

Localidad **SUBA**



Diagnostico Local con Participación Social 2009-2010





Localidad
SUBA



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

CREDITOS

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

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud Beltrán

Ana Zulema Jiménez

Directora de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO SECRETARÍA DE SALUD

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Nubia Noemí Hortúa

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

HOSPITAL DE SUBA

Subgerente de Servicios

William Rodríguez Uribe

Líder de Salud Pública

María Isabel Ramírez Plazas

Referente de Análisis

Herminia Walteros Fernández

EQUIPO SALUD PÚBLICA HOSPITAL DE SUBA

Coordinadora PIC

Ángela Cristina Moreno Talero

Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Sandra Viviana Mejía Agudelo

Coordinadora PAI

Gladys Becerra Díaz

Coordinadora Vigilancia Sanitaria

Olga Patricia Osorio Batativa

Equipo Base Gestión Local

María Victoria Melo Ramírez

Yenny Astrid Pardo Cubides

Hernán Darío Díaz Albornoz

Diana Rocío Albarracín Bellón

Equipo Ciclo Vital

Laura Carolina Esguerra Márquez

Alejandro Duque Escobar

Equipo transversalidades

Deisy Alexandra Suárez Forero

Jovanna Cerpa Bernal

Dora María Fierro Gil

Tulia Sanchez Muñoz

Gloria Amparo Ricaurte Rivera

Claudia Patricia Lambraño Cerquera

Pamela Bonilla Perris

Equipo Proyectos de Desarrollo de Autonomía

Angélica Lozano Gaita

Diana Barinas

Yuli Alexandra González Linares

Equipo Ámbitos de Vida Cotidiana

Nelida del Pilar Beltrán Beltrán

Marcia Janeth Salazar Mosquera

Adriana Cristina García García

Mónica Viviana Porras Bedoya

Edwin Garzón Muñoz

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

TABLA DE CONTENIDO

CREDITOS	5
AGRADECIMIENTOS	8
INTRODUCCIÓN	24
MARCO CONCEPTUAL	27
METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	30
Objetivo General	32
Objetivos Específicos	32
1.1. Dinamica Territorial	36
1.1.1. Historia del poblamiento de la Localidad de Suba	36
1.1.2. Ubicación geográfica	37
1.1.3. Crecimiento urbanístico	39
1.1.4. Plan de ordenamiento Zonal del Norte	39
1.1.5. Situación política de la localidad	40
1.1.5.1. Unidades de Planeación Zonal – UPZ	42
1.1.6. Zonas de condición de calidad de vida – Territorios	
Gestión Social Integral – GSI	44
1.1.6.1. Territorios sociales – Gestión Social Integral	44
1.1.6.2. Zona de concentración de problemas sociales	46
1.1.6.3. Zona con perfil de protección predominante	48
1.1.6.4. Zona agroindustrial y de urbanización reciente.	51
1.1.6.5. Zona de reserva ambiental y forestal	52
1.1.7. Características geográficas	53
1.1.7.1. Comportamiento climático.	53
1.1.7.2. Situación ambiental	57
1.1.7.3. Descripción de las zonas	57
1.1.7.3. Descripción de las zonas	59
1.1.8. Características político administrativas	59

AGRADECIMIENTOS

Al equipo técnico del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC de la Secretaria Distrital de Salud por su orientación, a todos y cada uno de los profesionales del equipo de Salud Pública: Equipos de Ciclo Vital, transversalidades, Proyectos de desarrollo de autonomía, Equipos de ámbitos y Componentes; a los actores sociales comunitarios por su participación en los grupos focales, a la instituciones que participaron en la estrategia de Gestión Social Integral que con sus contribuciones aportaron en la actualización del diagnóstico local con participación social 2010.

1.1.8.1. Administración	59	2.1.1. Situación de Trabajo	118
1.1.8.2. Acción institucional	60	2.1.2. Trabajo en la Zona Rural	120
1.2 Dinámicas Poblacionales	62	2.1.3 Trabajo informal	121
1.2.1 Densidad poblacional	63	2.1.4 Trabajo infantil	124
1.2.1.1. Población étnica.	66	2.1.5 Razones de dependencia económica infantil, juvenil y senil.	126
1.2.1.2. Población en micro territorios caracterizados, Localidad de Suba, 2009.	69	2.1.6 Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI	126
1.2.1.3. Otras poblaciones identificadas en los micro territorios	70	2.2. Condición y Calidad de Acceso de Bienes y Servicios	127
1.2.2. Indicadores demográficos	71	2.2.1. Caracterización de la vivienda	127
1.2.2.1. Tasa bruta de natalidad	71	2.2.2. Estrato Socioeconómico	128
1.2.3. Perfil epidemiológico	74	2.2.3. Caracterización de la educación	130
1.2.3.1. Morbilidad	74	2.2.3.1. Grados promedio de educación	132
1.2.3.2. Discapacidad	80	2.2.3.2. Población en edad escolar	132
1.2.3.3. Vacunación	82	2.2.4. Transporte y movilidad	134
1.2.3.4. Sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales - Sivim	83	2.2.5. Equipamientos	134
1.2.3.5. Caracterización de la situación nutricional	88	2.2.5.1. Equipamientos colectivos de bienestar social	134
1.2.4. Mortalidad	96	2.2.5.2. Equipamientos colectivos de salud	135
1.2.4.1. Mortalidad general	96	2.2.5.3. Equipamientos colectivos de educación	135
1.2.4.2. Mortalidad evitable	97	2.2.5.4. Equipamientos colectivos de cultura	135
1.2.4.3. Mortalidad perinatal	97	2.2.5.5. Equipamientos de recreación y deportes, zonas verdes y parques.	135
1.2.4.4. Mortalidad infantil	99	2.2.5.6. Equipamientos colectivos de culto	135
1.2.4.5. Mortalidad materna	102	2.2.5.7. Equipamientos colectivos de abastecimiento de alimentos	135
1.2.5. Eventos prioritarios en salud pública	110	2.2.5.8. Equipamientos colectivos de administración	136
1.2.5.1. Enfermedades inmunoprevenibles	111	2.2.5.9. Equipamientos colectivos de seguridad, defensa y justicia	136
1.2.5.2. Tos ferina	113	2.2.5.10. Equipamientos colectivos de recintos feriales	136
1.2.5.3. Enfermedades transmisibles	113	2.2.5.11. Equipamientos colectivos de cementerios y servicios funerales	136
2.1. Organización Social y Productiva del Trabajo en el Territorio.	118	2.2.6. Caracterización de la recreación y el tiempo libre	138
		2.2.7. Acceso y disponibilidad de alimentos	142
		2.2.8. Índice de condiciones de vida - ICV	144

3.1. Territorio Social Uno – Rincón	145	3.3.5. Núcleos problemáticos territorio social	
3.1.1. Etapa de ciclo vital infancia	152	tres - UPZ Suba Centro y Casablanca	238
3.1.2. Etapa de ciclo vital juventud	159	3.3.5.1. Núcleo 1	238
3.1.3. Etapa de ciclo vital adultez	159	3.3.5.2. Núcleo 2	242
3.1.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez	161	3.3.5.3. Núcleo 3	248
3.1.5. Núcleos problemáticos – Territorio Social Uno – Rincón	162	3.3.5.4. Núcleo 4	251
3.1.5.1. Núcleo 1	162	3.3.5.5. Núcleo 5	251
3.1.5.2. Núcleo 2	167	3.3.5.6. Núcleo 6.	252
3.1.5.3. Núcleo 3	174	3.3.5.7. Núcleo 7	257
3.1.5.4. Núcleo 4	177	3.4. Territorio Social Cuatro – UPZ San José	
3.1.5.5. Núcleo 5	179	de Bavaria, Britalia y Prado.	261
3.2. Territorio Social Dos – UPZ Tibabuyes	179	3.4.1. Etapa de ciclo vital infancia	265
3.2.1. Etapa de ciclo vital infancia	182	3.4.2. Etapa de ciclo vital juventud	268
3.2.2. Etapa de ciclo vital juventud	186	3.4.3. Etapa de ciclo vital adultez	269
3.2.3. Etapa de ciclo vital adultez	187	3.4.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez	274
3.2.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez	190	3.4.5. Núcleos problemáticos territorio social	
3.2.5. Núcleos problemáticos territorio social Tibabuyes	194	cuatro – Prado - Britalia - San José de Bavaria	277
3.2.5.1. Núcleo 1	194	3.4.5.1. Núcleo 1	277
3.2.5.2. Núcleo 2	198	3.4.5.2. Núcleo 2	279
3.2.5.3. Núcleo 3	202	3.4.5.3. Núcleo 3	280
3.2.5.4. Núcleo 4	210	3.5. Territorio social cinco – Niza, Alhambra y Floresta	281
3.2.5.5. Núcleo 5	213	3.5.1. Etapa de ciclo vital infancia	284
3.2.5.6. Núcleo 6	218	3.5.2. Etapa de ciclo vital juventud	285
3.3 Territorio Social Tres – Suba Centro y Casablanca	218	3.5.3. Etapa de ciclo vital adultez	286
3.3.1. Etapa de ciclo vital infancia	223	3.5.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez	287
3.3.2. Etapa de ciclo vital juventud	225	3.5.5. Núcleos problemáticos territorio social cinco (Niza, Alhambra, Floresta)	290
3.3.3. Etapa de ciclo vital adultez	228	3.5.5.1. Núcleo 1	290
3.3.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez	232	3.5.5.2. Núcleo 2	291

3.5.5.3. Núcleo 3.	292	4.2.3 Territorio Social Seis Academia, Guaymaral,	
3.5.5.4. Núcleo 4.	292	Reserva forestal – Vereda Chorrillos.	391
3.6. Territorio Social Seis – Academia, Guaymaral,		4.2.3.1. Etapa de ciclo vital de infancia	391
Zona de Reserva Forestal - Chorrillos.	294	4.2.3.2. Etapa de ciclo vital de juventud	393
3.6.1. Etapa de ciclo vital infancia	298	4.2.3.3. Etapa de ciclo vital de adultez	395
3.6.2. Etapa de ciclo vital juventud	298	4.2.4 Componentes	398
3.6.3. Etapa de ciclo vital adultez	299	4.2.4.1 Vigilancia en Salud Pública	398
3.6.5. Núcleos Problemáticos en el Territorio Social Seis.	300	4.2.4.2 Gestión Local	399
3.6.5.1. Núcleo 1	300	4.3. Análisis de los Servicios y el Modelo de Salud	401
3.6.5.2. Núcleo dos	302	4.3.1. Ejes del modelo de atención integral.	404
3.6.5.3. Núcleo 3	303	4.3.1.1. Eje de las necesidades de salud	404
4.1. Análisis de la Respuesta por Ámbitos de Vida Cotidiana	310	4.3.1.2. Eje de las prioridades sanitarias	404
4.1.1 Respuesta desde el ámbito familiar	310	4.3.1.3. Eje de la participación social	405
4.1.2 Respuesta desde el ámbito escolar	320	4.3.2. Evaluación de la calidad en la prestación de los servicios	405
4.1.3 Respuesta desde el ámbito laboral	323	4.3.4. Análisis de aseguramiento	407
4.1.4 Respuesta desde el ámbito comunitario	332	4.3.5. Análisis para la atención oportuna frente a urgencias y emergencias	410
4.1.5 Respuesta desde el ámbito IPS	333	4.3.5. Análisis de la inversión local	411
4.2 Análisis por Territorios Sociales transversalidades y PDA	334	4.3.5.1. Fondo financiero distrital de salud	411
4.2.1 Territorios Rincón, Tibabuyes, Suba – Casablanca	334	4.3.5.2. Análisis de la respuesta comunitaria	414
4.2.1.1 Análisis por transversalidades	334	4.4. Análisis de la Respuesta por Ciclo Vital	418
4.2.1.2 Análisis según Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA)	370	4.4.1. Etapa ciclo vital infancia	418
4.2.1.3 Plan Ampliado de Inmunización (PAI)	385	4.4.2. Etapa de ciclo vital juventud	418
4.2.1.4 Unidad Ejecutora Local (UEL)	385	4.4.3. Etapa Ciclo Vital Adultez	419
4.2.2 Territorios social cuatro (Britalia, Prado, San José		4.4.4. Etapa Ciclo Vital Envejecimiento y Vejez	420
de Bavaria) y territorio social cinco (Niza, Alhambra, Floresta).	387	4.5. Análisis de a Respuesta por Transversalidad y PDA	421
4.2.2.1 Análisis por PDA	387	4.5.1. Transversalidad discapacidad	421
4.2.2.2 Análisis por transversalidad	390	4.5.2. Transversalidad de género	422
		4.5.3. Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	422

4.5.4.	Transversalidad de Gestión Sanitaria y Ambiental	423
4.5.5.	Transversalidad de Actividad Física	424
4.5.6.	Transversalidad de Salud y Trabajo	425
4.5.7.	Proyecto de desarrollo de autonomía red social materno infantil	426
4.6.	Análisis de la Gestión Social Integral	427
4.6.1.	Consejo Local de Gobierno	428
4.6.2.	Equipo conductor para la GSI - Suba	428
	Bibliografía	433
	GLOSARIO	437
	ABREVIATURAS	439

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Comparativo Unidades de Planeación Zonal de Suba 2009.	42
Tabla 2.	Estado de las micro cuencas, localidad de Suba.	55
Tabla 3.	Población por etapa de ciclo vital, localidad de Suba 2010.	64
Tabla 4.	Distribución de la población por grandes grupos de edad e índices de dependencia. Localidad de Suba. Años 2005, 2010 y 2015	66
Tabla 5.	Número de habitantes según área urbana y rural, localidad de Suba, 2009.	66
Tabla 6.	Distribución de nacimientos según edad y tasa general de fecundidad, localidad de Suba 2008 – 2009.	74
Tabla 7.	Consulta en menores de un año, Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.	75
Tabla 8.	Consulta en el grupo de edad de uno a cuatro años, Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.	76
Tabla 9.	Consulta del grupo de edad de 5 a 14 años. Hospital de Suba II Nivel E.S.E. 2008.	76
Tabla 10.	Consulta en el grupo de edad de 15 a 44 años. Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.	77
Tabla 11.	Consulta por grupo de edad de 45 a 59 años. Hospital de Suba II Nivel E.S.E. 2008.	78
Tabla 12.	Consulta por grupo de edad de 60 y más años - Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.	78
Tabla 13.	Consulta por Urgencias, Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.	79
Tabla 14.	Consulta por causas de egreso medicina interna. Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.	80
Tabla 15.	Proporción personas con discapacidad por 1.000, localidad de Suba - Bogotá, 2008.	81
Tabla 16.	Distribución de personas con discapacidad según alteraciones, localidad de Suba, 2008.	81
Tabla 17.	Distribución de personas con discapacidad según limitaciones, localidad de Suba, 2008.	82
Tabla 18.	Porcentaje de cumplimiento metas por biológico localidad de Suba, 2007 – 2009.	83
Tabla 19.	Distribución de casos de violencia según sexo, localidad de Suba 2008 - 2009.	84
Tabla 20.	Intento de suicidio (2006 - 2009) y suicidio consumado 2005 – 2009.	88
Tabla 21.	Desnutrición según indicador nutricional por grupos de edad, localidad de Suba, 2009.	90
Tabla 22.	Comportamiento del estado nutricional de gestantes. Localidad de Suba – Bogotá, 2003 – 2009.	93
Tabla 23.	Estado nutricional de las gestantes reportadas al Sisvan por grupos de edad Localidad de Suba 2009.	93
Tabla 24.	Comportamiento del peso al nacer, localidad de Suba - Bogotá 2000 - 2009.	95
Tabla 25.	Mortalidad general localidad de Suba, 2005 - 2007.	97
Tabla 26.	Mortalidad evitable, localidad de Suba 2004 - 2009.	97
Tabla 27.	Distribución según tipo de mortalidad perinatal, localidad de Suba, 2005 - 2008.	98
Tabla 28.	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años - Localidad de Suba – Bogotá 2005 – 2009.	102
Tabla 29.	Mortalidad materna, localidad de Suba - Bogotá 2000 - 2009.	103
Tabla 30.	Primeras cinco causas de mortalidad en menores de un año, localidad de Suba 2007.	105
Tabla 31.	Primeras causas de mortalidad en el grupo de uno a cuatro años, localidad de Suba, 2007.	106
Tabla 32.	Primeras causas de mortalidad en el grupo	

de cinco a catorce años, localidad de Suba, 2007.	106	(activo y suspendido) según nivel de SISBEN, localidad de Suba	409
Tabla 33. Primeras causas de mortalidad en el grupo de quince a cuarenta y cuatro años, localidad de Suba, 2007.	107	Tabla 65. Distribución de las poblaciones especiales afiliadas al régimen subsidiado (activos y pasivos) localidad de Suba	410
Tabla 34. Primeras causas de mortalidad en el grupo de 45 a 59 años, localidad de Suba 2007.	107	Tabla 66. Comportamiento de la atención por Urgencias primer semestre, 2009.	410
Tabla 35. Primeras causas de mortalidad en el grupo de 60 y más años, localidad de Suba 2007.	108	Tabla 67. Proyectos Fondo de Desarrollo Local 2009.	414
Tabla 36. Proyección esperanza de vida al nacer según sexo localidad de Suba 2010 – 2015.	108		
Tabla 37. Años de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP en hombres mortalidad por grandes grupos localidad de Suba, 2007.	109		
Tabla 38. Años de vida potencialmente perdidos en mujeres mortalidad por grandes grupos localidad de Suba 2007.	109		
Tabla 39. Distribución de eventos notificados al Sivigila, localidad de Suba 2009. Parte A	110		
Tabla 40. Distribución de eventos notificados al SIVIGILA, localidad de Suba 2009. Parte B.	111		
Tabla 41. Distribución de casos de varicela por territorios sociales, localidad de Suba 2009.	112		
Tabla 42. Distribución de casos de parotiditis por territorios sociales, localidad de Suba 2009.	112		
Tabla 43. Distribución de casos de exposición rábica por etapa de ciclo vital, localidad de Suba 2009.	113		
Tabla 44. Indicadores de fuerza laboral, localidad de Suba, 2007.	118		
Tabla 45. Tasa de ocupación por grupo de edad, localidad de Suba, 2007	119		
Tabla 46. Distribución de los hogares por percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso Localidad de Suba, 2007.	120		
Tabla 47. Población por estrato socioeconómico, localidad de Suba – Bogotá, 2009.	128		
Tabla 48. Tasa de analfabetismo, localidad de Suba. 2005	132		
Tabla 49. Población en edad escolar, asistencia y no asistencia, localidad de Suba, 2007.	133		
Tabla 50. Tasa de aprobación, reprobación y deserción en colegios oficiales distritales de la localidad de Suba, 2008.	133		
Tabla 51. Distribución de expendios de alimentos por UPZ, localidad de Suba, 2009.	143		
Tabla 52. Índice de condiciones de vida por factor, localidad de Suba - Bogotá. 2007.	144		
Tabla 53. Distribución por grupos de edad y sexo, territorio social Rincón, localidad de Suba 2009.	145		
Tabla 54. Distribución por grupos de edad y sexo, territorio social Rincón, localidad de Suba 2009.	181		
Tabla 55. Características de las UPZ del Territorio Social Cuatro, localidad de Suba, 2009.	263		
Tabla 56. Distribución por etapa de ciclo vital, vereda Chorrillos, localidad de Suba, 2009.	297		
Tabla 57. Número de predios y habitantes por vivienda, Vereda Chorrillos, localidad de Suba, 2007.	297		
Tabla 58. Cobertura de las intervenciones de SASC por etapa de ciclo vital en los territorios sociales Uno, Dos y Tres, localidad de Suba 2009.	312		
Tabla 59. Indicadores de resultado Salud Pública, I semestre 2009	406		
Tabla 60. Encuesta de satisfacción, Hospital de Suba 2009.	407		
Tabla 61. Distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado (activos y suspendidos) según sexo localidad de Suba.	408		
Tabla 62. Distribución de la población afiliada en el régimen Subsidiado (activo y pasivo) según grupos de edad, localidad de Suba.	408		
Tabla 63. Distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado (activos y pasivos) según tipo de subsidio, localidad de Suba.	409		
Tabla 64. Distribución de la población afiliada al régimen Subsidiado			

INDICE DE GRAFICOS

Gráfica 1. Pirámide poblacional localidad de Suba 2010.	63	Gráfica 19. Distribución de casos de violencia en niños y niñas del territorio social Tibabuyes, Localidad de Suba 2009.	202
Gráfica 2. Indicadores Trazadores localidad de Suba 2009.	71	Gráfica 20. Distribución de casos de violencia en las y los jóvenes del territorio social Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.	203
Gráfica 3. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años localidad de Suba 2005 - 2009.	72	Gráfica 21. Distribución de casos de violencia en adultos y adultas según sexo, territorio social Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.	204
Gráfica 4. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, Localidad de Suba - Bogotá, 2005 - 2009.	73	Gráfica 22. Distribución de casos de discapacidad en jóvenes del territorio social Tibabuyes Localidad de Suba, 2009.	210
Gráfica 5. Estado nutricional según indicador de talla para la edad en los menores de 10 años reportados al SISVAN, localidad de Suba - Bogotá, 2005 - 2009.	89	Gráfica 23. Distribución de casos de violencia infantil según sexo, Territorio Social Tres Localidad de Suba, 2009.	243
Gráfica 6. Estado nutricional según indicador de peso para la edad en los menores de 10 años reportados al SISVAN localidad de Suba - Bogotá 2005 - 2009.	89	Gráfica 24. Distribución de casos de violencia según sexo en jóvenes del Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2009.	244
Gráfica 7. Estado nutricional según indicador de peso para la talla en los menores de 10 años reportados al SISVAN, localidad de Suba 2005 - 2009.	90	Gráfica 25. Distribución de casos de violencia en las y los adultos del Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2009.	245
Gráfica 8. Media de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses reportados al Sisvan Localidad de Suba, 2008 - 2012.	92	Gráfica 26. Clasificación nutricional gestantes identificadas por Sisvan Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2009.	254
Gráfica 9. Comportamiento del bajo peso al nacer en las localidades y Bogotá, 2009.	96	Gráfica 27. Distribución de casos de violencia en el Territorio Social Cuatro localidad de Suba, 2009.	279
Gráfica 10. Mortalidad perinatal (tasa por mil nacidos vivos), localidad de Suba – Bogotá 2004 - 2009.	99		
Gráfica 11. Mortalidad infantil de uno a cinco años, (razón por mil nacidos vivos) localidad de Suba - Bogotá 2000 - 2009.	100		
Gráfica 12. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años (Tasa por cien mil menores de cinco años) localidad de Suba - Bogotá, 2000 - 2009.	100		
Gráfica 13. Mortalidad por neumonía en menores de cinco años, localidad de Suba 2000 - 2009.	102		
Gráfica 14. Generación de empleo en la zona rural, localidad de Suba, 2009.	121		
Gráfica 15. Distribución de actividades en las UTI, localidad de Suba, 2009.	121		
Gráfica 16. Distribución de colegios públicos y privados, localidad de Suba 2009	130		
Gráfica 17. Distribución de casos de violencia en niños y niñas del territorio social Rincón Localidad de Suba, 2009.	168		
Gráfica 18. Distribución de casos de violencia en jóvenes del territorio social Rincón, Localidad de Suba, 2009.	169		

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación geográfica localidad de Suba 2010.	38	Mapa 28. Actividades desarrolladas en UTI, Territorio Social Cuatro, localidad de Suba, 2009.	270
Mapa 2. División Política localidad de Suba 2010.	41	Mapa 29. Territorio Social Cinco - Niza, Alhambra, Floresta, localidad de Suba, 2009.	282
Mapa 3. Usos del suelo localidad de Suba, 2010.	43	Mapa 30. Territorio Social Seis – (Academia, Guymaral, Chorrillos) localidad de Suba, 2009.	294
Mapa 4. Zonas de condiciones de calidad de vida, localidad de Suba 2010.	45	Mapa 31. Micro territorios localidad de Suba, 2009.	311
Mapa 5. Estructura ecológica, localidad de Suba 2010.	54	Mapa 32. Intervenciones a gestantes, ámbito familiar, 2009.	315
Mapa 6. Perfil de deterioro ambiental, localidad de Suba, 2010.	58	Mapa 33. Intervenciones de discapacidad por etapa de ciclo vital, ámbito familiar, 2009.	317
Mapa 7. Población por etapa de ciclo vital, según UPZ localidad de Suba, 2009.	65	Mapa 34. Suplementación en Colegios localidad de Suba, 2009.	322
Mapa 8. Tipos de violencia intrafamiliar en los territorios sociales. Localidad de Suba 2009.	85	Mapa 35. Trabajo Infantil por grupos de edad, localidad de Suba, 2009.	324
Mapa 9. Conducta Suicida y Suicidio consumado, localidad de Suba 2009.	87	Mapa 36. Actividades de trabajo Informal, localidad de Suba, 2009.	325
Mapa 10. Unidades de trabajo informal Caracterizadas, localidad de Suba, 2009.	122	Mapa 37. Intervenciones en salud oral por el ámbito laboral, localidad de Suba, 2009.	327
Mapa 11. Trabajo infantil según caracterización Ámbito laboral, localidad de Suba, 2009.	126	Mapa 38. Actividades realizadas con personas con discapacidad, localidad de Suba, 2009.	329
Mapa 12. Estratificación socioeconómica, localidad de Suba 2009.	129	Mapa 39. Intervenciones con grupos étnicos, por el ámbito laboral, localidad de Suba 2009.	331
Mapa 13. Oferta de instituciones educativas, localidad de Suba 2009.	131	Mapa 40. Organizaciones intervenidas por el ámbito comunitario, localidad de Suba 2009.	332
Mapa 14. Equipamientos localidad de Suba 2009.	137	Mapa 41. Actividad física programa Muévete por el ámbito Comunitario, localidad de Suba 2009.	342
Mapa 15. Parques y zonas verdes, localidad de Suba, 2010.	139	Mapa 42. Conducta suicida en las IED, localidad de Suba, 2009.	372
Mapa 16. Territorio Social Uno - Rincón, Localidad de Suba, 2009.	148	Mapa 43. IED con adolescentes en gestación, localidad de Suba 2009.	374
Mapa 17. Manejo inadecuado de residuos sólidos Territorio Social Rincón, localidad de Suba, 2010.	151	Mapa 44. Intervención en salud oral, ámbito Escolar localidad de Suba, 2009.	377
Mapa 18. Mortalidad perinatal, localidad de Suba 2009.	154		
Mapa 19. Mortalidad infantil, localidad de Suba 2009.	155		
Mapa 20. Territorio Social Dos - Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.	180		
Mapa 21. Mortalidad por neumonía, localidad de Suba 2009.	184		
Mapa 22. Manejo inadecuado de residuos sólidos Territorio Social Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.	211		
Mapa 23. Oferta institucional de salud, localidad de Suba, 2009.	214		
Mapa 24. Territorio Social Tres - Suba y Casablanca, localidad de Suba, 2010.	219		
Mapa 25. Manejo inadecuado de residuos sólidos, Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2010.	222		
Mapa 26. Organizaciones Juveniles, Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2010.	226		
Mapa 27. Territorio Social cuatro, localidad de Suba, 2009.	262		

INTRODUCCIÓN

El presente diagnóstico parte de las acciones realizadas desde el Hospital de Suba, el cual se constituye en un insumo para priorizar acciones en salud y documento de consulta para los diferentes sectores de la localidad, la comunidad y el Distrito.

A través del trabajo con los actores sociales clave: institucionales y comunitarios, se llevó a cabo todo un proceso de Gestión Social Integral, que promueve la participación activa de la comunidad y de los sectores que afectan los determinantes Sociales, para la construcción de ciudadanía. Así, se conformaron grupos focales en los territorios sociales que aportaron el conocimiento de su realidad a través de metodologías constructivas que permitieron la reflexión acerca de los valores que aportan al desarrollo de la comunidad: solidaridad, compromiso y respeto por la diferencia.

De tal manera que la estructura de los determinantes marcan la dinámica de la localidad para dar cuenta de la complejidad organizacional y funcional de la misma, así mismo se siguieron los lineamientos propuestos por la Secretaria Distrital de Salud y se tuvo en cuenta la información primaria y secundaria para avanzar desde las diferentes categorías de dominio: general, particular y singular tomadas del enfoque de determinantes del proceso salud enfermedad a la construcción de cinco categorías que interrelacionan esos dominios como son: territorio - población, población - ambiente, producción consumo, respuesta y propuesta institucional.

El análisis de estas categorías permitió establecer perfiles de protección y deterioro en la población que reside en la localidad de Suba, dentro de la concepción más amplia del territorio. Como espacio dinámico se configuran también otras dimensiones como son los territorios sociales, en estos espacios es donde en lo cotidiano y bajo limitaciones no físicas sino sociales, los individuos se desarrollan, generan y producen conductas condiciones y acciones por sus formas particulares de vivir producir y consumir que conllevan igualmente a responder de forma particular a sus necesidades y a expresiones de salud - enfermedad.

La descripción del territorio esta enmarcada desde la ubicación geográfica y administrativa, pasando por la dinámica ambiental, demográfica, poblacional, perfil epidemiológico entre otros resaltando las etapas de ciclo vital y su nivel de afectación desde los territorios sociales.

El presente documento se dividió en cinco capítulos, de los cuales el primero está relacionado con el análisis de determinantes sociales de la relación territorio - población - ambiente, con

información de la dinámica territorial que incluye la geografía de la localidad, los territorios sociales de Gestión Social Integral: Rincón, Tibabuyes, Suba – Casablanca, Prado, Britalia y San José de Bavaria, Niza Alhambra y Floresta, Academia, Guaymaral y Zona de reserva forestal; estos se encuentran inmersos en las zonas de calidad de vida y salud a saber: zona de concentración de problemas sociales, zona con perfil predominante, zona agroindustrial y de urbanización riesgosa, zona de reserva ambiental y forestal, también se describe la situación ambiental de la localidad, características político administrativas, descripción de la población étnica, indicadores demográficos, perfil epidemiológico, descripción de la población con discapacidad, análisis de la situación de la Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y delitos Sexuales, análisis de la mortalidad general, evitable y por grupos de edad, eventos prioritarios en salud pública, enfermedades transmisibles.

El segundo capítulo denominado análisis de la determinación social de la relación producción – consumo con información de la organización social y productiva del trabajo en el territorio, posición ocupacional, indicadores que miden la pobreza y la miseria, índice de desarrollo humano, condiciones de calidad de acceso a bienes y servicios como la vivienda, servicios públicos, educación, seguridad alimentaria, características de transporte, movilidad y equipamientos.

El tercer capítulo denominado profundización del análisis territorial y poblacional incluye la armonización de los territorios sociales en las etapas de ciclo vital con enfoque diferencial (etnia, desplazamiento, género y discapacidad) y narrativas que justifican los núcleos problemáticos.

Un cuarto capítulo describe la respuesta institucional, con análisis de los servicios y modelo de salud, evaluación de la calidad de los servicios, aseguramiento y atención frente a urgencias y emergencias, análisis de la inversión local, respuesta comunitaria y respuesta desde gestión social integral.

El quinto capítulo incluye los temas generadores a partir de la problematización identificada a nivel general y específica en los territorios sociales establecidos para la localidad.

Para la realización del análisis de la situación en salud de la población por etapa de ciclo vital, se establecieron los equipos técnicos poblacionales y se consolidaron las lecturas de necesidades; a partir de éstas se generaron respuestas y temas generadores a nivel de la ESE, en conjunto con el equipo Salud Pública por cada uno de los Ámbitos, Proyectos de Desarrollo y Autonomía (PDA), transversalidades y Vigilancia Epidemiológica.

El análisis de la situación de la salud permitió caracterizar medir y explicar el perfil de protección deterioro de los habitantes de la localidad de Suba incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, ya sean estas competencias del sector salud o de otros sectores.

En la localidad de Suba los procesos de salud - enfermedad y las formas de intervenir presentan problemas estructurales que se han reflejado en inequidades, en negación de derechos en salud, en ineficiencia de las respuestas sectoriales y en problemas de la calidad de los servicios, siendo acumulativos a lo largo de los años, a pesar de algunos esfuerzos por superarlos; al final los resultados señalan enormes brechas y diferencias en las condiciones de salud, expresadas no solo en la magnitud y severidad de las enfermedades, sino por el impacto que esto genera dentro de las dinámicas sociales y roles que se ejercen en esas dinámicas.

En la población de Suba se han identificado problemáticas específicas relacionadas con la nutrición, las dinámicas socioeconómicas, lo ambiental y la educación entre otras, las cuales son vitales para la realización de la vida en todas sus etapas y procesos, lo cual hace necesaria la aplicación integral de los derechos sociales orientados por los principios de equidad.

Teniendo en cuenta que la salud refleja la calidad de vida y es el resultado de los determinantes estructurales, particulares y singulares, entonces la calidad de vida es un proceso integrador de las necesidades humanas que rompe con las concepciones de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de la vida y de sus determinantes sociales en todas sus etapas procesos y contextos, lo que propone igualmente formas de construcción de respuestas colectivas, que trascienden las políticas económicas y sociales alrededor de objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de la calidad de vida de la gente.

La promoción de la calidad de vida es una estrategia que reorienta el contenido y dirección de cada uno de los sectores sociales e impacta en el reordenamiento de las acciones generando la concepción de respuestas dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometen, obstaculizan o provocan la pérdida de autonomía o de las potencialidades para su desarrollo y que son evidencia de las debilidades sociales para garantizar el ejercicio de los derechos. Las causas que generan pérdida de autonomía como son las enfermedades, la inseguridad alimentaria, la falta de agua y de servicios de saneamiento, un ambiente desagregado, la violencia en todas sus formas, el uso de drogas, la desescolarización, los escasos ingresos y el desempleo, incluyendo las deficiencias y barreras económicas a la atención de la salud, así como las dificultades para el ejercicio de una participación democrática, traen como consecuencia limitaciones en la calidad de vida.

En este sentido, la calidad de vida representa dentro de la perspectiva política que busca la universalidad de los derechos sociales con equidad, que todos tengan igualdad de acceso e igualdad de oportunidades al pleno desarrollo y productividad de la autonomía como seres humanos y ciudadanos según las necesidades de cada quien en forma individual y colectiva.

Este pensamiento exige el compromiso político de construir una ciudadanía social o de derechos sociales y rescatar la función sustantiva de las políticas públicas en resguardo del interés colectivo.

El enfoque diferencial de calidad de vida tiene en la lectura de necesidades su ordenador y no se refiere solamente a las carencias y privaciones económicas o a las brechas o déficit de autonomía y dignidad conforme a los contextos, expectativas y aspiraciones sociales y culturales de cada uno y de todos, lo que permite evidenciar particularmente situaciones de inequidad por cuestiones de género, de etapas de ciclo vital, de condiciones socioeconómicas, de territorios sociales y de etnias.

En el proceso de construcción de análisis de la situación en salud se articula como eje fundamental la estrategia promocional de calidad de vida, la cual invita a la comunidad y a las instituciones a construir respuestas a los problemas y necesidades de salud y de calidad de vida en forma integral, consolidando procesos donde se reconoce y manifiesta la dimensión de los servicios interinstitucionales, en la búsqueda de respuestas transectoriales e integrales, que permitan el mejoramiento en la calidad de vida de la comunidad de la localidad Suba.

Al identificar las necesidades y prioridades en salud así como las intervenciones que se desarrollan a nivel institucional, se evaluaron los programas existentes y su impacto en salud, para, a partir de éste, desarrollar los temas generadores y la propuesta PIC 2011, la cual tiene como fin dar mayor cobertura para favorecer a los colectivos de los territorios sociales de la localidad en sus diferentes etapas de ciclo vital.

MARCO CONCEPTUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El enfoque poblacional reconoce a los sujetos como actores vivos, que pueden configurarse a través de la infancia, la juventud, la adultez y la vejez y que están inmersos en escenarios cotidianos (el barrio, la comunidad, el trabajo, la productividad, la escuela, la familia y las instituciones que

les prestan servicios); parte de identificar condiciones determinantes para los sujetos en el plano económico, cultural y político, configurando situaciones transversales en la vida, como la salud mental, la discapacidad, el género, la productividad, el desplazamiento, lo étnico, la seguridad alimentaria y la actividad física.

Este enfoque se complementa con la mirada diferencial, en donde se plantea el reto del reconocimiento, en un discurso de Derechos Humanos, que busca la igualdad desde la dignidad humana, pero sin desconocer que como sujetos tenemos una condición diversa y particular. Hacer visible las diferencias, implica hacer un reconocimiento a las diversas formas de entender, asumir y apropiarse del mundo, e incluir este respeto por el otro, en la forma de hacer las cosas y de interactuar de manera colectiva. Además, coloca sobre la mesa la discusión de cómo generar respuestas integrales que busquen la igualdad de las poblaciones, entendiendo que existen situaciones distintas, con grupos humanos distintos, que deben ser abordados de manera intercultural, para evitar recaer en procesos de discriminación o absorción de los otros.

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

Es así como, la gestión social integral en el marco de la administración pública, requiere de la transformación de los escenarios públicos, institucionales y sociales lo que genera unos cambios en las prácticas sociales tales como avanzar en la descentralización y/o desconcentración (Decreto 101, Marzo 2010), así como de establecer corresponsabilidad entre el estado y sociedad civil, realizar planes de acción concertados en territorios sociales con todos los actores sociales, precisar temas generadores, criterios de focalización e inserción, así como de crear vías de comunicación con las directivas institucionales por cada actor social para la toma de decisiones. Se parte de reconocer que la razón del Estado es garantizar el bienestar y la seguridad de los habitantes, se busca la gobernabilidad y la presencia institucional en los territorios, generando estrategias por diferentes gobiernos para lograrlo.

Se trata de desconcentrar el Estado, trasladando las acciones institucionales por territorio de acuerdo con sus realidades sociales, a través de las intervenciones acorde con la misión institucional y que puede ser reversada de acuerdo con el cambio de las realidades o a una decisión social comunitaria. “La descentralización administrativa por la transferencia de funciones, recursos, capacidades y de proceso gerencial y administrativo puede ser: administrativa, fiscal y política;”⁵ a continuación se describen algunos conceptos de descentralización:

Descentralización fiscal: transferencia administrativa y política de responsabilidades de generación, asignación y desembolso de recursos desde las instancias centrales a los locales.

La descentralización política tiene como objetivo la democratización de la gestión local mediante la ampliación de espacios de participación y redistribución del poder político desde el centro a los niveles regionales y locales.

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

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

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

⁴ *Convenio Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Arco Iris. Secretaria de Integración Social/ Secretaria Distrital de Salud. “Taller de Acuerdos Conceptuales” Gestión Social integral. Bogotá. 2009.*

⁵ Cohen y Peterson. *Methodological issues in the analysis of decentralization - 1996.*

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

El diagnóstico se constituye en un proceso de investigación permanente, de interpretación, de análisis de la situación de salud de la población, que lleva a la definición de requerimientos y a la acción para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales de tal manera que permite mejorar las condiciones de salud de la población local.

El diagnóstico 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 está condicionado a factores presentes en todos los sectores y para su solución se requiere de la intervención de los mismos; 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, considera los enfoques territorial, poblacional y diferencial.

Enfoque territorial: Para el desarrollo local, el territorio aparece como objeto y sujeto del desarrollo, el cual es concebido como una construcción geográfica, histórica y cultural de la que resultan arreglos particulares de la sociedad local, así como modos de producción y un acervo cultural que le son propios.

Para efectos del diagnóstico se definió inicialmente las zonas de calidad de vida y posteriormente los territorios sociales establecidos para la localidad, a saber: territorio social uno conformado por la UPZ Rincón, territorio social dos conformado por la UPZ Tibabuyes, el territorio tres conformado por la UPZ Suba y Casablanca; territorio social cuatro conformado por las UPZ San José de Bavaria, Britalia y Prado; el territorio social cinco conformado por las UPZ Niza, Alhambra y Floresta y el territorio seis conformado por la UPZ Academia, Guaymaral y zona de reserva forestal -Vereda Chorrillos.

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

Adulthood: 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, transversalidades, 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 con la guía técnica de trabajo enviada por la Secretaria Distrital de Salud, 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 contemplo un momento inicial de socialización de los resultados del año 2009 y mesas de trabajo por etapa de ciclo vital.

Se comenzó con los ajustes y propuesta metodológica para el ejercicio, con lo cual se establecieron reuniones mensuales: unidades de análisis y equipos técnicos poblacionales. Se continuó con la recolección de información y análisis de la misma, desde las transversalidades y PDA, 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 la información de fuentes primarias y los resultados del diligenciamiento de matrices que permitieron evidenciar los determinantes sociales de dominio general, particular y singular; las acciones se realizaron 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 del diagnóstico local elaboradas en el año 2009 y los grupos focales, en los cuales se realizaron lecturas de realidades con las diferentes intervenciones contempladas en el 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 el 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 del ciclo vital y se realizó validación y 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 problema 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 construyeron los temas generadores, que se convirtieron 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 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.

Se hizo recolección de información de fuentes primaria y secundaria. La primera de éstas, salió 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 Secretaria Distrital de Salud.

Se llevaron a cabo dos sesiones por mes para la actualización del diagnóstico y luego una sesión por mes para el proceso de referenciación geográfica de las problemáticas y respuesta institucional por ámbitos hasta el mes de octubre de 2010. Posteriormente, se realizaron los ajustes pertinentes. Finalmente, posterior a la validación por parte del nivel central se socializará el documento final en los espacios locales e institucionales.

Objetivo General

Actualizar el diagnóstico local para la localidad de Suba, partiendo de los datos estadísticos diferenciales desde la ESE de Suba, de 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.

Objetivos Específicos

- 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.
- Realizar triangulación de 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 con las necesidades identificadas y su importancia en el impacto que se evidencie a través del monitoreo de las metas del plan de desarrollo.
- Se realizará en diferentes espacios, como las unidades de análisis que comprenden todos y cada uno de los espacios en donde se realicen, tanto la recolección como el análisis de información bien sea de fuentes primarias o secundarias; a continuación se define como se entiende esta clasificación:

Fuentes Primarias

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

Ámbitos: Aquellos espacios en los que, bajo la responsabilidad del referente, se definen los mecanismos de seguimiento y evaluación de la recolección y ordenamiento de la información de fuentes primarias y secundarias, en cada intervención del ámbito.

Referentes proyectos de autonomía y transversalidades: según acuerdos y dinámicas de cada espacio, las unidades de análisis fueron las áreas en las que se avanzó en el estudio de la información primaria y secundaria. Con la participación de los referentes de PDA y transversalidades de ámbitos de vida cotidiana se desarrollaron matrices, que permitían dar cuenta de las acciones desarrolladas desde el sector salud y a partir de los hallazgos de las lecturas de necesidades, para avanzar en el análisis de situación de salud, a partir del enfoque territorial, poblacional y diferencial. En las unidades de análisis se contó además 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 las fuentes primaria y secundaria, lo que permitió evidenciar el déficit de las acciones y la necesidad de articular respuestas en beneficio de la población que presenta mayor vulnerabilidad. Finalmente, para el capítulo cinco, se establecieron acuerdos basados en la información disponible, en las unidades de análisis y de acuerdo con la situación encontrada.

Fuentes Secundarias:

Todos los productos obtenidos desde la fuente primaria y secundaria, permitieron profundizar en la construcción del análisis, que se reflejan en los capítulos uno, dos y tres. Los documentos de narrativas por territorio social y otros que se consideran las fuentes para la toma de decisiones, contribuyeron en la construcción de las intervenciones y en la consolidación integral entre lo asistencial y lo público para cada una de las transversalidades y PDA, en los espacios y con los actores que a continuación se describen:

Equipos Técnicos Poblacionales: Antes denominados grupos funcionales. Éstos se realizaron en torno a temas particulares de cada etapa vital en concordancia con el plan de acción propuesto para la vigencia 2010, en dos etapas por mes. También se tuvieron en cuenta los documentos editados por entidades del Distrito y los que consolida la Secretaria Distrital de Salud para determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares.

Para el año 2010 el Hospital Suba E.S.E. participó activamente en las mesas de trabajo de GSI, lo que logró un avance en la descripción de los derechos afectados; sin embargo no se lograron consolidar en el documento respuestas integrales, debido a que en la localidad la participación de los sectores es limitada, lo cual no reflejó un proceso transectorial.

1.

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

1.1. Dinámica Territorial

1.1.1. Historia del poblamiento de la Localidad de Suba

Se realizó análisis de la historia de poblamiento, de la evolución de las relaciones hombre – territorio, de la población, del uso del suelo, de la apropiación por parte de sus pobladores y de las diferentes dinámicas y potencialidades de la localidad. En ese orden de ideas, se tomaron apartes de la rica reseña histórica contenida en el documento “*Construcción Colectiva de la Biodiversidad Urbano-Rural del Territorio de la Localidad de Suba*”, desarrollado a través del convenio DAMA (Hoy Secretaría Distrital de Ambiente) y el Instituto HUMBOLDT

El origen de la población de Suba se remonta a la época prehispánica, cuando servía como sede de gobierno a la gran familia Muisca; en ella habitaban el Zipa Tisquesusa, quien era el líder religioso y el Zaque que era el líder militar y quien se encargaba de la defensa y expansión del territorio de los muisca. Esta familia se caracterizaba por tener una economía eminentemente agrícola, basada en el trueque de sus productos con otras comunidades de la región.

En este lugar, el pueblo muisca contaba con un rico entorno natural, donde se destacaban la riqueza forestal representada por los bosques del Cerro de Suba y la Conejera y la riqueza hídrica, con abundantes cursos de agua y humedales (laguna de Tibabuyes y humedales sobre la margen oriental del río Funza —hoy Bogotá— y río Neuque —hoy Juan Amarillo), lo que facilitaba el desarrollo de sus actividades agrícolas.

Hoy en día, en algunos lugares como la Hacienda las Mercedes, todavía se pueden observar vestigios de las sementeras y sistemas de irrigación que construyeron los muisca en este territorio. El nombre de Suba, según la lengua Muesca (*Muyescubum*) o lengua Muisca (*Muisccubum*), viene de zhu-ba, que significa mi digna. Si se pronuncia más rápidamente, Zhuba significa mi cara, mi rostro, mi flor. El rostro de Muesca (de persona) infunde respeto y admiración y es tan hermoso como una flor; es el rostro en el que se dibujan las expresiones del alma y los sentimientos. Finalmente, esta expresión zhu-ba fue adoptada por los indígenas muisca en honor de la Diosa Mae Bachué y del Sihipua (Cacique), quien tenía jerarquía de Zaque.

Con la llegada de los españoles en 1537, la estructura política y económica de los Muisca en el territorio de Suba se disolvió y dio paso al sometimiento de los indígenas que allí habitaban y a la posesión y saqueo de las tierras por parte de los conquistadores.

En 1550 la población de Suba fue fundada por los encomenderos Antonio Díaz Cardozo, Hernán Venegas Castillo y H. Carrillo Manosalva. Los grupos indígenas prácticamente quedaron confinados en el sector de lo que posteriormente sería la vereda El Rincón, donde hoy podemos encontrar apellidos raizales (Caita, Piracún, Cabiativa, Yopasá, Niviayo, entre otros), que constituyen el rasgo fundamental de la herencia Muisca en la localidad.

Una vez entregadas estas tierras a los encomenderos españoles, se inicia el proceso de sucesión entre sus descendientes y posteriormente la entrega de estas tierras a la comunidad jesuita. El rey Carlos III expropió las tierras a la comunidad y los vendió a través de una subasta pública.

A estas alturas, el lento poblamiento de la región se concentró en las zonas de El Rincón, Tibabuyes y Tuna Alta. Este hecho convirtió a Suba en un pequeño centro urbano colonial, comunicado por estrechos caminos de herradura con Bogotá y los municipios de Cota, Chía, Engativá y Usaquén.

En el período colonial se conformaron grandes dominios territoriales, destacándose la hacienda de Tibabuyes y la hacienda de La Conejera, que pasaron de manos de encomenderos a sus herederos y luego a los Jesuitas, a quienes les fueron expropiadas por el Rey Carlos III y puestas en subasta

pública. Así fueron adquiridas por particulares que han venido distribuyéndoselas por herencia o por venta pública.

El 16 de Noviembre de 1875 Suba fue declarada municipio mediante Decreto 108 y casi 100 años después, entre 1940 y 1960, se iniciaron nuevos procesos de inmigración de familias habitantes de Bogotá hacia Suba, atraídas por el carácter rural de la misma. Para esta época, el municipio de Suba contaba con ocho veredas, de donde llegaban campesinos a comercializar sus productos, en lo que hoy se conoce como el parque principal.

En 1954 (por Ordenanza 7 del 15 de diciembre), Suba se constituyó en municipio anexo a la Capital de la República; en este entonces, existían doscientas casas en ladrillo y calles regularmente arregladas, con la necesidad de implementar los servicios de agua potable, luz, teléfono, vías y transporte, acorde con el crecimiento demográfico acentuado.

En 1954 (mediante el Decreto-Ley 3640), se desarrolló el precepto constitucional de organizar a Bogotá como Distrito Especial y Suba se constituyó en municipio anexo a la ciudad. En virtud del Acuerdo 11 del mismo año, el Concejo Administrativo (la corporación legislativa de entonces) creó seis Alcaldías menores, correspondientes a cada uno de los municipios anexos: Bosa, Engativá, Fontibón, Suba, Usaquén y Usme.

