Diagnóstico socioeconómico de la localidad de santa fe, Pág. 65 a 67

LISTADO DE ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ATEP	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional
CAR	Corporación Autónoma Regional
CLOPS	Consejo de Política Social
COPACOS	Comité de participación comunitaria en salud
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
CRUE	Central Reguladora de Urgencias
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DILE	Dirección Local de Educación
DPAE	Dirección de Prevención y atención de Emergencias
EAAB	Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EPS-S	Empresa Promotora de Salud Subsidiada
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ESE	Empresa Social del Estado
FAMIS	Familias amigas de la mujer y la infancia
GESA	Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud
GSI	Gestión social integral
IAFI	Instituciones Amigas de la Familia y la Infancia
IAMI	Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IEDs	Instituciones educativas Distritales
IPES	Instituto para la Economía Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales
LSP	Laboratorio de salud pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
PAI	Programa ampliado de inmunizaciones
PDA	Proyecto de desarrollo Autonomía
PET	Población en edad de trabajar
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PIES	Proyecto Integral de Entornos Saludables
PMASAB	Plan Maestro de Abastecimiento y Seguridad Alimentaria para Bogotá
POS	Plan Obligatorio de salud
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PPMyG	Política Pública de Mujer y Género
PYMES	Pequeñas y medianas empresas
SASC	Salud a su casa
SGSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SIVIM	Sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual
SPA	Sustancias psicoactivas
SUIVD	Sistema Unificado de Información de Violencia y Delincuencia

TB	Tuberculosis
TD	Tasa de desempleo
UAT	Unidad de Apoyo Técnico
UEL	Unidad Ejecutora Local
UPZ	Unidades de Planeamiento Zonal
UTI	Unidades de trabajo informal
VIH	Virus de la Inmuno Deficiencia Humana

www.saludcapital.gov.co