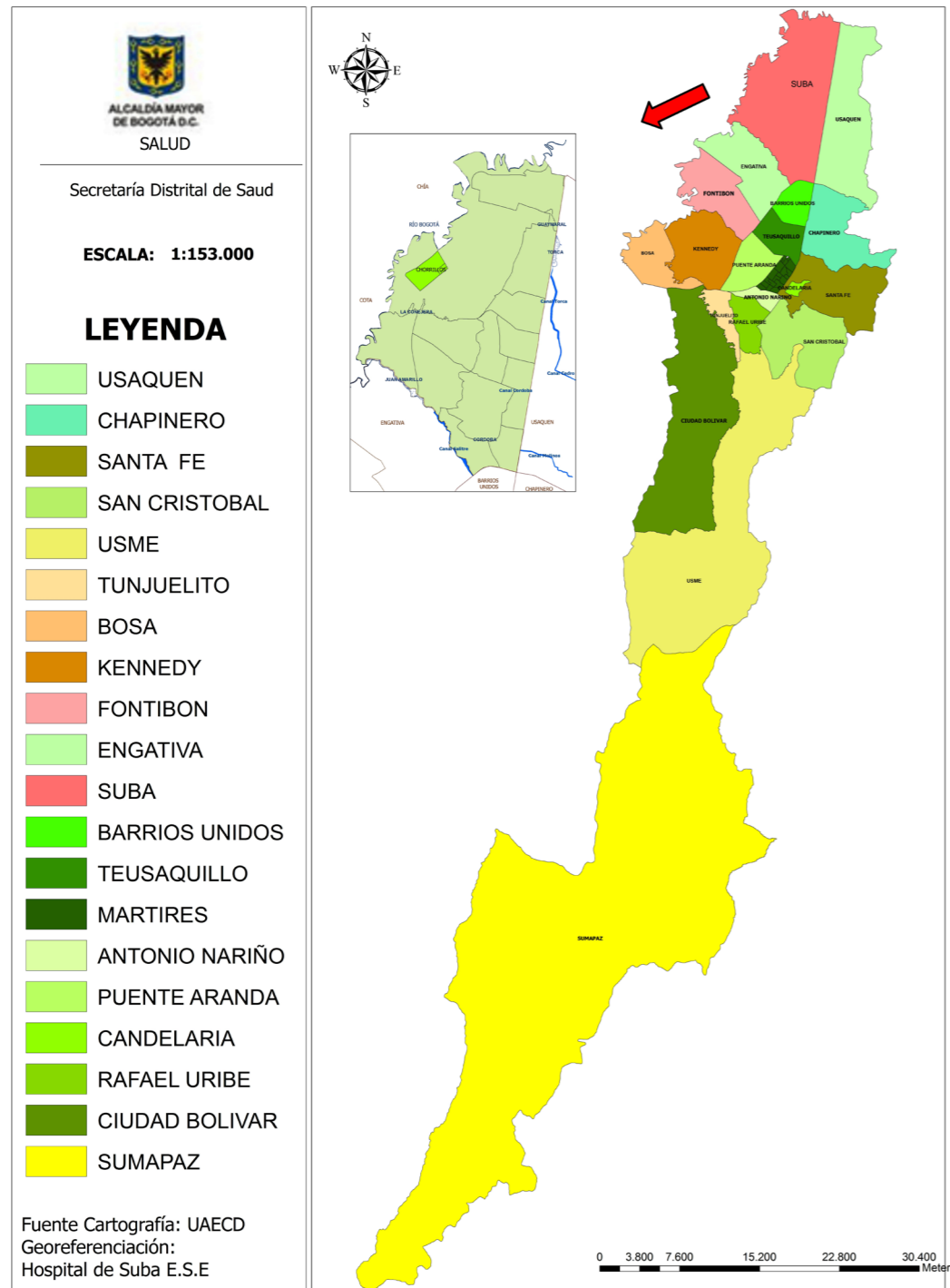
“A partir de 1960, el antiguo municipio de Suba, que comprendía grandes extensiones de terreno dedicadas a la agricultura y la ganadería (entre otras, haciendas Santa Inés, Tibabuyes, San Ignacio, Arrayanes, La Conejera y Santa Bárbara), fue cediendo ante la expansión urbana y a la demanda de tierras para dedicarlas a la construcción de vivienda por lo cual Suba se constituyó desde entonces en un polo de desarrollo en el marco del Distrito Capital. Por otro lado la tierra también fue dedicada al uso agroindustrial, principalmente con el cultivo de flores, de las que existen cerca de 35 empresas en la actualidad.

En las décadas de los setenta y ochenta se dio un fenómeno fuerte de migración de familias enteras procedentes de otros municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima, lo cual generó tensiones complejas en los órdenes social, político, económico y cultural. La ciudad creció entonces hacia el sur y el occidente en forma considerable y en Suba surgieron gran cantidad de procesos de construcción y autoconstrucción, promovidos por agentes privados y programas de gobierno, en lotes que no contaban con las mínimas normas para su desarrollo urbano. También se vio afectada por la aparición de urbanizaciones piratas que trajeron como consecuencia un crecimiento urbano carente de planificación”.

1.1.2. Ubicación geográfica

La localidad de Suba está localizada en el extremo Noroccidental del Distrito Capital. Tiene una extensión de 10.056 hectáreas, de las cuales 3.785 (37,6%) son rurales y 6.271 (62,4%) están en el perímetro urbano, siendo la cuarta localidad en extensión del Distrito Capital, después de Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar. Limita al norte con el municipio de Chía y el Río Bogotá; al sur, con la calle 100 y el Río Juan Amarillo que las separan de la localidad de Barrios Unidos y Engativá respectivamente; al occidente con el Río Bogotá en límites con el municipio de Cota; al oriente, con la autopista norte (localidad de Usaquén). El área Rural de la localidad está ubicada en el área noroccidental, la cual limita al sur con el humedal La Conejera y las UPZ Tibabuyes, Suba y Casablanca y al oriente con las UPZ Guaymaral, La Academia y San José de Bavaria (ver mapa 1).

Mapa 1. Ubicación geográfica localidad de Suba 2010.



Fuente: Cartografía UAEC D. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

1.1.3 Crecimiento urbanístico

La localidad de Suba ha presentado un crecimiento urbanístico desordenado, caracterizado por la construcción de viviendas en zonas de alto riesgo de deslizamientos e inundaciones. La expansión también se ha dado por la construcción de proyectos de vivienda por parte de empresas constructoras en las áreas donde hay terrenos disponibles de la localidad, especialmente en las UPZ San José de Bavaria, Britalia, Prado, Casablanca, Suba Centro y Tibabuyes, lo que ha incrementado la densidad poblacional, pero sin la adecuación de la infraestructura. Este tipo de crecimiento ha tenido efectos en las dinámicas socio-ambientales de la localidad. Dinámicas que analizadas por el Sistema Ambiental Local presentan contaminación, pérdida de caudal ecológico, fragmentación de ecosistemas, detrimento de la biodiversidad nativa, vulnerabilidad de ecosistemas, manejo inadecuado de residuos, pérdida de fauna y flora, entre otras.

En los últimos 21 años, el área de desarrollo en Bogotá ha crecido aproximadamente 13.400 hectáreas a un ritmo promedio de 640 hectáreas por año; este crecimiento se concentra en varias localidades, entre ellas Suba. Esto se debe en parte a que las normas de planeación urbana para algunos sectores, posibilitan cambios en el uso del suelo a mayores densidades de ocupación, logradas con un crecimiento en altura, entendido como un mayor número de pisos en las edificaciones, lo cual trae consigo nuevos hogares.

Suba alberga más habitantes que varias ciudades del país entre ellas (Cartagena, Bucaramanga, Ibagué, Pereira, Santa Marta Villavicencio, Manizales y Montería) las cuales contienen entre 378.970 y 892.545 habitantes, mientras que Suba supera el millón de habitantes. Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE 2009, estos hechos reflejan el reto permanente que tienen las autoridades de la ciudad para administrar varias "ciudades2 existentes en el Distrito Capital. Así mismo la tasa de crecimiento de la localidad de Suba (2.51) supera la de Bogotá (1.48), según las proyecciones del DANE, de la Secretaria Distrital de Planeación - SDP (2005 - 2015), por lo tanto si se mantiene el esquema actual, en muy pocos años Suba alcanzará el máximo posible de ocupación de su territorio.

1.1.4 Plan de ordenamiento Zonal del Norte

El modelo de crecimiento de Bogotá busca el uso eficiente del suelo urbano y de expansión, mediante la articulación de usos residenciales con la red de centralidades que comparten un mismo tejido urbano, favoreciendo las economías de aglomeración, de cercanías y las filtraciones tecnológicas, garantizando cohesión social y mayor eficiencia en la gestión del territorio. Los planes de ordenamiento históricos han permitido que se aprueben áreas de expansión en la localidad de Suba. En el último año se aprobó el Decreto 043 de 2010, por el cual se establece el planeamiento de todas las áreas del suelo de expansión objeto de incorporación a los usos urbanos y el de las áreas que deban desarrollarse, mediante unidades de actuación urbanística, macro proyectos u otras operaciones urbanas especiales.

El Plan de Ordenamiento Zonal Norte busca la mezcla de usos y estratos, integración regional, articulación del ambiente y el espacio público, creación de un anillo vial y su transporte público con la región y el resto de la ciudad, para hacer uso eficiente del suelo.

Las opciones -regionalización, expansión, densificación-, que genera el modelo de crecimiento, no son excluyentes entre si porque cada zona genera diversificación de actividades y centralidades: localización de activos, generación de empleo, comercios, servicios y equipamientos, oferta de suelo para usos múltiples. Esto amplía la posibilidad de acceso de más ciudadanos a este suelo, regulando su precio, mayor oferta programada de suelo urbanizado para la contención de desarrollo informal y protección de la estructura ecológica principal y los suelos rurales.

La parte nor-occidental del POZ Norte se encuentra ubicada en zona de amenaza alta por inundación, de acuerdo con el mapa de amenazas definido por la Dirección de Prevención y Atención de Emergencias DPAAE. Para la localidad de Suba, la UPZ incluida como área de expansión es Guaymaral; esta zona aplica en el nivel de conectividad uno, integrado por la estructura ecológica principal que por definición o afectación hace parte del suelo de protección y conforma grandes corredores ecológicos continuos a través del territorio desarrollado, en donde la conservación de los elementos naturales y de la conectividad ecológica es la función principal en dichos predios.

Los elementos que conforman el primer nivel de estructura ecológica principal del POZ Norte, son el sistema de áreas protegidas, el cual incluye los humedales Torca y Guaymaral; el segundo elemento corresponde a parques urbanos en la categoría de parque metropolitano entre los que se encuentra el parque Guaymaral; el tercer elemento corresponde a los corredores ecológicos, entre los que se encuentran el Canal Torca, el Canal Guaymaral y la Quebrada Torca.

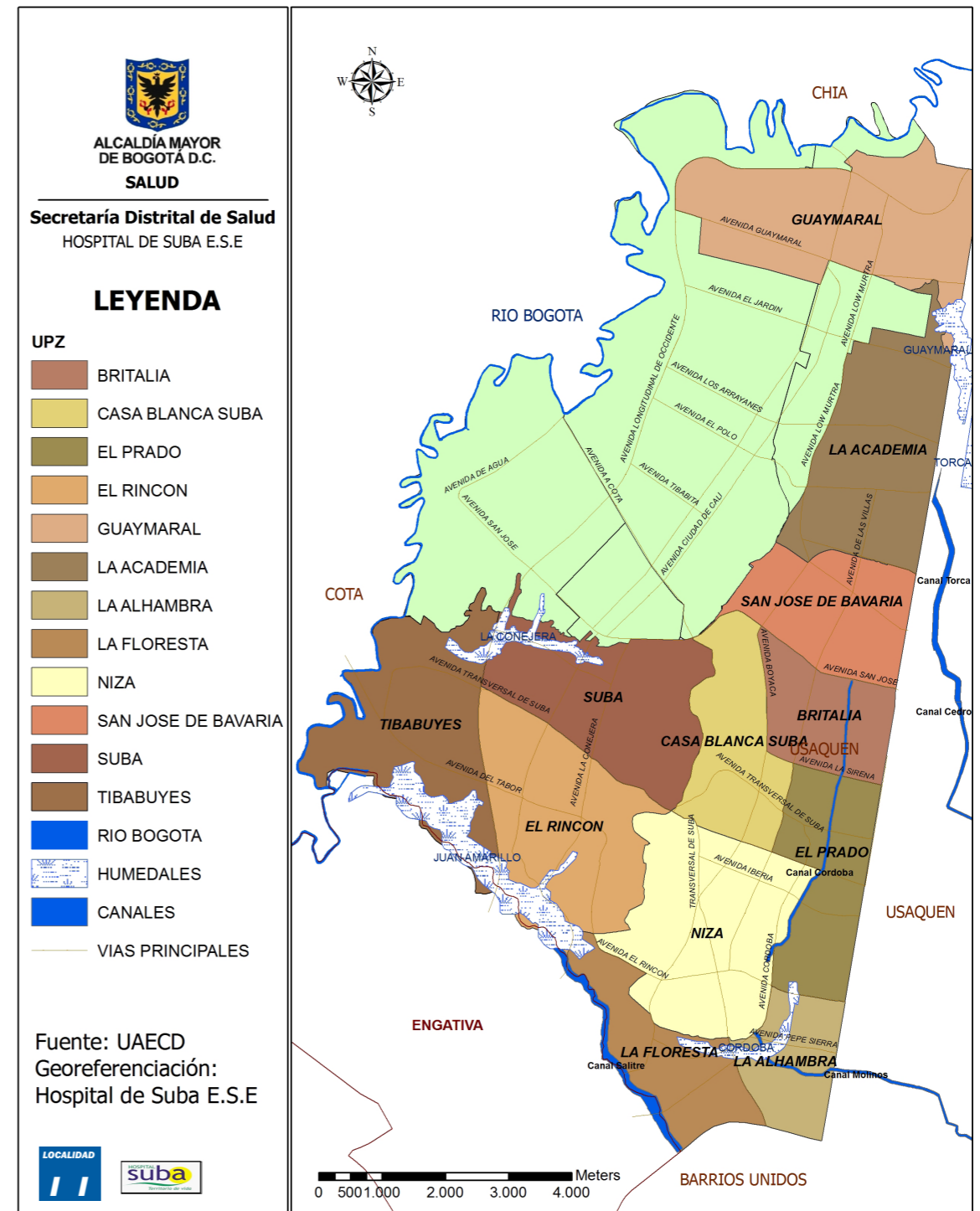
De acuerdo con el Artículo 11 del Decreto 043, la prioridad del manejo de estas áreas es la preservación y la restauración de los elementos naturales, dirigida principalmente al refuerzo de la conectividad ecológica del área de POZ Norte, con la estructura ecológica regional.

1.1.5 Situación política de la localidad

Según el Plan de Ordenamiento Territorial – POT, la localidad de Suba está dividida en 12 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y una Unidad de Planeación Rural (UPR), esta última conformada por la zona de reserva ambiental y agrícola, que comparte toda la riqueza ecológica y ambiental de la localidad, como los cerros de la Conejera, el bosque maleza de Suba, el río Bogotá, los humedales Juan Amarillo, Córdoba, la Conejera, Salitre, Guaymaral y Torca.

En el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C., 2008/2012, Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, se incluyó el proyecto: *Instrumentos de Planeamiento y financiación de la Gestión Urbana*, en el cual, para la localidad de Suba las UPZ Tibabuyes y Rincón están catalogadas como UPZ de Mejoramiento Integral. Dadas sus condiciones de origen no planificado, lo cual repercute en problemas relacionados con la malla vial, infraestructura de servicios públicos, zonas para estacionamiento, espacios recreativos, equipamientos de salud, educación, etc., se requieren acciones dirigidas a complementar su urbanismo y mejorar la calidad de vida de sus habitantes (ver mapa 2).

Mapa 2. División Política localidad de Suba 2010.



Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

1.1.5.1 Unidades de Planeación Zonal – UPZ

En Suba se localizan 259 de los 2.344 barrios de Bogotá y 12 Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ de las 112 en que se divide la ciudad; de las doce UPZ, diez ya fueron reglamentadas y de estas nueve poseen vocación residencial (San José de Bavaria, la Alhambra, Niza, la Floresta, Britalia, el Prado, Suba, el Rincón y Tibabuyes); y tres poseen vocación de desarrollo (la Academia, Guaymaral y Casablanca), (ver tabla 1).

Tabla 1. Comparativo Unidades de Planeación Zonal de Suba 2009.

UPZ	Clase	Nº Barrios	Estrato	Estado
La Academia	Desarrollo	1	3, 4, 5	Sin reglamentar
Guaymaral	Desarrollo	2	0 y 6	Sin reglamentar
San José de Bavaria	Residencial Cualificado	12	3, 4, 5	Reglamentada
Britalia	Residencial Consolidado	17	2, 3, 4	Reglamentada
El Prado	Residencial Consolidado	24	3, 4, 5	Reglamentada
La Alhambra	Residencial Cualificado	9	5 y	Reglamentada
Casablanca	Desarrollo	10	2, 3, 4	Reglamentada
Niza	Residencial Cualificado	20	3, 4, 5, 6	Reglamentada
La Floresta	Residencial Cualificado	13	3, 4, 5	Reglamentada
Suba	Residencial de Urbanización Incompleta	25	2, 3, 4	Reglamentada
El Rincón	Residencial de Urbanización Incompleta	82	1, 2, 3	Reglamentada
Tibabuyes	Residencial de Urbanización Incompleta	31	2 y 3	Reglamentada

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Plan de Ordenamiento Territorial. Dirección de Estudios e investigación de la Cámara de Comercio de Bogotá, 2009.

Dentro de la división administrativa de acuerdo con las características predominantes, en el Distrito Capital, se tipificaron 8 grupos de UPZ, de las cuales en la localidad se encuentran 5 de ellos (ver mapa 3).

Tipo 1: Residencial de Urbanización Incompleta: Sectores periféricos no consolidados, con uso residencial predominantemente, de estratos uno y dos que presentan deficiencias en infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público.

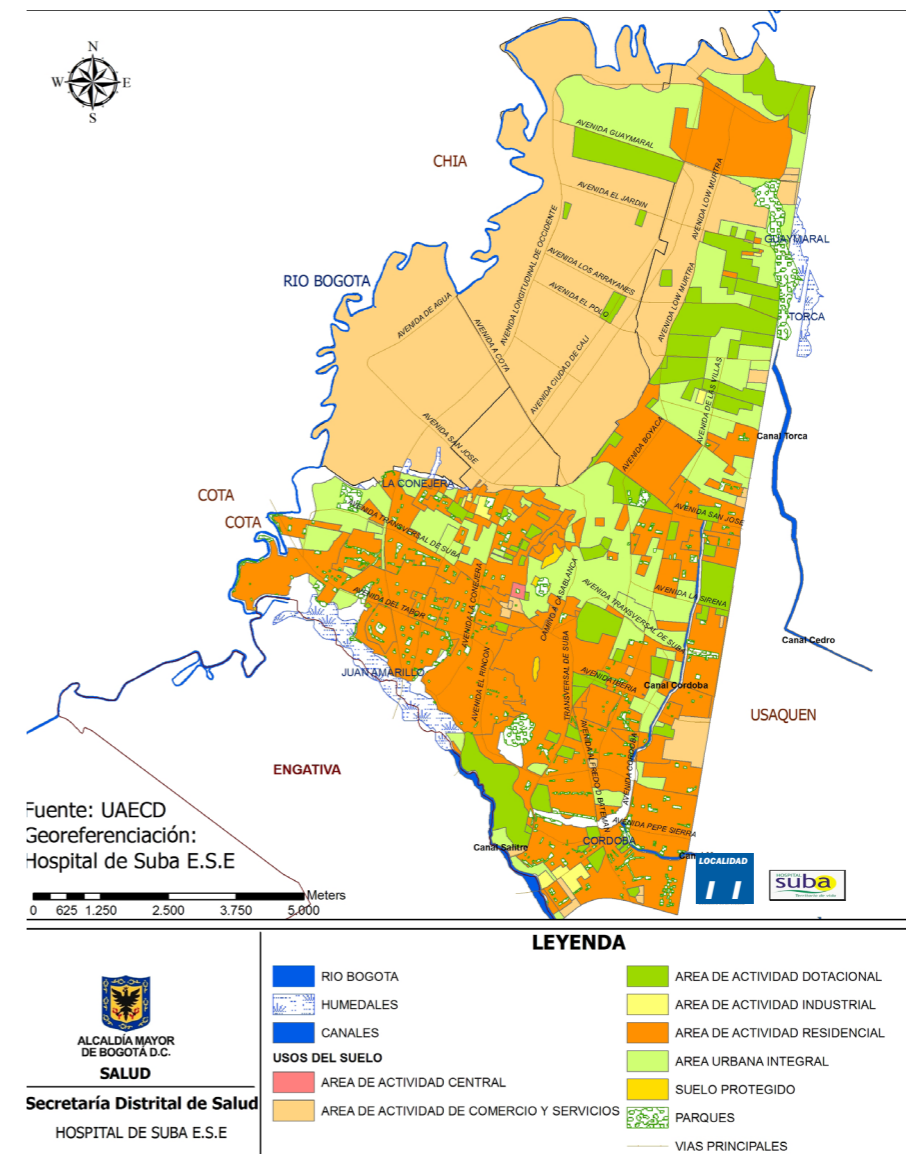
Tipo 2: Residencial Cualificado: Sectores consolidados, de estratos medios, con uso residencial predominantemente, en los cuales su dinámica actual presenta una densificación no planificada y cambios de usos.

Tipo 3: Residencial Consolidado: Sectores consolidados con uso residencial predominante, de estratos medios y altos, que cuentan con infraestructura, espacio público, equipamientos comunales y condiciones ambientales y de habitabilidad adecuados.

Tipo 4: Desarrollo: Sectores periféricos no desarrollados con grandes predios libres.

Tipo 8: Predominantemente Dotacional: son grandes áreas destinadas para la construcción de equipamientos de nivel urbano y metropolitano que, por su extensión e importancia dentro de la estructura urbana, requieren un manejo especial.

Mapa 3. Usos del suelo localidad de Suba, 2010.



Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

1.1.6 Zonas de condición de calidad de vida – Territorios Gestión Social Integral – GSI

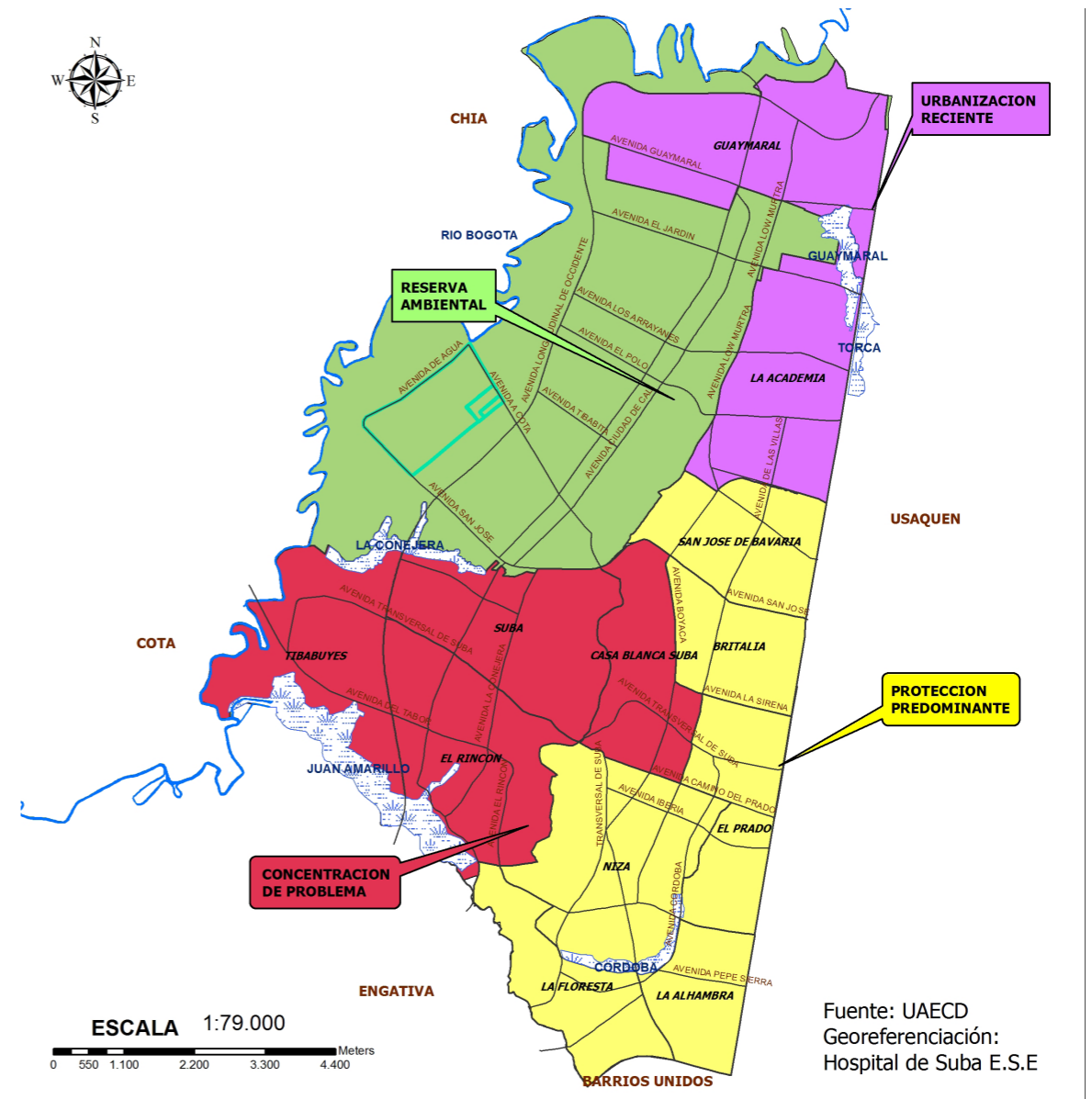
El origen de las zonas de calidad de vida en la localidad de Suba surgió a partir del año 2003, cuando, a través del diagnóstico local se identificó que algunas UPZ tienen una dinámica similar, teniendo en cuenta el abordaje territorial y poblacional, la conformación de suelos, la estructura arquitectónica, el sistema de comercio y de movilización y comparten características en común en cada una de las zonas. Siendo así, la localidad se dividió en cuatro grandes zonas, la primera corresponde a la zona de concentración de problemas sociales, que incluye los territorios sociales: uno, dos y tres de GSI; la segunda es la zona de protección predominante incluye los territorios: cuatro y cinco de GSI; la tercera corresponde a la zona agroindustrial o de urbanización reciente, compuesta por el territorio seis de GSI; la cuarta zona corresponde al área forestal, donde se encuentra ubicada la vereda Chorrillos, (ver mapa 4).

1.1.6.1 Territorios sociales – Gestión Social Integral

Los territorios sociales en Suba se establecieron de acuerdo con los lineamientos de la Subdirección Local de Integración Social que fue respaldada por las instituciones locales, teniendo en cuenta el abordaje territorial, la similitud en condiciones de calidad de vida, el reconocimiento de la estructura social y de conflictos, los procesos participativos y el reconocimiento de trabajos previos adelantados y de esta manera garantizar la cobertura a la totalidad del territorio de la localidad; por lo anterior se establecieron en el segundo semestre de 2008 seis territorios conformados así:

- Territorio uno: UPZ Rincón
- Territorio dos: UPZ Tibabuyes
- Territorio tres: UPZ Suba Centro y UPZ Casablanca
- Territorio cuatro: UPZ Niza, UPZ Floresta y UPZ Alhambra
- Territorio cinco: UPZ Britalia, UPZ Prado y UPZ San José de Bavaria
- Territorio seis: UPZ La Academia, UPZ Guaymaral y zona de reserva forestal y Vereda Chorrillos.

Mapa 4. Zonas de condiciones de calidad de vida, localidad de Suba 2010.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Secretaría Distrital de Salud HOSPITAL DE SUBA E.S.E	LEYENDA	
	ZONAS DE CALIDAD DE VIDA PROTECCION PREDOMINANTE CONCENTRACION DE PROBLEMAS AGROINDUSTRIAL-URBANIZACION RECIENTE RESERVA AMBIENTAL Y FORESTAL	RIO BOGOTA HUMEDALES VIAS LOCALIDAD

Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

1.1.6.2. Zona de concentración de problemas sociales

Esta zona comprende las UPZ Tibabuyes, Rincón, Suba Centro y Casablanca, las cuales constituyen los territorios priorizados en la localidad, debido al elevado riesgo de problemas sociales, económicos, ambientales y de salud.

Limita al norte con la Zona de Reserva Forestal, al sur con el Humedal Juan Amarillo que a su vez la separa de la localidad de Engativá, al occidente limita con el Río Bogotá y al oriente limita con la Zona de Protección Predominante.

Este territorio está compuesto por 148 barrios los cuales se encuentran reglamentados, de estratos uno al cuatro, la población de esta zona representa el 67,7% del total de la población de la localidad lo que equivale a 672.110 habitantes de los cuales el 52% son mujeres y 48% son hombres.

En contraste con las demás zonas de calidad de vida, en ésta se encuentra instalada la mayor oferta social del Estado como instituciones de salud, educación y bienestar, pero persisten altos niveles de inequidad y desigualdad, que demuestran la segmentación social y espacial que se observa en este territorio.

Según información generada por la estrategia de Salud a su Casa – SASC, para la localidad de Suba se establecieron 70 micro territorios de estos, 59 se ubican en la zona de concentración de problemas sociales; estos micro territorios fueron definidos con base en la priorización de la población más vulnerable y con la participación de los diferentes sectores e instituciones de la localidad; esta información es un punto de referencia para identificar el perfil de situación de salud de la población que habita en los territorios que conforman las diferentes zonas de calidad de vida en las cuales está dividida la localidad de Suba.

En la zona de concentración de problemas sociales se identifican tres territorios sociales:

- La UPZ 28- Rincón (Territorio 1 - GSI): comprende 82 barrios, de los cuales 29 fueron incluidos en el programa de salud a su casa dada sus condiciones de vulnerabilidad. Estos son: Aguadita, Catalinas, Fénix, La Chucua, Manuelita, Punta del Este, Rincón Rubí, Villa Elisa, Aures I, Aures II, Costa Azul, Japón, La Palma, Miramar, Naranjos (incluye Naranjos Altos, Jordán, La Esperanza, Bella Vista, Ciudad Hunza, Guillermo Núñez 2.), Poa (incluye Poa, Bochelema, Antonio Granados, Pórticos) y San Cayetano (incluye San Cayetano, Villas del Rincón, Telecom Arrayanes, Laguito y Rincón Escuela). Estos micro territorios hacen parte de la zona de concentración de problemas sociales, caracterizados por el predominio de población de estratos uno y dos, alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, servicios públicos y equipamientos, con asentamiento de recicladores. Esto genera debilitamiento del tejido social, violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas, suicidio entre otras. Además existen problemas de inseguridad debido a la presencia de expendios de drogas y pandillas, que atracan a los habitantes, locales comerciales. Adicional a esta problemática no se cuenta con presencia de la Policía, Centro de Atención Inmediata (CAI) en los barrios, o frentes de seguridad. Con relación al saneamiento básico, la UPZ Rincón cuenta con infraestructura de conducción de aguas residuales, infraestructura de drenaje de aguas lluvias, sistema integral para la recolección transporte (tres veces/semana) y disposición final de residuos sólidos de cualquier naturaleza, vertimientos sólidos y líquidos a cuerpos de agua o suelo y una planta de tratamiento de abastecimiento de agua.

- Con respecto a la problemática ambiental se han encontrado botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros, debido a que la comunidad no hace uso adecuado del servicio de recolección de basuras, proliferación de roedores y vectores en las viviendas, se evidencia manejo y tenencia inadecuada de mascotas que ocasionan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos.
- La UPZ 71 - Tibabuyes (Territorio 2 - GSI): cuenta con 31 barrios, de los cuales 26 fueron caracterizados por el Programa Salud a su Casa (Gaitana, Cafam, Bilbao, Cañiza, Ciudadela Cafam, Corinto, Abadía, Lisboa, Piedra Verde, Rincón de Santa Inés, San Pedro, Santa Rita, Tibabuyes, Villa Cindy, Bilbao, Comuneros, Toscana, Caminos de la Esperanza, Puertas del Sol, San Carlos, Villa María, Santa Cecilia, Carolinas. El micro territorio Berlín comprende (Berlín Universal, Sabana de Berlín, San Andrés Afidro I). Todos estos barrios se caracterizan por presentar problemas sociales representados por alta densidad poblacional, predominio de población de estratos uno y dos, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, servicios públicos y equipamientos como: parques, centros educativos y recreativos con asentamiento de recicladores. Existen procesos de invasión en la Ronda del Río Bogotá, significando áreas de amenaza alta y media de remoción en masa e inundación. Además estas áreas son utilizadas para desechar basuras y escombros generando infestación de vectores. Esta situación genera debilitamiento en el tejido social, desencadenando violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas y suicidio entre otras; en el micro territorio existen varios expendios de drogas y de alcohol, lo que genera un aumento marcado de la inseguridad. La zona del borde del humedal es la más insegura debido a la presencia de indigentes, expendio de drogas y delincuencia común.
- Referente al Sistema de Saneamiento Básico, los barrios caracterizados cuentan con dotación básica de acueducto, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural, pero con deficiencia en el servicio de alcantarillado. Algunas viviendas son de materiales inadecuados, (desechos de cartón, latas, madera). Por otro lado cuenta con infraestructura de conducción de aguas residuales, sistema de recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos, vertimientos sólidos y líquidos a cuerpos de agua o suelo, pero no cuenta con infraestructura de drenaje de aguas lluvias lo que genera inundaciones en épocas de lluvia.
- El servicio público del cual más carece la población caracterizada de la zona de Tibabuyes es el gas natural.
- La problemática ambiental se refleja por la proliferación de vectores (roedores e insectos) debido a: manejo inadecuado de excretas de mascotas (en zonas verdes comunes) y zona de parqueo sin pavimentar; el manejo de residuos sólidos se realiza mediante la prestación del servicio de aseo por parte del consorcio de Limpieza Metropolitana - LIME, con una frecuencia de tres veces en la semana de recolección; la deficiencia en la red de alcantarillado y la cercanía a la ronda hidráulica del río y del humedal genera malos olores, reboce de aguas lluvias y residuales; además se convierten en terrenos utilizados para el pastoreo de bovinos y equinos, depositando excretas y acrecentando la problemática sanitaria, manejo inadecuado de residuos sólidos (identificados cuatro puntos críticos de disposición temporal), lo cual no sólo genera la proliferación de vectores, sino también de caninos callejeros, malos olores y deterioro paisajístico.

- En el sector de las carolinas se identificaron cuatro viviendas que carecen de todos los servicios públicos, una vivienda carece de acueducto, energía eléctrica y recolección de basuras y tres viviendas carecen de acueducto y energía eléctrica.
- La UPZ 27- Suba Centro (Territorio 3 – GSI): cuenta con 25 barrios de los cuales fueron caracterizados en micro territorios: Katigua, Java, Las Mercedes, Caminos Verdes, La Fontana, Lagos de Suba, Torres de Suba, Mirador, Salitre, Ciudadela Cafam, (incluye los barrios Ciudadela I - VI, Cerezos.), El Rosal (incluye El Rosal y Gloria Lara), Campiña (incluye Campiña, Guacarí, Iguazú, Tulipanes, Aragón I - II, Rincón del Prado, Oviedo, Robles, Alcázar de Suba, Villa Susana, Coimbra, Esmeralda, Prados de Campiña, Campanela I - III). Estos micro territorios cuentan con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural, entre otros. Katigua posee un tanque de reserva de agua subterráneo, Java presenta deficiencia en el servicio de alcantarillado y focos de residuos sólidos.
- Existen botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros ya que la comunidad no hace uso adecuado del servicio de recolección de basuras, generando malos olores y afectación paisajística y constituyéndose como un foco de infección y afectación a la salud pública; también existe proliferación de roedores y vectores en las viviendas. Se evidencia inadecuado manejo y tenencia de mascotas, que causan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos. Se presenta agua estancada en época de invierno; por otro lado, en algunos lotes hay tenencia de vacas, ovejas y caballos; también se han identificado zonas con riesgos de deslizamiento debido a la alta pendiente del terreno.
- La UPZ 23 - Casablanca (Territorio 3 – GSI): este territorio cuenta con 10 barrios los cuales fueron caracterizados: Tuna Alta, Tuna Baja, Villa Hermosa. Esta zona se caracteriza porque fue urbanizada sin planeación, en procesos irregulares de apropiación de tierras y con asentamientos de población de escasos recursos económicos. Desde los años 80, se han dado procesos de invasión en las áreas de la Ronda del Río Bogotá, los Humedades Juan Amarillo y la Conejera y los Cerros; estas áreas representan amenaza alta y media de remoción en masa y de inundación. Además, las áreas de la ronda son utilizadas para desechar basuras y escombros, generando infestación de roedores y artrópodos. Predomina la población de estrato uno y dos, con oficios como construcción, mecánica y en general actividades de comercio informal. Esta zona se caracteriza por la alta densidad poblacional, hacinamiento y deficiencia en infraestructura vial, de servicios públicos y de equipamientos, tales como parques, centros educativos y recreativos. En los últimos dos años se han asentado grupos poblacionales en condiciones vulnerables como son los recicladores.

1.1.6.3. Zona con perfil de protección predominante

Esta zona está conformada por las Unidades de Planeación Zonal - UPZ 17 - San José de Bavaria, UPZ 18 - Britalia, UPZ 19 - Prado, UPZ 20 - Alhambra, UPZ 24 – Niza y UPZ 25 – Floresta.

Esta zona limita al norte con la Zona agroindustrial, al sur con el Humedal Juan Amarillo y la localidad de Barrios Unidos, al occidente con la zona de concentración de problemas sociales y al oriente con la localidad de Usaquén. Comprende 95 barrios los cuales se encuentran reglamentados, con estratos dos a seis. La población de esta zona representa el 31,6% del total de la población de la localidad, lo que equivale a 329.905 habitantes, de los cuales el 54,4% son mujeres y 45,6% son hombres (según CENSO 2005 proyección 2010).

De acuerdo con la estrategia Salud a su Casa - SASC en la zona de protección predominante se caracterizaron 10 micro territorios, donde se identificaron condiciones medioambientales adecuadas, en cuanto a habitabilidad, infraestructura, servicios públicos, espacio público y equipamientos. Recientemente se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida por invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado; sin embargo existen barrios de estrato dos cuyas poblaciones tienen limitaciones para el consumo de bienes y servicios como educación, salud, recreación y comparten características de la población de la zona. Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado y participantes vinculados. Referente a la seguridad, en los micro territorios hay inseguridad debido a la presencia de delincuentes que realizan atracos a los habitantes y a los locales comerciales; aunque cuenta con la presencia de un CAI y vigilancia constante, esta problemática se presenta con frecuencia.

La zona cuenta con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural entre otros. El uso principal del suelo es residencial y secundario comercial.

Con respecto a la malla vial, el 90% de las vías se encuentran pavimentadas, en la UPZ Prado se encuentran tramos sin pavimentar y deterioradas, debido a que en el sector hay fabricas, las cuales hacen uso de automotores pesados.

Al desagregar la información de acuerdo con los territorios de GSI que hacen parte de la zona de perfil de protección predominante encontramos lo siguiente según información de SASC.

- UPZ 18 - BRITALIA (Territorio 4 – GSI): se incluyó el micro territorio Prados de Sotavento, en el cual se identificó que el 100% de las viviendas contaban con conexión del inodoro al alcantarillado. El 0.7% de las viviendas no contaban con el servicio de acueducto en el momento de la caracterización y el servicio público que más carece la población de este territorio es el gas en 12% de las viviendas.
- Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de las viviendas, se encontró que con respecto a la batería sanitaria, el 100% de éstas en el momento de la caracterización contaba con la totalidad de los elementos que la conforma (inodoro, lavamanos, ducha). De acuerdo con las condiciones higiénicas de la vivienda, se encontró que el 0.8% del total de las viviendas caracterizadas presentaban condiciones higiénicas inadecuadas en baños y cocina.
- UPZ 19- Prado (Territorio 4 – GSI): incluye los micro territorios Ciudad Jardín, Prado Veraniego y Prado Sur; estos micro territorios poseen condiciones adecuadas medioambientales, de habitabilidad, infraestructura, servicios públicos, espacio público y equipamientos. Recientemente se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida en sectores por la invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado; estos micro territorios cuentan con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural, entre otros.
- De las viviendas caracterizadas en Prado Veraniego se identificó que el 1,1% de las viviendas no contaban con acueducto, el servicio público que más carecía la población caracterizada es el teléfono en 7% de los casos. Desde otra perspectiva nueve viviendas carecían de todos

los servicios públicos y una de energía eléctrica y acueducto. En Prado Sur se identificó una vivienda sin servicios públicos, es decir que viven en condiciones de miseria.

- UPZ 17- San José de Bavaria (Territorio 4 – GSI): incluye los micro territorios Catalejo, Guicani, Portal Norte, Nueva Zelandia, los cuales se caracterizan porque la mayoría de la población es de estratos medios y altos, con formación técnica y profesional y acceso al régimen contributivo; sin embargo existen barrios de estrato dos, cuyas poblaciones tienen limitaciones para el consumo de bienes y servicios como educación, salud, recreación y comparten características de la población de la zona.
- Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado y participantes vinculados. En el micro territorio, la inseguridad se caracteriza por la presencia de delincuentes que realizan atracos a los habitantes y a los locales comerciales.
- Referente al sistema de saneamiento básico y servicios públicos en general, los micro territorios cuentan con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural y con relación a la problemática ambiental, existen botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros debido a que la comunidad no hace uso adecuado del servicio de recolección de basuras, hay proliferación de roedores y vectores en las viviendas, se evidencia inadecuado manejo y tenencia de las mascotas, que causan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos; en algunos lotes hay tenencia de vacas, ovejas y caballos.
- Guicani y Nueva Zelandia están ubicados cerca del canal Córdoba cuya ronda hidráulica también fue ocupada, por lo cual algunas viviendas presentan agrietamientos. Hay presencia de problemas ambientales relacionados con la contaminación del canal Córdoba con basuras y escombros en su ronda, lo que incide en la infestación de roedores y artrópodos.
- Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de la vivienda se identificaron viviendas en condiciones inadecuadas de higiene especialmente en baños y cocina.
- UPZ 24 – Niza (Territorio 5 – GSI): incluye el micro territorio Spring I y II; estas zonas poseen condiciones adecuadas medioambientales, de habitabilidad, infraestructura, servicios públicos, espacio público y equipamientos. Recientemente se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida en sectores por invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado; sin embargo existen barrios de estrato dos, cuyas poblaciones tienen limitaciones para el consumo de bienes y servicios como educación, salud, recreación y comparten características de la población de la zona. Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado. Referente a la seguridad, en el micro territorio existe un CAI y vigilancia constante, sin embargo hay inseguridad debido a la presencia de delincuentes que realizan atracos a los habitantes y a los locales comerciales.
- En lo que respecta al material con el cual fueron construidas las viviendas, se encontró que 0.3% son inadecuados y al observar el estado de techos, paredes y pisos se identificó que 0.4% de los casos presentaron en el momento de la caracterización cambios importantes

en la estructura (grietas, humedades, agujeros, filtraciones y estancamiento de agua) lo cual pueden ocasionar riesgos en la salud de los habitantes de dichas viviendas. Por otro lado 31 viviendas presentan algún tipo de vector.

- Se encontraron viviendas que no contaban con el servicio de acueducto; en el momento de la caracterización 0.6%, el servicio público del cual más carecía la población caracterizada es el teléfono en 9% de los casos. Desde otra perspectiva, cuatro viviendas carecían de todos los servicios públicos y dos carecían de energía eléctrica y acueducto.
- UPZ 25 – Floresta (Territorio 5 – GSI): esta conformada por 13 barrios: Andes Norte, Club los Lagartos, Coasmedas, Julio Flores, La Alborada, La Floresta Norte, Morato, Nuevo Monterrey, Pontevedra, Potosí, Santa Rosa, San Nicolás, Teusacá. Con respecto al sistema de saneamiento básico y servicios públicos en general, la UPZ cuenta con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural. Respecto a la problemática ambiental, existe contaminación ambiental que proviene del canal de aguas negras que atraviesa la zona y que favorece la presencia de roedores y vectores.
- UPZ 20 – Alhambra (Territorio 5 – GSI): está conformada por 9 barrios se ha consolidado como área residencial del norte de la ciudad, la población representa 36.637 habitantes de los estratos cuatro y cinco. Con relación a la situación ambiental, requiere potenciar su calidad ambiental, dado que se encuentra afectada por fuertes olores provenientes de los canales de agua, especialmente en horas de la noche. Facilitando su vinculación con otras zonas del sector, se caracteriza por ser una zona principalmente de vivienda en donde los usos comerciales y de servicios se han localizado sobre ejes de alto tráfico vehicular, principalmente sobre las vías arteriales. Al interior de la UPZ, la discontinuidad en el trazado vial local ha permitido la preservación de las condiciones originales de las áreas residenciales.
- Esta UPZ se ve afectada por contaminación auditiva, originada en su mayoría por fuentes móviles sobre las vías debido al alto tráfico vehicular.
- Las UPZ Floresta y Alhambra no fueron incluidas en la caracterización por SASC debido a que son las que presentan menos problemáticas.

1.1.6.4. Zona agroindustrial y de urbanización reciente.

La constituye la UPZ 2 - la Academia, con un barrio del mismo nombre y la UPZ 3 Guaymaral, conformada por los barrios Guaymaral y la Conejera (Territorio 6 – GSI) dentro de la división administrativa, de acuerdo con las características predominantes; esta zona es de tipo ocho, es decir que comprende grandes áreas destinadas para la construcción de equipamientos de nivel urbano y metropolitano que por su extensión e importancia dentro de la estructura urbana requieren un manejo especial.

Esta zona limita al norte con el municipio de Chía, al sur con la Zona con Perfil de Protección Predominante, al occidente con la Zona de Reserva Forestal y al oriente con la localidad de Usaquén. Comprende 3 barrios que se encuentran sin reglamentar, de estratos cero y seis; la población de esta zona representa el 0,1% del total de la población de la localidad, lo que equivale a 1 087 habitantes de los cuales 533 son mujeres lo que representa el 49% de la población de la zona y 554 hombres que equivale al 51%, (según CENSO 2005 proyección 2009).

Esta zona se caracteriza por procesos de desarrollo en transición con relación al uso del suelo, pasando de suelo de dedicación agroindustrial a uso de suelo residencial con una urbanización incipiente, mezclado con actividades comerciales y de servicios, por lo cual esta zona presenta una baja densidad poblacional.

Los predios están clasificados como estratos cinco y seis, sin embargo existe una población de habitantes y cuidadores de las residencias y fincas, de escasos recursos. La mayoría de la población es flotante, alrededor de 15 personas entre estudiantes y empleados de colegios y universidades ubicados en el sector, empleados de clubes recreativos y centros comerciales. La población residente tiene en su mayoría seguridad social en salud por régimen contributivo y en algunos casos medicina pre pagada.

El cambio de uso de los suelos ha generado procesos de ocupación de la ronda hidráulica del humedal de Torca y del Cerro la Conejera, contaminación de las aguas, debido a que esta zona no cuenta con servicios de acueducto y alcantarillado; las aguas negras domiciliarias y de algunos de los colegios, clubes recreativos y centros comerciales son vertidas directamente al humedal. Además, las fincas y explotaciones agroindustriales generan contaminación por sustancias químicas como plaguicidas y abonos.

En el área aledaña al humedal existe amenaza alta y media de inundación, con hundimientos del terreno, debido a que muchos predios han sido desarrollados invadiendo y rellenando la ronda hidráulica del humedal y por la explotación sin control de aguas subterráneas por parte de las instituciones educativas y recreativas ubicadas allí.

Es un sector aislado geográficamente por la insuficiente red vial; únicamente se cuenta con la Autopista Norte que presenta congestión. En esta vía se realizan los “piques ilegales”, incrementando los accidentes de tránsito y atropellamientos, pues no existen andenes en las vías internas, pasos, puentes peatonales ni señalización.

Una de los principales problemas denunciados por la comunidad es la inseguridad tipo atracos a peatones y hurtos de vehículos debido a la condición de aislamiento, falta de iluminación y escasa presencia de autoridades que controlen esta situación. Además refieren que el acceso a los barrios se dificulta porque solo se cuenta con el transporte masivo de Transmilenio y sin los buses alimentadores suficientes para la demanda de usuarios existentes. El transporte urbano corriente es escaso y demorado para la llegada a sus lugares de destino.

En la zona no hay presencia de equipamientos públicos ni presencia de respuesta social organizada institucional de salud, recreación, educación, bienestar. La organización comunitaria es escasa en este sector.

1.1.6.5. Zona de reserva ambiental y forestal

En esta zona se caracterizó el Micro territorio Chorrillos, que se encuentra ubicado entre el barrio Compartir y el Río Bogotá con la transversal 92 y el municipio de Cota, esta conformado por la vereda Chorrillos. (Territorio 6 – GSI)

En Chorrillos, por estar ubicado en la zona de reserva ambiental y forestal, de acuerdo con la información del Plan de Desarrollo Local, se concentran los suelos clasificados como sistemas de áreas protegidas, el Cerro la Conejera y el Humedal la Conejera, que conserva la biodiversidad en fauna y flora. Existen zonas con amenaza alta de inundación como son la Ronda hidráulica del río Bogotá y el Humedal la Conejera y amenaza media por remoción en masa en el Cerro de la Conejera, situación que pone en riesgo a los moradores del sector.

La conformación territorial de la vereda Chorrillos data de más de 30 años atrás, cuando este sector de la localidad de Suba estaba habitado por campesinos de la región del altiplano, dedicándose al cultivo de la tierra y actividades pecuarias. En la actualidad y a pesar del continuo desarrollo urbanístico de la ciudad, algunos de sus pobladores conservan aún estas costumbres. Su vía principal de acceso vehicular pavimentada, es la vía Suba – Cota a la altura de los Kilómetros dos y siete, en sentido oriente-occidente y abarcando tres sectores; no cuenta con manzanas convencionales como en un casco urbano desarrollado, sino con una serie de caminos destapados que comunican hacia diferentes sectores de la vereda y que parten de la mencionada vía Suba – Cota. El uso predominante del suelo es de actividad industrial, agrícola, pecuaria y deportiva y en menor grado, las actividades domésticas y comerciales.

Los habitantes de los 3 sectores de esta vereda carecen de servicios públicos domiciliarios como acueducto, alcantarillado de aguas residuales y pluviales; la provisión de agua se realiza mediante la perforación de pozos freáticos (medianamente contaminados por excretas e infiltración) y compra en lugares privados. Carece de sistemas de alcantarillado público y pluvial, no cuenta con eficientes sistemas de evacuación de excretas, aguas negras y grises producidas por actividad doméstica, industrial, rural, comercial, entre otras, por lo que disponen de los desechos en los vallados de aguas estancadas que hay, paralelas a algunas vías y que alimentan algunos pozos de agua subterránea.

Existe contaminación del suelo por actividades rurales, como actividades agrícolas de pastoreo y especies menores, que generan olores desagradables; hay baja frecuencia en recolección de residuos sólidos, la Empresa de Aseo LIME la realiza una vez por semana, lo que genera problemas de olores y proliferación de vectores y roedores debido al largo tiempo en que estos deben ser almacenados para poder ser evacuados.

Se presenta Contaminación Atmosférica en la vía Suba – Cota, por donde circula todo tipo de automotores desde el tráfico pesado, hasta el transporte urbano intermunicipal, vehículos particulares y motocicletas.

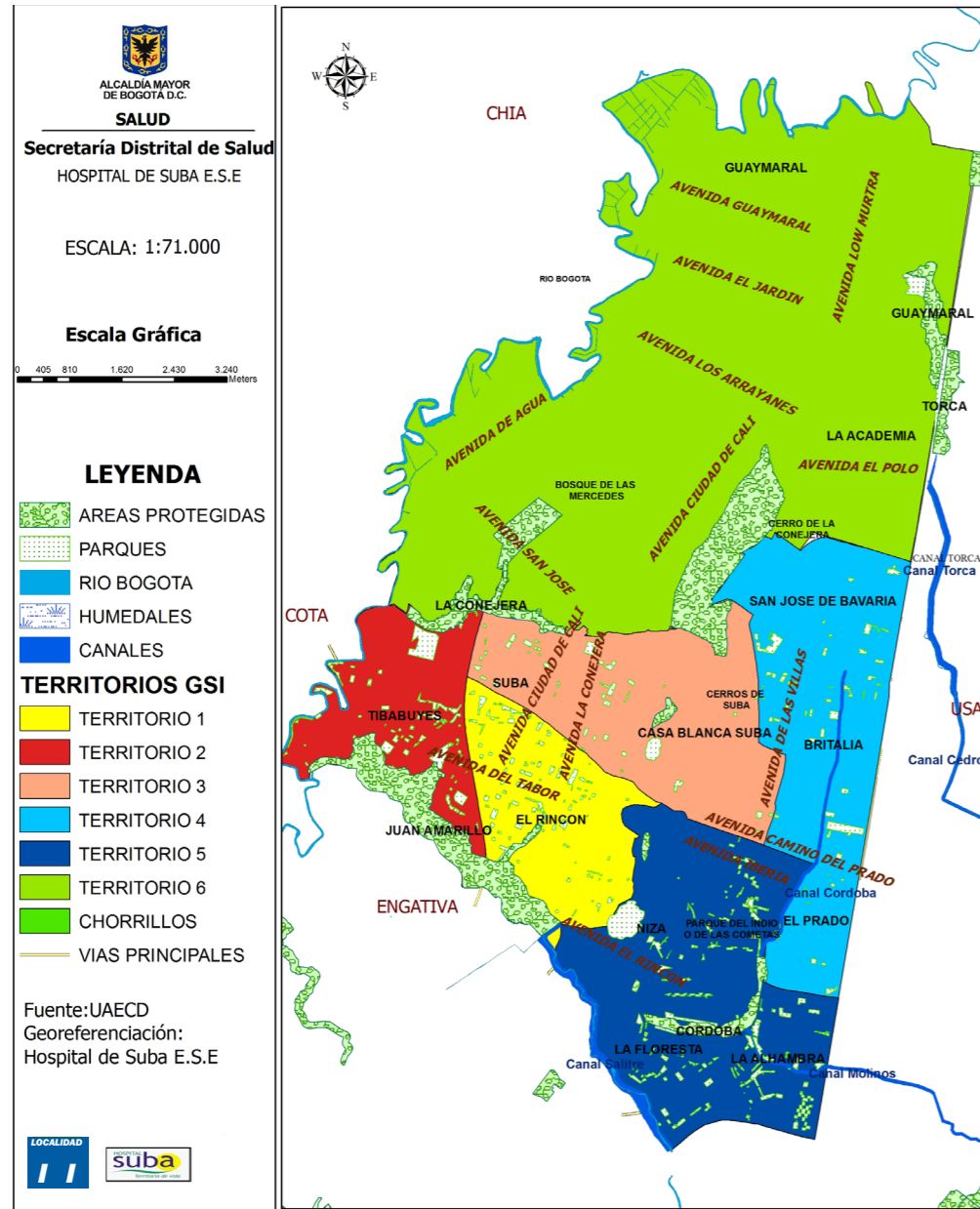
1.1.7. Características geográficas

1.1.7.1. Comportamiento climático.

Con relación a las características ambientales de la localidad de Suba, según la agenda ambiental de Suba, ésta se caracteriza por un clima frío subhúmedo, con temperatura promedio de 12.6°C, precipitación media anual de 900 a 1.000 milímetros y humedad relativa máxima de 77.6%, acompañada de lluvias y brisas de viento, por ser una localidad montañosa y rodeada de varios humedales y ecosistemas estratégicos para la localidad. Entre los más destacados están el humedal Tibabuyes o Juan Amarillo, el humedal la Conejera, los humedales Córdoba y Guaymaral; el Valle Aluvial del Río Bogotá, la zona de manejo y preservación ambiental, el sistema hídrico de vallados y canales, la oferta hídrica en el subsuelo de los Cerros Norte y Sur, incluyendo el Cerro de la Conejera, los relictos de bosque de Arrayanes en la zona de las Mercedes, el área de reserva forestal regional del norte, la oferta agrológica de alta productividad en la zona rural y un singular número de paisajes naturales y construidos agrarios.

La localidad presenta una oferta ecológica amplia, la cual se ve parcialmente intervenida para su protección y conservación. El sistema hídrico se desarrolla como la red de espacios y corredores que sostienen y conducen la biodiversidad y los procesos ecológicos esenciales a través del territorio, en sus diferentes formas e intensidades de ocupación, dotando al mismo de servicios ambientales para su desarrollo sostenible y siendo a su vez el principal conector ecológico del territorio urbano y rural (ver mapa 5).

Mapa 5. Estructura ecológica, localidad de Suba 2010.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

Entre las características ambientales se destacan cuatro micro cuencas: Micro-cuenca del Humedal Guaymaral, Micro-cuenca del Humedal la Conejera, Micro-cuenca del humedal Córdoba y Micro-cuenca del humedal de Juan Amarillo o Tibabuyes, las cuales se caracterizan por su oferta ambiental y por la intervención que se realiza a través del trabajo intersectorial para su conservación, manejo y apropiación por parte de la comunidad de estos ecosistemas estratégicos para la localidad (ver tabla 2).

Tabla 2. Estado de las micro cuencas, localidad de Suba.

Alcance Local	Estado Actual
Micro cuenca del Humedal Guaymaral	Se encuentra localizada al nororiente de la localidad de Suba a la altura de la autopista norte con calle 220 en las UPZ La Academia y Guaymaral. En conjunto con el Humedal Torca (Usaquén), forman parte del parque metropolitano de Guaymaral. La extensión aproximada del humedal es de 49 hectáreas. Las quebradas que aportan al sistema de inundación del Humedal del Juaco (Aguas Calientes, Patiño y San Juan); el canal Torca actualmente dreña hacia el canal que corre paralelo a la autopista llevando las aguas negras tratadas desde Usaquén, sin brindarles la oportunidad de alimentar el humedal en tiempo seco. El humedal dreña sus aguas al río Bogotá a través del canal Guaymaral. En estos humedales hay actualmente 15 familias de plantas terrestres y 17 especies identificadas, así como 13 familias de plantas acuáticas y 18 especies identificadas. Se encuentra afectada por vertimientos y residuos sólidos en los sitios poblados como Guaymaral y parcelación el Jardín, vertimientos de aguas servidas del complejo comercial de recreación Bima, hay invasiones y rellenos hacia el occidente del humedal y se realizan actividades agroindustriales en inmediaciones de su ronda de protección. Las quebradas que aportan al sistema de inundación del humedal (Aguas Calientes, Patiño y San Juan) llevan las aguas negras traídas desde Usaquén ¹ .
Micro cuenca del Humedal la Conejera	Está ubicado al occidente del cerro de la Conejera; en su costado noroccidental hay predios rurales mientras que en el sector sur oriental se encuentran predios rurales y urbanos; el sector norte limita con predios rurales de la Hacienda las Mercedes, el Seminario Luis Amigó y la Clínica Juan N. Corpas. Al sur y al oriente se encuentran la Hacienda Fontanar del Río y los barrios Compartir de Suba, Londres, las Acacias, Salitre I, II y III, Villa Hermosa, el Cerezo, los Monarcas, Alaska, Villas de Esperanza, Salitre, Villa del Campo I y II, ocupando aproximadamente un área de 60 hectáreas. El paisaje muestra urbanismo no controlado hacia el sur y oriente, con actividades agroindustriales en su límite norte y occidente; el tamaño del humedal se ha disminuido por la contaminación del agua debido a la entrada de sólidos y materia orgánica en descomposición, reducción de la oferta hídrica por desecación de nacedores y explotación incontrolada de aguas subterráneas y contaminación de aguas por agroquímicos.
Micro cuenca del Humedal Córdoba	Se encuentra localizado entre la calle 116 y 127 y entre las avenidas Córdoba y Boyacá al oriente del Cerro La Conejera con un área de 40,4 hectáreas y un espejo de agua de 3.977 metros cuadrados; se encuentra fragmentado en tres partes y esta conectado con el "Parque Urbano Canal Córdoba" y el "Parque Metropolitano Canal de los Molinos". El potencial biótico del Humedal Córdoba está representado por 36 especies de arbustos y 25 plantas herbáceas que, en conjunto con la vegetación acuática y semi-acuática, constituyen en conjunto el hábitat. Estas cualidades se ven afectadas por la contaminación que producen las aguas negras de conexiones erradas de la red de alcantarillado con origen en las quebradas Sagrado Corazón, Gimnasio los Cerros, Santa Ana, la Chorrera de los Molinos, el Pedregal y el barrio Niza Antigua; la disposición de basuras y escombros en el margen norte del Colegio Agustiniiano y en el sector más bajo por parte de comunidad de paso, además de la invasión de ronda, por proyectos urbanísticos que se desarrollan en la zona. Está considerado como uno de los humedales con mayores posibilidades de recuperación, con una alta diversidad biológica.

Alcance Local	Estado Actual
Micro cuenca del Humedal de Juan Amarillo o Tibabuyes	<p>Está ubicado al sur occidente de la localidad de Suba, comienza en la Carrera 91 en la UPZ Rincón hasta su conexión con el Río Bogotá, al sur occidente de la UPZ Tibabuyes; limita por el norte con los barrios el Rubí, San Cayetano, Villa del Rincón, Carolina, Atenas, Cañiza, Nueva Tibabuyes y Miramar, por el oriente con la transversal 91 y con los barrios Almirante Colón y Ciudad Hunza, por el occidente con el Río Bogotá y los barrios Lisboa y Santa Cecilia y por el sur con la Ciudadela Colsubsidio, El Cortijo y Bachué. Tiene una extensión aproximada de 220 hectáreas que lo convierten en el humedal más grande que sobrevive actualmente en la ciudad. La Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - EAAB, Empresa de Servicios Públicos – ESP, desde el año 2001 ha desarrollado el plan de recuperación y manejo del humedal, con acciones de saneamiento básico, separando de aguas lluvias y aguas negras de los barrios que se han legalizado, recuperación paisajística de la ronda en una primera fase y saneamiento predial en la ronda y zona de manejo ambiental. El aporte hídrico proviene de los canales Salitre y Negro con aportes de pequeños flujos hídricos del Juan Amarillo. Existen además aportes de aguas residuales, industriales y lluvias, afectando el área del vaso inundable y de almacenamiento. Las salidas de agua se hacen mediante canales conectados con el Juan Amarillo.</p>

Fuente: EAAB. Plan de manejo ambiental del humedal Córdoba. Resumen ejecutivo, 2007.

Cabe anotar que aunque esta connotación hace de Suba una de las localidades con mayor dinámica ambiental, los conflictos territoriales, sociales y económicos han influido en la conservación de humedales y cerros, convirtiéndose en espacios de desarrollo de asentamientos urbanos, manejo inadecuado de basuras, proliferación de vectores, escombreras, conexiones erradas, entre otras, características que en algunos casos demuestran el desinterés de la comunidad por la protección ambiental de la localidad.

1.1.7.2. Situación ambiental

Según los análisis de la Secretaria Distrital de Ambiente y documentos preliminares de la agenda ambiental de Suba 2008, se presenta un estado del arte de la situación ambiental de Suba, en donde se analiza tanto la información técnica de diferentes fuentes, como la percepción comunitaria relacionada con los problemas ambientales identificados en la localidad. Como complemento al estado del arte ambiental se tienen las condiciones sanitarias de Suba, tomadas de los resultados de la oficina de atención al ambiente del Hospital de Suba para el año 2009.

En del perfil de deterioro ambiental y situaciones sanitarias se pueden encontrar territorios con contaminación atmosférica móvil, contaminación auditiva, contaminación con residuos sólidos, contaminación del agua, contaminación visual, situaciones sanitarias relacionadas con vectores y perros callejeros, déficit de malla verde, deterioro de ecosistemas e invasión del espacio público, como contexto introductorio al estado del arte de la situación actual, teniendo en cuenta que los procesos de recuperación, preservación, conservación y de movilización social para lograr cambios en la dimensión ambiental son lentos (ver mapa 6).

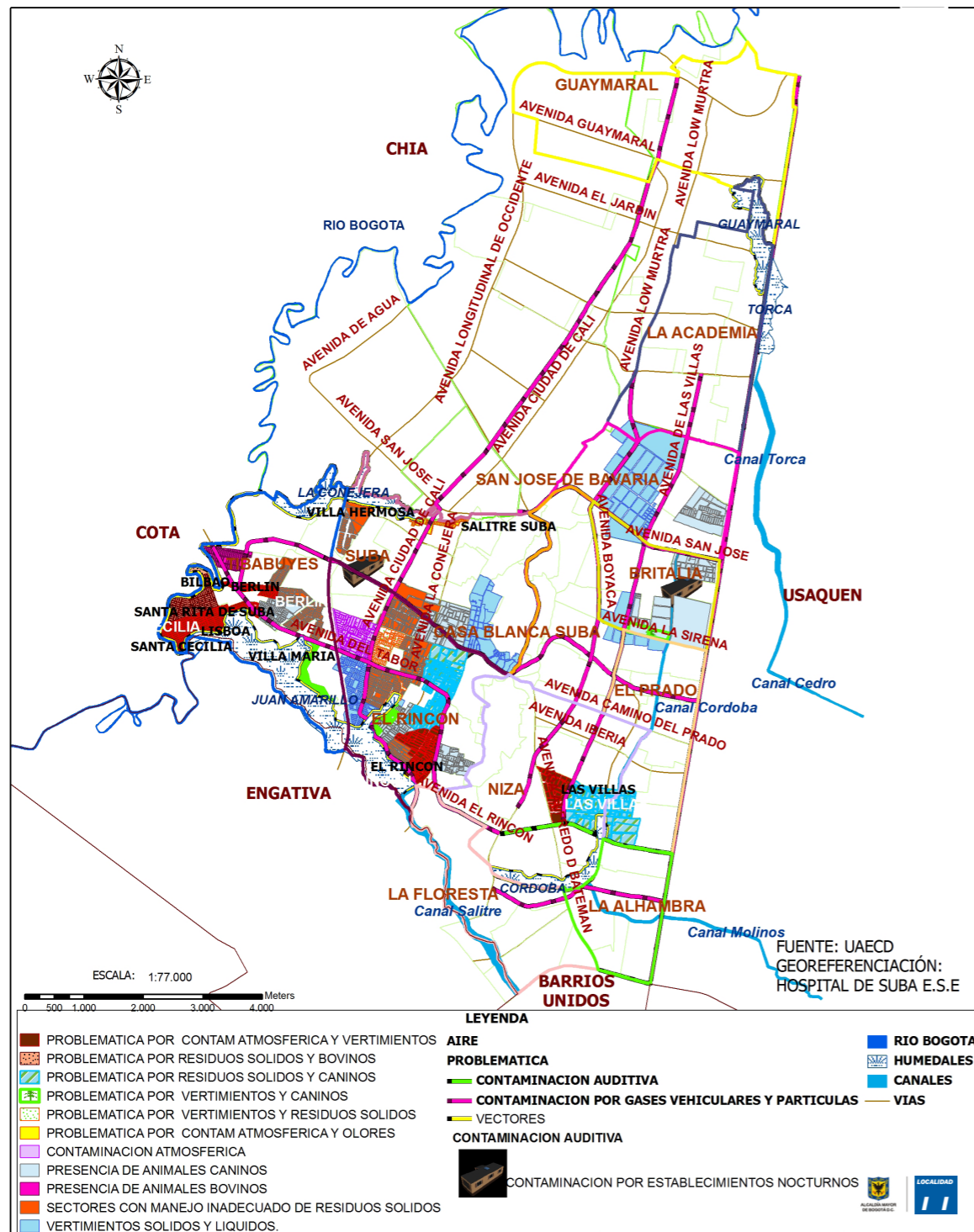
1.1.7.3 Descripción de las zonas

Aire

La calidad del aire es esencial para la apreciación de la calidad ambiental, puesto que los impactos de la mala calidad de aire se relacionan directamente con la salud de los ciudadanos especialmente de los niños, adultos y personas mayores y sus consecuencias se extienden a largo plazo. La contaminación del aire se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las grandes capitales del mundo, donde las concentraciones de partículas y gases contaminantes están sobrepasando los límites permisibles para el ser humano, situación evidente en la vigilancia epidemiológica realizada por el Hospital de Suba a las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) en niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años y enfermedades cardiovasculares en la población mayor de 60 años y su posible asociación con el deterioro de la calidad del aire generado por el aumento del material particulado inferior a 10 micras (MP10). Las principales problemáticas de calidad del aire debido a MP10 están relacionadas con la gran cantidad de vehículos operados con diesel, como buses de servicio público, escolar, camiones y camionetas y con las presencia de vías sin pavimentar y en mal estado que posee la localidad.

A través del proyecto especial de áreas fuentes del Hospital de Suba, pudo comprobarse lo establecido en el Decreto 417 de 2006, el cual declara las UPZ 27, 28 y 71 de la Localidad de Suba, entre las áreas fuente de contaminación por MP10. Esto puede comprobarse a través de la red de monitoreo de la calidad del aire de Bogotá, que para Suba posee dos puntos de medición, uno ubicado al nororiente cerca de la Autopista Norte y otro en el centro de la localidad. Las principales zonas de contaminación por gases vehiculares y partículas se localizan en la Autopista Norte, Avenida Suba, Las Villas, Boyacá, Pepe Sierra, Ciudad de Cali, el Tabor, el Rincón, Caminos de Casablanca y Calle 170. Además se presenta generación de malos olores por estancamiento de aguas en canales y humedales y por agroquímicos, por animales que mueren y no son enterrados o recogidos por la empresa de aseo, por excrementos de mascotas, por basuras en zonas de ventas ambulantes, por empresas procesadoras de pollo y pescado en la zona industrial de los Sauces y el Edén, restaurantes asaderos, basuras en las calles y su respectiva quema. En la cercanía del Canal Juan Amarillo se desprenden fuertes olores causados por la descomposición de materia orgánica, principalmente en las épocas secas o de alta radiación solar, que son sentidos en los barrios de la UPZ Floresta. En el límite de la localidad, otra fuente de olores proviene de la planta de tratamiento el Salitre, debido a que la estabilización parcial de la materia orgánica es de carácter anaeróbico.

Mapa 6. Perfil de deterioro ambiental, localidad de Suba, 2010.



Fuente: Cartografía UAECG. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E., Ejercicio de Cartografía Participativa para la Construcción de la Política Pública de Salud Ambiente, Hospital de Suba E.S.E. 2010

1.1.7.3 Descripción de las zonas

Ruido

Las intensidades mas altas de ruido se perciben en las vías de mayor congestión, como son la Autopista Norte con calles 100 y 127, las avenidas Suba y Boyacá y la carrera 69, en las zonas comerciales especialmente en los sectores de centros comerciales como Subazar, Centro Suba, Santa Fe y en establecimientos nocturnos (carrera 92 con calle 144, carrera 113 con calle 146 y carrera 52 con calle 166 del sector de Britalia). Entre las causas de contaminación por ruido, se encuentra el parque automotor, disparo de alarmas principalmente en las horas nocturnas, el uso intensivo de altavoces y equipos de sonidos asociados a la actividad comercial diurna y nocturna de la localidad, así como el ruido de los aviones cuya ruta de vuelo es por la localidad.

Agua

El estado de conservación y calidad de las aguas superficiales de la ciudad y subterráneas que se hacen presentes en la localidad, se debe a la calidad química y bacteriológica de este recurso que en algunos casos se refleja en las enfermedades de vinculación hídrica, especialmente en la población vulnerable asentada en las orillas de los cuerpos de agua o en las poblaciones que deben utilizar aguas subterráneas. Para el 2008 se presentó contaminación de aguas y rondas de canales, quebradas y humedales por aguas negras y residuos sólidos, invasión de la ronda del humedal Tibabuyes por edificaciones ilegales desde la transversal 91 hasta el río Bogotá, entre otras. Es así que la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ha realizado inversiones en tratamiento de aguas servidas, separación de alcantarillados en los barrios recientemente legalizados, construcción y mantenimiento de colectores, interceptores y canales; por otra parte las rondas ya forman parte del sistema de áreas protegidas acorde al POT; la cuenca del río Salitre ya está en ordenación (Plan de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hidrográficas - POMCA: Resolución 2837 de 2007) y existe plan de manejo ambiental de los humedales y otras áreas protegidas locales.

En la zona rural, la base de la economía depende de las reservas de agua subterránea, lo que indica el potencial de aguas, que se ha demandado tradicionalmente de forma desordenada y con mínimo control, por lo que la mitigación de los impactos negativos originados en el desequilibrio de la tasa de extracción respecto de las reservas actuales y la contaminación por uso de agroquímicos, deberá tener en cuenta el ordenamiento y normalización del recurso hídrico en su fase superficial y subterránea, con soluciones regionales e integradoras de las cuencas abastecedoras. La contaminación hídrica para los habitantes de estas zonas ocasiona infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas, ya que deben tomar el recurso de aljibes, además de los malos hábitos higiénicos sanitarios relacionados con la manipulación de alimentos.

1.1.8. Características político administrativas

1.1.8.1. Administración

La gestión administrativa de lo público en la localidad de Suba, se adelanta basada en la definición y estructuración de políticas públicas que propendan por el cumplimiento de los principios rectores de la administración, como los de petición, controversia, moralidad, eficacia, celeridad, transparencia, equidad, participación y publicidad. Para efectos del desarrollo de una función pública que garantice el bien común, se requiere la atención de las necesidades y expectativas de desarrollo integral, humano y sostenible de las comunidades locales.

En forma conjunta, estimula a las ciudadanas y ciudadanos el ejercicio de corresponsabilidad de derechos y deberes garantizados por la constitución en escenarios incluyentes y respetuosos de la diversidad del ambiente, la pluralidad étnica y cultural que le es consustancial al territorio urbano.

- Junta Administradora Local - JAL

En la localidad, la JAL, está conformada por 11 ediles que representan diferentes barrios y sectores y reciben el apoyo especialmente de las Juntas de Acción Comunal; es elegida por voto popular para periodos de cuatro (4) años coincidiendo con el de la Alcaldía Mayor y la Alcaldía Local.

Entre las acciones desarrolladas, se encuentran adoptar el plan de desarrollo local, ejercer vigilancia y control, garantizar la prestación de los servicios distritales en la localidad y las inversiones, presentar proyectos de inversión, preservar y hacer respetar el espacio público, promover la participación y la veeduría ciudadana y comunitaria, presentar al Concejo Distrital proyectos de acuerdo para la localidad que sean diferentes a la iniciativa privada del Alcalde Mayor, vigilar la ejecución de los contratos en la localidad, promover las campañas para la protección y la recuperación de los recursos naturales y del medio ambiente, participar en la elaboración del plan general de desarrollo económico, social y de obras públicas, ejercer la veeduría que proceda sobre los elementos, la maquinaria y los demás bienes que la administración Distrital destine a la localidad, entre otras.

1.1.8.2. Acción institucional

Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

Creado mediante la Ley 10 de 1990 y transformado en Empresa Social del Estado por el Ministerio de Salud, mediante Acuerdo 17 de 1997 y ascendido mediante Acuerdo 136 del 2004 emanado del Consejo de Bogotá; forma parte de la red distrital de urgencias. Lo conforman un Centro de Servicios Especializados - Sede Administrativa, tres (3) Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI): Suba, Gaitana y Prado Veraniego, Dos (2) UPA: Rincón y Nueva Zelandia, siete (7) CAPS (Centros de Atención Primaria en Salud) y una unidad funcional de salud pública; en cada uno se da cumplimiento a los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad integralidad, complementariedad, subsidiariedad e integración funcional.

La atención de urgencias se presta durante las 24 horas del día, en las instalaciones de los tres CAMI: CAMI Suba, CAMI Gaitana, CAMI Prado Veraniego; y en el Centro de Servicios Especializados, con disponibilidad de ambulancias básicas y medicalizadas.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Centro Zonal Suba.

Tiene como labor, promover, asesorar y desarrollar programas y servicios de atención orientados a satisfacer las necesidades de los niños, niñas y jóvenes y familias, tendientes a la restitución de sus derechos, con el apoyo de organizaciones públicas, privadas y con participación activa de la comunidad bajo los criterios de corresponsabilidad, cogestión y cofinanciación.

Subdirección de Integración Social Suba.

Lidera de manera concertada la formulación y puesta en marcha de las políticas sociales del Distrito Capital, que conducen a la promoción prevención, protección, restablecimiento y garantía de los derechos de las ciudadanas y los ciudadanos, fortaleciendo la autonomía, la equidad de géneros y la participación de ámbitos distrital y local. En este contexto, es importante realizar las acciones que se orienten al desarrollo equitativo de las capacidades y oportunidades de las personas, familias y comunidades urbanas y rurales en situación de pobreza, de vulnerabilidad o de exclusión, para lograr en forma sostenible su integración y aportar a la construcción de una ciudad moderna y humana teniendo en cuenta los principios de equidad, solidaridad, corresponsabilidad y cogestión.

Comisaría de Familia.

Realiza la atención de la violencia intrafamiliar, de acuerdo con la ley 294 de 1996 y la ley 595 del 2000; las personas pueden acudir a las comisarías de familia para pedir que se impongan medidas de protección para ellas o para los niños u otras personas de la familia, cuando consideren que sus derechos han sido vulnerados mediante el daño físico, sexual o psicológico, ocasionado por otro miembro de la familia.

También tiene actuaciones policivas: Recibir información sobre hechos que puedan configurarse como delito o contravención, tomar medidas de emergencia y protección, amonestar a las personas agresoras e imponer sanciones policivas previstas en el código del menor y el código de la policía de Bogotá. Practicar allanamientos y rescates de menores en peligro y visitar establecimientos con el ánimo de verificar la presencia de menores. Atender la conciliación de casos familiares: para fijar obligaciones alimentarias, definir la custodia y régimen de visitas, revisar la participación de sucesiones y liquidación de sociedad conyugal, realizar separación de cuerpos, bienes y liquidación de la sociedad conyugal.

Personería Local de Suba

Es la institución defensora promotora y protectora de los derechos humanos en la localidad. Entre los programas y proyectos se encuentran asistir como veedores a los diferentes proyectos de la localidad y la atención a la población desplazada.

Dirección Local de Educación - Dile

Su acción se encamina en el cumplimiento del Plan Local de Orientación Escolar, con proyectos encaminados a la inclusión social, con una cobertura de población de los 5 a los 18 años. Formación en derechos humanos y articulación de la educación con la formación profesional y el campo laboral, con una cobertura de población entre los 17 y 20 años.

1.1.8.3. Acción intersectorial

Consejos Locales de Gobierno.

Instancia para la coordinación de las acciones y funciones de las entidades distritales en la localidad y mecanismos para la consolidación de la institucionalización en los niveles central y descentralizado. Tiene un marco jurídico que reglamenta su existencia: el Decreto 682 de 2001; Decreto 098 de 2002 en el nivel distrital. Surge como necesidad de coordinación por parte de la administración local de la oferta institucional que se encuentra en la localidad y la importancia de orientar acciones en conjunto. Está conformado por los representantes de las diferentes entidades del distrito que tienen trabajo en lo local.

El Consejo de Gobierno se reúne una vez al mes y el impacto que genera se da en sentido a la oferta de las diferentes acciones de las instituciones que lo articulan, desarrollan y promueven para la comunidad.

A nivel interno, tal como se ha descrito, la participación se da por norma, la institución que apoya y lidera el proceso del Consejo Local es la Alcaldía Local.

Consejo de Planeación Local

Es un ente interlocutor entre la sociedad civil, representada a través de las organizaciones sociales de la localidad y el gobierno local, para generar mecanismos efectivos de participación de la comunidad, con miras a la consolidación de proyectos de desarrollo que la misma comunidad haya priorizado. Creado en el marco del Acuerdo Distrital número 13 de 2000, como instancia consultiva de planeación, para que junto con la Alcaldía Local y la Junta Administradora Local, trace las políticas locales que correspondan al plan de desarrollo local.

El Consejo tiene una vigencia de 4 años, igual al término del plan de desarrollo distrital; tiene representación de las diferentes organizaciones sociales locales, se conforman por delegados de Asojuntas, 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.

Consejo Tutelar

Es un espacio que surge de la unión de habitantes o personas que realizan una actividad permanente en beneficio de la localidad, para promover la defensa de los derechos de los niños y las niñas, a través de acciones solidarias de la familia, la sociedad y las autoridades e instituciones locales.

Su esencia, igual que la de los consejos anteriormente mencionados, reposa en el marco legal. Para el caso del consejo tutelar su creación en todas las localidades, se manifiesta mediante el Decreto 110 de 2003:

Se crean los consejos tutelares de los derechos de los niños y de las niñas como organizaciones de carácter cívico y comunitario, con el fin de promover 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 Comité de Participación Comunitaria - 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.

Consejo Local de Discapacidad

Más que un Consejo, su esencia es de red social, donde se articulan las instituciones y las organizaciones que trabajan proyectos y programas relacionados con el bienestar de las personas con discapacidad. Su surgimiento parte del Decreto Distrital 137 de 2004; su fin es la articulación de todos los proyectos y acciones a favor de la población con algún tipo de discapacidad física, mental y/o sensorial, estableciendo políticas locales que promuevan el sistema de seguridad social para sus beneficiarios.

Consejo Local de Cultura.

Es un espacio para que los diferentes actores sociales, puedan interactuar de manera concertada en la construcción de propuestas culturales articuladas a los planes de desarrollo local distrital; su naturaleza y razón de ser es la participación ciudadana para la concertación entre las autoridades locales y las comunidades en busca del estímulo, fomento y desarrollo cultural en la localidad. Su aparición se origina en el marco legal Distrital del Decreto 221 de 2002, mediante el cual la Alcaldía adoptó el documento de políticas culturales para las localidades.

1.2 Dinámicas Poblacionales

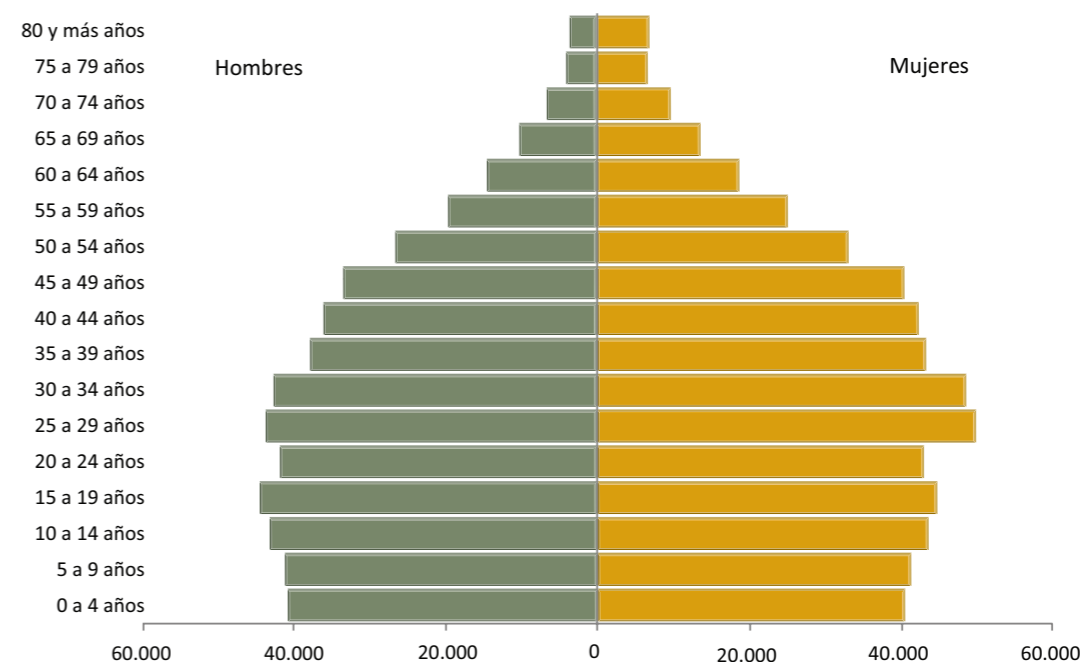
En las décadas de los setenta y ochenta, se dio un fenómeno fuerte de migración de familias enteras procedentes de municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima, que generó tensiones complejas en los órdenes social, político, económico y cultural. La ciudad creció entonces hacia el sur y el occidente en forma considerable y en Suba, surgieron gran cantidad de procesos de construcción y autoconstrucción, promovidos por agentes privados y programas de gobierno, en lotes que contaban con las mínimas normas para su desarrollo urbano y también se vio afectada por la aparición de urbanizaciones piratas que trajeron como consecuencia un crecimiento urbano carente de planificación.

1.2.1 Densidad poblacional

Acorde con el censo del DANE para el año 2005 (Proyección 2010), la población total de la localidad de Suba, corresponde a 1'044.006 habitantes, siendo la segunda localidad con mayor densidad poblacional; su extensión equivale al 14% del área total de Bogotá (o al 11,7% del área de Bogotá, sin incluir Sumapaz) y representa el 14% de la población total del Distrito Capital, además de ubicarse dentro de las localidades con crecimiento rápido de población; los habitantes de la localidad se concentran especialmente en tres UPZ, Rincón con 29,5% de la población, Tibabuyes con 21,6% y Suba Centro con 13%. Lo anterior significa que el 64,1% de la población se concentra en la zona con mayor problemática social, aproximadamente 636.961 habitantes.

Del total de población local, el 47,3% son hombres (493.897) y el 52,7% (550.109) son mujeres, conservando la tendencia nacional; de igual manera se evidencia que gran parte de la localidad está habitada por población adulta, 49.9%, seguida de los adolescentes y jóvenes (25.4%); los niños y niñas ocupan el tercer lugar con un 16% y finalmente la población con menor presencia local corresponde a las personas mayores (8,7%), (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional localidad de Suba 2010.



Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población localidad de Suba 2010.

Al establecer la proporción de la población por grupos quinquenales de edad, se puede establecer que el mayor porcentaje está representado por el grupo de edad de 25 a 29 años con un 9.1%, seguido por el grupo de 30 a 34 años con un 8.7 % y la menor proporción se observa en la población mayor de 75 años lo que representa 2%, (ver tabla 3).

Tabla 3. Población por etapa de ciclo vital, localidad de Suba 2010.

ETAPA DE CICLO VITAL	EDAD EN AÑOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		No	%	No	%	No	%
INFANCIA	0 a 4	40.977	8%	40.438	7%	81.415	8%
	5 a 9	41.563	8%	41.020	7%	82.583	8%
	Subtotal	82.540	17%	81.458	15%	163.998	16%
JUVENTUD	10 a 14	43.516	9%	43.479	8%	86.995	8%
	15 a 19	44.710	9%	44.796	8%	89.506	9%
	20 a 24	42.180	9%	43.048	8%	85.228	8%
	Subtotal	130.406	26%	131.323	24%	261.729	25%
ADULTO	25 a 29	43.995	9%	49.900	9%	93.895	9%
	30 a 34	42.917	9%	48.570	9%	91.487	9%
	35 a 39	37996	8%	43.248	8%	81.244	8%
	40 a 44	36.199	7%	42.308	8%	78.507	8%
	45 a 49	33.636	7%	40.380	7%	74.016	7%
	50 a 54	26.727	5%	33.079	6%	59.806	6%
	55 a 59	19.816	4%	24.908	5%	44.724	4%
Subtotal	241.286	49%	282.393	51%	523.679	50%	
PERSONA MAYOR	60 a 64	14.674	3%	18.622	3%	33.296	3%
	65 a 69	10.294	2%	13.333	2%	23.627	2%
	70 a 74	6.715	1%	9.716	2%	16.431	2%
	75 a 79	4.192	1%	6.473	1%	10.665	1%
	> 80	3.790	1%	6.791	1%	10.581	1%
Subtotal	39.665	8%	54.935	10%	94.600	9%	
TOTAL		493.897	100%	550.109	100%	1.044.006	100%

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población localidad de Suba 2010.

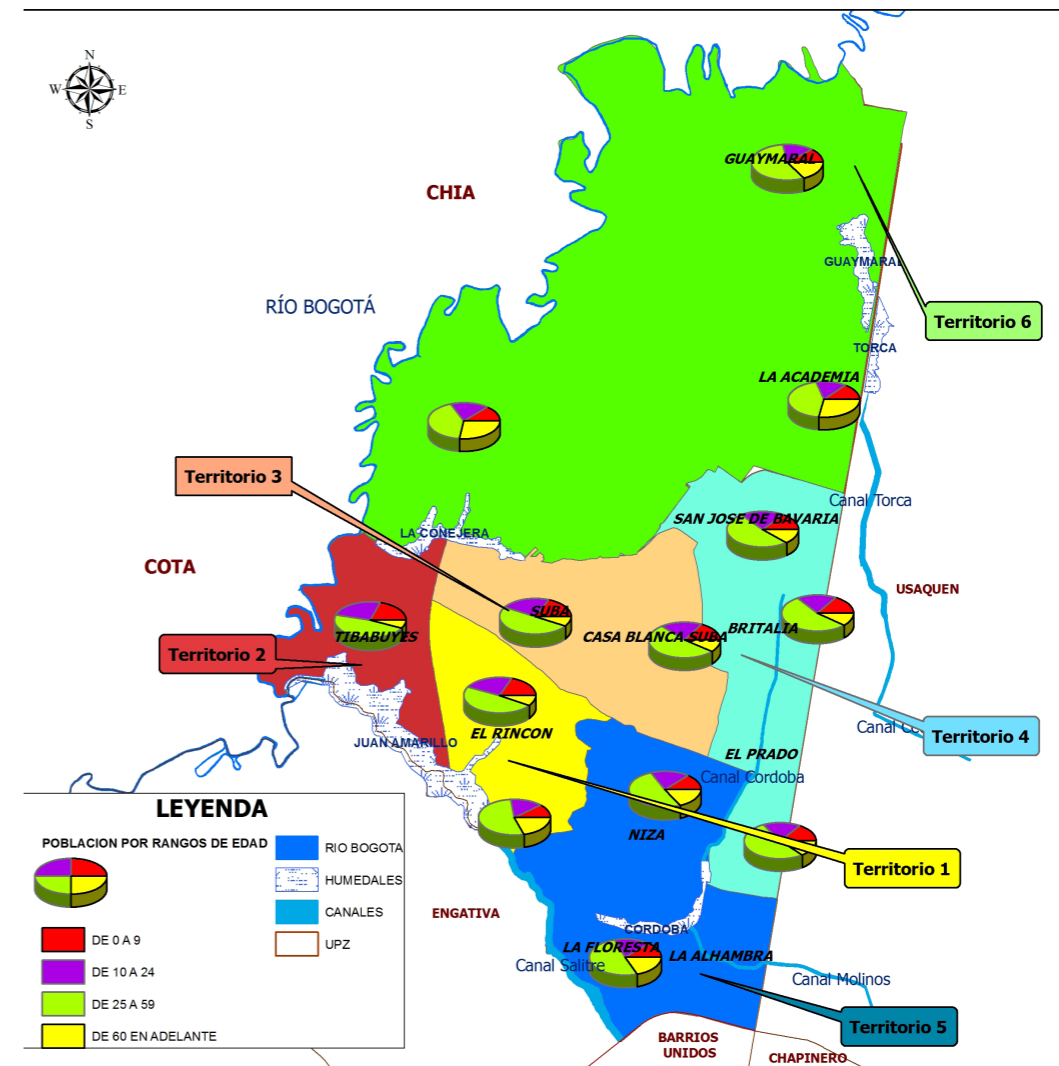
La población económicamente activa (PEA), es decir aquella entre 15 y 44 años con todo su potencial productivo, tiene un peso porcentual del 51%. Los grupos de edad extremos, es decir los menores de 5 años y los mayores de 60 años de edad representan el 8% y el 9% del total, respectivamente.

Suba es habitada predominantemente por jóvenes en zonas de alta dinámica poblacional de gran crecimiento y en expansión, esto contrasta con territorios al interior de Suba, de dinámica estacionaria y donde predominan los adultos mayores.

Al evaluar el índice de vejez (proporción de mayores de 60 años respecto al total de población) para la localidad de Suba es del 8,7%. Las UPZ donde más habita población mayor de 60 años proporcionalmente son Alhambra (índice vejez de 19%), Floresta (índice vejez del 17,7%) y Niza (índice vejez 15,6%). De otra parte estas UPZ se caracterizan por su bajo crecimiento poblacional; según los datos del Censo 2005 Floresta, Niza y Casablanca son las UPZ de Suba de dinámica poblacional estacionaria.

Esta distribución poblacional reviste especial importancia para orientar las acciones de salud pública por etapas de ciclo vital, teniendo en cuenta que, según la distribución porcentual, los adultos ocupan el primer lugar, seguido de los jóvenes; es de resaltar la diferencia con la infancia, que se ubica en tercer lugar lo que implica un aumento de la población adulta con relación a niños y niñas (ver mapa 7).

Mapa 7. Población por etapa de ciclo vital, según UPZ localidad de Suba, 2009.



UPZ	0 A 9	10 A 24	25 A 59	DE 60 EN ADELANTE
LA ACADEMIA	94	160	531	135
GUAYMARAL	20	30	70	47
SAN JOSE DE B.	5993	12018	24665	5098
BRITALIA	8141	13298	31003	5288
EL PRADO	11767	19531	47377	10338
LA ALHAMBRA	3398	6624	19647	6968
CASABLANCA	5393	8782	19284	3062
NIZA	7365	14432	33093	10183
LA FLORESTA	2739	5204	12901	4480
SUBA	22706	35915	66865	9223
EL RINCON	53569	80437	146584	21416
TIBABUYES	41809	62487	105821	12459
ZONA RURAL	20	39	70	50

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría Distrital de Salud
HOSPITAL DE SUBA E.S.E
Fuente: UAECD Y DANE.
Georeferenciación:
Hospital de Suba E.S.E

Fuente: Cartografía UAECD. Proyección DANE 2009. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

De acuerdo con las proyecciones, se prevé para el año 2015 una disminución de la población comprendida entre los cero y catorce años, mientras que se incrementarán los adultos y las personas mayores de 65 años, esto debido a la transición demográfica por la que pasa la población de Suba, en concordancia con el comportamiento esperado para el distrito (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la población por grandes grupos de edad e índices de dependencia. Localidad de Suba. Años 2005, 2010 y 2015

AÑO	GRUPO POBLACIONAL			INDICE DE DEPENDENCIA (%)		
	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años	GLOBAL	JUVENIL	MAYORES
2005	243.705	628.761	461.14	46,1	38,8	7,3
2009	250.993	731.709	61.304	42,7	34,3	8,4
2015	260.500	831.065	83.171	41,4	31,3	10,0

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población localidad de Suba 2010.

La mayor población de la localidad se concentra en el área urbana lo que representa el 99,9% de los habitantes, mientras que las personas que se encuentran en la zona rural corresponden a 167 con una participación de 0,02%.

La densidad poblacional por hectárea corresponde a 162,4 habitantes por hectárea en el área urbana y 0,04 habitantes por hectárea de la parte rural de la localidad (ver tabla 5).

Tabla 5. Número de habitantes según área urbana y rural, localidad de Suba, 2009.

DETALLE		Número de habitantes	Porcentaje
POBLACION	Área Urbana	1.018.450	99,9
	Área Rural	167	0,02
EXTENSION (Hectáreas)	Área Urbana	6.271	62,5
	Área Rural	3.785	37,6
DENSIDAD (Hab. x Ha)	Área Urbana	162,4	-----
	Área Rural	0,04	-----

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 - 2015. Decretos 176 de 2007 (Zona urbana) y 304 de 2008 (zona rural).

En la localidad existe una gran cantidad de población flotante de arrendatarios que cambian constantemente de residencia. En el año 2002 fueron identificadas por el Hospital de Suba 313 familias de desplazados que se ubicaron en la localidad, fenómeno ratificado en el perfil socio – económico realizado en el 2006, en el que se calcula que a Suba llegaron 491 hogares desplazados de los 10.380 que entraron a la ciudad. Esto explica en parte que sea una de las localidades con mayor crecimiento poblacional.

1.2.1.1. Población étnica.

Históricamente la localidad de Suba es un territorio de diversidad étnica y cultural, hecho que se constata con el asentamiento permanente de población Indígena y afrodescendientes; cada uno de estos grupos poblacionales presentan unas características históricas particulares, unos modos de organización propios de sus usos y costumbres y que los hace tener reivindicaciones específicas.

De acuerdo con la caracterización social de las minorías étnicas en la localidad de Suba del año 2008 por diversas organizaciones e instituciones del orden local, se identificó que la población étnica podrían estar cercana al 4,5% (41.037 individuos) del total de la localidad, siendo el 0,75% de comunidades indígenas (6.839 entre Muisca, Kichwas, Pijaos, Kamtza, Huitotos y Paeces) y el 3,75% de comunidades afrodescendientes (34.197) en su mayoría desplazados de diferentes regiones del país.

Además, se identificó que la composición de la familia indígena consta de entre cuatro y seis miembros con un 62.3 %, seguido por las que tienen entre uno y tres miembros con un 24,8%. Estos datos, al igual que con la comunidad afrodescendiente, muestra que el tamaño de la familia indígena se ubica por encima del promedio establecido para Bogotá según DANE 3,4 miembros por familia.

Indígenas

Entre las dinámicas distritales, es relevante conocer las particularidades de la población muisca de la localidad de Suba para, de esta manera, entender el escenario en el que toman partido estos colectivos.

Los indígenas de la localidad están representados por dos grupos: El Muisca con más de 5.500 personas es el más representativo, mientras que los Kichwa (Otavalos) cuenta con una presencia de aproximadamente 38 personas. Por su parte, el colectivo Muisca se divide principalmente en dos partidas. La primera es el Cabildo Muisca de Suba, el cual cuenta con el reconocimiento del Ministerio del Interior y tienen un Censo oficial de 5.467 personas. Es importante señalar que este censo fue realizado en el año 2006 y periódicamente ingresan personas que se auto reconocen como Muisca. La segunda partida está conformada por un grupo de aproximadamente 100 personas que se auto-reconocen como indígenas Muisca y tienen por nombre “Nación Muisca”. Si bien, sus representantes tuvieron relación con los dirigentes del Cabildo Muisca, en la actualidad se encuentran distanciados por desavenencias políticas y organizativas. Pese a que éste grupo lleva un proceso organizado y de reconstrucción o recuperación de saberes ancestrales, no se encuentran reconocidos por el Ministerio del Interior como colectividad étnica lo cual hace difícil su inclusión legal dentro de las acciones estatales para con estas colectividades.

De acuerdo con la caracterización de salud a su casa 2009 se identificó el Micro territorio Cabildo, el cual cuenta con 131 familias y 321 individuos caracterizados, con un promedio de 2.5 personas por hogar y con un predominio en las mujeres 165 (51.4%) con respecto a los hombres 156 (48.6%). El 100% de las familias caracterizadas viven en el área urbana.

En cuanto a los niveles de concentración de población por etapa de ciclo vital se identificó que 21% (107) de los individuos caracterizados en el Cabildo son infantes, de los cuales 41 (38%) son menores de 1 año, 24 (23%) son menores entre uno y cuatro años y 42 (39%) están entre 5 y 9 años. Los jóvenes fueron 162 (34%), de los cuales 46 (28%) están en adolescencia inicial, 38 (24%) en adolescencia media y 78 (48%) son jóvenes propiamente dichos. Los adultos representan el 39% con 197 individuos de los cuales 116 son adultos jóvenes y 81 adultos maduros. Finalmente el 6% (32) son adultos mayores. Con respecto a las gestantes se identificaron 32 mujeres gestantes; 25% de las mujeres en edad fértil. Las mujeres en edad fértil del micro territorio constituyen el 49% del total de mujeres (129).

Por otro lado el índice de dependencia económica de la población que hace parte de las familias caracterizadas es del 54%, lo que indica que hay 54 personas en edad de dependencia por cada 100 individuos económicamente productivos; al desagregar la dependencia se encuentra que 47% son por juventud o niñez y el 6% por vejez; el índice de envejecimiento es del 14%

De los 321 individuos caracterizados en el micro territorio de Cabildo, el 0.6% de las personas fueron catalogadas en situación especial, un indigente y un reinsertado, hombres.

El 66.4% de las personas caracterizadas pertenecen al régimen contributivo, 10.9% al vinculado, el 19% al subsidiado y el 0.4% al especial.

Por otro lado, en relación a la tenencia de la vivienda, el 33.6% vive en arriendo, el 56% tiene vivienda propia de los cuales el 19% aun la están pagando, el 1% viven en Subarriendo y el 9,4% en otros.

También se identificó que el 100% de las viviendas en el momento de la caracterización contaban con conexión del inodoro al alcantarillado. Respecto a los servicios públicos el 3.2% no contaban con acueducto y alcantarillado, el servicio que más carecía la población es el gas en el 21% de los casos.

Afrodescendientes

A diferencia de los indígenas, la población afrocolombiana tiene un ente de representación diferenciado en dos instancias: La Nacional y la Distrital. La Comisión Consultiva Distrital es el ente encargado de mediar las relaciones entre el Gobierno Nacional/Distrital y la población afrocolombiana. Los representantes de la comunidad en estas dos esferas son elegidos por la misma población.

Por su parte, la comunidad afro de Suba representa 1.62% de la población según cifras del CENSO DANE 2005, de los cuales 0,79% son hombres y 0,83% son mujeres.

La concentración de población afro colombiana en puntos específicos ha generado unas dinámicas sociales particulares. La primera y tal vez más visible es la manera como han ido focalizando sus sitios de vivienda; un elemento característico de la población afro de la localidad es su concentración en puntos específicos (al interior de los barrios de la localidad). Esto se debe a que por lo general primero llega una persona de la familia, luego de unos meses llegan más miembros de la familia al lugar donde se encuentra la primera persona y así sucesivamente. De esta manera se van concentrando en zonas determinadas, creando colectividades enlazadas por un elemento físico (lugar de vivienda) y por los lazos de parentesco y afinidad.

Hay que tener en cuenta que la población afro se encuentra alimentada principalmente por dos fuentes. La primera está relacionada con las migraciones voluntarias de afros hacia la capital mientras que la segunda, tal vez la más preocupante y la que representa el mayor número de llegada de afros según estimados extraoficiales, está relacionada con el desplazamiento forzado. Debemos mencionar que en lo observado hasta el momento, ambas fuentes manejan parámetros similares de asentamiento, lo cual indica elementos culturales específicos que atraviesan la organización territorial de los afros, evidenciando sus estrategias de adaptación a un medio prácticamente desconocido.

Como buena parte de los territorios de los afrodescendientes han sido objeto de disputa por parte de los actores armados, esto ha devenido en una gran diáspora de desplazados que migran a Bogotá. La población afro descendiente residente en la capital, según datos del censo de 2005 se estima en 97.885 individuos, de los cuales gran parte se encuentran en situación o condición de desplazamiento y se ubican en barrios subnormales de localidades como Bosa, Kennedy, Fontibón, Usme y Suba.

La población afrodescendiente del país atraviesa las peores condiciones de pobreza, marginalidad, exclusión y discriminación étnica. Esta problemática se refleja en la localidad de Suba en donde

dicha población tiene asiento en su gran mayoría en las UPZ del Rincón y Tibabuyes, en los barrios Villa María, La Gaitana, Tibabuyes, Bilbao, Costa Azul, Lisboa, Villa Cindy, Santa Rita y San Pedro (estos últimos 4 barrios constituyen las zonas de mayor marginalidad); además se encuentran ubicados en los alrededores del río Bogotá y presentan importantes focos de insalubridad, problemas ambientales y drásticos problemas de marginalidad y pobreza que se ven reflejados en los índices de violencia que presenta este sector que son de alrededor del 45% de la capital.

1.2.1.2. Población en micro territorios caracterizados, Localidad de Suba, 2009.

Suba cuenta con 70 micro territorios, cada uno conformado por 1.200 familias, para un total de 84.000 familias y 242.988 individuos, lo que representa un promedio de 3 personas adultas y 2 menores de 5 años por familia; la composición por sexo muestra un predominio de las mujeres con respecto a los hombres, 54% (130.363) son del sexo femenino y el 46% (112.625) del sexo masculino, comportamiento similar al de Bogotá, reflejando una razón de masculinidad de 0.86, indicando que por cada 100 mujeres caracterizadas hay 86 hombres.

En cuanto a los niveles de concentración de población por grupos específicos de edad, la base piramidal de los individuos caracterizados comprendida para el rango de 0 a 4 años es del 8%; sin embargo el grueso de la población se concentra entre los 5 a 29 años, constituyendo el 47% del total. Al distribuir por etapas del ciclo vital se encontró que el 25% de los individuos se encuentran en la etapa de ciclo vital Infancia, el 22% cursan por Juventud, el 44% son adultos y solo el 9% adultos mayores. El 60% de las mujeres se encuentra en edad fértil, comportamientos que no distan con relación al Distrito Capital. Por otro lado el índice de dependencia económica para la población caracterizada es del 45% es decir, que hay 45 personas en edad de dependencia por cada 100 personas económicamente productivas, similar a la de Bogotá. Al desagregar la dependencia, se encuentra que 37 son por juventud/niñez y el 9% por vejez; el porcentaje de envejecimiento es del 23.3%.

El 1.3% de los individuos refirieron ser población especial, es así que 1.451 personas se encuentran en situación de desplazamiento, 1.105 en condición de desplazamiento, 100 son indigentes, 61 menores abandonados y 613 reinsertados. El 0.6% manifestó pertenecer a un grupo étnico: 301 Afro Colombianos, 678 Indígenas, 387 población ROM/gitanos.

Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 55% de los individuos caracterizados pertenecen al sistema contributivo, el 19% al subsidiado, el 2.7% al especial y el 22.9% no se encuentran asegurados; de éstos, el 63.6% (35.364) son no asegurados no identificados y al 36.3% (20.164) ya se les aplicó la encuesta SISBEN y se clasificaron como beneficiarios de servicios.

Referente al grado de educación el 3% de los individuos caracterizados son analfabetas, tan solo el 38% han logrado terminar la secundaria y el 0.8% han logrado acceder y terminar alguna carrera técnica o profesional. Estos comportamientos se encuentran por encima a los de Bogotá y los de la localidad, esto asociado posiblemente a que los datos son exclusivos de población de estratos 1 y 2 cuya situación socioeconómica es bastante vulnerable, lo que puede limitar de cierta manera el acceso a la educación, especialmente a la técnica y profesional.

Suba, en su estructura socioeconómica, es una localidad con diferencias importantes en términos de estratos, índice de calidad de vida e ingreso y con presencia de pobreza en importantes porcentajes, alcanzando desde un 35% hasta un 60% en micro territorios. Para el año 2008 según la estrategia de Salud a Su Casa los micro territorios caracterizados fueron: (Abadía, Aguadita, Aures I, Aures II, Berlín, Bilbao, Cabildo, Cafam Bilbao, Caminos de la Esperanza, Caminos Verdes,

Manuelita, Miramar, Naranjos, Nueva Tibabuyes, Nueva Zelanda, La Chucua, La Palma, Lagos de Suba, Las Mercedes, Lisboa, Spring II, Tibabuyes, Torres de Suba, Toscana, Tuna Alta, Tuna Baja, Villa Cindy, Villa Elisa, Villa Hermosa, Villa María, Campiña, Cantalejo, Cañiza, Carolinas, Catalinas, Ciudad Jardín, Ciudadela Cafam, Corinto, Comuneros, Costa Azul, Chorrillos, Desplazados, El Mirador, Fénix, Fontana, Gaitana, Guacani, Japón, Java, Katigua, Portal Norte, San Pedro, Santa Rita, San Cayetano, Rincón Rubí, Rincón de Santa Inés, Piedra Verde, Prado Sur, Prado de Sotavento, Prado Veraniego).

Los micro territorios se caracterizan por presentar alta vulnerabilidad y aunque se localizan a lo largo y ancho de la localidad la mayor parte de estos hacen parte de la zona de concentración de problemas sociales, (Tibabuyes, Rincón, Suba Centro y Casablanca) en donde predomina la población de estrato 1 y 2, con alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, servicios públicos y escasos equipamientos, asentamiento de recicladores, generando, debilitamiento del tejido social, violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas, suicidio entre otras. Además existen problemas de inseguridad debido a la existencia de varios expendios de drogas y de alcohol lo que genera un aumento marcado de la inseguridad y de los problemas de drogadicción en los jóvenes. Los micro territorios ubicados en cercanías del río y humedales son los más inseguros debido a la presencia de indigentes, expendios de drogas y delincuencia común.

La localidad de Suba tiene el mayor número de micro territorios con relación a las demás localidades dado que así mismo concentra un volumen importante de población, además hay un elevado número de personas flotantes en la localidad representadas en población desplazada, personas que cambian con frecuencia de lugar de residencia dentro de la localidad y otros provienen de otras localidades y algunas personas pertenecen a las minorías étnicas, como son los afros y los indígenas.

Además de las anteriores características, Suba es una localidad receptora, dado que, recibe población migratoria, fruto del desplazamiento que ocurre en el país, en su mayor parte explicado por el fenómeno de la violencia. Esto explica en parte el incremento poblacional de los últimos cinco años.

Este panorama social muestra a la localidad marcada por grandes diferencias y contradicciones. Por un lado diversidad ambiental y cultural, riqueza ecológica, procesos de urbanización y crecimiento económico y por otro pobreza y problemáticas sociales concentradas en los territorios de alta densidad poblacional, lo que expresa una alta inequidad social, deterioro ambiental y falta de políticas públicas que distribuyan de manera más justa las riquezas y el poder en la localidad.

1.2.1.3. Otras poblaciones identificadas en los micro territorios

Personas en condición o situación de desplazamiento

Los desplazados se encuentran ubicados en toda la localidad como se identificó a través de la estrategia salud a su casa, los cuales están clasificados en condición o situación de desplazamiento forzado por la violencia.

El grupo de desplazados cuenta con 1.363 familias y 4.479 individuos caracterizados, con un promedio de 3.3 personas por hogar. Con un predominio en las mujeres 2.386 (53.3%) con respecto a los hombres 2.093 (46.7%). El 4% de las familias caracterizadas viven en el área rural y el 96% en la urbana.

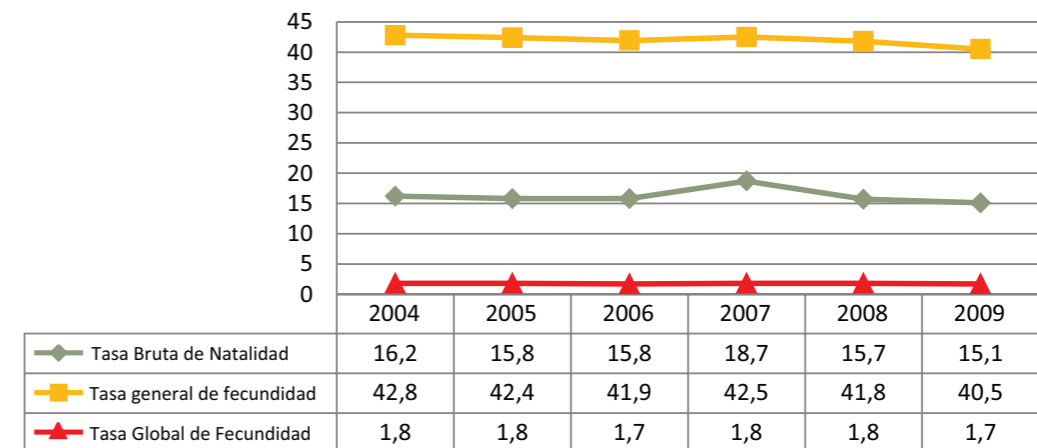
Por otro lado el 2.6% (n=115) de los sujetos caracterizados pertenecen a algún grupo étnico: 83 Afro-Colombianos (45 mujeres, 38 hombres), 21 indígenas (10 mujeres, 11 hombres), 11 Rom / Gitanos (6 mujeres, 5 hombres).

1.2.2. Indicadores demográficos

Suba se encuentra ubicada entre las localidades con población expansiva, esto lo demuestra la variación ocurrida entre el año 2008 al 2009; el incremento poblacional fue de 2,5.

La evolución de la estructura demográfica en la localidad de Suba, se ve representada en el comportamiento de variables demográficas tales como son los nacimientos y las tasas de fecundidad y mortalidad respectivamente, las cuales han presentado cambios leves en los últimos 6 años debido al control de fecundidad (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Indicadores Trazadores localidad de Suba 2009.



Fuente: Bases de Estadísticas Vitales – Hospital de Suba 2008.

1.2.2.1. Tasa bruta de natalidad

La tasa bruta de natalidad mide la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población y por lo tanto está relacionado directamente con el crecimiento de la misma. Para el año 2010 según el sistema de estadísticas vitales en la localidad de Suba se presentaron aproximadamente 15 nacimientos por cada 1.000 habitantes de la localidad; los nacimientos con respecto a la edad materna, permiten evidenciar que las mujeres entre 20 y 24 años son aquellas con mayor número de nacidos vivos el cual oscila entre 89 y 90 nacimientos por cada 1.000 mujeres de este grupo de edad, seguida por mujeres de 25 a 29 años, con 79 nacimientos por cada 1.000 mujeres y de 30 a 34 años con 69 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres para este grupo de edad.

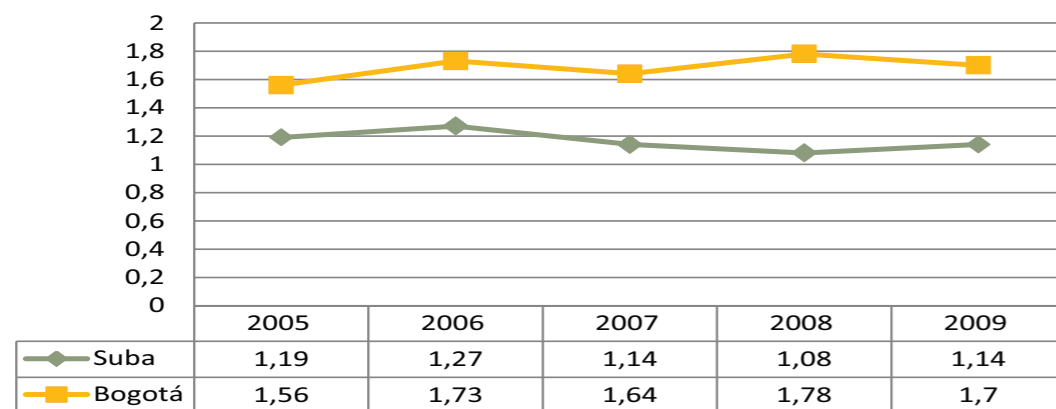
En mujeres adolescentes (15 a 19 años), la tasa de nacidos vivos de madres adolescentes es de 50 por cada 1.000 nacidos vivos, según el sistema de estadísticas vitales 2010. Situación que evidencia la necesidad de continuar con las políticas de salud sexual y reproductiva, para reducir el número de embarazos en mujeres adolescentes, mediante la promoción de los derechos de la salud sexual y reproductivos, con el fin de garantizar la libre opción reproductiva, disminuyendo así embarazos no planeados y riesgos maternos.

Con relación al nivel académico de las madres identificadas, se evidenció que 33.3% tenían media académica (n= 5.128), seguida por aquellas con estudios profesionales con 3.603 casos lo que representa 23,4%; posterior en incidencia, se encontró el bajo nivel educativo en donde 18.9% corresponde a básica secundaria y 7,7% (1 184) a mujeres con básica primaria. En la medida que el nivel educativo es más bajo, mayores son los riesgos que se pueden presentar en las gestantes y sus hijos.

La tasa global de fecundidad expresa la cantidad de hijos, en promedio, que tendrá una mujer a lo largo de su período fértil; en los últimos 5 años este indicador se ha mantenido entre 1,7 y 1,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil de la localidad de Suba, siendo inferior con relación a Bogotá (1.9 por cada 1.000 mujeres); según las proyecciones del DANE, se prevé que para el 2015 la tasa aumentará a 1.9, igualando la tasa esperada para Bogotá.

Aunque se sostiene en promedio el número de hijos que tendrá una mujer a lo largo de su periodo fértil, es necesario continuar fortaleciendo las acciones que controlan la natalidad principalmente en mujeres adolescentes, esto debido a que, al evaluar el comportamiento de las tasas específicas de fecundidad en las madres adolescentes de 10 a 14 años, se evidencia una tendencia sostenida (ver gráfica 3).

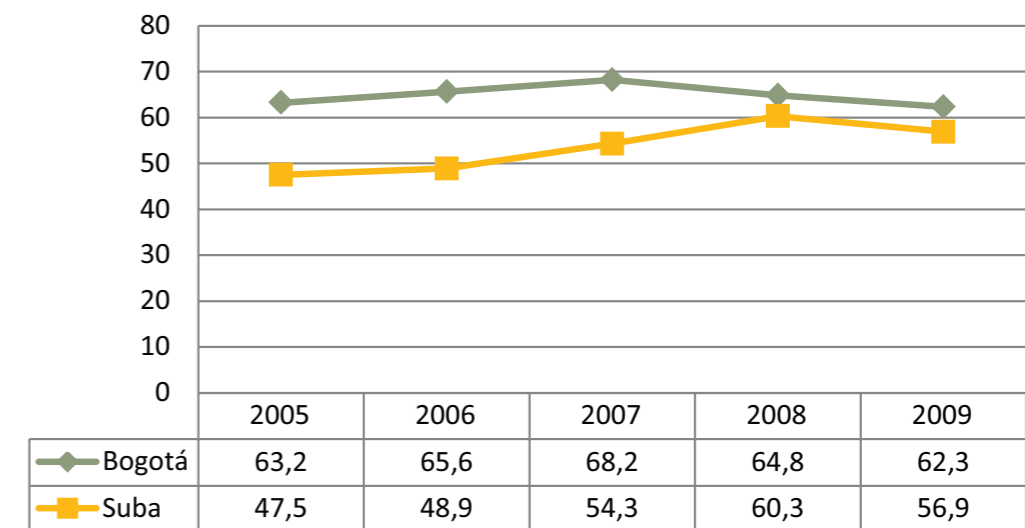
Gráfica 3. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años localidad de Suba 2005 - 2009.



Fuente: Base de datos certificado de nacimientos DANE por lugar de residencia (Los datos del 2007 -2009 son preliminares) Proyecciones de población para Bogotá D.C, DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008.

En las madres de 15 a 19 años la tasa específica de fecundidad tiende a aumentar, pese a que para el 2009 se presenta un descenso tanto para la localidad, como para Bogotá; sin embargo las tasas que mantiene el Distrito son superiores con relación a lo evidenciado para la localidad de Suba (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, Localidad de Suba - Bogotá, 2005 - 2009.



Fuente: Base de Datos certificado de nacimientos DANE por lugar de residencia (Los datos del 2007 -2009 son preliminares) Proyecciones de población para Bogotá D.C, DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008.

Con el fin de fortalecer los procesos sociales para la promoción y preservación de la salud se realizan mensualmente actividades de articulación con la red social materna infantil para la promoción e incorporación del derecho a la salud, trabajo conjunto con actores comunitarios para el abordaje de imaginarios en la maternidad y paternidad, así como también se trabaja con el componente regulación de la fecundidad el cual incluye actividades de seguimiento a cada IPS para mejorar los servicios y entregar los insumos por parte del Proyecto de Desarrollo de Autonomía, como son los preservativos, los folletos y diferente material didáctico que contiene información sobre los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos que se encuentran incluidos en el portafolio de servicios y las características de los mismos. En el componente Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes se desarrollan jornadas de la estrategia de movilización social en colegios de la localidad para el abordaje de adolescentes. Sin embargo es necesario generar estrategias de impacto dado que los indicadores de fecundidad y natalidad en adolescentes continúan en ascenso.

Para el año 2010, el total de nacimientos en la localidad fue de 15.417 de los cuales 7.987 (52%) fueron hombres y 7.430 (48%) corresponden al sexo femenino. De acuerdo con la edad gestacional al nacer se identificaron 3.044 (19,7%) como pre término y 80% a término.

Con relación al año 2008, se evidencia que aumentó el número de nacimientos en adolescentes entre 10 y 14 años y en las mujeres entre los 30 y 34 años; mención especial merecen las madres mayores de 40 años en las cuales se presentaron 488 nacimientos, si se tienen en cuenta que los embarazos en las madres mayores incrementa el riesgo de presentar enfermedades como también de tener hijos con malformaciones o enfermedades congénitas; esta situación sugiere que posiblemente están fallando los métodos de anticoncepción o bien no se hace uso de estos (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de nacimientos según edad y tasa general de fecundidad, localidad de Suba 2008 – 2009.

EDAD DE LA MADRE	2008				2009			
	POBLACION MUJERES	NUMERO NACIMIENTOS	%	TASA *1000	POBLACION MUJERES	NUMERO NACIMIENTOS	%	TASA *1000
10 a 14	43.092	43	0,30%	1.0	43.259	47	0,3%	1,1
15 a 19	42.585	2.209	14,20%	51.9	43.801	2.183	14,1%	49,8
20 a 24	43.816	3.918	25,10%	89.4	43.224	3.882	25,2	89,8
25 a 29	48.247	4.039	25,90%	83.7	49.302	3.869	25,1	78,5
30 a 34	45.002	3.084	19,80%	68.5	46.836	3.240	21,0	69,2
35 a 39	45.568	1.787	11,50%	42.9	42.248	1.713	11,1	40,5
40 a 44	41.325	443	2,80%	10,7	41.836	440	2,9	10,5
45 a 49	37.633	36	0,20%	0,9	39.129	33	0,2	0,8
50 a 54	29.694	9	0,03%	0,3	31.393	7	0,1	0,2
Sin Dato	****	17	0,10%	****	****	3	0,0	****
TOTAL	376.962	15.585	100%	41,3	381.028	15.417	100%	40,5

Fuente: Bases de datos estadísticas vitales – SDS 2008 – 2009.

1.2.3. Perfil epidemiológico

1.2.3.1. Morbilidad

La siguiente es la estructura de los eventos mórbidos identificados en el Hospital de Suba registrados durante el año 2008, a través de varias fuentes y subsistemas, para los cuales se relaciona la frecuencia y distribución de los casos institucionales. Se presenta la información concerniente a las causas de consulta institucional, diferenciada por ciclo vital. La Información fue recopilada a través de los registros individuales del diagnóstico principal, tomando la causa de ingreso y egreso, con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10; se discriminó por subcategorías a categorías, de acuerdo con lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud - OMS.

En los niños y niñas menores de 1 año, las dos primeras causas de consulta son las intervenciones que se realizan por el componente de promoción y prevención, correspondiendo al 65.7%, seguidas por trastornos en el desarrollo de la cadera, enfermedades infecciosas respiratorias de predominio a nivel inferior y afecciones de tipo alérgico. Lo anterior se pueden relacionar con los factores ambientales (contaminación, polución, temporadas invernales entre otros), económicos (bajos ingresos), culturales (creencias religiosas, alimentarias, cuidados básicos) y sociales (desplazamiento, pobreza, desempleo, hacinamiento etc.). Por cada 10.000 pacientes se presentaron 1.331 consultas anuales para personas de este ciclo vital. Por otra parte, al comparar las enfermedades más recurrentes en los últimos 4 años, en los menores de un año se identificaron la bronquiolitis aguda y las deformidades congénitas entre las primeras causas (ver tabla 7).

Tabla 7. Consulta en menores de un año, Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.

MENORES DE 1 AÑO	Femenino	Masculino	TOTAL	%	Tasa *10.000 Hab.
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	550	482	1.032	53,4	710,4
Persona en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	133	105	238	12,3	163,8
Deformidades congénitas de la cadera	76	26	102	5,3	70,2
Bronquiolitis aguda	26	23	49	2,5	33,7
Otras dermatitis	26	23	49	2,5	33,7
Otras causas	251	213	464	24	319,4
TOTAL	1.062	872	1.934	100	1.331,2

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS. Base de datos 2008.

En el grupo de edad de uno a cuatro años, lideran las consultas de promoción y prevención dirigidas a este grupo de edad con 7.71% (n=426), se mantiene la prevaencia de las enfermedades infecciosas digestivas en 5.31% (n 293), seguidas de las alteraciones a nivel nutricional, como la desnutrición proteico calórica moderada y leve y las afecciones alérgicas, con 4.14% (n=229) y las enfermedades respiratorias de las vías áreas superiores, con 1.76% (n=97); esta situación se relaciona con el ingreso de los niños y niñas menores a guarderías infantiles, aseo e higiene personal y del hogar, cuidados en la alimentación y esquema de vacunación incompleto, entre otras causas.

Es así, que se aprecian 7.726 consultas por cada 100.000 habitantes por año en este grupo de edad (ver tabla 8).

De acuerdo con lo evidenciado en los últimos cuatro años, la desnutrición se ha mantenido entre las primeras cinco causas de morbilidad en este grupo poblacional, situación que se relaciona con determinantes sociales, económicos, alimentarios, ambientales y culturales, los cuales afectan de manera negativa en la situación de salud de los niños y niñas menores de cinco años; también se identificaron las enfermedades respiratorias como la neumonía, faringitis y otras infecciones agudas de las vías respiratorias, como importante motivo de consulta en éste grupo etario.

Tabla 8. Consulta en el grupo de edad de uno a cuatro años, Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 1 A 4 AÑOS	SEXO		Total general	%	TASA 100.000 HAB
	Femenino	Masculino			
Persona en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias.	205	221	426	7,7	595,9
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	167	126	293	5,3	409,9
Desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve	78	66	144	2,6	201,5
Dermatitis atópica	74	61	135	2,4	188,9
Faringitis aguda	55	42	97	1,8	135,7
Otras causas	2.340	2.088	4.428	80,2	6.194,7
TOTAL	2.919	2.604	5.523	100	7.726,5

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS. Bases de datos 2008.

En el caso de niños y niñas con edades comprendidas entre los 5 y los 14 años, la causa de consulta es diversa; el primer lugar lo ocupa la parasitosis intestinal, con 8.76% (n= 1.214), en segundo lugar los controles de promoción y prevención con el 3,6% (n= 494) y en tercer lugar la atención para la anticoncepción con el 2.9% (n= 411). Es importante observar dentro de este grupo de edad la importancia del diagnóstico oportuno de patologías tales como las oculares 2.79% (n= 387), que afectan a futuro, por ser enfermedades progresivas y degenerativas que inciden con problemas a nivel escolar y a largo plazo, en etapas laborales. Lo que representa 1 978 consultas anuales por cada 100.000 habitantes (ver tabla 9). Los trastornos de la acomodación y la refracción se han identificado entre las primeras causas de enfermedad en los últimos 3 años.

Tabla 9. Consulta del grupo de edad de 5 a 14 años. Hospital de Suba II Nivel E.S.E. 2008.

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 5 A 14 AÑOS	SEXO		Total general	%	TASA 100.000 HAB
	Femenino	Masculino			
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	703	511	1.214	8,8	778,3
Persona en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	245	249	494	3,6	316,7
Atención para la anticoncepción	224	187	411	2,9	263,5
Trastornos de la acomodación y de la refracción	214	173	387	2,8	248,1
Rinitis alérgica y vasomotora	179	179	358	2,6	229,5
Otras causas	2.832	4.629	10.996	79,3	7.048,4
TOTAL	7.932	5.928	13.860	100	8884,2

Fuente: Hospital De Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS. Base de datos 2008.

En las edades comprendidas entre 15 y 44 años, la causa de consulta es diversa; comenzado por las de promoción y prevención 8.42% (n= 3967), enfermedades o alteraciones de los órganos reproductores femeninos y demás problemas de salud generalizado; se concluye como predominante el sexo femenino 81% (n= 38.043). Es importante resaltar dentro de este grupo de edad la importancia de un diagnóstico oportuno de patologías crónicas, digestivas, metabólicas y óseo articulares. Representando 11.099 consultas anuales por cada 100.000 habitantes (ver tabla 10).

Una de las causas de mayor consulta en la población entre 15 y 44 años, es la supervisión del embarazo, lo cual es un aspecto importante, dado que es necesario que las madres de la localidad mantengan los controles pertinentes de acuerdo con la evolución del proceso de gestación y se prevengan futuras anomalías en los recién nacidos.

Tabla 10. Consulta en el grupo de edad de 15 a 44 años. Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 15 A 44 AÑOS	SEXO		Total general	%	Tasa por 100.000
	Femenino	Masculino			
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	2.874	1.093	3.967	8,4	934,6
Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva	1.907	0	1.907	4,1	449,3
Gastritis y duodenitis	1.273	338	1.611	3,4	379,5
Supervisión de embarazo de alto riesgo	1.504	2	1.506	3,2	354,8
Dorsalgia	1.062	422	1.484	3,2	349,6
Otras causas	29.423	7.166	36.637	77,7	8.631,5
TOTAL	38.043	9.071	47.114	100	11.099,3

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS. Base de datos 2008.

En las edades comprendidas entre 45 y 59 años, puede observarse el impacto de la consulta de promoción y prevención para este grupo edad, lo que demuestra el trabajo integral de la atención primaria en salud, indicando la importancia de llevar a cabo un diagnóstico oportuno. Entre las causas de consulta se pueden identificar enfermedades crónicas de tipo osteomusculares 5.6% (n= 1.167) y digestivas 4.30% (n=892) entre las primeras causas de morbilidad, representando 20.739 consultas anuales por cada 100.000 habitantes (ver tabla 11).

Es importante resaltar que, enfermedades como la dorsalgia y la hipertensión, son reiterativas en el grupo de edad de 45 a 49 años, dado que se ha evidenciado en los últimos 4 años estos diagnósticos entre los primeros motivos de consulta; estas enfermedades son crónicas y requieren de tratamiento continuo; sin embargo indican que es necesario fortalecer las acciones de promoción y prevención para postergar la aparición de las mismas.

Tabla 11. Consulta por grupo de edad de 45 a 59 años. Hospital de Suba II Nivel E.S.E. 2008.

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 45 A 59 AÑOS	SEXO		Total general	%	Tasa por 100.000 Hab.
	Femenino	Masculino			
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1.007	410	1417	6,8	825,1
Dorsalgia	881	286	1.167	5,6	679,6
Gastritis y duodenitis	619	273	892	4,3	519,4
Hipertensión secundaria	671	118	789	3,8	459,4
Otros trastornos articulares no clasificadas en otra parte	508	158	666	3,2	387,8
Otras causas	11.714	4.094	15.808	76,2	9.205,0
TOTAL	15.400	5.339	20.739	100	12.076,4

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS - Base de datos 2008.

En la población de 60 años en adelante, la morbilidad corresponde a enfermedades crónicas como son trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias 5.9% (1 025), EPOC 5.4% (930), dorsalgias 3.9% (670) entre otras, las cuales son secundarias a factores de riesgo asociados a estilos de vida, hábitos alimentarios, conductas sociales, condición laboral, exposición a diferentes partículas ambientales, sedentarismo, antecedentes familiares y stress principalmente, enfermedades que se gestan desde temprana edad.

En los últimos 5 años, estas patologías se han encontrado de forma particular en la etapa de vejez. Esta situación refleja la importancia de actuar oportunamente para disminuir las complicaciones y eventos adversos de la salud los cuales generan mayores costos institucionales y sociales. En el año 2008 se presentaron por cada 100.000 habitantes 21.170 consultas en este grupo poblacional (ver tabla12).

Tabla 12. Consulta por grupo de edad de 60 y más años - Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.

CAUSAS DE MORBILIDAD 60 AÑOS Y MAS	SEXO		Total general	%	Tasa por 100.000 Hab.
	Femenino	Masculino			
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	762	275	1.037	6,1	1.283,8
Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	741	284	1.025	5,9	1.268,9
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	573	357	930	5,4	1.151,3
Dorsalgia	494	176	670	3,9	829,4
Gastritis y duodenitis	438	163	601	3,5	744,0
Otras causas	9.722	3.116	12.838	75,1	10.982,1
TOTAL	12.730	4.371	17.101	100	21.170,63

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS - Base de datos 2008.

Por el servicio de urgencias se atendieron 44.685 pacientes, que consultaron por los siguientes motivos: dolor abdominal y pélvico en 8.9% (3.986 casos), supervisión del embarazo en 10.8% (4.834 casos), enfermedades infecciosas respiratorias 3.4% (1.526 casos) y otro grupo por causas de lesiones externas; entre las más frecuentes se describen traumatismo en cabeza, con 1.2% (518 casos); lo anterior puede ser consecuente con la inseguridad de la localidad. Otra proporción importante es por accidentes. En el servicio de urgencias se atendieron 4.940 consultas anuales por cada 100.000 habitantes. También se identificó que son las mujeres las que más consultan, en parte por las enfermedades propias de la mujer como son las relacionadas con la reproducción (ver tabla 13).

Tabla 13. Consulta por Urgencias, Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.

CAUSAS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%	TASA *100.000 HAB
Dolor abdominal y pélvico	2.971	1.015	3.986	8,9	440,7
Supervisión de embarazo normal	3.041	0	3.041	6,8	336,2
Supervisión de embarazo de alto riesgo	1.793	0	1.793	4,0	198,2
Hemorragia precoz del embarazo	1.784	0	1.784	3,9	197,2
Bronquiolitis aguda	711	815	1.526	3,4	168,7
Otras causas	20.656	11.901	32.555	72,9	3.599,3
TOTAL	30.947	13.738	44.685	100	4.940,4

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS - Base de datos 2008.

Como indicador de calidad de vida, la consulta por medicina interna en su mayoría se basa en las enfermedades crónicas, por la relación existente entre su aparición y los hábitos de vida cotidiana. En este grupo se relacionan diferentes patologías que aparecen a medida que pasan los años; estas enfermedades se encuentran asociadas a factores extrínsecos del medio ambiente, hábitos dietarios inadecuados debido al elevado consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas; sumado a estos factores, existen otros que repercuten negativamente, como el hábito de fumar, la ingesta de alcohol, el sedentarismo y el stress, entre otros.

Entre las causas de egreso por medicina interna se identificaron las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas que corresponde al 18.4% (327 casos) como primera causa, seguida de la insuficiencia cardíaca, dolor de garganta, diabetes mellitus e hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, eventos cerebro vasculares y enfermedades secundarias al sistema urinario, ya sea por trastornos metabólicos, infecciosos o hereditarios. Por cada 100.000 habitantes se presentaron 197 consultas anuales de medicina interna (ver tabla 14).

Tabla 14. Consulta por causas de egreso medicina interna. Hospital de Suba II Nivel E.S.E., 2008.

CAUSAS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%	TASA *100000 HAB
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	193	134	327	18,4	36,2
Insuficiencia cardiaca	79	55	134	7,5	14,8
Dolor de garganta y en el pecho	59	31	90	5,1	9,9
Diabetes mellitus no especificada	55	29	84	4,7	9,3
Celulitis	46	33	79	4,4	8,7
Otras causas	626	440	1066	59,9	117,9
TOTAL	1.058	722	1.780	100	196,8

Fuente: Hospital de Suba, Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS - Base de datos 2008.

1.2.3.2. Discapacidad

La discapacidad es un impedimento o limitación funcional que tiene una persona a consecuencia de una deficiencia orgánica: física, psíquica o sensorial. Esta limitación funcional es inherente a la evolución biológica del ser humano. Por lo que puede ser transitoria o permanente, mayor o menor; pero en ningún caso supone una anulación de la persona y de sus posibilidades.

Las discapacidades reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; por lo tanto, representan trastornos a nivel de la persona. Las deficiencias se refieren al órgano o la parte del cuerpo afectado, por ejemplo lesiones del cerebro, médula espinal, extremidad u otra parte del cuerpo. Son ejemplos descritos como “ausencia de piernas”, “desprendimiento de retina”, etcétera.

Según la OMS, una persona con discapacidad, es aquella que presenta restricciones en la clase o en la cantidad de actividades que puede realizar, debido a dificultades corrientes causadas por una condición física o mental permanente o mayor a seis meses.

En Colombia, según el censo DANE 2005, cerca de 2.650.000 personas presentan algún tipo de discapacidad, es decir por cada 100 colombianos 6.3 tienen limitaciones permanentes (6.5 hombres y 6.1 mujeres), lo que representa un incremento notable frente a la prevalencia del 1.8% según el censo del año 1993.

En la población de la localidad, según registro de localización y caracterización del año 2007, se presenta un total de 11.220 personas con discapacidad, cifra que representa el 11.6% de la población general. Las mujeres a partir de los 45 años son quienes presentan mayores limitaciones con relación a los hombres.

Se evidenció de igual manera que la población de la etapa del ciclo vital de persona mayor es la más afectada por problemas físicos que se desarrollan por procesos degenerativos propios de la edad, concordante con el comportamiento observado en la población del Distrito (ver tabla 15).

Tabla 15. Proporción personas con discapacidad por 1.000, localidad de Suba - Bogotá, 2008.

GRUPO	SUBA	BOGOTÁ
Todas las etapas del ciclo vital	11,6	25,1
Infancia	4,3	8,5
Juventud	7,7	12,4
Adulto	8,1	19,8
Adulto mayor	60,4	125,7

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

Entre las alteraciones que más afectan a la población con discapacidad se destacan las relacionadas con el movimiento del cuerpo, seguida de las alteraciones del sistema nervioso central (ver tabla 16).

Tabla 16. Distribución de personas con discapacidad según alteraciones, localidad de Suba, 2008.

Alteraciones	Personas	%
Alteraciones movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	7.145	25,0
Alteraciones sistema nervioso central	4.980	17,4
Alteraciones Visuales	4.465	15,6
Alteraciones sistema cardiorrespiratorio y defensas	3.773	13,2
Alteraciones voz y habla	2.168	7,6
Alteraciones digestión, metabolismo y hormonas	1.930	6,8
Alteraciones Auditivas	1.904	6,7
Alteraciones sistema genital y reproductivo	9.34	3,3
Alteraciones piel	543	1,9
Otra alteración	413	1,4
Alteraciones demás órganos de los sentidos	312	1,1
Total	28.567	100,0

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

Las limitaciones en la actividad son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño o en la realización de las actividades, por ejemplo limitaciones para aprender, hablar, caminar u otra actividad. La limitación hace referencia a la disminución en la capacidad para realizar movimientos, sin embargo las personas pueden realizar actividades con cierta dificultad y con manejo apropiado de terapia en algunos casos pueden superar la limitación. Las dificultades para caminar, correr, saltar, pensar entre otras, son las limitaciones que se presentan con mayor frecuencia en las personas en condición de discapacidad, en la localidad de Suba (ver tabla 17).

Tabla 17. Distribución de personas con discapacidad según limitaciones, localidad de Suba, 2008.

Limitaciones	Personas	%
Presenta dificultades para caminar, correr, saltar	7.256	21,1
Presenta dificultades para pensar	4.272	12,4
Presenta dificultades para llevar, mover, utilizar objetos con las manos	3.385	9,8
Presenta dificultades para cambiar y mantener posiciones del cuerpo	3.116	9,1
Presenta dificultades para ver	2.938	8,5
Presenta dificultades para hablar y comunicarse	2.472	7,2
Presenta dificultades para desplazarse en trechos cortos	2.472	7,2
Presenta dificultades para relacionarse con las demás personas y el entorno	2.101	6,1
Presenta dificultades para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	1.381	4,0
Presenta dificultades para oír	1.302	3,8
Presenta dificultades para retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	1.259	3,7
Presenta dificultades para masticar, tragar, asimilar o transformar los alimentos	1.201	3,5
Presenta dificultades para mantener piel, uñas y cabellos sanos	577	1,7
Presenta dificultades para distinguir sabores u olores	230	0,7
Presenta otra dificultad	421	1,2
Total	34.383	100,0

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

1.2.3.3. Vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI ha asegurado la administración de la vacuna contra difteria, polio, tos ferina (Pertussis), DPT, triple viral, Hepatitis A y fiebre amarilla, a todo menor de 5 años y de esta manera garantizar la inmunidad de la población. Así mismo a través del PAI se implementaron diferentes procesos, con el fin de ampliar la cobertura de vacunación a toda la población menor de la localidad con acciones a nivel institucional y extramural, a través de cada una de las estrategias como son vacunación casa a casa, vacunación por concentración en jardines y guarderías, hogares comunitarios, para garantizar la inmunización a todos los menores.

En la localidad de Suba, según los registros del Programa Ampliado de Inmunizaciones, se pudo establecer que ninguno de los biológicos alcanzo el 95% esperado en niños y niñas menores de 1 año; para el trazador antipolio, disminuyó el porcentaje con respecto al año 2007 pasando de 94.2% a 93,7% para el 2009; para el grupo de niños y niñas de un año, el cumplimiento con el trazador triple viral superó lo esperado con relación al 2007 (ver tabla 18).

Tabla 18. Porcentaje de cumplimiento metas por biológico localidad de Suba, 2007 – 2009.

BIOLOGICO	Año 2007		Año 2008		Año 2009	
	INMUNIZADOS	%	INMUNIZADOS	%	INMUNIZADOS	%
MENOR DE 1 AÑO						
BCG	6.931	63.1	6.810	62.2	6.914	60,6
Antipolio	10.334	94.2	11.141	102.0	10.693	93,7
DPT	10.339	94.2	11.136	102.0	10.699	93,7
Hepatitis B	10.339	94.2	11.136	102.0	10.704	93,7
Haemophilus	10.339	94.2	11.130	102.0	10.699	93,7
Neumococo	*****	*****	*****	*****	8.660	75,8
Rotavirus	*****	*****	*****	*****	10.062	88,1
1 AÑO						
Fiebre amarilla	10.546	94.3	9.022	82.4	12.307	105,2
Triple viral	10.520	94.0	11.427	104.3	11.137	95,2
Hepatitis A	*****	*****	11.162	101,9	10.778	92,1

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Hospital de Suba II Nivel ESE.

1.2.3.4. Sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales - Sivim

De acuerdo con la notificación al Sivim, en la localidad de Suba para el año 2010 se identificaron 1.717 casos de violencia de donde el 62% ocurrió en mujeres (1.791 casos) y el 38% en hombres (1.083 casos).

El evento que predominó en el año 2010 fue la violencia emocional, con 635 casos. La violencia emocional generalmente está relacionada con los demás tipos de violencia teniendo en cuenta que los gritos, insultos o humillaciones acompañan a la violencia física y sexual, entre otras y las principales víctimas son las mujeres; La violencia emocional paso de 12,3% en el año 2007 a 23,3% en el año 2010 en la población masculina, mientras que para la población femenina paso del 24,4% en el año 2007 al 30,1% en el año 2010; este tipo de violencia es el más común y aunque no deja huellas físicas si puede generar mayores lesiones psicológicas.

Por otra parte, la negligencia se presenta generalmente en los niños y niñas menores de cinco años, quienes son reportados en su mayoría por instituciones de salud y presentan bajo peso, colecho positivo (padres que duermen con los hijos en la misma cama), accidentes o caídas, Enfermedad Diarreica Aguda - EDA, Infección Respiratoria Aguda - IRA, automedicación, menores sin documento de identidad, sea éste registro civil o tarjeta de identidad, menores desescolarizados, consulta médica tardía o esquema de vacunas incompleto.

En cuanto a la violencia física, es mas frecuente en la relación conyugal; las mujeres y los niños continúan siendo víctimas de la rudeza de los hombres a la hora de resolver los conflictos “los golpes son concebidos como la forma adecuada de castigo”; las violencias menos reportadas durante el 2010 fueron el abandono y violencia económica (ver tabla 19).

Tabla 19. Distribución de casos de violencia según sexo, localidad de Suba 2008 - 2009.

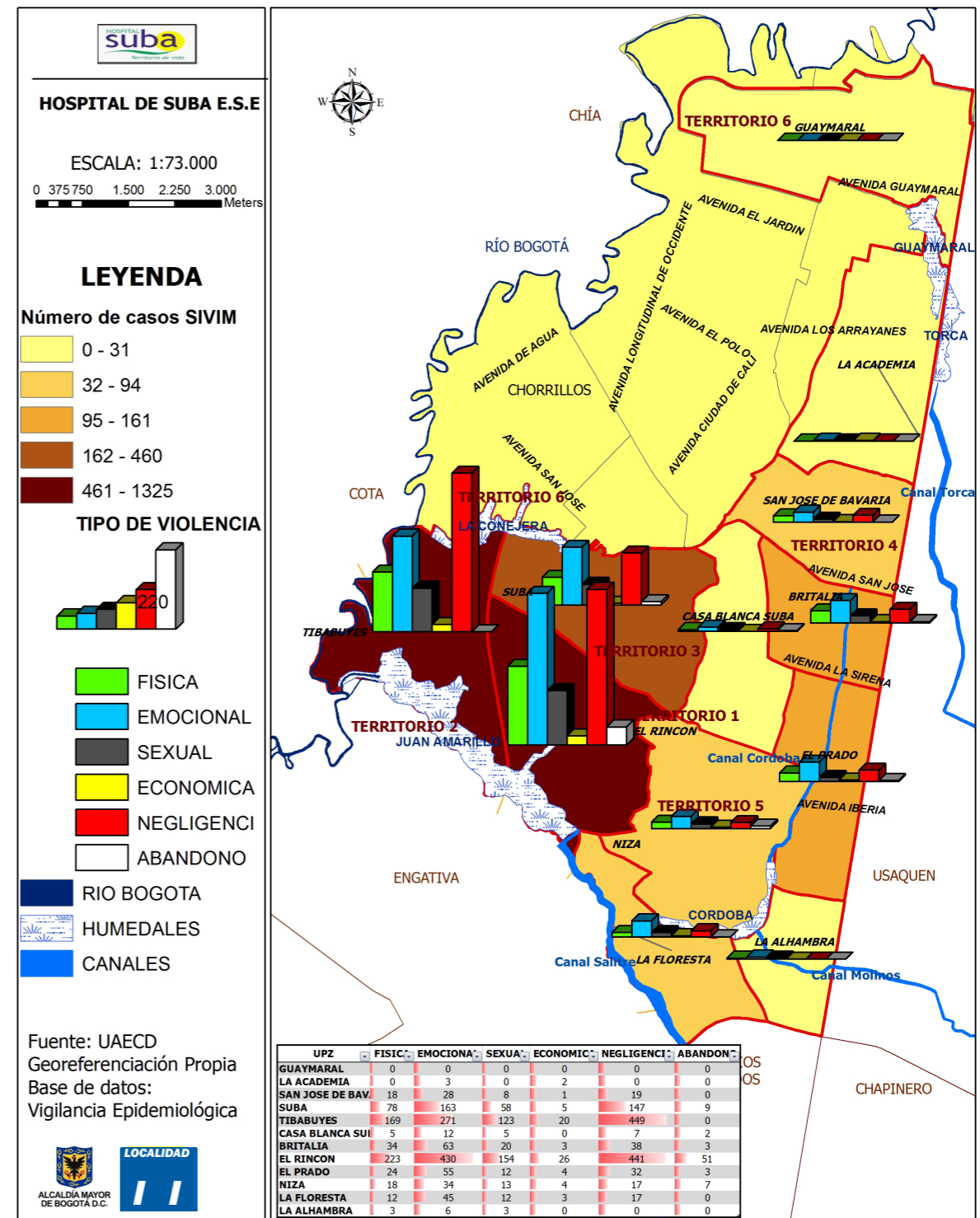
TIPO DE VIOLENCIA	2008				2009			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Emocional	1.060	36	2.204	40	191	23,3	444	30,1
Negligencia	1.056	36	1.300	23	400	48,9	430	29,2
Física	348	12	900	16	119	14,5	292	19,8
Sexual	137	5	732	13	60	7,3	231	15,7
Abandono	222	8	248	5	37	4,5	44	3,0
Económica	75	3	191	3	11	1,3	33	2,2
Total	2.898	100%	5.575	100%	818	100%	1.474	100%

Fuente: Vigilancia en salud pública – Sivim 2008 – 2009. Hospital de Suba II Nivel ESE

El segundo evento de violencia que más se presentó en el año 2010 corresponde a la negligencia, con 830 casos; éstos están relacionados con pautas inadecuadas de crianza, esquema de vacunación incompleto, desnutrición o bajo peso y derechos fundamentales vulnerados, especialmente asociados a la protección en salud, socio legal y familiar, reportado por las instituciones de salud y de la comunidad.

El maltrato, en sus diferentes manifestaciones, se presenta principalmente en los territorios sociales uno -Rincón y Territorio Social dos – Tibabuyes, los cuales se caracterizan por presentar condiciones de vulnerabilidad social (ver mapa 8).

Mapa 8. Tipos de violencia intrafamiliar en los territorios sociales. Localidad de Suba 2009.



Fuente: Cartografía UAECG. Referenciación geográfica Hospital de Suba 2009.

Suicidio

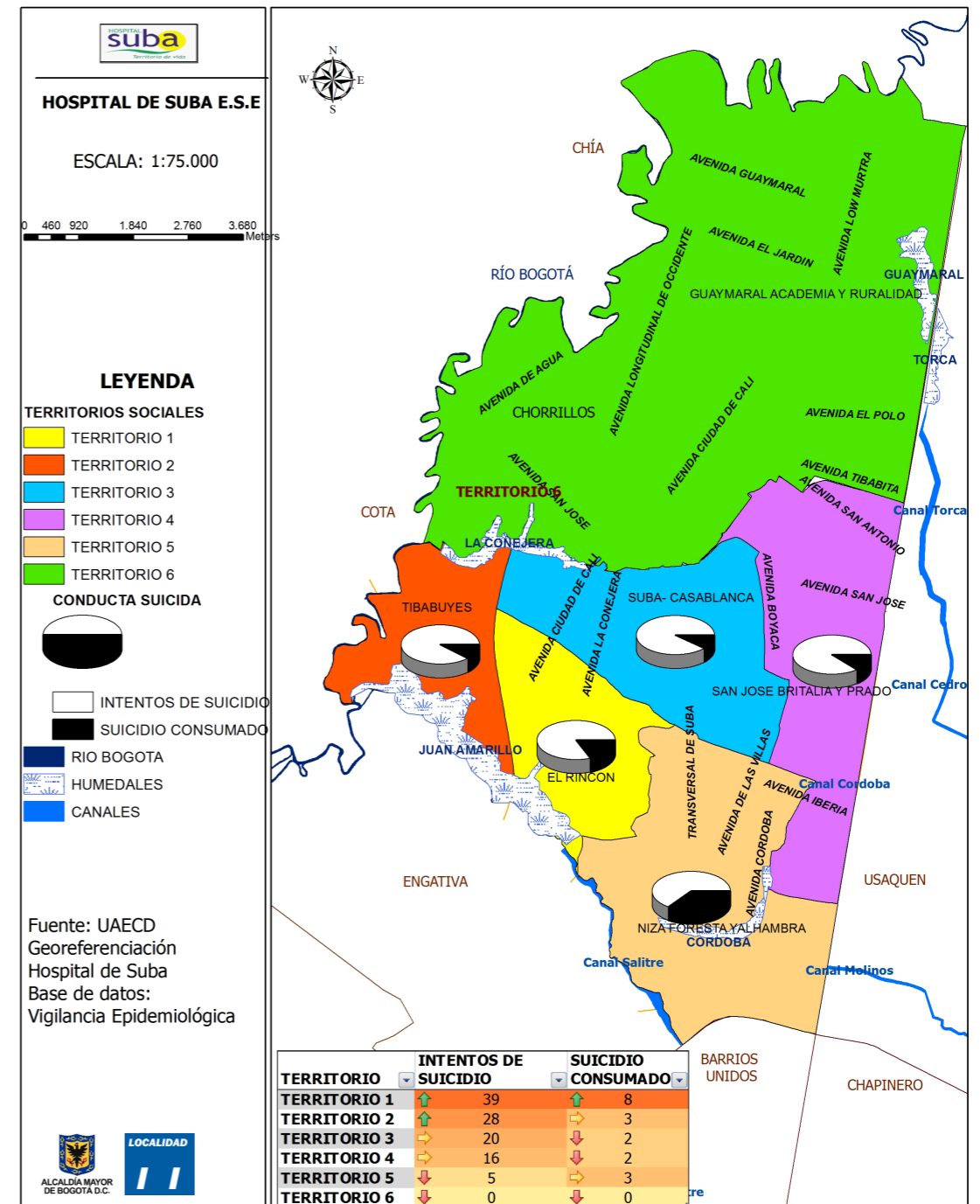
Entre las causas de mortalidad de origen externo se encuentra el suicidio, el cual adquiere una importancia cada vez mayor; el suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. Con relación a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes. También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera.

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en los hombres; las explicaciones que se han dado a este fenómeno son: el reflejo de los cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas.

Por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas y es mayor la relación en los adolescentes. En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 10 al 15% se suicidan y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos.

En la localidad de Suba se ha identificado el mismo comportamiento, ya que los intentos suicidas superan los casos de suicidio consumado; estos se presentaron principalmente en el territorio social Uno (Rincón), sin embargo en el territorio social Cinco (Niza, Alhambra y Floresta), con población de estrato social entre tres y seis se presentó el mayor índice de suicidio con relación al número de casos de intento suicida según reportes 2009 (ver mapa 9).

Mapa 9. Conducta Suicida y Suicidio consumado, localidad de Suba 2009.



Fuente: cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

De acuerdo con las estadísticas distritales 2009 el evento desencadenante que predomina corresponde al conflicto por grupo primario tanto en hombres como en mujeres, así mismo las mujeres hacen más intentos suicidas que los hombres en una relación dos a uno, sin embargo los hombres son quienes más se suicidan, por cada mujer que se suicida hay seis hombres que se suicidan, el mecanismo de suicidio más utilizado por los dos sexos es el ahorcamiento. Por cada 100.000 habitantes en la localidad de Suba para el año 2009 se presentaron 10 intentos suicidas aproximadamente y de estos, dos personas lo consumaron (ver tabla 20).

Tabla 20. Intento de suicidio (2006 - 2009) y suicidio consumado 2005 - 2009.

DETALLE	SUBA		BOGOTÁ		
	Numero de personas	Tasa por 100,000 Habitantes	Numero de personas	Tasa por 100,000 Habitantes	
INTENTO DE SUICIDIO	2006	142	16,6	735	10,2
	2007	90	10,2	994	13,5
	2008	146	14,7	1.950	26,9
	2009	108	10,6	162	16
SUICIDIO CONSUMADO	2005	37	4	238	3,5
	2006	33	3,5	245	3,5
	2007	23	2,4	228	3,2
	2008	25	2,5	261	3,5
	2009	18	1,8	253	3,5

Fuente: Base de datos SDS - Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRUE). DAPD - Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS.

1.2.3.5. Caracterización de la situación nutricional

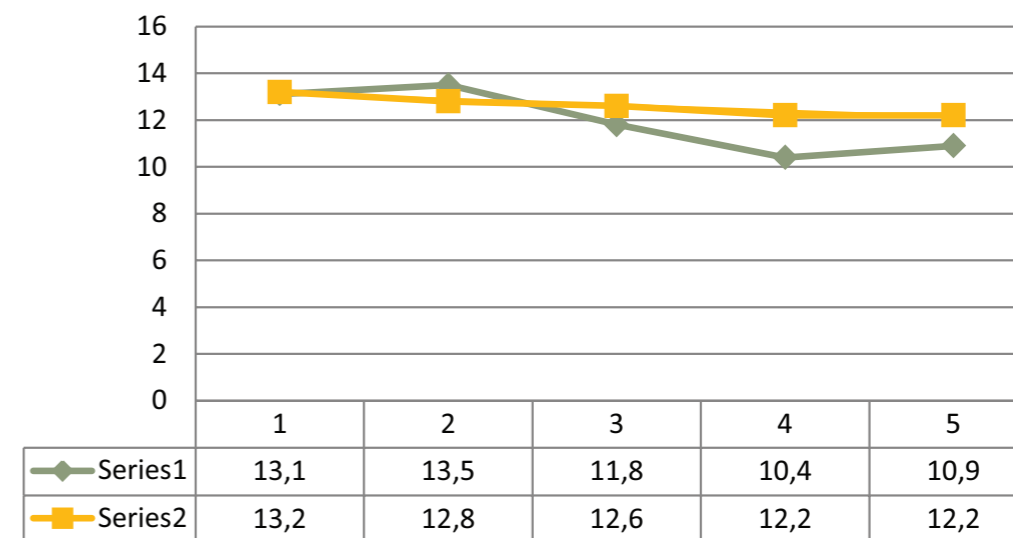
Menores de 10 años

Estudios realizados en el mundo muestran que miles de niños mueren cada día y millones se desnutren y no desarrollan todo su potencial afectivo, intelectual y productivo de riqueza y bienestar, por no ser amamantados durante el tiempo requerido y suficiente. En la localidad de Suba según la notificación al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – Sisvan - 2009 se identificó que 52.5% de los menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, lo cual hace necesario fortalecer y promover la lactancia materna en pro de las generaciones actuales y futuras, para lograr el 100% esperado.

De acuerdo con indicadores antropométricos, para el año 2009 se identificó en la población menor de 10 años, algún nivel de retraso de crecimiento en el 36% de los niños y niñas, lo que corresponde a 12.097 casos de un total de 33.724 niños y niñas reportados al SISVAN, sin embargo en los últimos 5 años la tendencia de este indicador es decreciente pese a que para el último año presento un leve incremento (ver gráfica 5).

La ganancia insuficiente de estatura está relacionada con el bajo consumo de calorías y nutrientes durante periodos prolongados, así como también influyen determinantes sociales, económicos y ambientales; el mayor número de casos con desnutrición identificados en la localidad Suba corresponden a la población proveniente de los sectores vulnerables como son las UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba Centro.

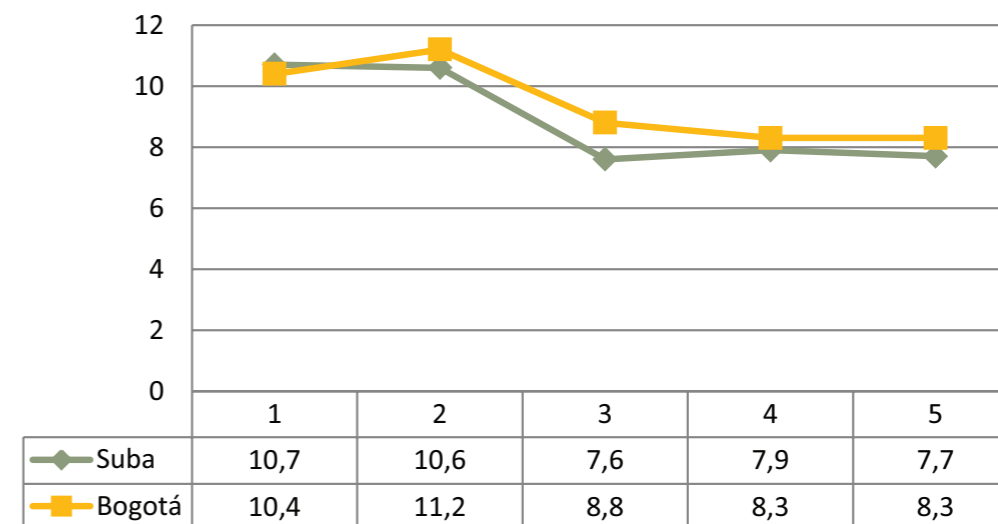
Gráfica 5. Estado nutricional según indicador de talla para la edad en los menores de 10 años reportados al SISVAN, localidad de Suba - Bogotá, 2005 - 2009.



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

El comportamiento del indicador de peso para la edad presenta una tendencia decreciente en los últimos cinco años tanto para la localidad como para el Distrito (ver gráfica 6).

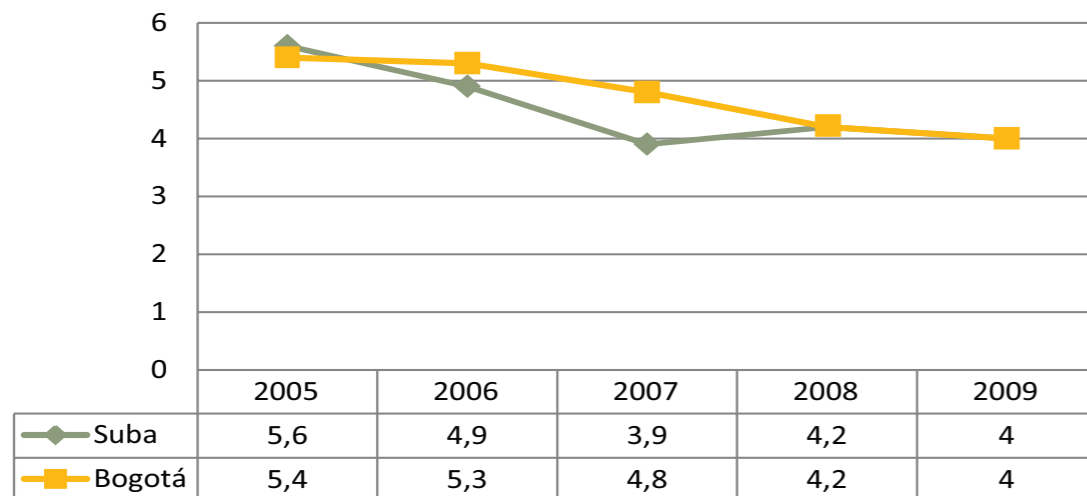
Gráfica 6. Estado nutricional según indicador de peso para la edad en los menores de 10 años reportados al SISVAN localidad de Suba - Bogotá 2005 - 2009.



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

La tendencia de déficit de peso para la talla ha disminuido, pasando de 5,6% en el año 2005 a 4,0% en el año 2009 y en los últimos dos años se ha comportado igual al Distrito (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Estado nutricional según indicador de peso para la talla en los menores de 10 años reportados al SISVAN, localidad de Suba 2005 - 2009.



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

El déficit de peso para la talla se debe en gran medida a las precarias condiciones socioeconómicas de las familias representados en ingresos inferiores al salario mínimo legal vigente, hacinamiento, desempleo, hogares compuestos por tres o más personas, madres cabeza de familia, desplazamiento, entre otras. Sin embargo el hospital de Suba continúa realizando y fortaleciendo acciones que contribuyen positivamente en el mejoramiento de algunas condiciones, entre las cuales se encuentran: las instituciones de atención primaria ubicadas estratégicamente para brindar atención primaria integral; adicionalmente a través del Plan de Intervenciones Colectivas se desarrollan actividades específicas con los escolares desde el ámbito escolar como son las actividades de educación y promoción en estilos de vida saludable, suplementación con micronutrientes, tamizaje nutricional en 15 colegios centinela de la localidad; desde el ámbito comunitario se fortalecen acciones educativas en alimentación y espacios libres de humo, promoción del ejercicio dirigido a la población joven de la comunidad. Así mismo, desde el equipo de salud a su casa se identifican menores con algún nivel de riesgo nutricional los cuales son caracterizados y referenciados a los servicios de salud y al área de vigilancia en salud pública, en donde se ejecutan las investigaciones epidemiológicas de campo dirigidas a esta población que se beneficia de atención personalizada por parte de los profesionales de nutrición y en algunos casos la vinculación a los programas de apoyo alimentario que ofrecen instituciones como la Secretaría de Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Alcaldía y algunas organizaciones no gubernamentales.

La desnutrición afecta especialmente a los niños antes que alcancen los dos años de vida, si están desnutridos pueden sufrir daños físicos y cognitivos irreversibles, lo que afecta su salud y bienestar en el presente y tiene consecuencias en el progreso social y económico futuro. Para el año 2009 se evidenció en la notificación al Sisvan, que son los menores de uno a cuatro años los que presentan los mayores índices de desnutrición según los tres indicadores nutricionales básicos (ver tabla 21).

Tabla 21. Desnutrición según indicador nutricional por grupos de edad, localidad de Suba, 2009.

INDICADOR TALLA PARA LA EDAD			
CLASIFICACIÓN NUTRIC	< 1 AÑO (N=8.084)	1 A 4 AÑOS (N=17.571)	5 A 9 AÑOS (N=8.065)
RETRASO DE CRECIMIENTO	6.4%	13.7%	11%
INDICADOR PESO PARA LA EDAD			
CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	< 1 AÑO (N=8.084)	1 A 4 AÑOS (N=17.571)	5 A 9 AÑOS (N=8.065)
DEFICIT PONDOESTATURAL	4.6%	11.0%	4,8%
INDICADOR PESO PARA LA ESTATURA			
CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	< 1 AÑO (N=8.084)	1 A 4 AÑOS (N=17.571)	5 A 9 AÑOS (N=8.065)
DEFICIT DE PESO PARA LA TALLA	4.3%	4.3%	1,7%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - Sisvan, 2009.

Las consecuencias de una nutrición deficiente continúan en la edad adulta y también afecta a la próxima generación, ya que las niñas y mujeres desnutridas tienen mayor riesgo de tener hijos desnutridos.

Lactancia materna

El indicador de lactancia materna institucional tiene como objetivo hacer seguimiento a la lactancia exclusiva de los menores de seis meses, como un factor protector y de desarrollo para el crecimiento de los menores.

De acuerdo con el monitoreo institucional, durante el año 2009, fueron reportados 3.206 niños y niñas menores de seis meses, de los cuales el 52,5% se encontraban recibiendo leche materna exclusiva, sobre un total de 2.759 niños de igual edad notificados al Sisvan en este mismo periodo, lo que establece una media de lactancia materna exclusiva de 2,7 meses.

Por cada 1.000 niños y niñas menores de 6 meses, hay 525 que reciben lactancia materna exclusiva según notificación al Sisvan del año 2009.

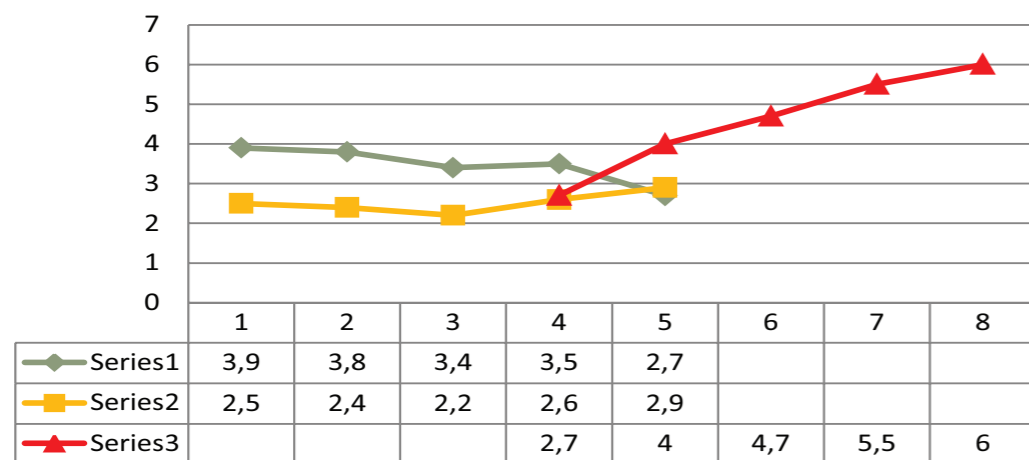
De acuerdo con el análisis del indicador se presenta un descenso en la media de lactancia pasando de 3,2 en el año 2004 a 2,7 para el año 2009; este resultado se atribuye en alguna medida a las condiciones económicas de las madres, quienes tienen que regresar al trabajo y además no disponen de condiciones óptimas para extraer la leche en los lugares de trabajo; así mismo a menor estimulación menor producción de leche materna.

Aunque el panorama no es alentador, a nivel institucional se realizan actividades con madres y cuidadores en espacios de vida cotidiana los cuales permiten brindar educación sobre las estrategias Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMMI) - y Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia (IAFI), información sobre técnicas para amamantar, extracción y almacenamiento de la leche materna.

Además se hace necesario fortalecer estrategias de promoción de la lactancia materna a través de piezas comunicativas y búsqueda de espacios de información y comunicación sobre las ventajas de la lactancia materna dirigidas a las madres, para alcanzar el objetivo en el 100% de los menores de 6 meses.

La media de lactancia materna ha presentado un tendencia descendente en la localidad lo que hace más complejo llegar a cumplir la meta de gobierno que propone a 2012 alcanzar los seis meses de lactancia materna exclusiva en niños y niñas de cero a seis meses, situación contraria presenta el Distrito (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Media de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses reportados al Sisvan Localidad de Suba, 2008 - 2012.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – Sisvan, 2005 – 2009.

Gestantes

Para el periodo 2009 se identificaron 3.501 mujeres gestantes con bajo peso gestacional, de un total de 12.198 reportadas al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – Sisvan; el comportamiento nutricional de las gestantes reportadas en los últimos años evidencia que la malnutrición supera ampliamente la normalidad, situación que pone de manifiesto la necesidad de generar nuevas estrategias que contrarresten el comportamiento nutricional de la población materna. El bajo peso se ha mantenido alrededor del 30% durante el periodo 2003 – 2009 situación similar presenta el consolidado distrital (ver tabla 22).

Tabla 22. Comportamiento del estado nutricional de gestantes. Localidad de Suba – Bogotá, 2003 – 2009.

AÑO	SUBA				BOGOTÁ			
	BAJO PESO	PESO ADECUADO	SOBREPESO	OBESIDAD	BAJO PESO	PESO ADECUADO	SOBREPESO	OBESIDAD
2003	30,7	33,2	17,1	19,0	32,5	37,1	14,5	15,9
2004	33,0	34,5	13,7	18,9	32,5	38,3	14,4	14,8
2005	32,3	38,9	14,1	14,6	33,1	38,3	14,3	14,3
2006	31,8	37,5	15,7	15,1	32,2	38,4	14,6	14,8
2007	30,0	38,1	15,2	16,6	31,0	37,8	14,9	16,2
2008	30,3	38,9	14,7	16,1	28,5	37,3	16,1	18,1
2009	28,7	38,8	16,6	15,9	29,9	37,1	15,6	17,3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – Sisvan, 2003 – 2009.

En el hospital de Suba se continúan ejecutando actividades de promoción y prevención, con el fin de captar de forma temprana a la gestante y así brindar asesoría pertinente, atención oportuna y canalización a los diferentes programas que apoyan la maternidad, tal como el programa de salud sexual y reproductiva, red materno - perinatal, asesoría psicológica, así mismo para las madres identificadas con bajo peso del régimen vinculado y subsidiado se realiza seguimiento a través del Sisvan, el cual brinda educación en nutrición y alimentación, practicas adecuadas de manipulación y conservación de alimentos, lo cual ha permitido evidenciar en el 93% de la población intervenida mejoría del estado nutricional y cambios relacionados con los hábitos alimentarios.

El déficit nutricional es marcado en la población adolescente mientras que el sobrepeso y la obesidad es prevalente en las gestantes mayores de 34 años; estas condiciones incrementan el riesgo de presentar enfermedades a largo plazo y los frutos de la gestación con bajo peso, tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas en la edad adulta; además según hallazgos encontrados en evidencia científica, se encuentra relacionado el antecedente de bajo peso al nacer y riesgo a desarrollar obesidad en la etapa de adultez, lo que trae como consecuencia mayores complicaciones para la salud del individuo e implicaciones para la salud pública (ver tabla 23).

Tabla 23. Estado nutricional de las gestantes reportadas al Sisvan por grupos de edad Localidad de Suba 2009.

Grupos de Edad	B	%	N	%	O	%	S	%	TOTAL
> 15 AÑOS	25	30,5	43	52,4	3	3,7	11	13,4	82
15 A 19 AÑOS	1.217	44,1	1.071	38,8	201	7,3	269	9,8	2.758
20 A 34 AÑOS	2.132	25,4	3.303	39,3	1.522	18,1	1.445	17,2	8.402
MAYORES 35	132	13,8	315	32,9	299	31,3	210	22	956
TOTAL	3.506	28,7%	4.732	38,8	2.025	16,6	1.935	15,9	12.198

Fuente: Bases de datos Sisvan, Vigilancia en Salud Pública Hospital de Suba – Secretaria Distrital de Salud 2009.

Las gestantes reportadas al Sisvan durante el año 2009 corresponden en su mayoría a población que reside en la zona de concentración de problemas sociales, así mismo, se presenta el mayor número de casos con malnutrición, dadas las condiciones de pobreza que se reflejan en la vivienda donde existe el hacinamiento, los bajos ingresos económicos representados en menos de un salario mínimo legal vigente, inadecuadas condiciones ambientales dada la presencia de basuras, roedores, vectores y canales de aguas estancadas, las cuales afectan el bienestar de los vecinos del sector y las escasas prácticas en lo que respecta a hábitos saludables; esta situación se ha evidenciado a través de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo realizadas a las maternas de la localidad de Suba a través del Sisvan.

Recién nacidos

De los 15.417 nacimientos que se presentaron durante el 2009 según bases de estadísticas vitales de la localidad de Suba se identificaron 12 345 casos que representan 80,1% de los recién nacidos a término y 3044 casos pre término es decir con menos de 37 semanas de gestación lo que equivale a 19,7%.

En las madres de estos menores se identificaron variables que reflejan inequidades tales como son el nivel educativo, donde se identificó que: 0.06% no alcanzaron la primaria, 7.7% habían cursado primaria básica, 18,9% tenía secundaria básica, es decir que casi la tercera parte de las madres con hijos con bajo peso no alcanzan la secundaria completa; además se identificaron 2 341 (15,2%) madres sin seguridad social y 18,9% de las madres son solteras es decir que probablemente no cuentan con el apoyo del padre del recién nacido, adicionalmente el 14,5% de las madres eran adolescentes entre 10 y 18 años y de este grupo el 0,3% (47 casos) eran menores de 15 años, es decir que aún no habían terminado su proceso de crecimiento, como tampoco están en la capacidad de garantizar un adecuado cuidado al recién nacido, esta situación incrementa el riesgo para la vida del infante, lo anterior justifica el fortalecimiento de los programas de salud sexual reproductiva, con énfasis en el auto cuidado para la planificación familiar en estos grupos poblacionales.

Por otra parte el peso deficiente es una categoría del peso al nacer que incluye a los niños que nacen con peso entre 2.500 y 2.999 gramos, Independiente de su edad gestacional. Este rango de peso es también de especial atención, puesto que constituye una proporción elevada de los nacidos vivos. También es un indicador de la decreciente calidad de vida de las mujeres, obviamente asociada a otros factores de salud y enfermedad.

De acuerdo con el histórico de los nacimientos en la localidad de Suba se ha encontrado que con relación a Bogotá la capital presenta índices más altos de bajo peso al nacer, sin embargo es preocupante observar una tendencia sostenida, es decir que las acciones y medidas de intervención se quedan cortas para disminuir este comportamiento. Dadas las implicaciones en materia de salud y desarrollo humano, los niños y niñas que nacen con bajo peso tienen mayor riesgo de enfermar y morir si no se toman medidas que favorezcan el equilibrio del peso durante el primer año de vida y evitar que continúe en aumento la prevalencia de la desnutrición temprana (ver tabla 24).

Tabla 24. Comportamiento del peso al nacer, localidad de Suba - Bogotá 2000 - 2009.

AÑO	SUBA			BOGOTÁ		
	Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gramos)	Prevalencia de Peso deficiente (2500 - 2999 gramos)	Adecuado (>= 3000 gramos)	Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gramos)	Prevalencia de Peso deficiente (2500 - 2999 gramos)	Adecuado (>= 3000 gramos)
2000	10,5	31,0	58,5	10,8	31,7	57,5
2001	10,5	31,5	58,0	11,0	32,1	56,9
2002	10,7	32,6	56,8	11,4	32,5	56,0
2003	11,2	33,3	55,5	11,9	33,1	55,0
2004	11,2	33,7	55,0	11,7	33,5	54,9
2005	11,3	34,4	54,3	11,9	34,1	54,0
2006	11,8	34,4	53,8	12,1	34,3	53,6
2007	11,7	35,0	53,2	12,4	34,6	53,0
2008	11,6	34,3	52,7	11,8	34,6	52,6
2009	11,2	35,4	51,9	11,8	35,1	51,8

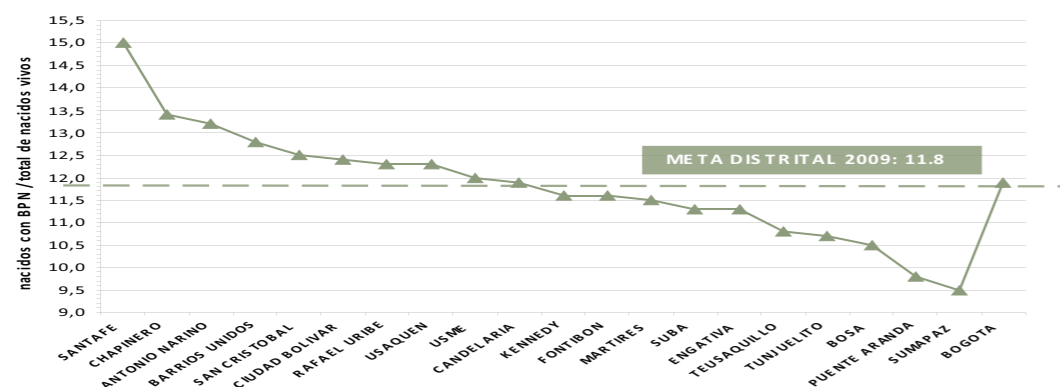
Fuente: DANE (2000-2003) Base de datos de nacidos vivos - SDS: Certificados de nacido Vivo (2000 - 2009).

En conclusión la desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones de la vida de las personas, entre las que se destacan los impactos en la salud, la educación y la economía (costos y gastos en el sector público y privado, así como también afecta la productividad de un país). Como consecuencia de lo anterior, estos efectos conllevan mayores problemas de inserción social y un incremento o profundización del flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo así el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición.

Es importante destacar que las tasas de mortalidad infantil de los niños con peso deficiente son dos a tres veces mayores que las de los niños que nacen en el grupo de peso adecuado (mayor o igual a 3.000 gramos). El bajo peso al nacer constituye el principal factor determinante de la mortalidad Infantil y especialmente de la neonatal, razón por la cual se ha prestado gran atención a estos niños.

Por otra parte, la meta de gobierno contempla para el año 2012 reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer. Línea de base: 12.1% (Año 2006 - Fuente: Sisvan), en la localidad de Suba se ubicó en 11.2% para el año 2009 siendo inferior con relación al resultado a nivel distrital (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Comportamiento del bajo peso al nacer en las localidades y Bogotá, 2009.



Fuente: SDS, Boletín metas distritales 2009.

1.2.4. Mortalidad

Las primeras cuatro causas de muerte, en su orden enfermedades isquemias del corazón, agresiones (homicidios), enfermedades cerebro vasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, han mantenido un comportamiento similar desde 1998 a 2004; la quinta causa se ha intercambiado entre la diabetes mellitus y la neumonía; esta última ha ocupado el quinto lugar en los últimos años (2005 – 2007).

A partir del 2003 se identificó una reducción en la tasa de homicidios pasando de 2.4 a 1.8 para el año 2007 y para este mismo año ocupó el cuarto lugar; aunque se ha disminuido esta causa de muerte, aun ocupa un lugar importante dado que la vida es un derecho inalienable; esta situación en alguna medida esta relacionada con la falta de tolerancia, problemas psicológicos, factores económicos, nivel educativo entre otros, pero aun así las medidas legales para controlar este flagelo son débiles, lo cual ha hecho que se mantenga latente este problema.

Por otra parte más de la mitad de las primeras 10 causas de defunción corresponden a las enfermedades crónicas, siendo las enfermedades del corazón las que ocupan el primer lugar y de manera marcada en población mayor de 45 años. Se ha identificado que los hombres se ven mas afectados hasta los 59 años; a partir de los 60 años pasan a ser las mujeres las que presentan la mayor mortalidad por este evento al punto que doblan el número de muertes con relación a los hombres.

1.2.4.1. Mortalidad general

La mortalidad general para la localidad de Suba mantiene un comportamiento estable con tasas que oscilan entre 3.01 y 3.14, con tendencia ascendente aunque inferior a lo encontrado para el Distrito Capital; sin embargo este comportamiento puede indicar que no hay un adecuado y oportuno manejo de algunas enfermedades, que lleva a que se presente la muerte en población de todas las etapas del ciclo vital y más preocupante aun cuando son por causas evitables (ver tabla 25).

Tabla 25. Mortalidad general localidad de Suba, 2005 - 2007.

AÑO	SUBA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Tasa por 10,000 Habitantes	Número muertes	Tasa por 10,000 Habitantes
2005	2.769	3,0	26.481	3,9
2006	2.878	3,1	26.649	3,8
2007	3.045	3,1	26.367	3,7

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

1.2.4.2. Mortalidad evitable

Los eventos de mortalidad evitable bajo vigilancia se constituyen en trazadores de la calidad de los servicios de salud, del acceso de las personas a ellos y de la evaluación de las acciones de promoción de la salud y prevención enfermedad.

Aumentar el acceso y la calidad de las actividades de promoción y prevención, contar con personal de la salud debidamente capacitado y un tratamiento oportuno y adecuado para las complicaciones cuando estas se presentan, son intervenciones de salud que, acompañadas de una correcta gestión en el marco de la salud pública, permiten reducir la incidencia y gravedad de las causas de muerte consideradas como evitables, como se ha venido presentando (ver tabla 26).

Tabla 26. Mortalidad evitable, localidad de Suba 2004 - 2009.

Años	Mortalidad materna		Mortalidad infantil		Mortalidad EDA		Mortalidad ERA	
	No. muertes	Razón por 100.000 NV	No. muertes	Tasa por 1000 NV	No. Muertes	Tasa por 100.000 < 5 años	No. muertes	Tasa por 100.000 < 5 años
2004	8	55,3	205	14,2	4	4,5	14	15,8
2005	5	34	185	12,6	1	1,3	21	27
2006	5	33,5	196	13,1	0	0	9	11,5
2007	5	32,2	208	13,4	5	6,3	11	13,9
2008	7	44,9	187	12,1	1	1,3	11	13,8
2009	9	58,4	159	10,3	0	0	15	18,6

Fuente: Bases de datos Estadísticas Vitales – SDS 2004 - 2009.

1.2.4.3. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud y es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación.

En el componente social se destaca lo relacionado con el acceso económico, educativo, familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

El Instituto Nacional de Salud define mortalidad perinatal como el deceso que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación y los siete días completos después del nacimiento o mayor de 500 gramos de peso. Se hace énfasis en la vigilancia de las muertes desde la semana 22 de gestación hasta el sexto día de nacimiento debido a que se considera que son muertes que pueden ser prevenibles con el acceso oportuno y la calidad de los servicios de atención materna y perinatal.

En la localidad de Suba durante el periodo 2005 - 2008 se presentaron en total 852 mortalidades perinatales, 57% son mortalidades fetales y 43% mortalidades neonatales tempranas, con tendencia ascendente para el periodo 2005 – 2008. Estas mortalidades que se reportan, según sitio de defunción ocurre en hospitales y clínicas, con el 84.3%, seguida por las que se presentaron en el domicilio, con el 7.2%, observando que a lo largo de los años hay mayor asistencia a las instituciones de salud, pues en el 2005 se reportan 143 casos pasando a 227 casos en el 2008 y así mismo un menor reporte del evento en casa o domicilio pasando de 17 casos en el 2005 a 10 casos en el 2008 (ver tabla 27).

Tabla 27. Distribución según tipo de mortalidad perinatal, localidad de Suba, 2005 - 2008.

TIPO DE MORTALIDAD PERINATAL		AÑO				Total
		2005	2006	2007	2008	
FETAL	Frecuencia	103	129	103	151	486
	%	56%	60%	50%	61%	57%
NEONATAL TEMPRANA	Frecuencia	81	86	104	95	366
	%	44%	40%	50%	39%	43%
Total	Frecuencia	184	215	207	246	852
	%	100%	100%	100%	100%	100%

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

Entre los factores que pueden estar asociados a la mortalidad perinatal en la localidad de Suba, durante los años 2005 – 2009, se encuentra el nivel socioeconómico; se encontraron madres que pertenecen a estratos dos en el 57% de los casos y al estrato tres el 30% de los casos; además se encuentran ubicadas en las UPZ vulnerables de la localidad, el 22% de los casos. Con relación al aseguramiento el régimen vinculado representó el 14%, el régimen subsidiado el 20%, el régimen contributivo 64% y régimen especial el 2%.

Referente al estado civil, prevalece el estado civil de unión libre en el 50.6% de los casos de mortalidad perinatal, seguida de las gestantes casadas con el 22.2% y se considera como factor de riesgo las madres solteras, las cuales representaron el 20% de los casos.

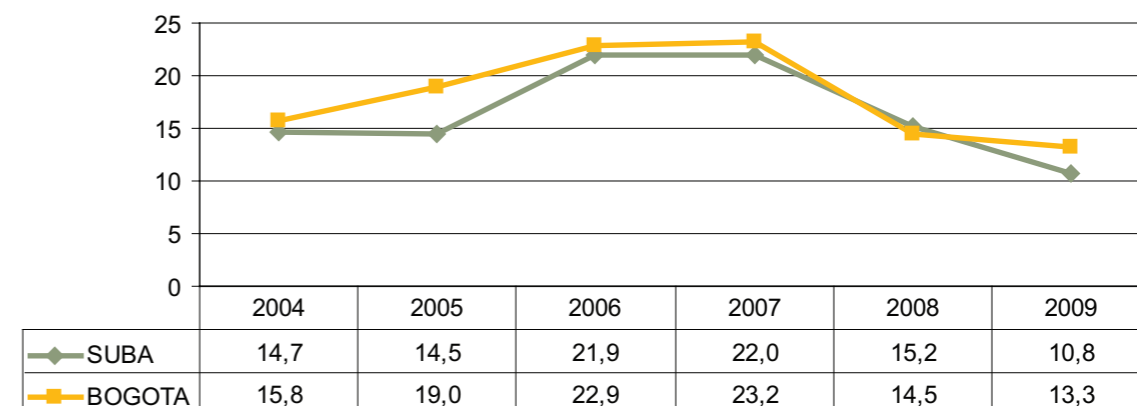
Según nivel de escolaridad, la población con secundaria incompleta corresponde a 245 casos, lo que representa el 28.8%, la secundaria completa con 192 casos (22.5% de los casos) y aquellas con estudios universitarios incompletos ocupan un tercer lugar con 159 casos que equivalen al 18,7%.

Con relación a la edad de la madre, se identificó que el mayor número de mortalidades perinatales se presenta en mujeres entre los 20 a 34 años durante los años 2005 – 2008, con un mayor número de casos las madres de 25 - 29 años con 207 casos, lo que representa el 24.3%, seguida por las mujeres entre 20 - 24 años con 182 casos (21.4%), entre los 30 - 34 años se reportan 154 casos (18.1%). Al compararla con el número de nacimientos, la tasa de mortalidad perinatal se incrementa en la medida que aumenta la edad de la mujer; en madres de 15 a 39 años se mantienen

las tasas durante los cuatro años entre uno y dos por 100 nacidos vivos y en las gestantes mayores se incrementan las tasas de mortalidad perinatal principalmente en las madres de 40 a 44 años encontrando tasas de dos a tres por 100 nacidos vivos y de 3 a 4 por 100 nacidos vivos en mujeres de 45 a 49 años.

Las tasas de mortalidad perinatal presentan un comportamiento descendente tanto a nivel local como a nivel distrital en los dos últimos años (ver gráfica 10).

Gráfica 10. Mortalidad perinatal (tasa por mil nacidos vivos), localidad de Suba – Bogotá 2004 - 2009.



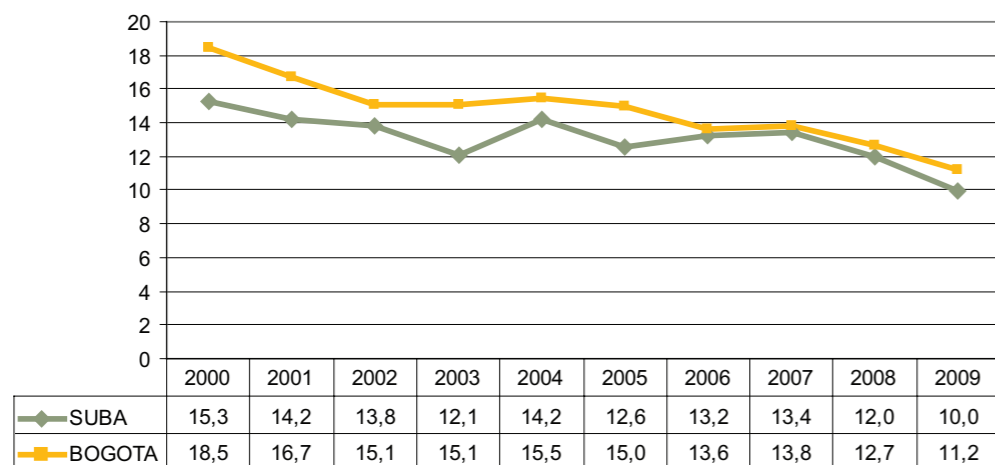
Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales - Las Tasas son calculadas con proyecciones de Población censo 2005 del DANE y SDP

1.2.4.4. Mortalidad infantil

El comportamiento de la mortalidad infantil continúa siendo un grave problema que afecta a la familia y tiene implicaciones para el país si se tiene en cuenta que son personas que dejan de aportar a la sociedad. En el año 2008 se presentaron 15 defunciones, de las cuales 11 fueron niños y 4 fueron niñas, teniendo en cuenta que la esperanza de vida al nacer para los hombres es de 74,6 esto representa 793 años de vida potenciales perdidos y para el caso de las mujeres la esperanza de vida al nacer se encuentra en 79.7 años, esto significa que se perdieron 309 años de vida potencial por parte de las niñas menores de 5 años que murieron durante el año 2008 en la localidad de Suba.

La razón de mortalidad infantil, tanto para Bogotá como para la localidad, tiende a disminuir con el paso de los años y aunque se ha logrado mantenerla por debajo de 14 desde el año 2006 en Bogotá y desde el 2005 en la localidad de Suba, es necesario continuar trabajando en favor de la población menor de 5 años a través de la promoción y apoyo de prácticas familiares y comunitarias que favorezcan la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil, tanto por parte de las instituciones de salud como al interior de los hogares y de esta manera superar la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Mortalidad infantil de uno a cinco años, (razón por mil nacidos vivos) localidad de Suba - Bogotá 2000 - 2009.

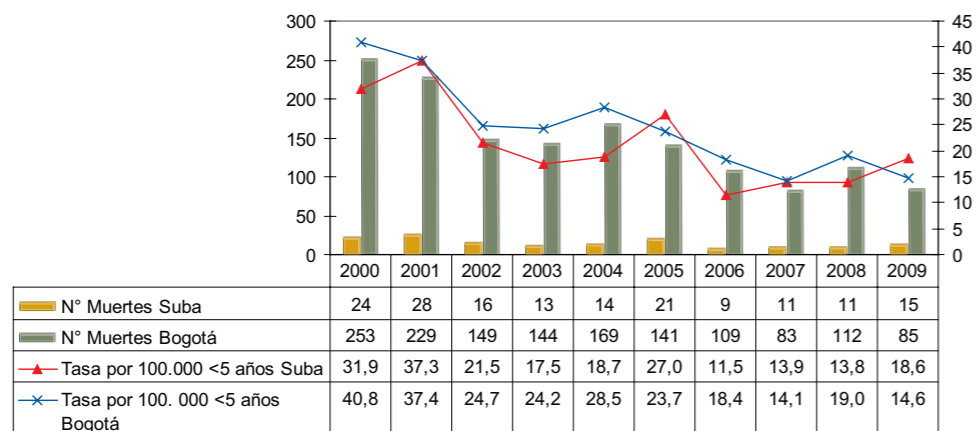


Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales 2000 -2009.

Mortalidad infantil por enfermedad diarreica aguda

Para el año 2009, no se presentaron mortalidades por Enfermedad Diarreica Aguda EDA en niños y niñas menores de cinco años en la localidad de Suba. La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda para el año 2008 fue de 1.3 por 100.000 niños menores de 5 años, es decir, probablemente de uno a dos niños por cada 100.000 menores de 5 años murieron por causa de la enfermedad diarreica aguda en la localidad de Suba, durante el año 2008.

Gráfica 12. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años (Tasa por cien mil menores de cinco años) localidad de Suba - Bogotá, 2000 - 2009.



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

Desde el año 2000 Suba presenta tasas inferiores a lo encontrado para el Distrito a excepción del año 2007, cuando se presentó un comportamiento inusitado en la tasa de mortalidad por EDA con relación a Bogotá, lo cual se puede considerar como una alarma ya que probablemente se dejaron de tomar medidas preventivas y oportunas en la atención a los menores, así como también pudo haber influido el cuidado por parte de los cuidadores, el acceso a los servicios de salud y la decisión de buscar atención a tiempo (ver gráfica 12).

Mortalidad infantil por neumonía

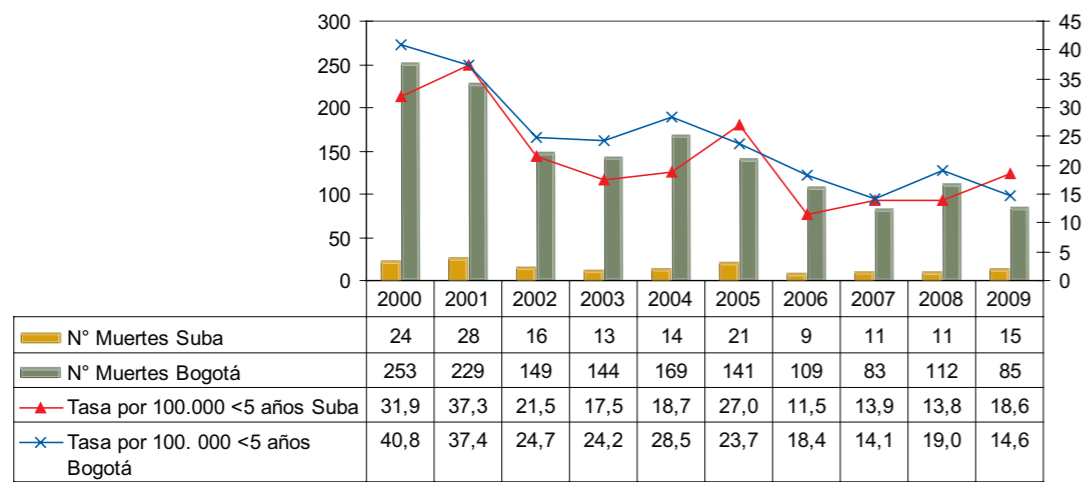
En los últimos 10 años la localidad de Suba a registrado una marcada reducción de la mortalidad por neumonía, pasando de una tasa de 31,9 por 100.000 menores de 5 años en el año 2000 a una tasa de 18,6 por 100.000 menores de 5 años en el 2009, cifras inferiores a las encontradas para Bogotá, a excepción del último año, durante el cual la localidad presenta una tasa más alta con relación a lo encontrado para el Distrito; así mismo pasó de ser la cuarta causa de muerte en menores de un año en el año 2005 a la sexta causa en el año 2007. Sin embargo para el grupo de uno a cuatro años fue la primera causa de muerte, es decir que es necesario fortalecer acciones con la comunidad para que identifiquen los signos de alarma y recurran oportunamente a las instituciones de salud.

Es necesario que la población tome conciencia de la importancia de la lactancia materna, principalmente en los menores de 6 meses, la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y la inmunización, como factores protectores para los niños y niñas de la localidad. También el control prenatal oportuno para prevenir el bajo peso al nacer, control ambiental (control de la polución ambiental, consumo de cigarrillo en el hogar) y el permanente saneamiento básico (control de polvo doméstico), como medidas que reducen el riesgo de padecer una patología respiratoria, o por lo menos reducir la carga de la enfermedad.

Para el año 2008 se identificaron inequidades en los menores que murieron por eventos respiratorios, esto en razón a que vivían en los territorios sociales más deprimidos de la localidad (Rincón, Tibabuyes, Suba Centro) donde son comunes los problemas ambientales en especial por presencia de material particulado y por deficientes e inadecuadas condiciones sanitarias en las viviendas. También se identificaron entre los casos dos menores sin seguridad social; con relación al estado civil de las madres, tres eran solteras y una divorciada y con relación al nivel educativo más del 62% de las madres de estos menores solo alcanzaban básica secundaria y solo una madre tenía nivel educativo técnico profesional.

Las muertes por neumonía pueden evitarse hasta en un 80% si se reconocen los signos precoces de la enfermedad y se busca la atención oportuna en las instituciones de salud. Las enfermedades respiratorias en general y la neumonía en particular son causas evitables de mortalidad durante los primeros años de vida y especialmente durante los primeros doce meses, junto a la diarrea y la desnutrición. La tasa de mortalidad por neumonía para el año 2009 fue de 15 por 100.000 niños menores de 5 años; es decir, que 15 de cada 100.000 menores de cinco años murieron por esta causa en la localidad de Suba (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Mortalidad por neumonía en menores de cinco años, localidad de Suba 2000 - 2009.



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

Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

La muerte por desnutrición es un hecho ligado directamente a las condiciones de pobreza y marginalidad en que vive la población afectada. Según certificados de defunción, en la localidad de Suba se han incrementado los casos de mortalidad por desnutrición; sin embargo, es necesario tener en cuenta que la desnutrición no siempre aparece en los registros hospitalarios por no considerarse una causa directa, lo cual puede enmascarar la verdadera situación, por consiguiente es necesario fortalecer la calidad de los certificados de defunción y tener en cuenta el estado nutricional antes y durante la enfermedad para garantizar una mejor atención y prevenir la muerte temprana que puede ser evitable si se toman medidas oportunas (ver tabla 28).

Tabla 28. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años - Localidad de Suba – Bogotá 2005 – 2009.

AÑO	SUBA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100.000 <5 años
2005	0	0,0	30	5,0
2006	1	1,3	26	4,4
2007	2	2,5	20	3,4
2008	0	0,0	21	3,6
2009	3	3,7	21	3,5

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

1.2.4.5. Mortalidad materna

La salud sexual y reproductiva en general y de manera particular todos los factores que tienen que ver con la maternidad segura y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos, asociados a ésta como el derecho a la vida, reflejan de manera directa el nivel de desarrollo de

un país y el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afectan. En lo que se refiere a la mortalidad materna, esto puede expresarse de la siguiente manera: mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo y el parto, puede decirse que el nivel de desarrollo de un país es mayor. En este sentido, cualquier conjunto de acciones que apunte a reducir la mortalidad materna tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país.

Bogotá, reconociendo este problema, continúa con su política cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal en la cual se establece como meta a 2012 reducir la mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos. (Línea de Base 53 por 100.000 nacidos vivos).

En los últimos años el comportamiento de la mortalidad materna ha variado. En los dos últimos años la tendencia es ascendente, al punto que la razón se encuentra cercana a lo encontrado para el año 2000, aunque el número de casos es mayor en el periodo 2009 (ver tabla 29).

Tabla 29. Mortalidad materna, localidad de Suba - Bogotá 2000 - 2009.

AÑO	SUBA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
2000	8	57,1	114	92,8
2001	4	28,0	92	77,1
2002	7	50,1	74	64,2
2003	10	70,9	67	58,8
2004	8	55,3	73	64,2
2005	5	34,0	67	59,6
2006	5	33,6	60	52,7
2007	5	32,3	53	45,8
2008	7	44,9	44	37,7
2009	9	58,4	58	50,8

Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales 2000- 2009.

Las causas de muerte en las maternas que fallecieron durante el periodo 2005 – 2009, corresponden a: acidosis metabólica, atonía uterina, coagulación intra vascular diseminada, coagulopatía de consumo, coagulopatía severa, embolia pulmonar masiva, embolismo líquido amniótico, en estudio, falla cardíaca aguda, hemoperitoneo masivo, hemorragia alveolar, hemorragia uterina post cesárea, hipertensión endocraneana, historia aborto séptico, sepsis puerperal,, síndrome de hellp, trombo embolismo pulmonar.

La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales y legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. Tal es el caso, que para el año 2008 de los 7 casos de muertes maternas residentes de la localidad de Suba, se identificó en el 57% de ellas, que no estaba cubierta por el sistema general de seguridad social, el 86% de las defunciones corresponden a mujeres que pertenecen al estrato socioeconómico 2 y al evaluar el nivel educativo se evidenció que el 29% de las madres contaban con básica primaria; igual cifra porcentual se encontró en básica secundaria, a nivel de especialización se identificó un caso lo que equivale al 14% y se desconoce en qué nivel educativo se encontraban dos de las mujeres, lo que equivale al 28% de los casos.

Estructura de la mortalidad por grupo de edad Localidad de Suba 2007.

Para el grupo de menores de un año, la primera causa de muerte corresponde a los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, esto puede estar asociado con el bajo peso al nacer y la falta de cuidados básicos para el grupo en mención. En segundo y tercer lugar lo representan las malformaciones congénitas del sistema circulatorio y anomalías congénitas (ver tabla 30).

Tabla 30. Primeras cinco causas de mortalidad en menores de un año, localidad de Suba 2007.

Orden	CAUSAS	MENORES DE 1 AÑO	
		Número	Tasa por 1.000 Hab.
1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	46	2,9
2	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	25	1,6
3	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	25	1,6
4	1-084 Infecciones específicas del período perinatal	22	1,4
5	1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	21	1,3
	Total	139	8,8

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

Para el grupo de edad de uno a cuatro años, la neumonía es la primera causa de muerte, siendo consecuente con la morbilidad en este grupo de edad, en el cual son predominantes las consultas por enfermedades respiratorias de vías altas y bajas, lo cual amerita tomar medidas oportunas para contrarrestar la incidencia de muertes por estas causas. La neumonía está clasificada como una causa de muerte exógena, ya que corresponde a factores externos al individuo, en este caso relacionados con el medio ambiente.

La segunda causa de muerte corresponde a las enfermedades infecciosas intestinales las cuales podrían ser controladas si se tomaran las medidas oportunas; la educación de la población que tiene cargo a los menores de 5 años, en lo que se refiere a la manipulación de alimentos, hábitos higiénicos de las viviendas, entre otras causas, podrían disminuir la presencia de este evento (ver tabla 31).

En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas y debilidades en la gestión que se traducen de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas, que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad.

Sin dejar de reconocer la importancia de los diálogos interculturales para el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna, también es importante mencionar aquí como determinantes de la mortalidad materna las características étnicas y culturales de algunos grupos sociales discriminados que llevan a cabo los que se ha denominado “prácticas no seguras” tales como permitir el sangrado, realizar procedimientos que no tienen en cuenta recomendaciones de asepsia, atender el parto por personal no capacitado, entre muchas otras y el posicionamiento de imaginarios y representaciones de determinadas culturas frente al dolor, frente al pudor y frente a la búsqueda de atención adecuada y oportuna, etc.

En la literatura nacional e internacional se han identificado tres demoras o retrasos en la atención materna, que aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a. Estas tres circunstancias se han identificado así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

Consecuentemente, para reducir estos riesgos los expertos recomiendan cuatro acciones: proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud.

Es importante resaltar que previo al embarazo, existen medidas altamente efectivas para disminuir la mortalidad materna. Éstas se enfocan en garantizar el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, retrasar la maternidad y espaciar los nacimientos, previniendo las complicaciones de los abortos y de los embarazos no planeados y de alto riesgo, siempre en el contexto de la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, en los que se enfatiza el derecho a la vida.

Desde la Secretaria Distrital de Salud - SDS a través de las ESE, se realizan acciones para disminuir la problemática. Entre estas se cuentan: las rutas amigables a servicios de salud construidas en diferentes ámbitos de vida cotidiana, estrategias de información, educación y comunicación (construcción de piezas comunicativas, sensibilización sobre la sentencia 760), ejercicio de la ciudadanía, fortalecimiento de la participación, movilización social, implementación de la Red Social Materna Infantil en las 20 localidades del Distrito, articulación con la Secretaria Distrital de Educación - SED para capacitar en curso de preparación para maternidad y paternidad a 47 gestantes escolarizadas de la localidad de Suba; en las guías de atención para el manejo de sífilis gestacional y congénita, VIH y embarazo; interrupción voluntaria del embarazo; en AH1N1 en gestantes, inducción para profesionales de la salud que inician servicio social obligatorio en las ESE en temas relacionados con la salud materna y perinatal; actualización y sensibilización permanente a profesionales de la salud en temas prioritarios de salud, relacionados con la atención materna y perinatal; también se realizan los análisis de mortalidad materna y se realiza el seguimiento al plan de mejoramiento y visitas de asesoría y asistencia técnica a los servicios materno perinatales.

Tabla 31. Primeras causas de mortalidad en el grupo de uno a cuatro años, localidad de Suba, 2007.

1 A 4 AÑOS			
ORDEN	CAUSAS	2007	
		NÚMERO	TASA POR 100.000
1	1-059 Neumonía	4	6,3
2	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	3	4,7
3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	4,7
4	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	2	3,1
5	1-035 Leucemia	1	1,6
	Total	13	20,4

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

La leucemia y la neumonía son las enfermedades que más muertes causan a la población de 5 a 14 años (ver tabla 32).

Tabla 32. Primeras causas de mortalidad en el grupo de cinco a catorce años, localidad de Suba, 2007.

5 A 14 AÑOS			
ORDEN	CAUSAS	2007	
		NÚMERO	TASA POR 100.000
1	1-035 Leucemia	3	1,8
2	1-059 Neumonía	3	1,8
3	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	2	1,2
4	1-040 Defectos de coagulación, púrpura, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmunidad	2	1,2
5	1-005 Septicemia, excepto neonatal	1	0,6
	Total	11	6,6

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

Los homicidios ocupan el primer lugar entre las causas de muerte para el grupo de 15 a 44 años; esta causa se ha mantenido desde el año 2005, situación preocupante para la localidad, dado que está catalogada como insegura para la comunidad, esto quizá asociado a la poca tolerancia la cual se refleja en violencia física, así como también a situaciones emocionales, económicas y sociales que favorecen la presencia de dicha situación. La segunda causa de muerte corresponde a los accidentes de transporte de motor, con una tasa de 0,5 anual por cada 10.000 personas de este grupo de edad. El VIH –SIDA pasó del cuarto lugar en el 2006 al tercer lugar para el 2007, la prevalencia de este evento se asocia con la falta de información y educación oportuna relacionada con medidas preventivas dirigidas a la población de todos los niveles económicos y educativos (ver tabla 33).

Tabla 33. Primeras causas de mortalidad en el grupo de quince a cuarenta y cuatro años, localidad de Suba, 2007.

15 A 44 AÑOS			
ORDEN	CAUSAS	2007	
		NÚMERO	TASA POR 10.000 HAB.
1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	69	1,40
2	1-090 Accidentes de transporte de motor	26	0,50
3	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	23	0,50
4	1-100 Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	17	0,3
5	1-059 Neumonía	11	0,2
	Total	146	3,0

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

Para el grupo de 45 a 59 años, la primera causa de muerte la representan las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa específica anual de 2.8, seguida de las enfermedades cerebrovasculares las cuales representan una tasa de 2.3 por 10.000 habitantes de este grupo de edad (ver tabla 34).

Tabla 34. Primeras causas de mortalidad en el grupo de 45 a 59 años, localidad de Suba 2007.

45 A 59 AÑOS			
Orden	CAUSAS	2007	
		Número	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	45	2,8
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	38	2,3
3	1-013 Tumor maligno del estómago	30	1,9
4	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	26	1,6
5	1-041 Diabetes mellitus	16	1,0
	Total	155	9,6

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

Al igual que para el grupo de 45 a 59 años en la población de 60 y más años la primera causa de muerte la representan las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa específica anual de 3.3 por cada 1.000 habitantes de este grupo de edad, lo que representó 277 muertes, es decir que el impacto de estas enfermedades es mayor en la medida que aumenta la edad, seguida de las enfermedades cerebrovasculares las cuales representan una tasa de 2.4 por 10.000 habitantes de este grupo de edad (ver tabla 35).

Tabla 35. Primeras causas de mortalidad en el grupo de 60 y más años, localidad de Suba 2007.

Orden	CAUSAS	DE 60 Y MAS AÑOS	
		Número	2007 Tasa por 1.000 Hab.
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	277	3,3
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	199	2,4
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	181	2,2
4	1-059 Neumonía	88	1,1
5	1-050 Enfermedades hipertensivas	87	1,0
	Total	832	10

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

La esperanza de vida es una medida hipotética y un indicador de las condiciones de salud actuales. La esperanza de vida al nacer se define como el número promedio de años que vivirían los integrantes de una cohorte hipotética de personas, que permanezca sujeta a la mortalidad imperante en la población en estudio, desde su nacimiento hasta su extinción.

La esperanza de vida es diferencial por sexo, edades y razas. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres; para 2008 el diferencial por sexo para Suba fue de 5 años al igual que lo evidenciado para Bogotá (ver tabla 36).

Tabla 36. Proyección esperanza de vida al nacer según sexo localidad de Suba 2010 – 2015.

DETALLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SUBA	75,6	80,7	78,1
BOGOTÁ	75,9	80,2	78,0

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015 (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 12, Pág. 21)

Entre las causas de muerte, se encuentran las afecciones originadas en el periodo perinatal las cuales cobran la vida de la población más joven; así mismo trae como consecuencia una mayor pérdida de capital humano necesario para la sociedad y para el país, esto representa el 18% de Años de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP en población de sexo masculino.

Las defunciones originadas por causa externa que incluyen enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, cirrosis, trastornos mentales, entre otras, están cobrando la vida de población joven que se encuentra en edad productiva, lo que representó una pérdida de 7.023 AVPP, lo que equivale al 26% del total de defunciones, siendo el más alto dentro de las causas de muerte en la población masculina de la localidad de Suba durante el año 2007.

Las enfermedades del sistema circulatorio son las que representan la mayor tasa de mortalidad (4,43) en la población masculina y así mismo representa el 11% de AVPP, seguida de las neoplasias (ver tabla 37).

Tabla 37. Años de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP en hombres mortalidad por grandes grupos localidad de Suba, 2007.

GRUPO	Número de Muertes	HOMBRES		
		Tasa por 10.000	AVPP	%AVPPP
Enfermedades del sistema circulatorio	208	4,43	2.961	11
Neoplasias	190	4,05	3.053	11
Causas externas	170	3,62	7.023	26
Enfermedades transmisibles	90	1,92	2.716	10
Afecciones originadas en el periodo perinatal	68	1,45	4.903	18
Signos y síntomas mal definidos	44	0,94	1.717	6
Todas las demás causas	180	3,84	4.620	17
TOTAL	950	20,25	26.993	100%

Fuente: Cálculos del autor, con base en Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud y certificados de defunción DANE (Preliminar a Octubre de 2009) AVPP hasta grupo quinquenal 70-74 en hombres y 75-79 años en mujeres.

En la población femenina, según la agrupación 667, mortalidad por grandes grupos, se evidencia que la causa de muerte que mas decesos causa son las neoplasias seguidas de las enfermedades del sistema circulatorio y las afecciones originadas en el periodo perinatal; estas defunciones representan el 56% de los años de vida potencialmente perdidos (ver tabla 38).

Tabla 38. Años de vida potencialmente perdidos en mujeres mortalidad por grandes grupos localidad de Suba 2007.

GRUPO	Número de Muertes	MUJERES		
		Tasa por 10.000	AVPP	%AVPPP
Neoplasias	355	6,77	7.126	28
Enfermedades del sistema circulatorio	268	5,11	3.560	14
Enfermedades transmisibles	54	1,03	1.984	8
Afecciones originadas en el periodo perinatal	48	0,92	3.706	14
Causas externas	45	0,84	2.189	9
Signos y síntomas mal definidos	24	0,46	1.007	4
Todas las demás causas	230	4,39	6.096	24
Total	1024	19,54	25.668	100%

Fuente: Cálculos del autor, con base en Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud y Certificados de Defunción DANE (Preliminar a Octubre de 2009) AVPP hasta grupo quinquenal 70-74 en hombres y 75-79 años en mujeres.

1.2.5. Eventos prioritarios en salud pública

En la localidad de Suba, para el año 2009 se notificaron en total 5.892 casos, es decir 2.404 casos menos con relación al año 2008. Al revisar los primeros eventos de notificación obligatoria con residencia en la localidad de Suba, se encontró que la varicela ocupa el primer lugar con el 48.8% seguido de exposición rábica con 19.7% y en tercer lugar la mortalidad por SIDA con 5,5% lo que equivale a 331 casos (ver tablas 39 y 40).

Tabla 39. Distribución de eventos notificados al SiviGila, localidad de Suba 2009. Parte A

EVENTO	Total	%	Tasa por 100.000 hab.
Varicela	2.924	48,8	287,1
Exposición Rábica	1.140	19,7	111,9
VIH/Sida/Mortalidad Por Sida	331	5,5	32,5
Parotiditis	249	4,2	24,4
Influenza Sospechoso por Virus Nuevo	174	2,9	17,1
Intoxicación por Fármacos	120	2	11,8
Infección Respiratoria Aguda Esi-Irag	108	1,8	10,6
Hepatitis A	101	1,7	9,9
Intoxicación por Otras Sustancias Químicas	92	1,5	9
Tos Ferina	81	1,4	8
Enfermedad Transmitida por Alimentos	79	1,3	7,8
Mortalidad Perinatal	78	1,3	7,7
Dengue clásico	65	1,1	6,4
Tuberculosis pulmonar	51	0,9	5
Tuberculosis extra pulmonar	37	0,6	3,6
Rubéola	29	0,5	2,8
Sífilis congénita	28	0,5	2,7
Intoxicación por plaguicidas	28	0,5	2,7
Sífilis gestacional	27	0,5	2,7
Chagas	26	0,4	2,6
IRAG inusitado	25	0,4	2,5
Evento adverso seguido a la vacunación	21	0,4	2,1
Malnutrición	18	0,3	1,8
Malaria Vivax	17	0,3	1,7
Hepatitis B	17	0,3	1,7
Mortalidad por IRA 0 - 4 años	14	0,2	1,4
Intoxicación por solventes	11	0,2	1,1
Leishmaniosis cutánea	8	0,1	0,8

Fuente: SiviGila localidad de Suba 2009.

Tabla 40. Distribución de eventos notificados al SIVI GILA, localidad de Suba 2009. Parte B.

EVENTO	Total	%	Tasa por 100.000 hab.
Mortalidad materna	7	0,1	0,7
Intoxicación por metanol	6	0,1	0,6
Sarampión	6	0,1	0,6
Dengue hemorrágico	4	0,1	0,4
Meningitis por neumococo	4	0,1	0,4
Meningitis tuberculosa	4	0,1	0,4
Leucemia linfocítica aguda en menor de 15 años	4	0,1	0,4
Leucemia mielocítica aguda en menor de 15 años	4	0,1	0,4
Lesiones por pólvora	3	0,1	0,3
Malaria complicada	2	0	0,2
Meningitis meningocócica	2	0	0,2
Fiebre amarilla	1	0	0,1
Hipotiroidismo congénito	1	0	0,1
Leptra	1	0	0,1
Leptospirosis	1	0	0,1
Malaria falciparum	1	0	0,1
Mortalidad por ERA en mayores de 5 años	1	0	0,1
Parálisis flácida < 15 Años	1	0	0,1
Total	5.993	100	588,3

Fuente: SiviGila localidad de Suba 2009. * Los eventos de notificación obligatoria que no aparecen en la tabla es porque no se presentaron.

A continuación se presenta el análisis de los eventos de notificación distribuidos en tres grupos: enfermedades inmuno-prevenibles, enfermedades transmisibles, enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades

1.2.5.1. Enfermedades inmunoprevenibles

Al revisar la incidencia de las enfermedades inmuno-prevenibles para el año 2009, el evento que ocupa el primer lugar es la varicela y presenta la incidencia más alta con 287 casos x 100.000 habitantes, seguida de la parotiditis con 24 casos x 100.000 habitantes y Hepatitis A con una incidencia de 9,9 x 100.000 habitantes.

Por lo anterior se evidencia la necesidad de la implementación de la vacuna en el esquema nacional del PAI.

Al realizar la Referenciación geográfica de los casos de varicela identificados en el año 2009 se presenta una distribución de casos mayoritaria en los territorios sociales Rincón y Tibabuyes (ver tabla 41).

Tabla 41. Distribución de casos de varicela por territorios sociales, localidad de Suba 2009.

Territorio Social	UPZ	N. Casos Varicela	%
Territorio Social Uno	Rincón	869	39,8
Territorio Social Dos	Tibabuyes	707	32,4
Territorio Social Tres	Casablanca	9	16,7
	Suba	357	
Territorio Social Cuatro	San José de Bavaria	28	6,8
	Britalia	36	
	El Prado	86	
Territorio Social Cinco	La Alhambra	7	4,2
	NIZA	66	
	La Floresta	20	
Territorio Social Seis	UPR	0	0
	La Academia	0	
	Guaymaral	0	
Total		2.185	100,0

Fuente: Sivigila localidad de Suba 2009.

Igualmente para la Parotiditis los casos corresponden a estas mismas zonas, de donde la UPZ Rincón concentro el 51,4% de los casos seguida de Tibabuyes con 23.6%, estos territorios son considerados como prioritarios en la localidad dada las condiciones de insalubridad y que unido a los hábitos higiénicos inadecuados de la población, favorecen la transmisión de enfermedades (ver tabla 42).

Tabla 42. Distribución de casos de parotiditis por territorios sociales, localidad de Suba 2009.

Territorio Social	UPZ	Parotiditis	%
Territorio social uno	Rincón	109	51,4
Territorio social dos	Tibabuyes	50	23,6
Territorio social tres	Casablanca	1	13,7
	Suba	28	
Territorio social cuatro	San José de Bavaria	3	3,7
	Britalia	2	
	El Prado	3	
Territorio social cinco	La Alhambra	1	7,5
	NIZA	2	
	La Floresta	13	
Territorio social seis	UPR	0	0
	La Academia	0	
	Guaymaral	0	
Total		212	100%

Fuente: Sivigila localidad de Suba 2009.

1.2.5.2. Tos ferina

En el Distrito Capital, para el año 2009 se reportaron 1.047 casos probables de tos ferina; de éstos, la localidad de Suba le aportó el 7,8% (82 casos notificados). Es importante tener en cuenta que la efectividad de la vacuna es de 80%, lo que genera un porcentaje de población susceptible a presentar la enfermedad.

El mayor porcentaje de casos, 94%, se encuentra en los menores de un año, es decir 77 casos, por lo que es necesario fomentar factores protectores como lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, vacunación oportuna, hábitos de aseo e higiene en los menores, educación a padres o cuidadores sobre signos de alarma, demanda oportuna de los servicios de salud, fortalecer la demanda inducida a los programas de crecimiento y desarrollo y al programa ampliado de inmunizaciones.

1.2.5.3. Enfermedades transmisibles

Exposición rábica

En el año 2009 la exposición rábica ocupó el segundo lugar con 1.140 casos, Estos eventos se presentaron principalmente en las UPZ prioritarias de la localidad en su orden: la UPZ Rincón (32% casos) seguida de Tibabuyes (30%) y Suba Centro (14,6%); de acuerdo con la edad de los afectados se presentó en mayor frecuencia en población joven (ver tabla 43).

Tabla 43. Distribución de casos de exposición rábica por etapa de ciclo vital, localidad de Suba 2009.

Etapa de ciclo vital	Frecuencia	%
Infancia	263	23%
Juventud	475	42%
Adulthood	322	28%
Vejez	80	7%
Total	1.140	100%

Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá, D.C. SIVIGILA-SAA 2009.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA-

En el Distrito Capital, para el año 2009 se identificaron a través de la notificación 1.557 defunciones por SIDA, de estos la localidad de Suba aportó 11% (169 casos), el grupo poblacional más afectado corresponde a los adultos (población económicamente activa), con 103 casos lo que representa 61% del total de casos reportados por la localidad en el año 2009.

Al caracterizar los casos por sexo se observó que 84% corresponde al género masculino y 16% al género femenino, observando una relación de hombre mujer 5:1, se hace necesario fomentar las acciones del programa de salud sexual y reproductiva planificación familiar y fomentar autoestima y auto cuidado para disminuir la incidencia de VIH en los pobladores de la localidad de Suba.

Notificación de Brotes

Par el año 2009, los brotes de varicela ocuparon el primer lugar con el 67.1%, seguido de los brotes de hepatitis A con el 26%. En cuanto a los brotes producidos por alimentos contaminados se presentaron 131 casos en la localidad.

Los brotes fueron captados en el 100% por los colegios y jardines de la localidad de Suba observando, un aumento del 22% en la notificación de los brotes con relación al año 2008.

Es importante anotar que una vez notificados los casos, se realizaron las investigaciones epidemiológicas de campo en coordinación con el área de medio ambiente para asegurar el seguimiento de los casos y el cumplimiento de la medida higiénica sanitaria establecida en la visita, así como la coordinación con otros sectores locales para el seguimiento de los riesgos identificados.

Tuberculosis

Para la localidad de Suba, en el año 2009, se notificaron 51 casos de tuberculosis, 50 casos menos que el año anterior (n = 101), con una tasa de incidencia en la tuberculosis pulmonar de 5,0 por cada 100.000 habitantes, seguido de la tuberculosis extra pulmonar con una tasa de 3,6 por cada 100.000 habitantes.

Con relación al género, se presentaron 65 casos en mujeres y 40 en hombres. El grupo de edad más afectado fueron los adultos con 32 casos.

De acuerdo con el régimen de afiliación, el contributivo aporta el 69,5% de los diagnósticos, seguido de los no afiliados con 15,2%. De los casos registrados en el Sistema de Vigilancia - Sivigila se confirmaron por laboratorio el 85% de los casos.

La proporción de casos que residen en la localidad de Suba con relación al Distrito Capital corresponde al 9% y la incidencia corresponde a 5,39 por 100.000 habitantes (según proyección DANE 2009). Por consiguiente en la localidad se realiza la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y la implementación del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado – TAES.

Lepra

Los casos residentes en la localidad de Suba, en el año 2009 corresponden a un joven y un adulto con una tasa de incidencia del 0.19 por cada 100.000 habitantes; estos casos fueron ingresados al Sivigila con laboratorio confirmado.

Enfermedades Transmitidas por Vectores

Las enfermedades transmisibles, continúan siendo un problema de salud pública, por el creciente número de casos que se presentan. La población que afecta y las discapacidades que se generan se deben principalmente a diagnósticos tardíos. Aunque Bogotá no cuenta con las condiciones ecológicas para la presencia y transmisión de estas, es punto de entrada de la población que por diversas razones como trabajo, descanso y desplazamiento forzado llegan procedentes de zonas endémicas, por consiguiente tanto la identificación del caso como la administración del tratamiento, deben ser oportunas.

En los casos de enfermedades transmitidas por vectores se evidenció una mayor afectación al género masculino, con 61% de los casos y 39% para el género femenino; de acuerdo con la edad los casos en su mayoría se registraron entre los 15 y 39 años; también es de reconocer que 85% de los casos corresponden al régimen contributivo. Con relación a los periodos epidemiológicos que más casos se notificaron están el I, II y IV periodo, coincidiendo con el término de la temporada vacacional de fin de año y semana santa.

De las enfermedades con mayor número de notificaciones se encuentra el Dengue Clásico con 65 casos y una tasa de incidencia de 6,4 por cada 100.000 habitantes, seguido de la enfermedad de Chagas con 26 casos.

Para Malaria se presentaron 17 casos, de los cuales el 88% corresponde a *Malaria P. Vivax*, 6% a *malaria P. falciparum* y complicada respectivamente, según información de Sivigila 2009.

2.

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

2.1. Organización Social y Productiva del Trabajo en el Territorio.

2.1.1. Situación de Trabajo

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida - ECV 2007, la tasa de ocupación de Suba se encuentra en 47,6%, inferior a lo encontrado para el Distrito (49,9%), siendo los hombres los que tienen mayores tasas de ocupación 55,4%, con relación a las mujeres 42,5%.

Las actividades que más ocuparon las personas residentes en Suba fueron: servicios sociales, comunales y personales (27,6%), comercio, hoteles y restaurantes (24,7%) e industria manufacturera (15,7%). En cuanto a la posición ocupacional de los empleados que viven en la localidad de Suba, el 53,4% son empleados de empresa particular y el 21,7% trabajadores por cuenta propia. El porcentaje de empleados de empresa particular es el más alto entre las 20 localidades.

Según indicadores de fuerza laboral para el año 2007 por la ECV, se registró un total de 437.319 personas en edad de trabajar, entre las cuales la tasa global de participación alcanzó el 53,4%. Con relación a la tasa de desempleo de la localidad se ubicó en 6,7 siendo inferior a la de la ciudad (7,8). Esta situación ha llevado a que se incremente la inseguridad en la localidad ya que más personas alcanzan niveles de pobreza, con las consecuencias que trae para la seguridad alimentaria, la educación y la economía de las familias (ver tabla 44).

Tabla 44. Indicadores de fuerza laboral, localidad de Suba, 2007.

DETALLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
POBLACION TOTAL LOCALIDAD SUBA		968.279	
FUERZA LABORAL	Población en edad de trabajar	818.262	84,5
	Población económicamente activa	437.319	45,2
POBLACION ECONOMICA-MENTE ACTIVA	Ocupados	408.105	93,3
	Desocupados	29.214	6,7

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. Procesamiento: SDP, Dirección de información, Cartografía y Estadística. (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 22, Pág. 33)

Según los datos de la ECV.- DANE 2007, la distribución de la población ocupada por posición ocupacional, en la localidad predomina la población empleada por empresa particular seguida de los trabajadores independientes o por cuenta propia.

La población de los estratos 1, 2 y 3 se dedica en su mayoría al trabajo en oficios como la construcción, mecánica, conductores, empleados de los cultivos de flores ubicados en Chía, Cota, Tabio y Tenjo y empleadas del servicio doméstico, en restaurantes, operarios de fábricas y al sector informal o rebusque. Esta población se concentra en los territorios: Casablanca, Suba Centro, Rincón, y Tibabuyes y en algunos sectores del territorio social cuatro, el cual incluye las UPZ 17,18 y 19.

En la localidad hay una gran cantidad de familias dedicadas al reciclaje, ubicadas en la UPZ 18, barrio Cantalejo; UPZ 19, en el borde del canal Córdoba; UPZ 27, barrio Villa Hermosa; UPZ 28, sector de Villas del Rincón y la UPZ 71, sector de Lisboa, Santa Cecilia y Santa Rita.

En los estratos 4, 5 y 6 que corresponden a población ubicada en el territorio social cuatro (Prado, Britalia y San José de Bavaria); al territorio social cinco (Niza Alhambra y Floresta) y al territorio social seis, particularmente en las UPZ Academia y Guaymaral, predominan profesionales, empleados de empresas, dueños de negocios y pensionados.

De la población en edad de trabajar, el 56% es asalariado. Si se compara con la población económicamente activa el 37% de la población es asalariada.

Según datos de la ECV 2003, del total de personas asalariadas en la localidad, el 62,3% están afiliadas a una Administradora de Riesgos Profesionales - ARP, siendo menor el porcentaje en la población dedicada a la actividad de servicio doméstico.

El sector económico en los que se encuentra el mayor número de empresas de la localidad es el de servicios: comercio (37%), hoteles y restaurantes (7,3%), servicios inmobiliarios y de alquiler (12%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (6,4%). Las Pequeñas y Medianas Empresas - PYMES - en Suba representaron el 8,2%, mientras que la gran empresa registró una baja participación (0,2%). Sin embargo, en la localidad hay presencia de empresas como Colombia Telecomunicaciones S.A., Conexión Móvil S.A., Ciudad Móvil S.A. Las cifras corresponden al registro mercantil de la Cámara de Comercio de Bogotá para el año 2006.

De acuerdo con las tasas de ocupación según grupos de edad, el grupo de 25 a 44 años tiene la tasa más alta de ocupación entre la población ocupada seguida del grupo de 45 a 64 años (ver tabla 45).

Tabla 45. Tasa de ocupación por grupo de edad, localidad de Suba, 2007

GRUPO DE EDAD	OCUPADOS	TASA DE OCUPACION
10 a 17 años	2.256	1.63
18 a 24 años	52.166	43.90
25 a 44 años	244.553	75.07
45 a 64 años	103.778	56.75
65 y mas años	5.353	10.18

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2007.

La mayoría de las empresas de Suba se localizan en la parte oriental de la localidad, cerca de las avenidas principales y barrios tradicionales. Así mismo, en la UPZ Rincón se encontró la mayor concentración de empresas, seguida en su orden por las UPZ Prado, Niza, La Alhambra, Suba, Tibabuyes, La Floresta, San José, Britalia, Casablanca, La Academia y Guaymaral.

Es importante destacar el hecho que las UPZ Guaymaral y la Academia concentran un porcentaje bajo de empresas y a la fecha se encuentran sin reglamentar. Por lo tanto, es necesario que para regular el uso del suelo y las actividades económicas que allí conviven o que puedan localizarse, se utilice adecuadamente este mecanismo de planeación acorde con la realidad empresarial y ambiental.

De los 287.783 hogares que existían en Suba en el año 2007 la percepción con respecto al poder adquisitivo es que solo alcanza para cubrir los gastos mínimos en 54,3% y no alcanza para cubrir los gastos mínimos el 18,9% lo que representa 54.436 hogares (ver tabla 46).

Tabla 46. Distribución de los hogares por percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso Localidad de Suba, 2007.

DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Total hogares localidad suba	287.783	
No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	54.436	18,9
Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos	156.354	54,3
Cubren más que los gastos mínimos	76.992	26,8
Sin información	0	0,0

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. Procesamiento: SDP, Dirección de información, Cartografía y Estadística (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 21, Pág. 32)

2.1.2. Trabajo en la Zona Rural

La generación de empleo en la ruralidad esta relacionada con las áreas dedicadas a la producción agropecuaria y a los cultivos de flores; estos últimos han desplazado las áreas dedicadas a la ganadería y a la agricultura, aunque puede considerarse que en razón a la estructura del mercado estas áreas han logrado su consolidación y estabilidad en cuanto a la superficie ocupada en la zona.

Bajo estas circunstancias, las inadecuadas formas de explotación y bajos rendimientos permiten señalar que la ruralidad presenta un alto potencial para la producción agropecuaria y que sus suelos, aunque con la limitación de la falta de agua para riego, posibilitan la producción en condiciones modificadas de una buena variedad de productos alimenticios con buenos rendimientos y gran calidad, como son los cultivos de papa, maíz y hortalizas.

Otra tendencia importante observada dentro de la dinámica de las actividades productivas de la zona esta relacionada con las modificaciones de las antiguas formas de empleo rural (jornaleros o trabajadores rurales), cuyo número se ha reducido significativamente.

Actualmente, dentro de la nueva tendencia de ordenamiento, el mayor empleo esta generado por las empresas floricultoras. Igualmente la cercanía a la zona urbana de Bogotá también ha influido en que muchos de los antiguos agricultores y especialmente sus hijos, tengan empleos en la ciudad, abandonando definitivamente las actividades agropecuarias. Este abandono se presenta no solo porque la estructura de la producción agropecuaria en las condiciones actuales genere muy pocos empleos, sino porque los ingresos y calidad de los mismos resultan inferiores a los que se pueden encontrar en otros sectores. El campesino absorbe la pérdida económica de su actividad agrícola y no contabiliza los ingresos que corresponden a la remuneración de la mano de obra.

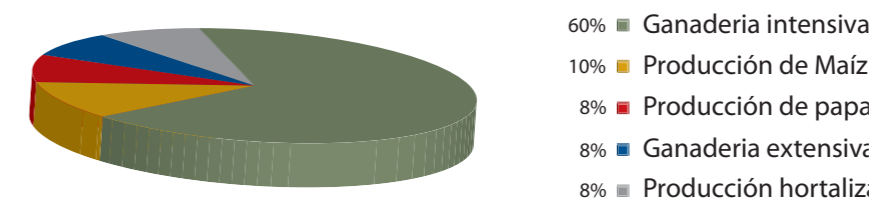
Otra aspecto que se registra en cuanto a posibilidades de empleo, en razón a la desaparición de la agricultura comercial tradicional, es la opción del campesino - obrero, que corresponde a familias de origen campesino que viajan a la ciudad a trabajar, pero siguen viviendo en sus casas campesinas y parte del tiempo trabajan en sus propiedades, principalmente en pequeños cultivos de papa, maíz y hortalizas y en ocasiones se ocupan del mantenimiento de una o dos cabezas de ganado bovino, actividades desarrolladas con inadecuadas condiciones tecnológicas y sanitarias, prácticamente sin ningún apoyo para la comercialización o transformación de productos.

Un aspecto central relacionado con las decisiones de la población en este escenario de producción agropecuaria tradicional es el bajo estímulo que tienen por parte del Gobierno, lo que repercute negativamente con las posibilidades de mejorar la calidad de vida. Sin embargo más que

los ingresos, es el apoyo económico y las garantías sociales las que requiere la población, razón por la cual si se quiere revertir este proceso, se deberá, además de trabajar sobre las condiciones generales de la producción, impulsar el desarrollo de una infraestructura de apoyo en términos tecnológicos y financieros, al contribuir con la prestación de servicios sociales que efectivamente inclinen la balanza hacia la recuperación de las actividades rurales de la zona.

Ahora bien, como se observa en la gráfica la mayor producción esta destinada a la ganadería intensiva con el 66% y en menor tendencia la ganadería extensiva, seguida de la producción de hortalizas, producción de papa, producción campesina y cultivos mixtos con el 8% respectivamente (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Generación de empleo en la zona rural, localidad de Suba, 2009.



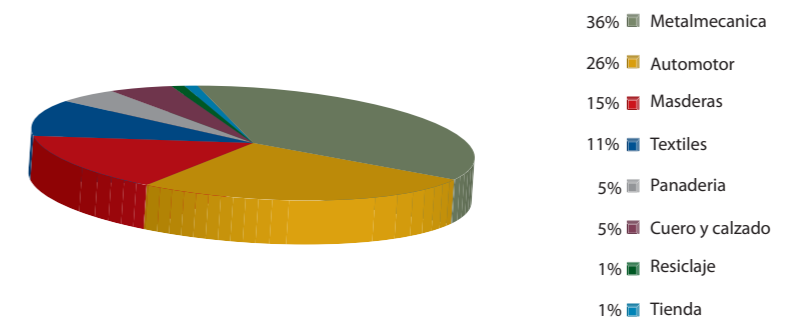
Fuente: Secretaria de Planeación Distrital, Diagnóstico Plan Zonal Norte 2004.

2.1.3 Trabajo informal

De acuerdo con información institucional del ámbito laboral en el año 2009, se caracterizaron 528 Unidades de Trabajo Informal – UTI, localizadas en los territorios sociales uno, tres, cuatro y cinco, particularmente en las UPZ Prado, Britalia, Niza, la Floresta, Suba y Rincón, estos territorios son comercialmente densos y están ubicados en el sector estratégico de la localidad, lo que ofrece mayores oportunidades de intervención.

Entre las actividades económicas seleccionadas, la más representativa corresponde a metalmecánica con una representación de 36,6% (ver gráfica 15).

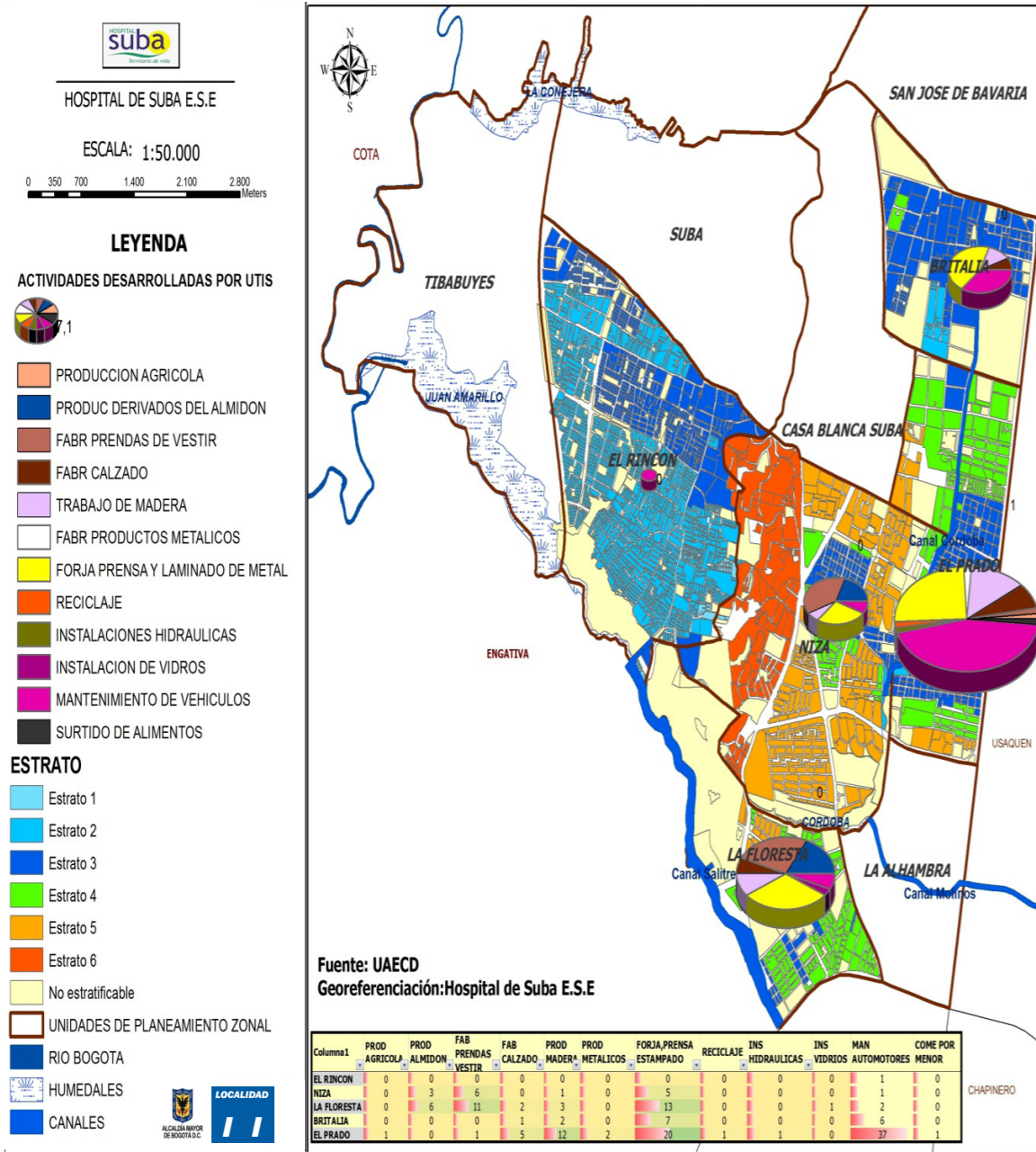
Gráfica 15. Distribución de actividades en las UTI, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Hospital de Suba, Informe Unidades de Trabajo Informal caracterizadas, 2009

En las UPZ de Prado y Britalia predominan las actividades de automotor, metalmecánica y maderas; esto se considera porque están ubicadas estratégicamente cerca de la autopista norte y es un sector donde se facilita el acceso y la compra de materias primas (ver mapa 10).

Mapa 10. Unidades de trabajo informal Caracterizadas, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. Bases de datos Unidades de Trabajo Informal caracterizadas 2009.

Al analizar la población trabajadora en UTI por género, se encontraron 319 mujeres (26%) y 922 hombres (74%), por etapa de ciclo vital; predomina la población adulta con 78,7%, seguido por la etapa de juventud con 15,2%, y las personas mayores representan 6,1%.

Con relación al nivel educativo, se identificó que 34% de los trabajadores no han completado el bachillerato y se desempeñan en las actividades de automotor y metalmecánica; pero cabe destacar la formación universitaria, completa e incompleta y técnica, completa e incompleta dentro de las actividades automotor y metalmecánica, la cual es realizada por hombres en su mayoría, se presenta en los propietarios de los negocios quienes buscan capacitación para mejorar las expectativas del mercado, lograr mayor competitividad y mejorar la calidad de vida.

En el género femenino encontramos un porcentaje de 7.81% del ciclo vital adultez que culminaron el bachillerato completo en la actividad económica de metalmecánica, textiles y maderas, entre otras, siendo representativo que la gran mayoría de este ciclo vital adulto son microempresarias. En este género cabe destacar que en las unidades de trabajo no hay interés en mejorar el nivel educativo ya que se conforman con lo que saben y lo consideran suficiente para ejercer en el campo laboral.

Las personas mayores identificadas en las UTI que desarrollan actividades de automotor, metalmecánica y maderas, son las que tienen un menor nivel de escolaridad, siendo así que 1,1% no alcanza a terminar la primaria. Esto se debe en parte a que las oportunidades de estudio eran limitadas en épocas pasadas y el género masculino empezaba a laborar a más temprana edad y dedicaba la mayor parte del tiempo a actividades laborales y a consolidar empresa.

En el género femenino se encontró 0.32% que culminaron el bachillerato completo en la actividad económica de panaderías, metalmecánica, cuero y calzado, siendo representativo que la gran mayoría de este ciclo vital persona mayor, son dueñas de unidades de trabajo y se han desempeñado en estas labores por largo tiempo.

Con respecto al nivel de ingresos, éstos varían de acuerdo con la condición de trabajador propietario y de trabajador empleado, siendo así que los propietarios superan el salario mínimo y los empleados reciben máximo un salario mínimo legal vigente.

Con relación al estado de salud de los trabajadores según percepción se identificó que el 95% lo considera excelente, el 3,4% mencionó tener un buen estado de salud y 1,9% percibe un regular estado de salud.

Se presentó un caso de enfermedad profesional con afectación del sistema respiratorio en un hombre cuya actividad laboral es el arreglo de automotores; esta actividad representa exposición a riesgos derivados del manejo de sustancias que afectan el sistema respiratorio como son los solventes y la pintura, además por la ausencia de elementos de protección personal adecuados.

Se presentaron dos accidentes de trabajo en la actividad de metalmecánica y cuero y calzado con afectación en manos, dedos y miembros inferiores esto ocurrió por la presencia de elementos obstructores y falta o inadecuado uso de elementos de protección personal, a pesar de que generalmente están disponibles.

La actividad económica que generó mayor morbilidad fue la de metalmecánica, tanto en hombres como en mujeres, con 79 y 162 casos respectivamente.

Los síntomas que más predominaron fueron el dolor de cabeza y la disminución de la visión, seguido del dolor y el adormecimiento en miembros inferiores y en manos, lo que indica la necesidad de mejorar la cultura del autocuidado, el uso adecuado de los elementos de protección personal, la

implementación de pausas activas, la realización de las valoraciones médicas y el mejoramiento de los puestos de trabajo, para disminuir las enfermedades profesionales y mejorar la calidad de vida y salud de los trabajadores; para disminuir la incidencia de esta situación se realizó asesoría técnica desde la línea de trabajo a UTI por parte del Hospital de Suba.

En las actividades donde hay exposición a solventes o químicos también se encuentran síntomas como mareo, vómito y falta de concentración y memoria, al igual que los problemas de la voz en donde hay exposición a polvos. Esto es un llamado de atención y necesidad de implementar programas de vigilancia epidemiológica para evidenciar de forma objetiva el efecto de las actividades informales en la salud de los trabajadores puesto que no se pueden asimilar a las formales, dadas las condiciones especiales que tienen los trabajadores.

También se identificaron las actividades en salud ocupacional que realizan las Unidades de Trabajo Informal, pero dada su informalidad se identificó que la gestión que más realizan es la afiliación a Cámara de Comercio y en menor porcentaje la educación a trabajadores. Se encontraron grandes falencias en ítems como simulacros (el 96% de las Unidades de Trabajo Informal nunca han realizado un simulacro para la atención de emergencias), mantenimiento a la maquinaria (el 55% de las unidades de trabajo informal no realizan mantenimiento preventivo o correctivo a su maquinaria y equipos de forma adecuada; los trabajadores reportan que este mantenimiento es realizado por ellos mismos sin tener en cuenta las normas de seguridad, tal como la implementación de una ficha técnica del equipo, uso de las herramientas adecuadas para su reparación y partes o repuestos de óptima calidad) y por último los exámenes médicos y afiliación al SGSS.

El 67% de los trabajadores de la UTI no están afiliados a seguridad social, lo cual se debe a la inestabilidad laboral; la actividad económica que reporta mayor número de trabajadores no afiliados a seguridad social es el sector metalmecánica y la principal razón es la inestabilidad en la contratación y la alta rotación del personal en los establecimientos.

2.1.4 Trabajo infantil

El estatuto del niño y del adolescente prevé la abolición total del trabajador menor de 14 años, es decir, antes de la edad en la cual el niño aún no ha logrado un buen nivel físico, psíquico y biológico, permitiendo que el niño se mantenga en su propio mundo caracterizado por la necesidad de aprender, de soñar y de jugar, o sea en su mundo de niño. Le da el derecho a ser verdaderamente un niño, en el sentido integral del concepto.

El trabajo infantil está íntimamente ligado con las condiciones de vida de la población y de manera particular con la pobreza de las familias; bajo esta perspectiva el trabajo infantil tiende a manifestarse de dos maneras: por una parte la denominada visible, que hace referencia a la presencia de niños y niñas como acompañantes en el trabajo de sus padres, (vendedores en tiendas, plazas de mercado, fruterías, ayudantes de construcción y ebanisterías) y la segunda manera se refiere a los y las menores empleados/das directamente, ya sea como empacadores en supermercados, caddies en clubes, entre otras actividades.

De acuerdo con información generada por la línea de trabajo infantil de la ESE Suba, se identificaron menores trabajadores que han tenido la necesidad de abandonar sus estudios, dada la necesidad de ayudar a sus padres, mantener a sus hermanos o para su propio sustento; estos niños y niñas trabajadores no saben de otro juego que no sea la sobrevivencia, se privan de ir al colegio, de jugar y de tener un desarrollo acorde a su edad.

En el año 2009 en la localidad de Suba se caracterizaron 209 menores de los cuales 92 pertenecen al género femenino lo que representa 44% de los casos y 56% al género masculino (117 casos). De acuerdo con la edad se identificaron 48 casos de niños y niñas entre los cinco y once años, lo que equivale al 23%; 93 casos en el grupo de 12 a 14 años, lo que equivale al 45% de los menores caracterizados; 68 casos en niños mayores de 14 años, lo que equivale al 32%.

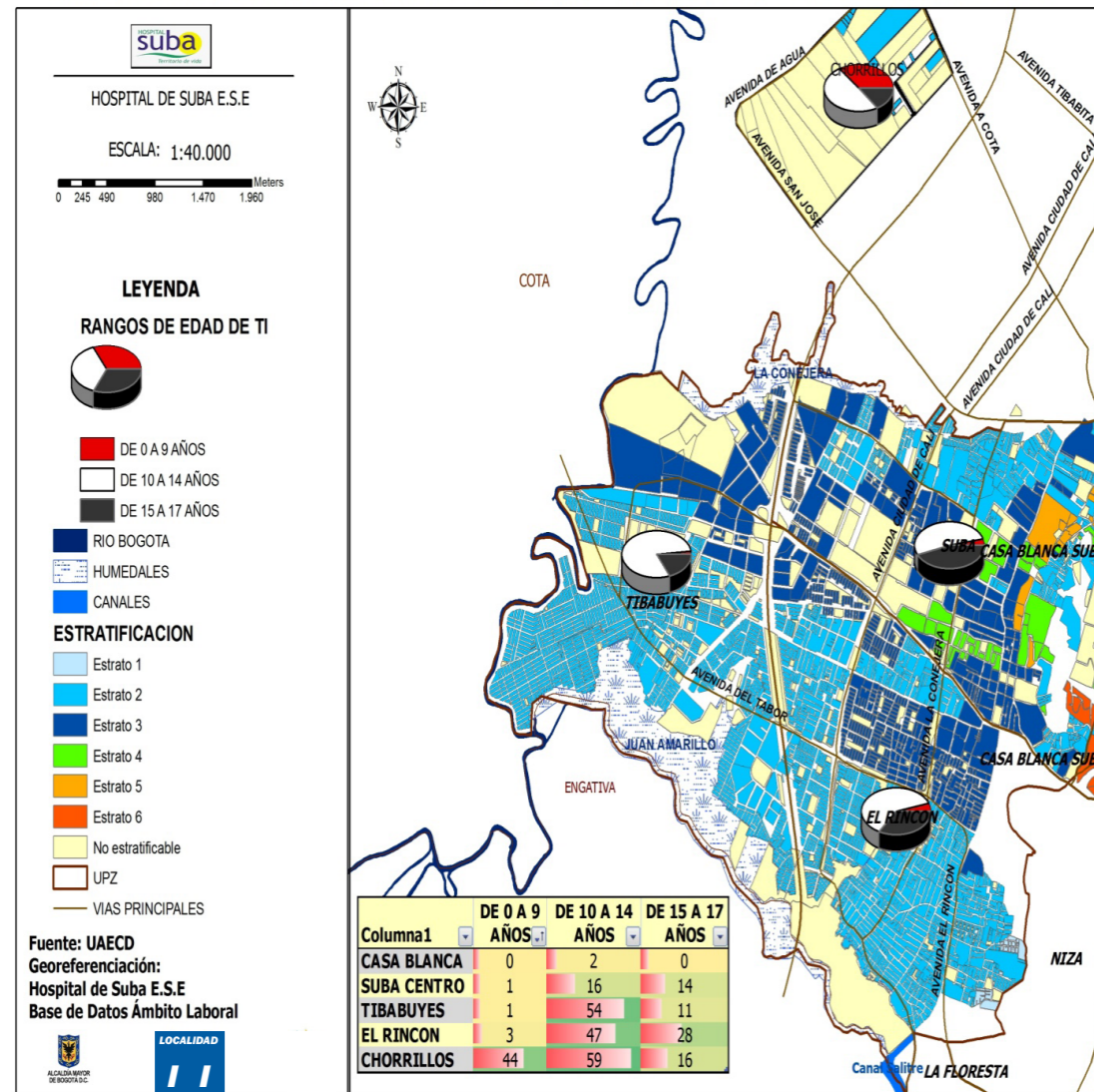
La tercera parte de los menores trabajadores caracterizados no se encuentran afiliados al sistema de seguridad social, siendo así que los menores entre los cinco y once años se encuentran sin seguridad social en el 31% de los casos y los menores entre 12 y 14 años no se encuentran afiliado a seguridad social en el 29% de los casos.

De acuerdo con la ubicación de los menores caracterizados, se identificó que en el territorio Suba Centro se encuentra la mayor presencia de niñas trabajadoras, mientras que los niños se ubican principalmente en el territorio social – Rincón; en los territorios mencionados existe mayor disposición de zonas comerciales y con diversas opciones de generación de ingreso y posibilidades de trabajo informal. Es así que muchos menores se desplazan de diversos barrios de la localidad para desarrollar actividades laborales que en algunos casos son sólo a cambio de la manutención y el alojamiento. Al ocurrir en el ámbito privado, es la explotación más difícil de detectar y son los niños y niñas y jóvenes muy vulnerables a diversos tipos de abusos por encontrarse desarraigados de su entorno familiar.

Los niños y jóvenes entre los 10 y 14 años son los menores trabajadores con mas alta presencia, identificados según caracterización de la línea de trabajo infantil del Hospital de Suba; los territorios sociales Rincón, Tibabuyes, Suba Centro y la vereda Chorrillos concentran población de estrato dos, lo que muestra la relación entre la situación económica y la inclusión laboral temprana de niños y jóvenes en territorios que presentan necesidades en cuanto a ingresos, lo que ha desencadenado el incremento en la inclusión laboral temprana de niños, niñas y jóvenes (ver mapa 11).

Mapa 11. Trabajo infantil según caracterización Ámbito laboral, localidad de Suba, 2009.

INTERVENCIÓN EN TRABAJO INFANTIL LOCALIDAD DE SUBA AÑO 2009



Fuente: Cartografía UAECD. Bases de datos línea de trabajo infantil, Hospital de Suba 2009.

2.1.5 Razones de dependencia económica infantil, juvenil y senil.

Los resultados de la ECVB-2007 arrojan una razón de dependencia por edad para la localidad de Suba de 44, es decir, que hay 44 personas en edad de dependencia por cada 100 personas económicamente productivas. Al desagregar la dependencia, se encuentra que 37 de estas personas son niños y jóvenes menores de 15 años y 8 adultos mayores de 65 años.

2.1.6 Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI

El indicador de NBI es la principal medida de pobreza y hace referencia a la población más vulnerable de la localidad, en términos de la falta de oportunidades y condiciones óptimas para

tener una vida digna, en relación con la satisfacción de las necesidades básicas, como es el caso de la percepción del poder adquisitivo de los ingresos, de la dotación del lugar de vivienda, de las condiciones económicas al interior de los hogares, del acceso y calidad de la educación, salud y otros servicios.

Según este indicador, se considera pobre aquella persona o familia en cuyas condiciones de vida se cumple al menos una de las siguientes características:

- Hogares que habitan en viviendas inadecuadas: expresa las carencias habitacionales referentes a las condiciones físicas de las viviendas.
- Hogares que habitan en viviendas sin servicios básicos: en este punto se analizan las carencias de servicios de agua potable y eliminación de excretas.
- Hogares en hacinamiento crítico: los hogares en cuya vivienda la relación personas por cuarto es superior a tres.
- Hogares con alta dependencia económica: hogares donde existen más de 3 personas por ocupado y donde el jefe hubiera aprobado como máximo 2 años de educación primaria.
- Hogares con ausentismo escolar con por lo menos un niño de 7 a 11 años, pariente del jefe del hogar que no asista a un centro de educación formal.
- Hogares en miseria son los que tienen dos o más de las características antes descritas

De acuerdo con la Encuesta de calidad de vida 2007, se encontró que 2,8% de los hogares de la localidad de Suba se consideran en pobreza por NBI y el 0,1% en condiciones de miseria. De acuerdo con los factores que determinan el NBI, 0,3% de los hogares de Suba habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados, 1,3% viven en condiciones de hacinamiento crítico, en 0,4% hay inasistencia escolar y en 0,8% hay condiciones de alta dependencia económica.

Este mismo análisis muestra que 0,3% de las 981.613 personas residentes en la localidad de Suba durante el año 2007, habitan viviendas inadecuadas, 0,1% tienen servicios públicos inadecuados, 1,9% viven en hacinamiento crítico, en 0,5% hay inasistencia escolar y 1,5% presentan condiciones de alta dependencia económica. En total, 40.034 personas (4,1% de la población de Suba) padecen condiciones de pobreza y 1542 (0,2%) personas, viven en condiciones de miseria. El hecho que los resultados de pobreza y miseria en personas sean siempre mayores que para hogares, indica que, por lo general, los hogares más afectados están conformados por un número mayor de personas que los hogares menos afectados.

2.2. Condición y Calidad de Acceso de Bienes y Servicios

2.2.1. Caracterización de la vivienda

Según proyección DANE 2009 en la localidad de Suba hay 310.433 hogares que agrupan 1.018.629 personas. El promedio de hogares por vivienda es de 2,01 y de personas por hogar es de 3,3.

De acuerdo con el censo 2005, proyección 2009 en la localidad de Suba hay 288.381 viviendas. Con relación al año 2005, aumentaron 45.924 viviendas, lo que significa un aumento de viviendas

y de población, siendo consecuente con la tasa de crecimiento de la localidad (2,3); de acuerdo con la ECV en el 2003 había 893.766 habitantes pasando a 1.018.617 para el año 2009. Por consiguiente, también aumentó la infraestructura.

En las UPZ 28 y 71 hay presencia de viviendas construidas con materiales no sólidos, en las zonas aledañas a los ríos Juan Amarillo y Bogotá y en el borde de la Laguna de Tibabuyes; corresponden a viviendas habitadas por familias de recicladores.

La comunidad refiere que la gran mayoría de las viviendas no son adecuadas e informan que el número de personas por hogar es de 5 o 6, cuenta con servicios públicos como agua y luz, pero existe una falencia importante en alcantarillado (aguas residuales y aguas lluvias); en la mayoría de las viviendas se cuenta con un solo sistema de desagüe, las conexiones mixtas entre agua lluvia y alcantarillado combinadas con las sanitarias. Las problemáticas que se destacan son el hacinamiento y la violencia Intrafamiliar.

En cuanto a la disposición de basuras se cuenta con los servicios de la empresa Lime Bogotá, que cubre toda la localidad. El 99.7% de los hogares tiene el servicio de recolección de basuras por empresas de aseo y el 0.3% realiza quema. Sin embargo en las UPZ 18, 19, 20, 28 y 71 la comunidad manifiesta que los habitantes del sector y los recicladores arrojan basuras y escombros en los canales como el Córdoba, los Molinos, la ronda de los ríos Juan Amarillo y Bogotá y los lotes baldíos o desocupados. También se presentan puntos de contaminación en las esquinas de las calles, donde se acumulan basuras, debido a que la comunidad no cumple con los horarios estipulados por las empresas de aseo y los recicladores dejan abiertas las bolsas después de sacar el material reutilizable. En las UPZ 17, 23 y 28 esto sucede porque las vías son muy estrechas y los carros recolectores no pueden ingresar.

2.2.2. Estrato Socioeconómico

El estrato socioeconómico más representativo en la localidad de Suba corresponde al bajo con 460.935 personas, lo que equivale al 45,3% de los habitantes (ver tabla 47).

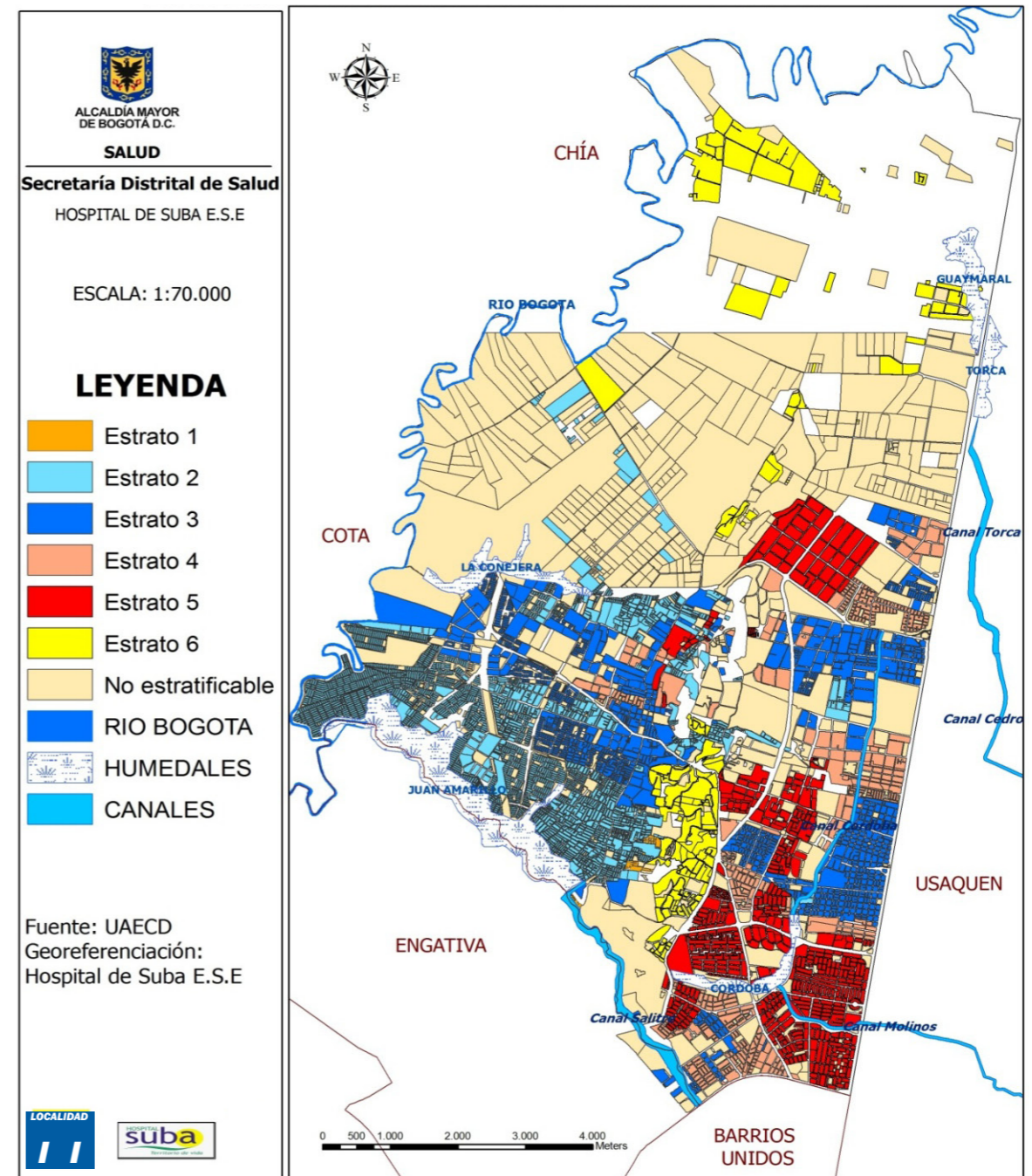
Tabla 47. Población por estrato socioeconómico, localidad de Suba – Bogotá, 2009.

DETALLE	SUBA		BOGOTÁ	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Sin estrato	9.846	1	110.714	1,5
Bajo-Bajo (Estrato 1)	3.447	0,4	708.740	9,8
Bajo (Estrato 2)	460.937	45,3	3.007.437	41,4
Medio-bajo (Estrato 3)	342.467	33,6	2.565.779	35,3
Medio (Estrato 4)	101.293	9,9	564.132	7,8
Medio-Alto (Estrato 5)	91.159	8,9	174.065	2,4
Alto (Estrato 6)	9.480	0,9	128.730	1,8
Total	1.018.629	100	7.259.597	100

Fuente: DANE, SDP-DICE: Proyecciones de población de Bogotá por localidades 2005-2015. Decretos 176 de 2007 (zonas urbana) y 304 de 2008 (zonas rural). (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 7, Mayo 2009 - Cuadros 5,6 y 7, Págs. 6 y 7)

La población de la zona rural tiene el contraste de estratos dos y seis; además existe población en pobreza absoluta debido a las condiciones de la vivienda, educación, ausencia de acueducto y alcantarillado, entre otras necesidades básicas insatisfechas (ver mapa 12).

Mapa 12. Estratificación socioeconómica, localidad de Suba 2009.

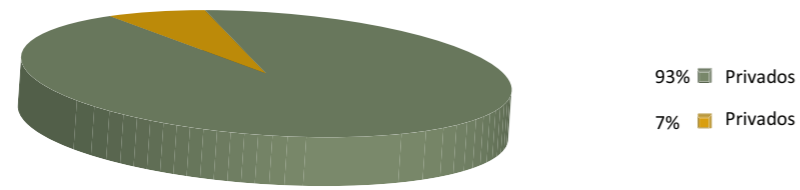


Fuente: Cartografía UAEC. Estratificación Socioeconómica Localidad de Suba. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

2.2.3. Caracterización de la educación

La Localidad de Suba cuenta con un total de 410 colegios, de los cuales el 93,7% (384) corresponden al sector privado siendo la localidad que concentra el mayor número de este tipo de colegios, mientras que los colegios distritales representan el 6,6% con 27 colegios y 50 sedes, ubicados principalmente en las UPZ priorizadas (27, 28 y 71), (ver gráfica 16).

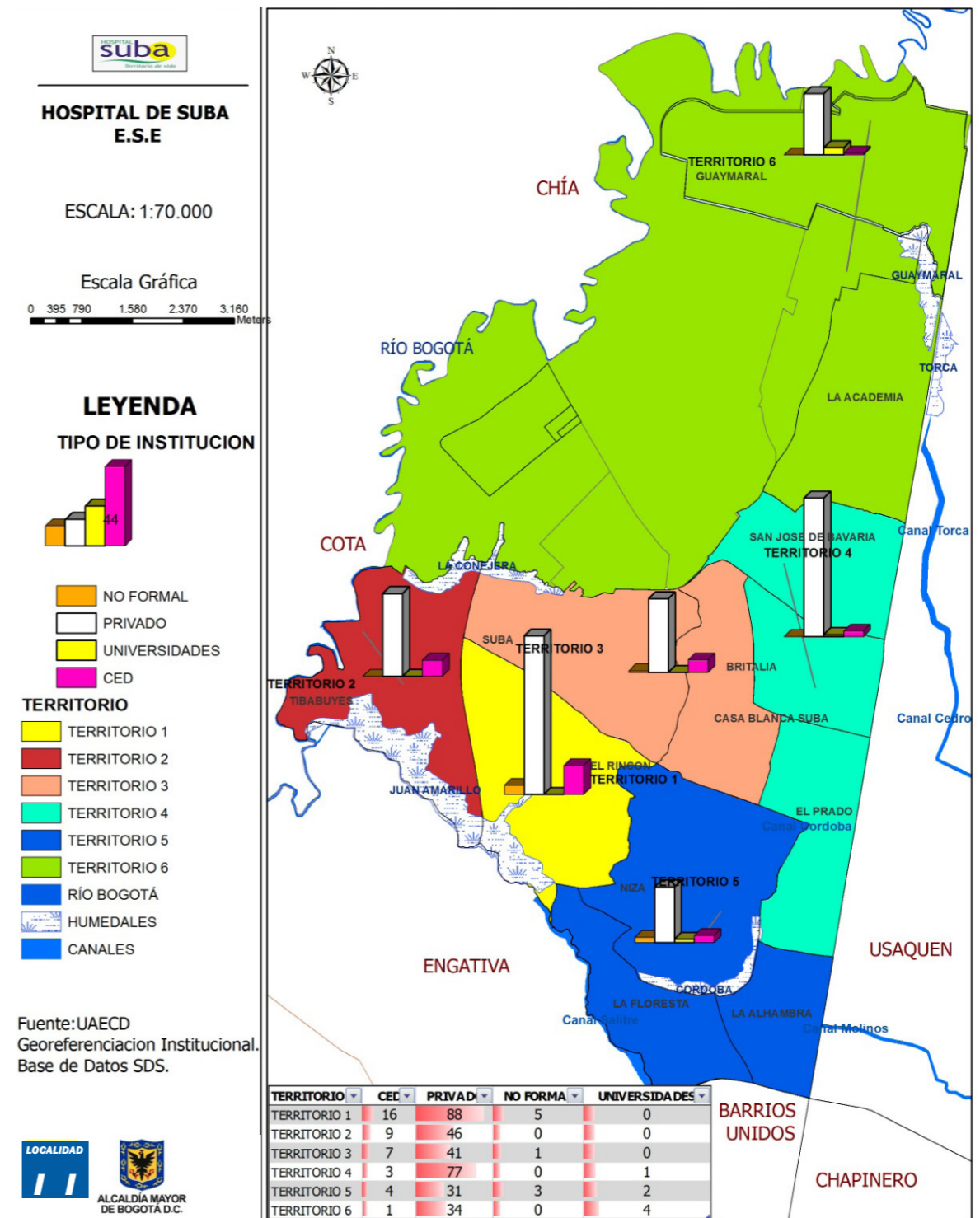
Gráfica 16. Distribución de colegios públicos y privados, localidad de Suba 2009



Fuente: SED 2010

Los colegios privados se encuentran distribuidos a lo largo y ancho de la localidad sin embargo el acceso a estos es privilegio de población con nivel económico medio y alto, en las UPZ con mayor presencia de personas en edad de estudiar como son Rincón, Tibabuyes y Suba Centro existe una baja oferta de centros educativos distritales CED (ver mapa 13).

Mapa 13. Oferta de instituciones educativas, localidad de Suba 2009.



Fuente: cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

Los colegios oficiales de la localidad de Suba para el año 2009 cuentan con el 7,7% del total de la planta docente oficial de Bogotá, que corresponde a 2.191 docentes, de los cuáles 24 son docentes de educación especial; el total de docentes de las instituciones que pertenecen a Salud al Colegio - SAC es de 1.548. En lo referente al tipo de vinculación laboral, el 96.5% (1.895 docentes) están nombrados en propiedad y el 13.5% (296 docentes) se encuentran en provisionalidad. A su vez, cuenta con 153 directivos docentes, que corresponden al 7.9% del total de directivos de la ciudad y 83 orientadores que corresponden al 9.3% del total distrital.

En cuanto a cobertura, la SED ha ejecutado diferentes estrategias como la construcción de siete colegios nuevos, ampliación y mejoramiento de la infraestructura de los colegios distritales, optimización de la capacidad instalada en colegios distritales, arrendamientos, convenios con colegios privados a través de subsidios a la demanda (75) y colegios distritales en concesión (2); sin embargo los datos de la matrícula oficial indican que para el año 2009 fue de 70.150 estudiantes; esto significa que es insuficiente la capacidad instalada para la demanda; por esta razón la localidad remite 17.938 estudiantes a otras localidades para dar respuesta a la necesidad manifiesta.

Por otra parte, se identificó población especial entre los estudiantes de la localidad siendo así que 3.519 son desplazados y 785 son estudiantes en condición de discapacidad.

De acuerdo con el CENSO DANE 2005, en la localidad de Suba se identificaron tasas de analfabetismo, siendo la población masculina la que presenta la mayor tasa 2,9 con relación a las mujeres 2,5 y al comparar con Bogotá, el comportamiento por sexo es similar a lo encontrado en lo local, mientras en la tasa nacional, son las mujeres las que superan la tasa de analfabetismo. Esto demuestra inequidad de género y falta de medidas que disminuyan esta situación, dado que la educación básica debe ser una prioridad para la población, teniendo en cuenta que este es un indicador que refleja el nivel de desarrollo de un país (ver tabla 48).

Tabla 48. Tasa de analfabetismo, localidad de Suba. 2005

Lugar	Hombres	Mujeres
SUBA	2,90	2,50
BOGOTÁ	3,60	3,10
COLOMBIA	8,50	9,30

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. 4)

2.2.3.1. Grados promedio de educación

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida ECV de 2007, el promedio de grados de educación de la población de 20 a 34 años constituye el grupo más escolarizado, con 12,6. La localidad de Suba se ubica por encima del promedio encontrado para Bogotá (11,9) y para la población de 35 y más años se encontró en 11,1 el promedio de educación, superando a Bogotá en 1,4 con un promedio de educación de 9,7 para dicho grupo de edad.

2.2.3.2. Población en edad escolar

Según fuente DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007, del total de habitantes de la localidad, 22.6% hace parte de la Población en Edad Escolar – PEE, correspondiente a 221.412 niños, niñas y jóvenes entre 5 y 17 años, lo que representa el 13.7% del total de PEE de la ciudad.

La asistencia escolar en la ciudad de Bogotá llega al 93,8% para el total de la población comprendida entre 5 y 17 años, mientras que para la localidad de Suba corresponde a 94,5%, levemente mayor que para el Distrito.

La deficiencia de cobertura se presenta en el 5,5% de la población en edad escolar de la localidad de Suba, siendo la tercera localidad con mayor déficit de asistencia después de Ciudad Bolívar y Kennedy, es decir 12.079 personas no se encuentran vinculadas al sistema educativo, debido a circunstancias no claramente determinadas, pero que guardan relación con la falta de interés por el estudio, con la necesidad de trabajar y con la insuficiencia de recursos familiares. Otra deficiencia en cobertura corresponde a la población de niños y niñas en edades de 5 y 6 años, que deberían estar cursando el nivel preescolar o grado de transición (ver tabla 49).

Tabla 49. Población en edad escolar, asistencia y no asistencia, localidad de Suba, 2007.

POBLACION EN EDAD ESCOLAR	ASISTENTES ENTRE 5 Y 17 AÑOS	NO ASISTENTES ENTRE 5 Y 17 AÑOS
221.412	209.333	12.079
100%	94,5%	5,5%

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

De acuerdo con información suministrada por la SED, la tasa de deserción escolar para el año 2008 fue en promedio de 2,2%; así mismo el colegio que presenta la mayor reprobación corresponde a Chorrillos ubicado en la ruralidad de la localidad (ver tabla 50).

Tabla 50. Tasa de aprobación, reprobación y deserción en colegios oficiales distritales de la localidad de Suba, 2008.

Colegio	Tasa Aprobación	Tasa Reprobación	Tasa Deserción
La Gaitana	94,48	5,47	0,05
Santa Rosa-Julio Flores	83,38	7,58	9,04
Alberto Lleras Camargo	93,81	3,94	2,25
Tibabuyes Universal	90,55	4,49	4,96
Nueva Colombia	93,49	5,11	1,40
Gustavo Morales Morales	91,03	4,66	4,30
Ramón de Zubiría	90,69	4,15	5,16
Álvaro Gómez Hurtado	93,85	4,08	2,07
La Toscana – Lisboa	93,10	4,40	2,50
Delia Zapata Olivella	94,54	5,46	0,00
Gerardo Molina Ramírez	99,12	0,00	0,88
Gonzalo Arango	94,37	4,97	0,66
Virginia Gutiérrez De Pineda	95,61	4,39	0,00
Veintiún Ángeles	92,41	4,85	2,73
Simón Bolívar	90,77	4,33	4,91
El Salitre – Suba	96,94	3,06	0,00

Colegio	Tasa Aprobación	Tasa Reprobación	Tasa Deserción
Prado Veraniego	93,32	3,43	3,25
Aníbal Fernández De Soto	92,22	3,67	4,11
Nueva Zelandia	95,35	4,65	0,00
Vista Bella	94,06	5,47	0,47
Villa Elisa	95,60	4,40	0,00
República Dominicana	91,31	5,25	3,44
Juan Lozano Y Lozano	94,09	5,11	0,80
Gerardo Paredes	93,76	3,86	2,38
Hunza	93,87	4,23	1,90
Chorrillos	87,30	12,66	0,05
Promedio	91,3	4,4	2,2

Fuente: SDE Documento diagnóstico preliminar localidad de Suba 2008 (revisado agosto 2010 Pág. Web SDE)

Una de las estrategias de la SED es la de articular el programa de especialización de la educación media con la educación superior desde el año 2008 en el colegio Julio Flores articula con la universidad Distrital y con el SENA desde el 2009 con el programa de saneamiento ambiental y sistematización de datos; el colegio Veintiún Ángeles con la Fundación Universitaria Panamericana con el programa de mercadeo y publicidad y sistematización de datos; el colegio Gerardo Paredes se articula con el SENA negociación y ventas de productos y servicios y logística empresarial.

2.2.4. Transporte y movilidad

La infraestructura vial que existe en Suba representa el 9,23% de la malla vial de la ciudad, que equivale a 1.335 kilómetros carril de vía, por lo que ocupa el segundo puesto entre las localidades de Bogotá, seguida en extensión por localidades de Engativá (1.198 Km./carril) y Ciudad Bolívar (1.028 Km./carril).

Suba se beneficia con el sistema Transmilenio, porque cuenta con dos vías que pertenecen a la red: autopista Norte y Troncal de Suba. Además, cuenta con el Portal de Suba y dispone de rutas de buses alimentadores que acercan a la población de los barrios a las estaciones de trasbordo más próximas: Portal de Suba, la carrera 77 y avenida Ciudad de Cali. Sin embargo, barrios como Spring, Alcalá, Prado Veraniego, Colina Campestre, Iberia, Cantabria, entre otros, no cuentan con este servicio alimentador y obliga a la población residente a utilizar el servicio de taxis para llegar a Transmilenio. De igual forma a la localidad la atraviesan otras vías como la Avenida Boyacá, La avenida San José o avenida Calle 170, la avenida Ciudad de Cali, la avenida del Congreso Eucarístico o avenida 68, la avenida Calle 127 y la vía que conduce al vecino municipio de Cota.

2.2.5. Equipamientos

Suba es una de las localidades con menor número de equipamientos, solo cuenta con 22 por cada 1.000 habitantes, a continuación se describen los equipamientos por sector y sus características.

2.2.5.1. Equipamientos colectivos de bienestar social

La localidad de Suba cuenta con 560 equipamientos de bienestar social. Los cuales están destinadas al desarrollo y a la promoción del bienestar social, a través de actividades de información, orientación y prestaciones de servicios a grupos sociales específicos definidos como: familia, infancia, orfandad, tercera edad, discapacitados y grupos marginales. Agrupa, entre otros, a los

hogares para la tercera edad, hogares de paso para habitantes de la calle, casas vecinales, jardines infantiles, centros de atención integral al menor en alto riesgo y centros de desarrollo comunitario.

2.2.5.2. Equipamientos colectivos de salud

Integran los equipamientos de salud el conjunto de instituciones públicas, privadas y mixtas de la seguridad social en salud, que tienen como objetivo principal administrar, suministrar y prestar servicios integrales de salud, de tercero, segundo y primer nivel de atención a la comunidad a través de: intervenciones de aseguramiento, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; además, deben ejercer un control a los factores de riesgo en los diferentes niveles de atención a las personas y al medio ambiente, actualmente existen 1.070 instituciones de salud en la localidad.

2.2.5.3. Equipamientos colectivos de educación

Los equipamientos colectivos de educación son los que están destinados a formación intelectual, capacitación y preparación de los individuos para su integración en la sociedad. Agrupa, entre otros, a las instituciones educativas de preescolar, primaria, secundaria básica y media, centros de educación para adultos, centros de educación especial, centros de investigación, centros de capacitación ocupacional, centros de formación artística, centros de capacitación técnica, instituciones de educación superior; en el sector de educación hay 432 instituciones en Suba.

2.2.5.4. Equipamientos colectivos de cultura

La localidad de Suba cuenta con 78 equipamientos colectivos de cultura estos corresponden entre otros a 13 bibliotecas, 3 casas de la cultura y 57 salones comunales; también existen en procesos culturales 32 organizaciones culturales, 14 grupos de danza, 10 artistas independientes de danza, 10 grupos de teatro, 11 grupos de música, 55 artistas independientes de música, 9 medios de comunicación, 14 artistas independientes de literatura, 47 artistas plásticos, 5 organizaciones de comunidades negras y 3 organizaciones de comunidades indígenas.

2.2.5.5. Equipamientos de recreación y deportes, zonas verdes y parques.

Son las áreas, edificaciones y dotaciones destinadas a la práctica del ejercicio físico, al deporte de alto rendimiento, a la exhibición y a la 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, piscinas, clubes privados e instalaciones privadas que contemplen el deporte como actividad central. La localidad de Suba cuenta con 21 equipamientos deportivos.

2.2.5.6. Equipamientos colectivos de culto

Con relación a los equipamientos de culto existen 38 en lo local; estos incluyen edificaciones e infraestructuras donde se tiene una vida religiosa en comunidad y se prestan los servicios religiosos a la población, de acuerdo con las diferentes creencias y cultos. Entre estos se destacan las capillas, iglesias y seminarios, entre otros.

2.2.5.7. Equipamientos colectivos de abastecimiento de alimentos

Los equipamientos de abastecimiento de alimentos se refieren a los edificios e infraestructuras físicas que soportan el abastecimiento de alimentos, en sus roles de consumo, producción, transformación, distribución y comercialización. En la localidad hay 49 establecimientos con estas características entre los que se encuentran supermercados, hipermercados, mataderos, frigoríficos, depósitos de papa y conglomerados de carne entre otros.

2.2.5.8. Equipamientos colectivos de administración

Entre este grupo se encuentran la Alcaldía, los CADES, las administradoras del régimen salud, las Empresas Promotoras de Salud, las empresas prestadoras de servicios públicos, las defensorías y las notarias, con un total de once para Suba.

2.2.5.9. Equipamientos colectivos de seguridad, defensa y justicia

Los equipamientos de seguridad ciudadana, defensa y justicia se refieren a las edificaciones e infraestructuras físicas que soportan las funciones de la administración, gestión y control de los servicios de seguridad, justicia y defensa; con el fin de garantizar la prestación, cobertura y accesibilidad adecuadas a esos servicios en la localidad de Suba existen 21; dentro de este grupo se encuentran, la estación de bomberos, los Comandos de Atención Inmediata –CAI-, la estación de policía, las subestaciones de policía de tránsito, las casas de justicia, los centros de convivencia, las unidades de mediación y conciliación, la comisaría de familia, la unidad básica de atención al menor, la unidad básica de delitos sexuales y las unidades seccionales de fiscalía.

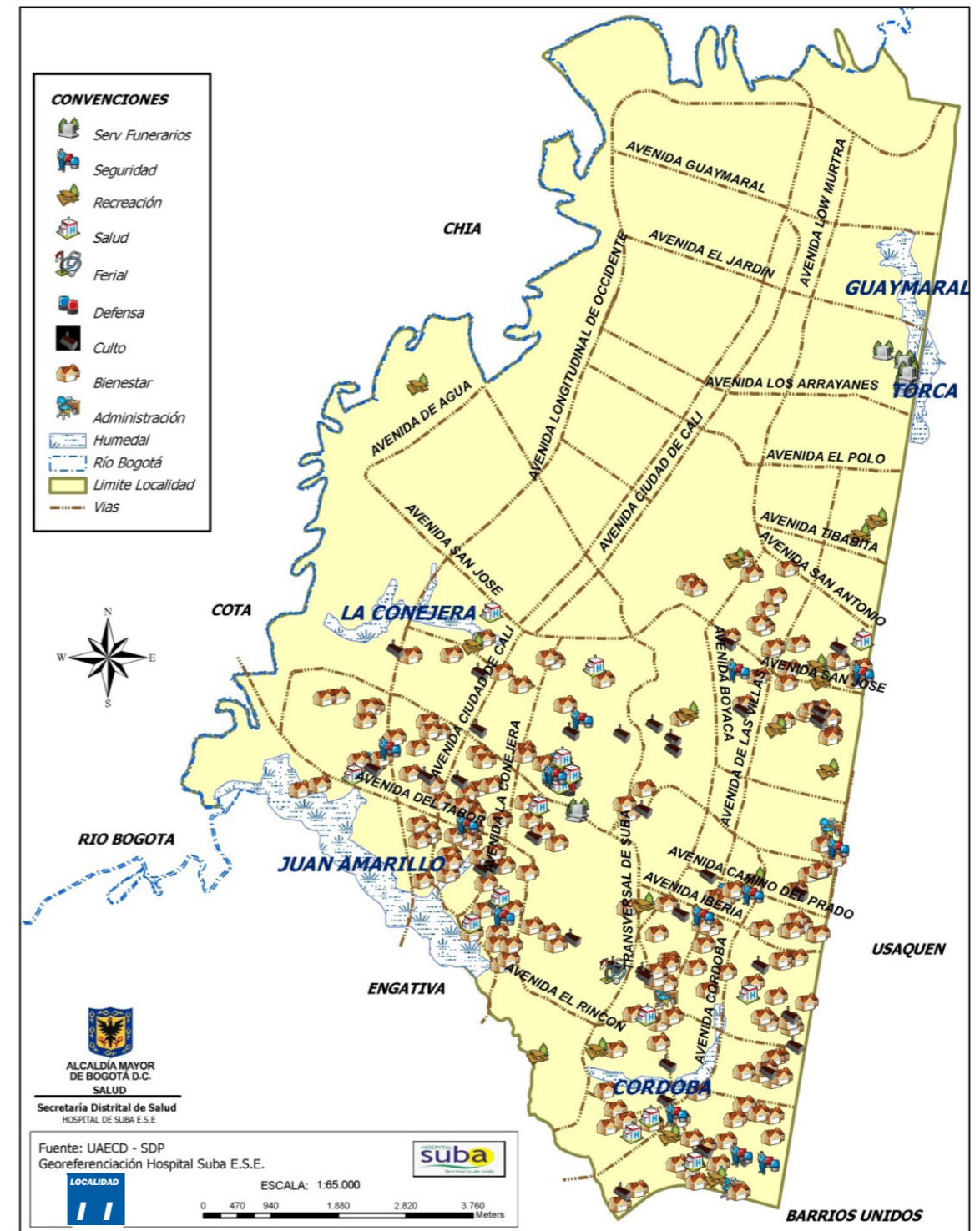
2.2.5.10. Equipamientos colectivos de recintos feriales

La localidad de Suba cuenta con un único equipamiento de recinto ferial.

2.2.5.11. Equipamientos colectivos de cementerios y servicios funerales

Para los equipamientos de cementerios y servicios funerales Suba cuenta con 5 entre los que se cuentan las funerarias, las salas de velación y los cementerios (ver mapa 14).

Mapa 14. Equipamientos localidad de Suba 2009.



Fuente: Cartografía UAEC. Equipamiento de Localidad de Suba E.S.E. 2009.

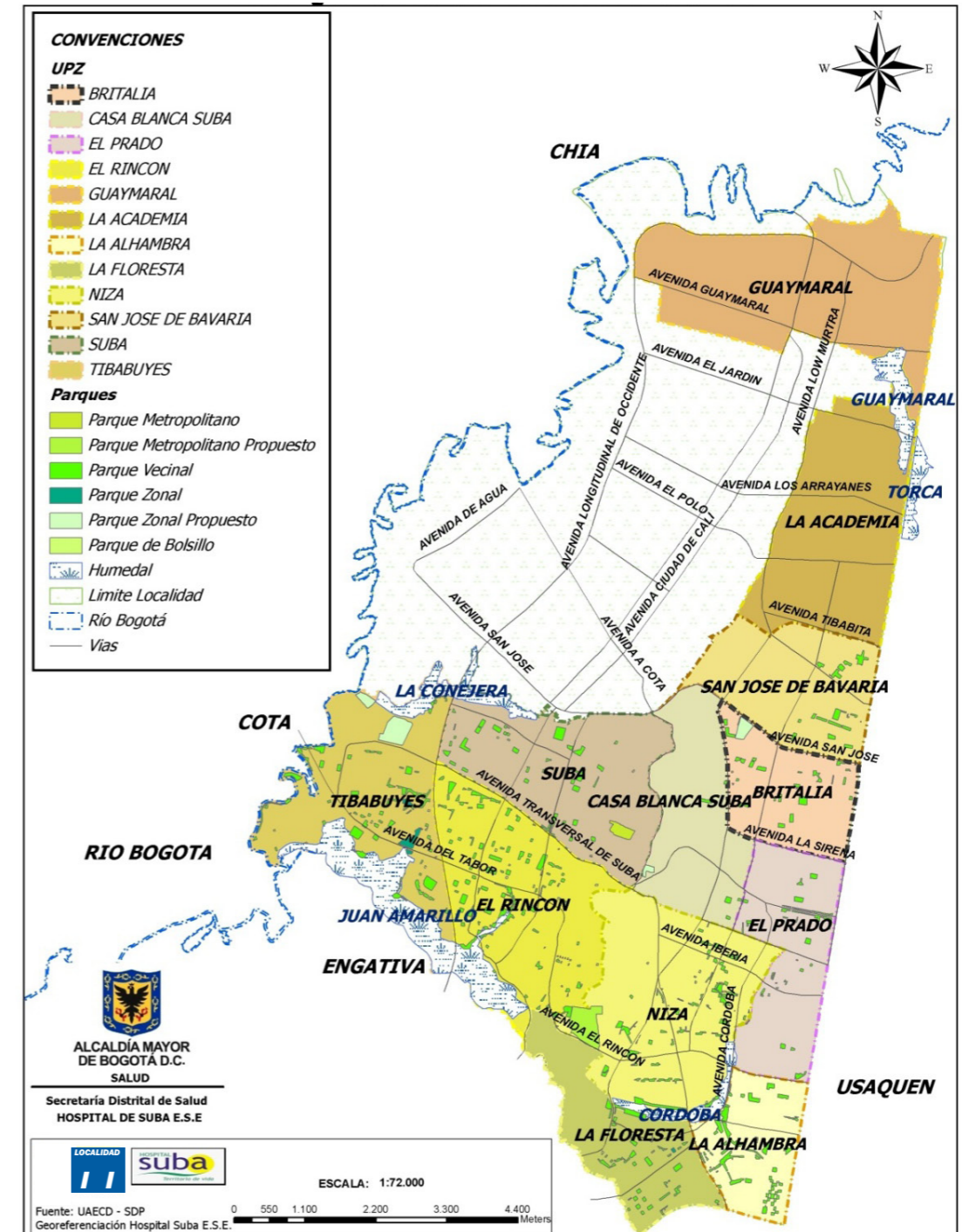
2.2.6. Caracterización de la recreación y el tiempo libre

Las zonas verdes y parques con las que cuenta la localidad son insuficientes si se tiene en cuenta que solo hay de 1 a 1.99 metros cuadrados por habitante, particularmente en las UPZ Tibabuyes, Rincón, Suba y Casablanca, las cuales concentran el mayor volumen de población de la localidad; la UPZ San José de Bavaria cuenta con 2 a 2.99 metros cuadrados por habitante, siendo la que tiene la mayor área en zonas y parques (ver mapa 15).

El Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), ha identificado en Suba 142 parques de bolsillo y según el Plan de Ordenamiento Territorial en Suba se han destinado algunos parques en donde pueden realizarse usos temporales, como mercados, ferias y eventos deportivos, culturales y recreativos, previa autorización del Alcalde Local; entre éstos están: el parque el Batán, parque Prado Pinzón, parque Pasadera, parque Villa del Prado y parque La Trinitaria. En Suba se localizan los siguientes parques zonales: La Gaitana, Morato y Tibabuyes.

La localidad también forma parte del sistema de ciclo rutas y alamedas, con los corredores ubicados en la avenida calle 170, la avenida Boyacá, avenida calle 127 y avenida Ciudad de Cali, la carrera 105, el sendero del humedal Juan Amarillo y el canal Río Negro. Dentro de la localidad, se localizan las siguientes alamedas: calle 189 - La Conejera - Río Bogotá, Arrayanes Cementerio Guaymaral.

Mapa 15. Parques y zonas verdes, localidad de Suba, 2010.



Fuente: Cartografía UAECD – SDP. Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010.

La recreación y el uso del tiempo libre han sido reemplazados por juegos de computador y la televisión que llevan a largas jornadas de inactividad física en los niños y jóvenes con deterioro temprano de la agudeza visual. La inactividad física combinada con una inadecuada alimentación lleva a sobrepeso y obesidad temprana en todos los grupos poblacionales.

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional - Ensin 2005 para Bogotá reporta los siguientes datos que justifican la promoción de actividad física en los colegios: la población de 13 a 17 años que cumple con el mínimo de actividad física recomendada (60 minutos 5 días a la semana) es solamente del 25%. Entre los 5 a los 12 años, el 70% están expuestos a la televisión; se ha identificado sobrepeso en el 35% de esta población y obesidad en el 13% de los jóvenes de la localidad.

Uno de los motivos por los cuales no se realiza la actividad física es el componente de inseguridad en la ciclo rutas y las vías públicas que cohiben a la población para utilizar estos espacios como ruta de desplazamiento a sus diferentes destinos.

Otro de los motivos que afectan negativamente el proceso, es que desde el punto de vista pedagógico no se da la importancia a asignaturas como la educación física y las actividades lúdicas, que son las áreas que permiten el fortalecimiento de las etapas de aprendizaje en todos los niveles educativos.

Entre los parques con los que cuenta la localidad los más reconocidos por la comunidad son:

Polideportivo de la Gaitana, Coliseo de Tibabuyes, Parque de Villamaría, Parque de Alcaparros, Parque de Cataluña, Canal de El Salitre, Canal de Córdoba, Parque del Indio o de las Cometas, Guaymaral, Parque de Suba, San José, Canal de los Molinos, Parque de las Mercedes, Parque Vía a Cota, y el Parque Mirador de los Nevados.

También se cuenta con ciclo rutas en: Avenida Ciudad de Cali, Autopista Norte, Canal Córdoba – Fucha, Avenida Boyacá y en la Avenida 127.

La UPZ 24, Niza es la zona con la mejor oferta de metros cuadrados de parque por habitante, seguido de la UPZ 20, la Alhambra y la UPZ 25 La Floresta. El área más crítica es la UPZ 23 Casablanca, seguidas por las UPZ 17, 18, 19, 28 y 71, zonas que se caracterizan porque en la construcción de los barrios no se dejaron lotes destinados a áreas recreativas.

En el caso de los humedales Córdoba y la Conejera en el 2008 se realizaron arreglos para su mayor aprovechamiento; en cuanto al sendero peatonal de Juan Amarillo este es poco aprovechado como se esperaba por condiciones de inseguridad e iluminación; en un número mayor encontramos los parques vecinales, que en algunos caos están siendo utilizados para la venta y consumo de sustancias psicoactivas, afectándose la seguridad de los mismos y su poco uso.

En las UPZ 2 y 3 no hay zonas públicas de parques o de recreación. En la zona están ubicados 3 clubes privados: El Rancho, Club Los Arrayanes, Centro Recreativo Cafam. Al interior de las UPZ 17, 18, 19, 23, 25, 27, 28, 71 se encuentran pocas áreas verdes y parques públicos; los conjuntos residenciales cerrados cuentan con áreas verdes propias, aunque su uso es limitado por algunos administradores.

La comunidad relaciona la poca presencia de parques como un problema prioritario, la mayoría no tiene dotación, ni es adecuado para todas las etapas de ciclo vital, en algunos se evidencian problemas en la iluminación, que conlleva a la inseguridad, algunos son usados para la venta y el consumo de sustancias psicoactivas, otros están contaminados por excrementos de mascotas cuyos dueños no realizan recolección de los mismos, las canchas y aditamentos infantiles se encuentran en mal estado.

Solo en la UPZ 71 están ubicados dos polideportivos, Gaitana y Tibabuyes, con una dotación adecuada de canchas deportivas.

La comunidad considera que esta situación limita la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el uso del tiempo libre especialmente en la población de niños, jóvenes y persona mayores; en cuanto a los adultos, el uso de estos espacios esta limitado a los fines de semana, ya que sus actividades prioritarias están encaminadas a la productividad y las actividades laborales. Otros espacios como los salones comunales son utilizados para la práctica de actividad física y/o talleres de actividades ocupacionales, aunque en algunos de ellos se encuentran barreras para el préstamo de los mismos y uso de los paquetes deportivos entregados por la Alcaldía Local; de igual manera la misma comunidad considera que la oferta de actividades de recreación y actividad física es poca y la que se encuentra esta concentrada primordialmente en la UPZ 27 - Suba Centro.

Según los datos de la ECV, DANE 2003, el 77.5% de los hogares considera que la construcción de ciclo rutas mejora la calidad de vida, cuya opción facilita la movilidad local y con ello disminuirían los niveles de sedentarismo en la población, aunque el uso de la bicicleta predomina en UPZ como el Rincón y Tibabuyes.

En Bogotá promover la actividad física, es una prioridad, debido a que es necesario proteger al menos a siete de cada diez personas adultas o adolescentes que no la practican, dado el incremento en el uso permanente de la recreación pasiva en los hogares, las escasas alternativas de actividad física en las escuelas y la limitada motivación por la práctica deportiva de grandes grupos poblacionales.

También se ha evidenciado en el trabajo comunitario que a mayor edad los niveles de actividad física son menores por la presencia de procesos de envejecimiento y con ello las enfermedades crónicas, que limitan adicionalmente su práctica; a pesar de ello se esperaría que la persona mayor realizaría más actividad física, pues sus cargas laborales en sus casas deberían disminuir, pero se ha identificado en la localidad que los adultos mayores continúan siendo cuidadores no solo de sus hijos sino de sus nietos.

En el contexto de la reforma administrativa del Distrito, la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte (SCRD) adquirió desde 2007 el compromiso de liderar este y otros sectores, generando estructuras organizativas distritales y locales que respondan a las necesidades de construir la Política y el Plan Decenal de Recreación, Actividad Física y Deporte, a fin de materializar un pacto distrital para la movilización social por el reconocimiento de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida.

Desde la Secretaría de Salud ha existido un compromiso con la ciudad para definir recursos que garanticen la participación de los actores sociales en los diferentes escenarios locales para generar la política distrital a través de las mesas de trabajo con base en los diagnósticos adelantados en conjunto con la comunidad y otros entes locales articulados con la Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte, definiendo los alcances y acciones que promuevan el cumplimiento de los objetivos comunes.

De manera paralela se vienen realizando actividades de información, comunicación y educación con los profesionales de salud, madres gestantes, madres FAMI y comunitarias y comunidad en general sobre la unificación conceptual e importancia de la actividad física como satisfactor de necesidades y el papel que juegan ellas en la promoción y cambio de hábitos en sus ciudadanos desde el Programa TU VALES, partiendo del modelo socio ecológico donde se retoma el modo de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida de la comunidad donde las acciones de promoción van más allá de los intereses y motivaciones de los sujetos y en donde se requieren de decisiones políticas que ofrezcan programas integrales desde enfoques ecologistas, condiciones materiales y sociales, favoreciendo la adherencia a la práctica de la actividad física regular.

En el ámbito escolar con padres, docente y estudiantes con el proyecto pedagógico de Tiempo Libre orientado a generar diversas oportunidades y alternativas con respuestas diferenciadas por sexo, género, etnias en la etapa de vida de infancia de la comunidad educativa, con el fin de contribuir al desarrollo intelectual, moral, social, ético y estético que fortalezca el aprendizaje, la formación de la personalidad y disfrute del proyecto de vida, para ir transformando imaginarios y representaciones sociales relacionadas donde lo que tiene importancia en la escuela es lo difícil y lo que cuesta trabajo es lo no placentero.

2.2.7. Acceso y disponibilidad de alimentos

En cuanto a Seguridad Alimentaria y Nutricional, aunque Suba alberga al 13,9% de los habitantes de Bogotá, paradójicamente no cuenta con una central mayorista de abastecimiento como son las plazas de mercado.

Suba cuenta con una zona rural, la cual produce frutas, hortalizas, leche, forraje y en invierno papa y maíz; según la red solidaria de abastecimiento existe articulación con algunos comedores de la localidad, para comprar directamente a los campesinos, lo cual favorece en calidad y precio, logrando así dar un gran paso en la articulación de la zona rural con la zona urbana de la localidad.

Así mismo la disponibilidad de alimentos está condicionada por los grandes supermercados, tiendas minoristas y plazas ambulantes o mercado informal no controlado. Acorde a lo anterior y según el estudio de caracterización del Sistema de Abastecimiento Alimentario de Bogotá – SAAB 2006 se identificaron nueve cadenas de alimentos.

Con relación a la frecuencia de compra de alimentos, es en su mayoría semanal hasta en el 57,8% seguido de la compra quincenal 15,5%; con respecto al tipo de establecimientos las tiendas de verduras representan el 43,5% de los establecimientos que expenden alimentos, seguido de las tiendas de abarrotes 26.8% y autoservicios con 16.7% de participación. Esta información da cuenta de la disponibilidad del mercado de alimentos en el territorio, lo cual evidencia la necesidad de implementar un sistema de abastecimiento de alimentos que beneficie a la población de la localidad.

Al evaluar el impacto de esta situación en la localidad, para los habitantes del Rincón y Tibabuyes la problemática es más crítica que para el resto de los vecinos de la localidad, ya que estos territorios se encuentran alejados de los grandes supermercados limitando la disponibilidad de alimentos a tiendas de barrio, plazas ambulantes o mercado informal; por su condición, estos expendios no garantizan un cubrimiento de las necesidades de disponibilidad de alimentos a los habitantes de estas UPZ. Las plazas de mercado ambulantes no garantizan continuidad, los alimentos son limitados, no hay variedad y no existe una adecuada manipulación higiénico sanitaria de los alimentos; el almacenamiento, transporte y cuidados básicos de los mismos no son los más apropiados, representado un riesgo de contaminación por las condiciones higiénico sanitarias existentes.

En las UPZ 18, 23, 27, 28 y 71 las familias de estrato 1, 2 y algunas de estrato 3, no tienen la posibilidad de hacer tres comidas al día y la dieta está basada en carbohidratos, arroz, pasta, papa, agua de panela, etc., excluyendo las proteínas, dado su alto costo. En éstas UPZ la comunidad manifestó como una problemática sentida la desnutrición, especialmente en niños y adultos mayores. Además la mayor cantidad de hogares perciben los precios altos como un problema mayor en los hogares encuestados, ya que para las personas es esencial adquirir los productos más baratos y en buenas condiciones.

En cuanto a los productos que menos consume la población debido a los altos precios son: la carne de res, las frutas y verduras, indispensables para mantener una alimentación nutritiva, adecuada y suficiente.

En la UPZ Academia y Guaymaral la población residente hace mercado en el municipio de Chía. En las UPZ 17, 18, 20 y 25 el mercado se realiza en los grandes almacenes de cadena como el Éxito, Cafam, Carrefour y el mercado de frutas y verduras en tiendas de barrio.

Las UPZ 19, 23 y 27 hacen mercado de grano en los almacenes medianos ubicados en los barrios y la compra de frutas y verduras en tiendas de barrio.

En las UPZ 2, 3, 17, 19, 20, 24 y 25 las familias tienen tres comidas al día con una dieta balanceada en la que se incluyen proteínas.

En general, el problema de consumo esta relacionado con la disponibilidad y el acceso a los alimentos; sin embargo el principal factor es el económico ya que las familias no cuentan con ingresos suficientes para acceder a una dieta adecuada, suficiente y balanceada. Según la ECV 2003, en el 5 % de los hogares de la localidad, alguno de los miembros de la familia no consumió ninguna de las comidas por falta de dinero en la semana anterior, lo que equivale a 12.051 personas.

Caracterización de expendios de alimentos 2009.

Esta consolidación tiene como objetivo reconocer las características de los diferentes actores participantes en el abastecimiento de alimentos de la localidad de Suba, arrojados por la base de datos del área de Vigilancia Sanitaria de la localidad; igualmente, se identificaron depósitos de alimentos, hipermercados, supermercados, expendios de carne, expendios de pescado y minoristas, estos últimos conformados por tiendas pequeñas de granos, frutas, verduras, graneros y comercio al por menor, en establecimientos especializados, con surtido compuesto por víveres en general, bebidas y tabaco, en los cuales se identificaron las condiciones actuales del abastecimiento de alimentos teniendo en cuenta la distribución por UPZ.

La mayoría de establecimientos que venden alimentos se encuentran en la UPZ 28 – Rincón, con 936 establecimientos equivalentes al 40,1%, la UPZ 27 – Suba, con un total de 490 establecimientos equivalentes al 21,4% y la UPZ 19 - Prado, con un 9,1% (ver tabla 51).

Tabla 51. Distribución de expendios de alimentos por UPZ, localidad de Suba, 2009.

UPZ	Hipermercados	Supermercados	Depósitos de alimentos	Minoristas	Exp. De carne	Exp. De pescado	Total
17	3	10	0	113	31	1	151
18	0	0	0	50	1	0	51
19	1	11	0	152	40	5	210
20	0	5	0	43	2	0	50
23	0	1	0	43	4	0	48
24	1	8	0	77	24	0	110
25	1	2	2	29	12	0	46
27	4	2	0	410	72	2	490
28	0	1	0	847	84	4	936
71	0	4	0	148	41	0	193
TOTAL	10	44	2	1862	310	12	2285

Fuente: Vigilancia Sanitaria, Línea de Seguridad Alimentaria Hospital de Suba, 2009.

Con respecto a la participación de los tipos de mercado específicos encontrados en la localidad, se presenta una prevalencia de expendios minoristas y expendios de carne; la UPZ - Suba agrupa el 22% de tiendas minoristas y el 23,2% de expendios de carne; la UPZ 28 - Rincón se caracteriza por

agrupar el 45,4% de tiendas minoristas y el 27% de expendios de carne; la UPZ 19 - Prado agrupa el 11,2% de minoristas y el 12,9% de expendios de carne de la localidad.

Las UPZ 18 - Britalia, 20 - La Alhambra y 25 - La Floresta, son de estratos socioeconómicos altos, por consiguiente la densidad de establecimientos minoristas es mucho menor por tener cercanía a hipermercados y supermercados de cadena en el sector.

En ciertos lotes ubicados en la UPZ el Rincón y la UPZ Suba, se tienen propuestas de construcción de la plataforma de abastecimiento de alimentos para el año 2011, para, de esta manera, mejorar la oferta de víveres en la localidad, teniendo en cuenta la movilidad del sistema, la concentración de usuarios, el uso permitido del suelo y el impacto en el medio ambiente.

2.2.8. Índice de condiciones de vida - ICV

Este indicador mide el estándar de vida mediante la combinación de variables de capital humano con variables de acceso potencial a bienes físicos y variables que describen la composición del hogar; según la Encuesta de Calidad de Vida para el año 2007 la localidad de Suba registro un ICV de 91,90, es decir que está 8.1 puntos por debajo del valor máximo y se encuentra por encima de Bogotá (ICV de 90,1).

El ICV contempla cuatro factores máximos, según las ponderaciones de las variables; entre estos está el acceso y calidad de los servicios; éste representó el 27,3; el factor uno mide la eliminación de excretas, el abastecimiento de agua, el combustible para cocinar y la recolección de basuras.

El factor relacionado con educación y capital humano recoge información sobre los niveles de escolaridad del grupo familiar; este factor se ubicó en 34,4 siendo el más alto en comparación a los factores que miden el tamaño y composición del hogar, así como la calidad de la vivienda (ver tabla 52).

Tabla 52. Índice de condiciones de vida por factor, localidad de Suba - Bogotá. 2007.

AÑO 2007	SUBA	BOGOTÁ
ICV	91,90	90,10
Factor 1. Acceso y calidad de los servicios	27,30	27,20
Factor 2. Educación y capital humano	34,40	33,20
Factor 3. Tamaño y composición del hogar	17,80	17,40
Factor 4. Calidad de la vivienda	12,50	12,30

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)

Los territorios sociales en Suba se definieron de acuerdo con los lineamientos de la Subdirección Local de Integración Social que fue respaldada por las instituciones locales, teniendo en cuenta, para el abordaje territorial, la similitud en condiciones de calidad de vida, reconocimiento de la estructura social y de conflictos, procesos participativos adelantados, reconocimiento de trabajos previos. De esta manera se garantiza la cobertura a la totalidad del territorio de la localidad; por lo anterior se establecieron en el segundo semestre de 2008, seis territorios: territorio uno – UPZ Rincón, territorio dos – UPZ Tibabuyes, territorio tres UPZ Suba Centro y Casablanca, territorio cuatro UPZ Britalia, Prado y San José de Bavaria, territorio cinco Niza, Floresta y Alambra, territorio seis UPZ la Academia, Guaymaral y vereda Chorrillos⁶, acorde con las zonas de condición de calidad de vida y salud definidas para la localidad desde el año 2003, de acuerdo con la información disponible, se identificaron problemáticas en común en los territorios que afectan de forma particular a cada una de estos y que inciden en la forma de enfermar y morir de las poblaciones que los integran en lo que respecta al perfil de deterioro y protección.

Para el análisis de las relaciones e interacciones de las etapas de ciclo vital se usó información de fuente primaria y secundaria disponible para la ESE, como insumo para la construcción de núcleos problemáticos por cada territorio social con la participación de los profesionales que asistieron a las unidades de análisis y equipos técnicos poblacionales e institucionales, así como también se utilizaron los avances de las narrativas construidos desde las mesas territoriales de la Gestión Social Integral; también se validaron los núcleos problemáticos, propuestos desde los territorios de GSI los cuales incluyen la participación de algunos sectores que operan en lo local y la participación de la comunidad, para finalmente dar soporte cuantitativo y cualitativo a las problemáticas que inciden en la calidad de vida y salud de la población de la localidad de Suba.

3.1. Territorio Social Uno – Rincón

El territorio Rincón se localiza en la Unidad de Planeación Zonal - UPZ Rincón, uno de los territorios priorizados en la localidad debido al elevado riesgo de problemas sociales, económicos, ambientales y de salud.

Este territorio está conformado por 82 barrios reglamentados; son habitados por familias de estratos uno, dos y tres; la población de esta zona representa aproximadamente la tercera parte de la población de la localidad. Según proyección DANE 2009, el territorio concentra 302.006 habitantes, lo que representa el 29,6% de los habitantes de la localidad; con relación al género, 51,8% son mujeres y 48,2% son hombres (ver tabla 53).

Tabla 53. Distribución por grupos de edad y sexo, territorio social Rincón, localidad de Suba 2009.

Territorio social Rincón Etapa de ciclo vital	Grupo de edad	Hombres		Mujeres		total
		Nº	%	Nº	%	
INFANCIA	0 - 9 años	26.904	50,2	26.665	49,8	53.569
JUVENTUD	10 - 24 años	39.946	49,7	40.491	50,3	80.437
ADULTEZ	25 - 59 años	69.539	47,4	77.045	52,6	146.584
VEJEZ	60 y más	9.139	42,7	12.277	57,3	21.416
	Total	145.528	48,2	156.478	51,8	302.006

Fuente: Proyecciones DANE 2009 localidad de Suba.

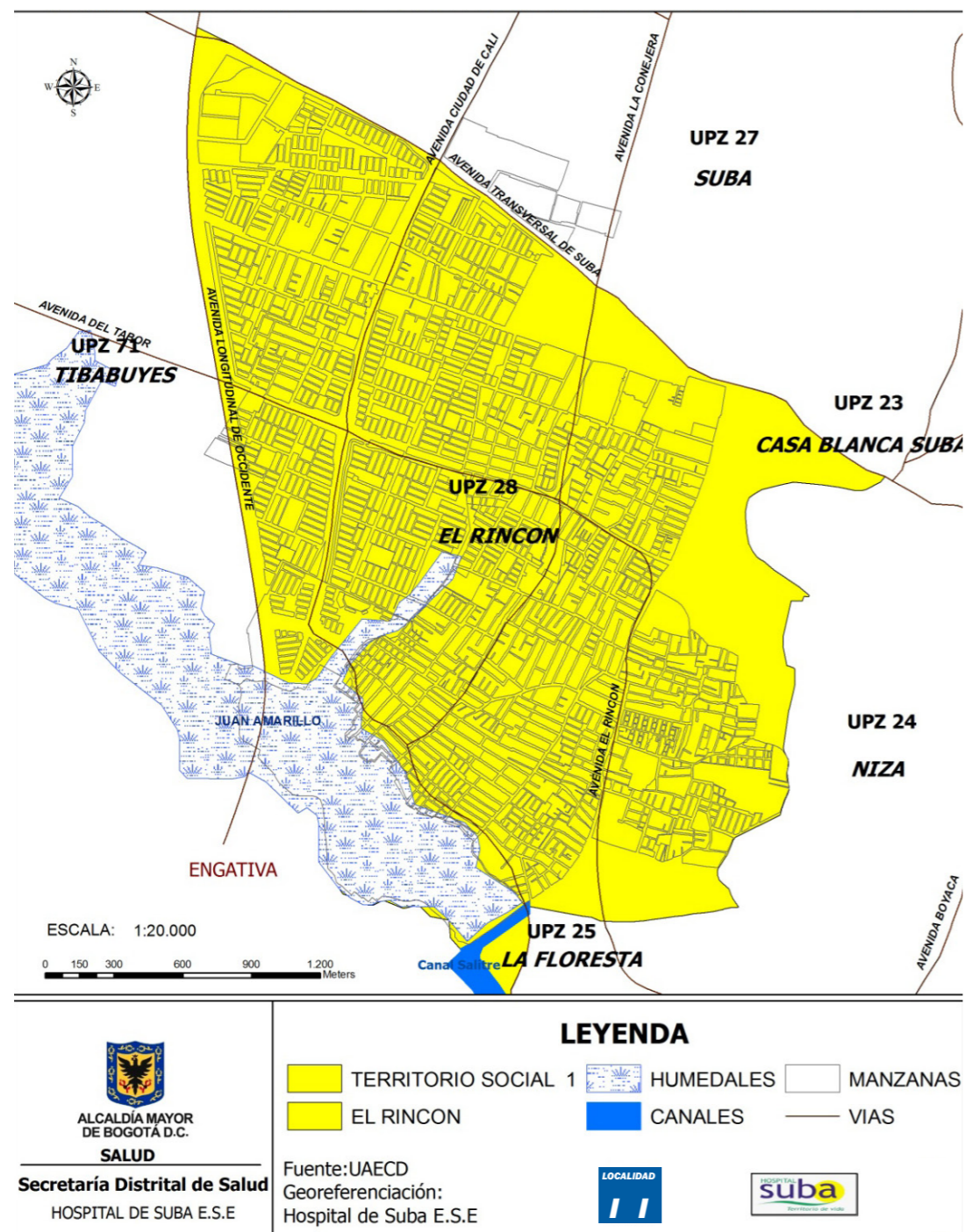
El territorio Rincón limita al norte con el territorio tres (Suba Centro y parte de Casablanca), al sur con el Humedal Juan Amarillo y UPZ la Floresta, al occidente con el territorio dos (Tibabuyes) y al oriente con la UPZ Niza (ver mapa 16).

⁶ Decisión y acuerdo entre el sector salud e integración social frente al abordaje en el territorio en el marco del convenio de Gestión Social Integral 2008.

3.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

Mapa 16. Territorio Social Uno - Rincón, Localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

En el territorio uno se encuentra instalada parte de la oferta social del Estado, como son las instituciones de salud, educación y bienestar, pero persisten altos niveles de inequidad y desigualdad que demuestran la segmentación social y espacial que se observa en este territorio.

Para hablar de cómo nace la comunidad de Rincón, es importante contextualizar y retomar los aspectos más relevantes de los rasgos históricos de la localidad de Suba, como parte del desarrollo evolutivo del sector; comenzando por el asentamiento precolombino muisca y el impacto de la colonización española, con la posterior evolución de la vida republicana, la independencia y el proceso de modernización hasta el tiempo actual.

El nombre de Suba según la lengua muisca viene de zhu-ba que significa mi rostro, el rostro en el que se dibujan las expresiones del alma y los sentimientos. La expresión zhu-ba fue adoptada por indígenas muisca en honor de la diosa Bachué y del cacique.

Entre las características fundamentales de la comunidad muisca, comenta un líder juvenil del cabildo indígena (perteneciente a la cultura muisca y habitante del sector), se pueden destacar: en lo económico, su constitución como una sociedad agrícola y con el trueque como forma de intercambio; "el pueblo muisca contaba con un rico entorno natural, donde se destacaban la riqueza hídrica, con abundantes cursos de agua y humedales (laguna de Tibabuyes y humedales sobre la margen oriental del río Funza- hoy Bogotá y río Neuque hoy Juan Amarillo) y la riqueza forestal, en los Cerros de Suba, que representaban y aun representan una fortaleza ecológica, con una biodiversidad favorable al desarrollo de estos grupos étnicos". Sin embargo, muchas de sus costumbres pronto tuvieron que adaptarse debido al crecimiento desmesurado del sector.

El Rincón de hoy, lejos de ser el lugar en el que se puede hacer realidad el sueño de tener un techo como factor mínimo en la búsqueda de la satisfacción de necesidades básicas, como lo fue en su tiempo, cuando recién empezaba a forjarse el sector, es un sector en el que se presenta una gran variedad de problemáticas en torno a lo ambiental (debido a la disposición inadecuada de aguas lluvias y residuales, por la contaminación del río Juan Amarillo y la contaminación audio visual que se desprende de un comercio desmedido, muchas veces desde lo informal por el que han optado sus habitantes) y lo sociocultural (inseguridad, violencia, presencia de pandillas, consumo de sustancias psicoactivas, desplazamiento, discriminación y trabajo infantil, entre otros).

Es un sector en el que sus habitantes cuentan con pocas oportunidades, en el que no existe un reconocimiento de comunidad ni de identidad social y en el que existe una dinámica de exclusión y discriminación en los diferentes grupos que habitan el sector.⁷

Este proceso de construcción y reconocimiento de algunos rasgos de identidad social para el Rincón constituyen de por sí un fenómeno cultural importante. Puesto que, representa un territorio con una diversidad cultural y étnica, en donde convergen ampliamente regiones, patrones culturales, percepciones, géneros y edades. Sumado a esto el hacinamiento que invade sus calles obedece a su alta densidad demográfica puesto que cuenta con un área de 720,3 hectáreas; en las cuales se encuentran 293.257 habitantes según proyección DANE 2008.

La falta de planeación urbanística es evidente en el territorio; la invasión de los espacios ha llevado a que se presente desorden arquitectónico (calles estrechas donde solo hay espacio para una vía), calles que terminan en un predio, calles cerradas que terminan en parqueadero, urbanización en las laderas de la montaña que rodea el territorio. La población desconoce el procedimiento para enfrentar esta problemática que afecta a la comunidad que vive y transita por este sector de la localidad.

7 Narrativa GSI Rincón 2010.

Se encuentran colegios Distritales ubicados en la ronda del río Juan Amarillo. Como casos puntuales, los colegios Álvaro Gómez, Gonzalo Arango, Nueva Colombia, son ejemplo de la situación en el territorio que genera malestar en la comunidad estudiantil por la permanente exposición a malos olores provenientes del río. Otros colegios quedan ubicados sobre poblados como la sede la Chucua del colegio Álvaro Gómez.

Para efectos de un acercamiento al Territorio Social Uno se hace referencia a la información generada por la estrategia de Salud a su Casa – SASC, donde se incluyeron 29 barrios que representan 31 micro territorios, es decir el 44% del total de micro territorios intervenidos por SASC en la localidad de Suba; estos fueron definidos con base en la priorización de la población más vulnerable y con la participación de los diferentes sectores e instituciones de la localidad. Esta información es un punto de referencia para identificar el perfil de situación de salud de la población que habita en el territorio en mención.

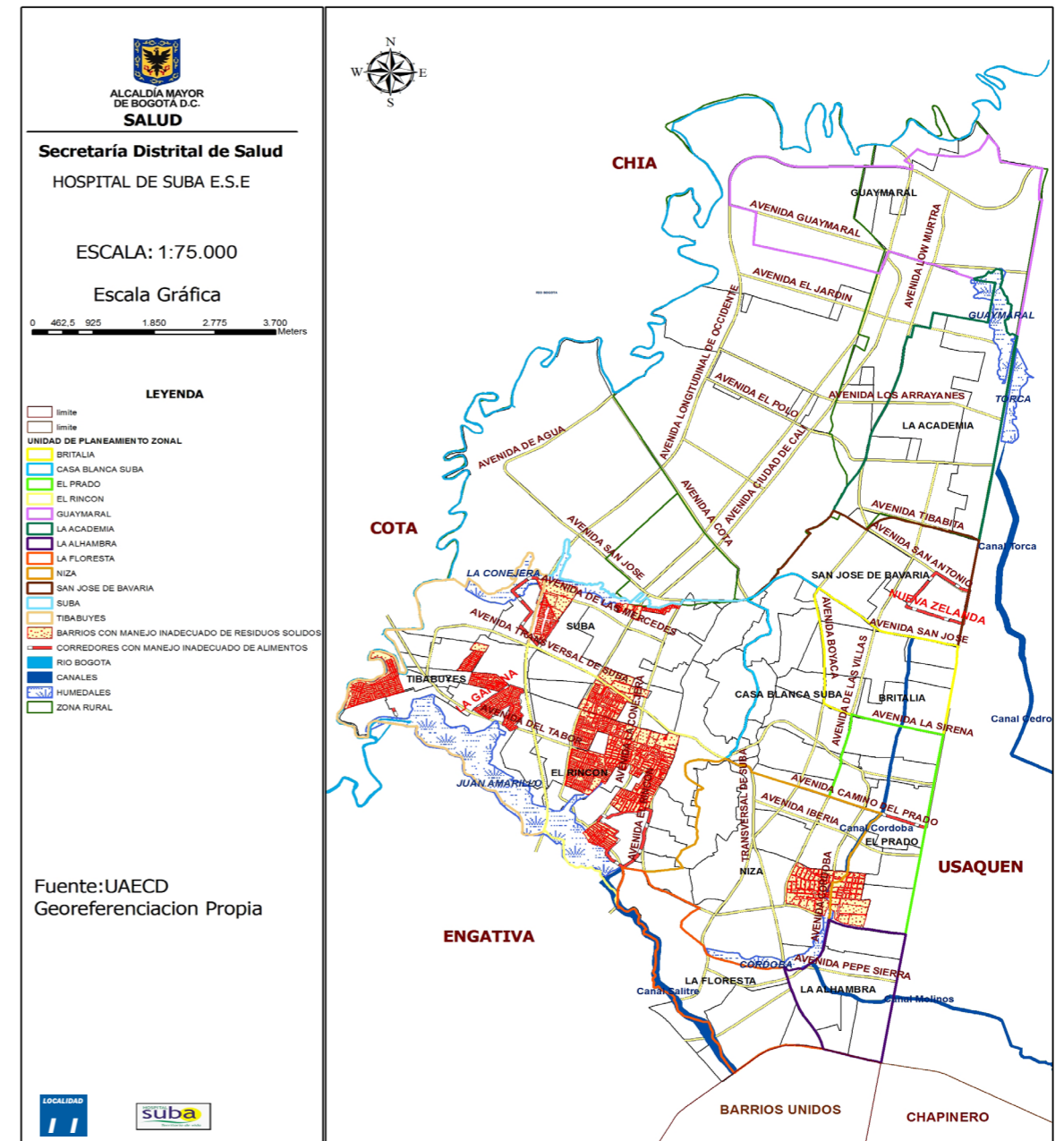
A través del programa salud a su casa - SASC se han cubierto 30 barrios elegidos por presentar condiciones de vulnerabilidad, estos son: Aguadita, Catalinas, Fénix, La Chucua, Manuelita, Punta del Este, Rincón Rubí, Villa Elisa, Aures I, Aures II, Costa Azul, Japón, La Palma, Miramar, Naranjos (incluye Naranjos Altos, Jordán, La Esperanza, Bella Vista, Ciudad Hunza, Guillermo Núñez.) Poa (incluye Poa, Bochelema, Antonio Granados, Pórticos) y San Cayetano (incluye San Cayetano, Villas del Rincón, Telecom Arrayanes, Laguito y Rincón Escuela). Estos micro territorios se caracterizan por el predominio de población de estratos uno y dos, alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, servicios públicos y equipamientos, con asentamiento de recicladores. Esto genera debilitamiento del tejido social, violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas, suicidio entre otras. Además existen problemas de inseguridad debido a la presencia de expendios de drogas y pandillas que atracan a los habitantes y locales comerciales; adicional a esta problemática, no se cuenta con presencia de la policía, Centro de Atención Inmediata (CAI) en cada uno de los barrios, ni frente de seguridad.

Respecto a la malla vial las vías de acceso se encuentran en regular estado, 75% pavimentadas; existen varias rutas de transporte público en el sector, sin embargo no es suficiente dado que no llegan al 100% de los barrios del territorio. Esta problemática se presenta principalmente en los barrios Agudita y Ciudad Hunza, en donde sus habitantes deben desplazarse a pie; además son barrios que presentan inseguridad, situación que genera un riesgo constante para la comunidad en general.

Con relación al saneamiento básico, el territorio Rincón cuenta con infraestructura de conducción de aguas residuales, infraestructura de drenaje de aguas lluvias, sistema integral para la recolección transporte (3 veces/semana) y disposición final de residuos sólidos de cualquier naturaleza, vertimientos sólidos y líquidos a cuerpos de agua o suelo; cuenta con una planta de tratamiento de abastecimiento de agua.

Sin embargo, en el territorio, la comunidad tiene un manejo inadecuado de los residuos sólidos debido a que las basuras son depositadas en las calles en horarios diferentes a los que se presta el servicio de recolección de las mismas; también hay presencia de botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros, lo cual incrementa la proliferación de roedores y vectores en las viviendas; además se evidencia en el territorio manejo y tenencia inadecuada de mascotas que ocasionan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos (ver mapa 17).

Mapa 17. Manejo inadecuado de residuos sólidos Territorio Social Rincón, localidad de Suba, 2010.



Fuente: Cartografía UAECD. Ejercicio de Cartografía Participativa para la Construcción de la Política Pública de Salud Ambiente, Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010.

Por otro lado, existen barrios que fueron construidos sin planeación, lo cual ha llevado a que se presenten inundaciones frecuentes en época de invierno, se identificaron viviendas en riesgo por fallas geológicas, inundaciones, derrumbe o deslizamiento; esta situación se presenta en los barrios Taberín y Ciudad Hunza principalmente.

A continuación se hace referencia al análisis crítico de la población que pertenece a al territorio uno de GSI por etapa de ciclo vital.

3.1.1. Etapa de ciclo vital infancia

El desarrollo de la infancia, contempla aspectos físicos, sociales, cognitivos y afectivos que delimitan los programas orientados a ese grupo poblacional. Desde la primera infancia se construyen las condiciones para el ingreso del niño y la niña a la vida sociocultural, económica, política y ambiental de un país. Es precisamente mediante esos intercambios que el niño va interiorizando las normas que constituyen la vida social y cultural de su comunidad.

Al influir en el aprendizaje, la conducta y la salud de los niños y niñas se intervienen para toda la vida, lo que constituye una oportunidad única para impulsar el desarrollo humano (UNICEF, 2006). La salud incluye nutrición, educación, desarrollo social y crecimiento; son estas las dimensiones mediante las cuales se estructura el desarrollo humano. Dado lo anterior, un punto de partida para elevar el desarrollo humano del país, es invertir en la niñez, lo que bien amerita la aplicación de una política pública de infancia acorde a las necesidades y expectativas.

La política pública de infancia y adolescencia del Distrito Capital consta de tres ejes estructurales, que ven en el niño y la niña sujetos de derechos a la luz de la Constitución Nacional donde el Distrito forma parte del Estado de derechos, garantizando la protección de la vida, desde escenarios propicios para su desarrollo a escala humana, generando condiciones específicas para el ejercicio de ciudadanía.

El desarrollo a escala humana, está vinculado a procesos de desarrollo durante la primera infancia, lo que tiene amplias repercusiones sobre el desempeño escolar y académico del niño y la niña; adicionalmente, la educación es determinante tanto para el desarrollo humano como para el económico. La igualdad aparece entonces como un bien en sí mismo que contribuye al desarrollo de la economía haciendo referencia a los niveles alcanzados en educación, salud y capital social.

Luego entonces, los programas que inciden sobre el desarrollo en la primera infancia, ayudan a reducir las desigualdades existentes, estableciendo vínculos entre desarrollo humano y desarrollo en la primera infancia. Mientras que en los niños y niñas, la inversión en programas de desarrollo para la primera infancia reduce las desventajas de los más pobres en materia nutricional, cognitiva, desarrollo social y salud, en los adultos, cuando se alcanzan condiciones de igualdad en salud y educación, se equiparan las oportunidades medidas en ingresos.

Según proyecciones DANE 2009, la población infantil representa el 16% del total de la población de la localidad de Suba, lo que equivale a 163.014 niños y niñas; de éstos 53.569 (33%), corresponde al territorio social uno. La etapa de ciclo de infancia se clasifica según la política de infancia entre los cero y nueve años; de acuerdo con la clasificación según sexo se identificaron 26.904 niños, lo cual representan el 50,2% y 26.665 niñas es decir el 49,8% del total de menores de diez años.

En el ciclo de infancia se incluyen las mujeres gestantes, las cuales representan el 1,2% de la población de Suba, según estadísticas institucionales.

Entre las principales manifestaciones del daño a la salud en la infancia se encuentran las situaciones de violencia intrafamiliar y condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional.

En el año 2009 en el hospital de Suba se presentaron 172 muertes perinatales, de las cuales 50 corresponden por lugar de residencia al territorio social Rincón lo que representa el 29% de los casos en la localidad (ver mapa 18).

Teniendo en cuenta que la muerte por desnutrición es un hecho ligado directamente a las condiciones de pobreza y marginalidad en que vive la población afectada, se ha encontrado que en el territorio uno se han presentado muertes por esta causa, para el año 2009 la tasa de mortalidad por desnutrición fue de 3.7 por 100.000 niños menores de 5 años de la localidad. Según certificados de defunción en la localidad de Suba se están incrementando los casos de mortalidad por desnutrición, sin embargo, es necesario tener en cuenta que la desnutrición no siempre aparece en los registros hospitalarios por no considerarse una causa directa, lo cual puede enmascarar la verdadera situación, por consiguiente es necesario fortalecer la calidad de los certificados de defunción y tener en cuenta el estado nutricional antes y durante la enfermedad para garantizar una mejor atención y prevenir la muerte temprana que puede ser evitable si se toman medidas oportunas.

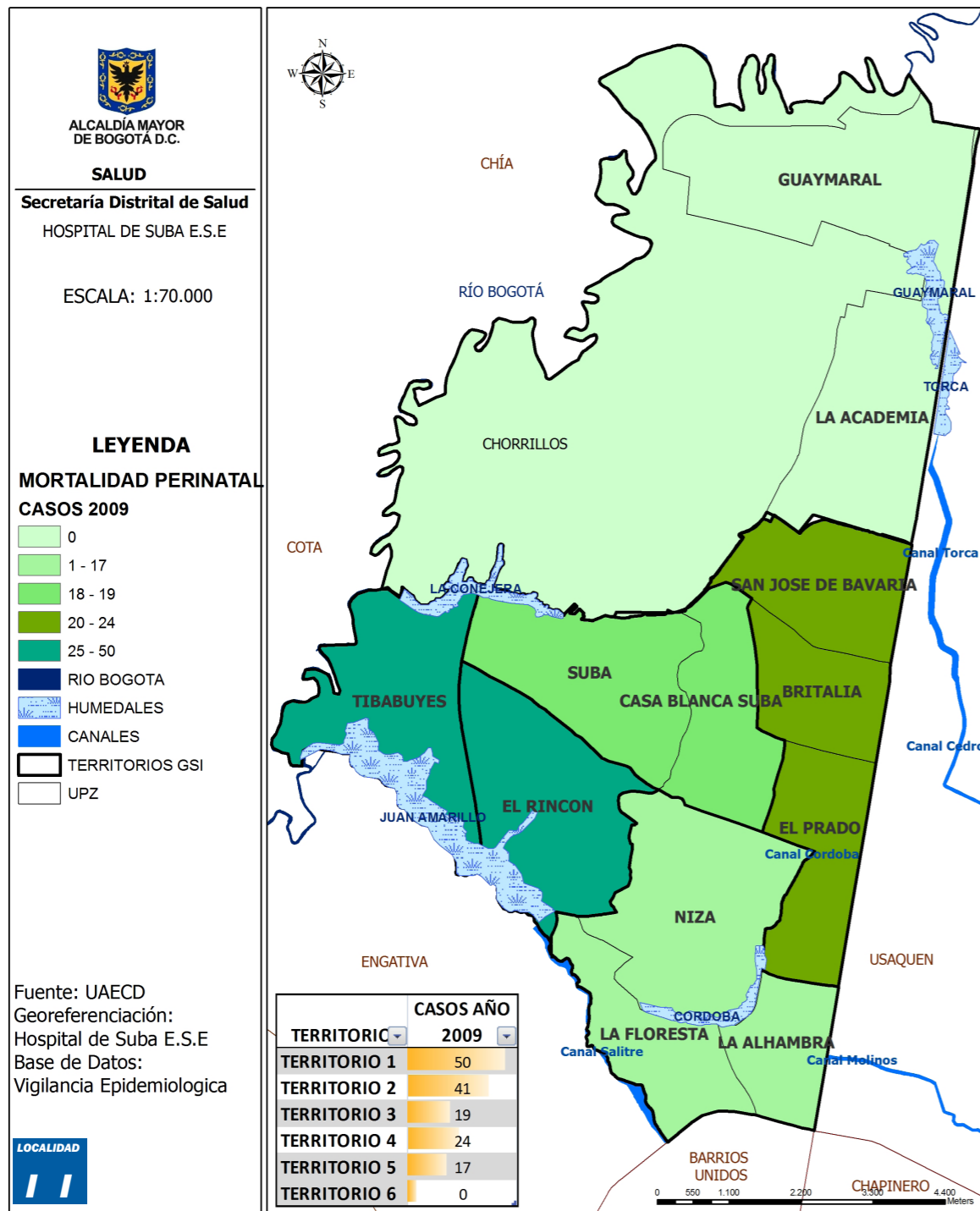
Otra de las causa de defunción en los menores de cinco años es la mortalidad por enfermedad diarreica aguda, para el año 2008 la tasa de mortalidad por EDA fue de 2.5 por 100.000 niños menores de 5 años, es decir, probablemente de 2 a 3 niños de cada 100.000 menores de 5 años murieron por causa de la enfermedad diarreica, mientras que para el año 2009 no se presentaron mortalidades por esta causa.

En los últimos años la localidad de Suba ha registrado una marcada reducción de la mortalidad por neumonía pasando de una tasa de 31,9 por 100.000 menores de cinco años en el año 2000 a una tasa de 18,6 por 100.000 menores de 5 años en el año 2009.

En el año 2009 se presentaron cuatro muertes por neumonía en la UPZ Rincón lo que representan el 31% de los casos de la localidad (n= 13 casos) y una tasa de 1,49 por 10.000 menores de cinco años.

Las muertes por neumonía pueden evitarse hasta en un 80% si se reconocen los signos precoces de la enfermedad y se busca la atención oportuna en las instituciones de salud. Las enfermedades respiratorias en general y la neumonía en particular son causas evitables de mortalidad durante los primeros años de vida y especialmente durante los primeros doce meses, junto a la diarrea y la desnutrición.

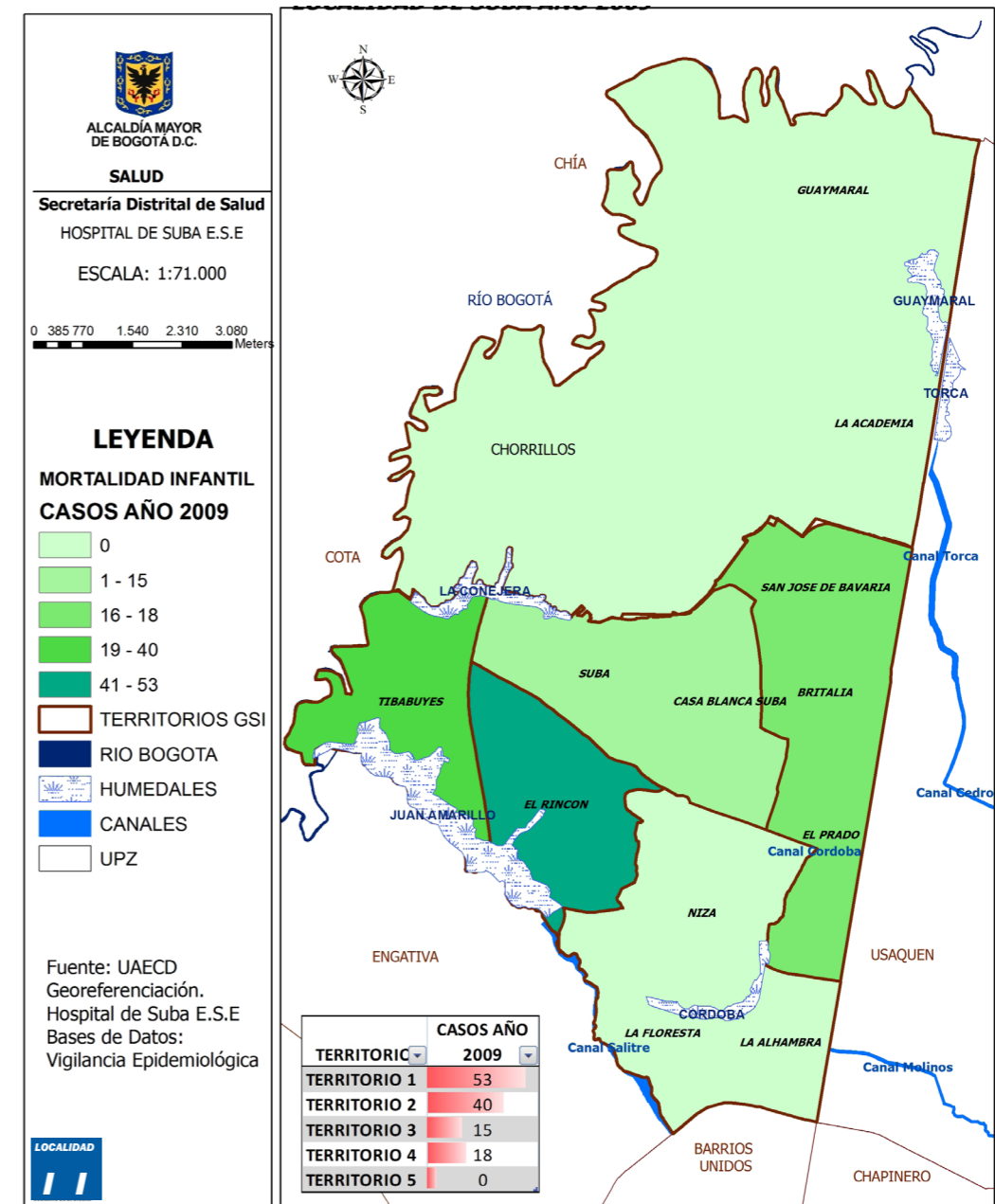
Mapa 18. Mortalidad perinatal, localidad de Suba 2009.



Fuente: Cartografía UAEDC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E.

La mortalidad infantil (menores de 1 a 5 años), en el territorio representó el 33% (53 casos) de los 159 casos en la localidad y una tasa de 19,8 por 10.000 menores de cinco años, la mortalidad en los menores de cinco años se considera evitable, estas mortalidades están relacionadas con determinantes sociales y económicos de la población del territorio social Rincón cuya zona concentra la mayor incidencia (ver mapa 19).

Mapa 19. Mortalidad infantil, localidad de Suba 2009.



Fuente: Cartografía UAEDC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

Al analizar las estadísticas de mortalidad por grupos de edad, según perfil epidemiológico local, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal continuaban siendo al año 2007 la primera causa de muerte en los menores de un año atendidos en el hospital de Suba (46 casos con una tasa de 2,9 por cada 1.000 nacidos vivos) y en los menores de uno a cuatro años la neumonía ocupa el primer puesto, con cuatro casos.

De acuerdo con la dinámica poblacional, es necesario describir a los niños y niñas inmersos en unos territorios que presentan unas características específicas que los hace diferentes y que genera unos factores protectores, así como también unos factores de riesgo que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de la población infantil.

Es por esta razón que el análisis situacional de la población infantil en la localidad se presenta desde los territorios de Gestión Social integral; teniendo en cuenta que estos presentan unas condiciones socioeconómicas y ambientales particulares, en el territorio uno se han identificado diversas problemáticas que repercuten en la calidad de vida de los niños y niñas en diferentes espacios de la vida cotidiana.

La familia como primera instancia de socialización de los niños y las niñas, juega un papel crucial en el desarrollo de la identidad de su género; es la familia la estructura social que marca diferencias entre los géneros, los roles y estereotipos que se construyen al interior de las familias; estas relaciones se reflejan y reproducen a partir de la división de tareas y actividades y del rol que cumple el padre y la madre. A su vez, es el ámbito familiar donde todas las creencias sobre el género se socializan, mostrando a las niñas y a los niños las pautas de comportamiento esperadas para cada uno de ellos.

De los 430 desplazados identificados por el Hospital de Suba durante el año 2009 el 31% corresponde a la etapa de ciclo vital de infancia con 136 menores de 10 años, de los cuales 69 son niñas y 67 son niños. También se identificó que los hogares de los menores tienen tipología familiar nuclear, denotándose las familias que cuentan con padre, madre e hijos, pero también, se incluyen otros familiares que comparten la misma vivienda, de manera que se puedan dividir los gastos y contar con el apoyo y colaboración de todos; sin embargo esta característica favorece el hacinamiento con las repercusiones que trae para la salud y bienestar de los infantes.

Desde el ámbito escolar se identifican 362 alumnos en condición de desplazamiento, de los cuales el 39% corresponden al territorio social uno; los estudiantes se beneficiaron de las acciones dirigidas a las personas en condición y situación de desplazamiento a través de la divulgación y aplicación del enfoque diferencial, deberes y derechos como método para las acciones de restitución del bienestar de las personas en condición y situación de desplazamiento.

El territorio social uno cuenta 10 Instituciones Educativas Distritales – IED, sin embargo no son suficientes para cubrir la demanda de población escolar, lo que ha llevado a que varios niños de la localidad tengan que desplazarse a otras localidades para acceder al derecho a la educación.

Sumado a esta situación, la población infantil con discapacidad que habita en este territorio, se ve afectada dado que la falta de acceso a servicios reduce significativamente la independencia y calidad de vida de las personas. En la localidad de Suba existen 11.220 personas con discapacidad registradas, de las cuales, 692 pertenecen a la etapa de ciclo de infancia, encontrándose el sistema nervioso, como el más afectado, con 420 niños y niñas; se ha evidenciado que los sitios donde se asignan las citas se encuentran distantes para las personas con dificultades de movilidad y adicional a esto, se presentan dificultades en la asignación de citas y términos de oportunidad.

Desde ámbito escolar, la transversalidad de discapacidad identificó 240 casos a través de la aplicación de pruebas tamiz a la población escolarizada, dentro de los colegios promotores e integradores y el escenario de jardines, procesos articulados con la movilización de la ruta y el acompañamiento a la

garantía de la salud, lo cual dio inicio al proceso de rehabilitación funcional, de los cuales el 12.5% (30) fueron atendidos por sus aseguradoras. Dentro de las áreas de servicios canalizados a los servicios de rehabilitación, las especializaciones a las que se remitieron fueron; medicina general con 25 niños y niñas, psicología con 50 niños y niñas, terapia ocupacional 120 niños y niñas, fonoaudiología 100 niños y niñas, audiología 7 niños y niñas, psiquiatría 3 niños y niñas, neuropsicología 60 niños y niñas, terapia física 30 niños y niñas, pedagogía 5 niños y niñas y trabajo social 2 niños y niñas. Entre los problemas identificados se relacionan con la motricidad fina, área cognitiva por procesos mentales, dificultades en el lenguaje, la escritura, el proceso de lectoescritura.

Desde el punto de vista de la accesibilidad, la mayoría de los establecimientos no están adaptados a las necesidades de las personas con discapacidad, hay barreras arquitectónicas, no existen baños adaptados y tampoco recursos técnicos y pedagógicos para facilitar el aprendizaje.

Los docentes de las instituciones educativas no están capacitados en la identificación de la discapacidad, sus necesidades y potencialidades, lo que dificulta el desarrollo integral de niños y niñas con algún tipo de limitación; además los docentes de educación especial no cuentan con las herramientas indispensables para el desarrollo de su tarea, ni existen programas que articulen ambos subsistemas que permiten la integración y la promoción de derechos de las personas con discapacidad. Por otra parte, las instituciones que atienden las necesidades de los niños y niñas con discapacidad, no son suficientes para cubrir la demanda de casos existentes en la localidad y aquellas que son consideradas integrales no cuentan con profesionales preparados para la atención de niños y niñas con discapacidad.

En los colegios distritales del territorio donde se desarrollan acciones de salud se han identificado restricciones en actividades físicas o juegos debido a que las canchas o espacios para realizar actividad física no son suficientes para toda la población estudiantil.

Algunas de las escuelas de fomento deportivo se ubican en la UPZ Rincón, las cuales ofertan prácticas deportivas como el fútbol, microfútbol, fútbol sala, baloncesto y patinaje; allí se evidencia que la mayor población cubierta por esta oferta es la de género masculino donde las mujeres por su rol presenta baja participación en deportes considerados para “hombres” y se dedica al acompañamiento de actividades de la casa.

En cuanto al estado nutricional de la población gestante que fue atendida desde la ESE, durante el año 2009 se identificó en el territorio Rincón malnutrición en el 62,8% de los casos identificados, siendo el bajo peso levemente menor (29%) con relación al exceso de peso 34% de la población gestante identificada por Sisvan. El bajo peso gestacional aumenta el riesgo de retraso en el crecimiento intrauterino, la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer, mientras que el exceso de peso incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto como son la preeclampsia y la diabetes y aún más si el sobrepeso es mayor al 20% del peso recomendable.

Además, el sobrepeso aumenta los riesgos de tener bebés de alto peso al nacer, lo que aumenta la incidencia de cesáreas al momento del parto.

Para el año 2009 disminuyó el bajo peso en 1,6% con respecto al año 2008, lo que muestra que las acciones efectuadas por los entes de salud, las instituciones prestadoras de apoyo alimentario y sobre todo el componente educativo ha influido en el mejoramiento del déficit de peso de las gestantes de la localidad; sin embargo el exceso de peso se incrementó en el periodo 2009, encontrando un aumento del 0,5% para el sobrepeso y 1,2% para la obesidad, lo que pone en evidencia que los inadecuados hábitos alimentarios influyen negativamente en el peso de la mujer ya sea adquirido antes o durante la gestación. Por otra parte, la concepción errónea de alimentarse por “dos” ha favorecido el sobrepeso; esta situación pone en riesgo la vida de la gestante y del bebé ya que está asociado a complicaciones del embarazo. Además, el sobrepeso aumenta los riesgos de tener bebés de alto peso al nacer, lo que aumenta la incidencia de cesáreas al momento del parto.

Otro aspecto importante para tener en cuenta en la etapa de infancia, es el comportamiento de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementaria, la cual durante el año 2009 presentó una mediana de amamantamiento exclusivo para los 6 primeros meses de 2.3 meses y una duración total de 15 meses para el amamantamiento prolongado. Estos bajos índices de lactancia materna exclusiva y complementaria, pueden presentarse debido al desconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna durante los 6 primeros meses y su prolongación hasta los 2 años, también influyen los patrones culturales y sociales por parte de las madres gestantes y lactantes, que aceleran el inicio de alimentación complementaria y el uso de fórmulas lácteas industriales.

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad es un factor protector, previniendo la desnutrición cuando se realiza en forma constante, oportuna y adecuada. Las ventajas de este proceder son conocidas: mejor funcionamiento digestivo y metabólico, mejor estado de nutrición, mayor protección inmunológica, menor riesgo de sensibilización alérgica, mejor desarrollo psíquico y otras razones, lo que trae menor morbilidad y mortalidad infantil. Se puede atribuir la disminución de la mediana de lactancia materna exclusiva, a que las madres que trabajan fuera del hogar disponen de menos tiempo para el cuidado de sus hijos y el ofrecimiento exclusivo de la misma durante el tiempo esperado. Es importante resaltar que el nivel de educación se relaciona directamente con la práctica exclusiva de la lactancia, porque ayuda a elegir estilos de vida más sanos, permite comprender mejor la relación entre madre e hijo a fin de brindar el mejor alimento a su hijo, sin tener en cuenta mitos, creencias o vanidades.

También se han identificado en la población menor de 10 años inadecuados hábitos alimentarios, generalmente dados por una baja ingesta de alimentos fuente de vitaminas y minerales como son las frutas, verduras y hortalizas, esto debido principalmente a costumbres por parte de los cuidadores, como también al inadecuado uso de los recursos a la hora de elegir los alimentos, para lo cual las familias se inclinan por aquellos de origen energético los cuales producen mayor saciedad y se consiguen a menor precio, lo que trae como consecuencia malnutrición y presencia de enfermedades como la anemia, estreñimiento, enfermedades de la piel entre otras. Así mismo, inciden los medios de comunicación y el entorno social de los menores a la hora de adquirir hábitos alimentarios. Otro aspecto importante se relaciona con la preparación y conservación de los alimentos para lograr el máximo aprovechamiento biológico de los mismos.

Además de estas situaciones, que generan dificultad en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad, en especial de este territorio, se desarrollan actividades de promoción y prevención en salud oral las cuales incluyen: motivación, técnicas de cepillado e higiene oral, detartraje, profilaxis, aplicación de sellantes y flúor; estos dos últimos en los niños y niñas, ayudan a prevenir enfermedades bucales.

Pero en consulta resolutive, las necesidades de la población son los tratamientos odontológicos específicos, como colocación de obturaciones, por presencia de caries con compromiso de pulpa, tratamientos de ortodoncia, tratamientos de ortopedia específicos para los niños y niñas, o tratamientos quirúrgicos, simples o complejos.

Desde el ámbito familiar, se destacan las acciones promocionales y asistenciales que se brinda en Salud Oral; se han identificado 29 núcleos familiares en condición de desplazamiento, de los 94 ubicados en forma diseminada en los micro territorios occidentales que conforman la zona de concentración de problemas sociales; habitan muchas veces en condiciones deplorables y al borde de la indigencia, contrastando con la zona nororiental del territorio, perteneciente a estratos socioeconómicos 5 y 6; se evidencian además en esta zona, asentamientos étnicos de indígenas nativos y extranjeros al igual que afro descendientes, en condiciones de alta vulnerabilidad en salud, seguridad social y alto riesgo de incidencia de enfermedades bucales.

Por otra parte, desde el sistema de vigilancia en salud oral – Sisveso, durante el 2009 fueron atendidos 49 niñas y niños del territorio Rincón que representan el 72% de los menores valorados por la intervención; se identificaron 37 casos con caries cavitacional y 12 casos con gingivitis.

3.1.2. Etapa de ciclo vital juventud

La etapa de ciclo vital juventud es el momento en el cual se alcanza el crecimiento biológico, se asumen los roles sociales más importantes y se empiezan a establecer relaciones sociales más serias en el ámbito laboral y en el personal. En esta predomina el proceso de individuación. Es decir, se logra la independencia y autonomía en varios planos. De acuerdo con esto los contextos históricos y espaciales determinan la especificidad, alcance y limitaciones, al igual que explica la diversidad, heterogeneidad y complejidad del ser, estar, actuar y producir de los jóvenes, es decir la condición juvenil. En paralelo, la evolución de los discursos, políticas y acciones en torno de los jóvenes dependen tanto de factores endógenos como de condicionantes externos.

La etapa de ciclo vital juventud se clasifica de acuerdo con la política de infancia entre los 10 y 26 años; según proyecciones DANE 2009 se identificaron 293.257 jóvenes en este grupo de edad en la localidad, de los cuales el 27% (80.437) pertenecen al territorio Rincón; de acuerdo con el sexo se identificaron 39.946 hombres que corresponde al 49,7% y 40.491 mujeres que representan el 50,3% de las jóvenes del territorio social Uno.

Los jóvenes conforman un sector social que tiene características singulares en razón de factores psico-sociales, físicos y de identidad que requieren una atención especial por tratarse de un período de la vida donde se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro. Entre los y las jóvenes se constatan graves carencias y omisiones que afectan su formación integral, al privarlos de derechos como: la educación, el empleo, la salud, el medio ambiente, la participación en la vida social y política; en la adopción de decisiones, la tutela judicial efectiva, la información, la familia, la vivienda, el deporte, la recreación y la cultura en general.

Una situación evidenciada en la población juvenil, se relaciona con el maltrato a los y las jóvenes debido a diversos factores como personalidad vulnerable, carencias afectivas, sentimientos de minusvalía, entre otros; interiorización y concepción cultural de los mecanismos de control que van de generación en generación (pautas de crianza inadecuadas) se manifiestan en violencia intrafamiliar, trastornos mentales por parte de los padres y madres o figuras de autoridad, consumo de SPA (bazuco, alcohol, etc.), tanto en él o la joven como de algún miembro de la familia. Frente a esto, en la UPZ 28 - Rincón se evidencia como problemática la venta y consumo de SPA lo cual genera malestar a nivel familiar, individual y de la comunidad. Los jóvenes son los más susceptibles a este flagelo; en algunos casos los jóvenes por acceder a un grupo de pares inadecuado termina haciendo parte de grupos que hacen parte de pandillas, quienes mantienen conductas delictivas (hurto, agresividad, entre otras); situación socioeconómica crítica, manejo de conflictos, déficit en expresión de sentimientos, historia de vida de los padres y madres relacionada con la violencia, maltrato y comportamientos opositoristas característicos de la etapa.

3.1.3 Etapa de ciclo vital adultez

La adultez se define más en términos de los roles sociales que las personas adultas desempeñan, que en términos de edad o de maduración física. La edad adulta, al contrario de lo que ocurre en la niñez y en la juventud, está marcada, especialmente, por acontecimientos sociales, por cambios en las estructuras de los roles, por demandas que se derivan de la asunción de tareas sociales más que por las capacidades o características biológicas de las personas. La tarea fundamental que se les plantea a los adolescentes y jóvenes en la transición a la edad adulta es definir sus relaciones con la sociedad mediante la participación social, la familia y el trabajo.

Así, la edad adulta constituye un periodo muy extenso dentro del ciclo vital, ya que en la práctica engloba a los sujetos de edades comprendidas entre los 27 y los 59 años.

Según el censo DANE 2005 (proyección 2009), las personas adultas del territorio social uno, representan el 23% es decir 146.584 personas, es así que 52,6% (77.045) son mujeres y 47,4% son hombres (69.539).

Dentro de este marco, la población adulta que hace parte de este territorio ve limitada esas libertades, debido a las escasas posibilidades que tienen para lograr un verdadero desarrollo humano. Las y los adultos se encuentran inmersos en condiciones de desigualdad e inequidad por su condición de etnia, de género, de discapacidad o desplazamiento; situaciones que en la mayoría de los casos están atadas a causas estructurales a nivel económico, político, social y cultural.

Flagelos como la pobreza, traen consigo no solo problemas económicos, como el desempleo, la falta de oportunidades en diferentes ámbitos y el acceso a los servicios, sino a su vez hacen que se presenten situaciones adversas al interior de las familias, las cuales están avocadas a enfrentar en la mayoría de los casos problemas de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, abuso, especialmente hacia las mujeres y los niños. Estas situaciones no son ajenas para la población adulta que hace parte del territorio Rincón.

Durante la edad adulta se producen una serie de acontecimientos de índole social, personal y laboral de tal magnitud que son éstos, precisamente, los que estructuran y perfilan la vida adulta. La cadena de acontecimientos se inicia en la llamada edad del adulto joven. Las características de orden biológicas que se puede identificar como la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. En esta etapa, en algunos adultos se produce el nacimiento de los hijos ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad y el funcionamiento intelectual está consolidado.

Por otra parte las enfermedades crónicas (EC) representan una importante carga de morbilidad y mortalidad en la población adulta. Si bien, el grupo de las enfermedades crónicas comprende un gran número de entidades, el peso de la carga está representado por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las metabólicas, las respiratorias crónicas, las autoinmunes, las neurológicas y algunas digestivas. Sin embargo, las cuatro primeras categorías aportan el 60% del problema.

Ahora bien, el impacto de las enfermedades crónicas en la mortalidad de la población adulta se resume en el indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), siendo así que las enfermedades del sistema circulatorio son las que representan la mayor tasa de mortalidad (4,43) en la población masculina y así mismo representa el 11% de AVPP, seguidos de las neoplasias, mientras que en la población femenina, según la agrupación 667, la causa de muerte más común son las neoplasias, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio; estas defunciones representan el 36% de los AVPP.

Tales circunstancias han impulsado a las entidades de la administración distrital a firmar el pacto de “movilización social para la actividad física” por medio del cual se comprometen a trabajar por la erradicación del sedentarismo para mejorar la salud y las condiciones de vida en la capital del país. El sedentarismo es una problemática de índole mundial; la recomendación a los adultos es la de realizar 60 minutos de actividad física diaria de manera continua o acumulada.

En Bogotá, los estratos más inactivos de la ciudad son el dos y el cuatro, quienes usan regularmente la bicicleta, el 16,3% del estrato 3 y en general el 42% de los ciudadanos aduce falta de tiempo para dejar de lado el ejercicio.

Suba como muchas otras localidades del distrito cuenta con importantes avances en infraestructura local invitando constantemente al ciudadano a ejercitarse es el caso de sus parques y ciclo rutas, además de actividades como la ciclovía y la recreovía, aunque se evidencian problemas

por falta de espacios físicos en la localidad ya que el promedio de metros cuadrados de parque por habitante para la localidad es de 4.14 siendo inferior para las UPZ Rincón la cual tiene menos de 2 metros cuadrados por habitante, esto debido a que esta zona se caracteriza por construcciones no planificada limitando los espacios para áreas recreativas.

3.1.4 Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez

El envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren durante el ciclo vital desde el momento de la concepción hasta la muerte, el cual se define como un proceso que se da como resultado de la interacción de las personas en el contexto social y determinado por una serie de condiciones a nivel biológico, psicológico, social, cultural, político y económico, redimensionando el concepto de vejez no solo como etapa del ciclo vital sino como parte integrante del desarrollo humano integral y social.

El proceso de envejecimiento es afrontado de forma diferente por los hombres y por las mujeres desde su individualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, esto se debe a los roles que históricamente han caracterizado a unas y otros. Sin embargo, no se puede desconocer la mayor prevalencia de las enfermedades en mujeres en comparación con los hombres asociados a estilos de vida en donde las mujeres en la actualidad afrontan mayor tensión en relación a las responsabilidades emocionales sociales y económicas; con los cambios significativos en las dinámicas familiares, en los modelos económicos y el incremento en el desplazamiento entre otros factores determinantes.

De acuerdo con el censo DANE 2005 (Proyección 2009) en el territorio social uno - Rincón hay 21 416 personas mayores (de 60 y más años), es decir el 2,1% del total de la población de la localidad y el 7% de la población de la UPZ Rincón.

En esta etapa de ciclo vital se hace evidente que las mujeres se ven afectadas de manera diferencial en varios aspectos: su salud mental, su salud sexual, las enfermedades crónicas, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de seno. Estas afectaciones están directamente relacionadas con la inequidad evidente en los roles de género a la que se han enfrentado históricamente y que sumada a otras, genera condiciones de vulnerabilidad como lo es el estrato, la etnia, condición de desplazamiento y discapacidad y un mayor deterioro en su calidad de vida y salud. Las mujeres mayores no sólo en algunos casos deben trabajar para su sustento, sino también ejercer roles en el hogar y de cuidadoras, situación que incide en la salud de las mujeres donde la presencia de enfermedades crónicas se incrementa, situaciones estresantes que hace evidente que las mujeres se vean afectadas de manera diferencial en varios aspectos.

Por tanto, las personas mayores, tienen diversas necesidades que los atañen en distintas dimensiones que se deben considerar en el marco de los cambios físicos más significativos en esta etapa de envejecimiento y vejez, como la pérdida de la agudeza en el olfato, el gusto y la disminución de la capacidad de diferenciar los sabores junto con la pérdida progresiva de las piezas dentales, la alteración de la digestión, la reducción de la capacidad visual y auditiva, que pueden hacer que en la etapa de envejecimiento y vejez, no se disfrute plenamente de los alimentos y no se consuman los nutrientes adecuados para esta etapa de vida.

Es así como el objetivo de los principales sistemas de prestación de servicios sociales, es atender a las diversas áreas que constituyen el bienestar social y personal de la población que vive en el territorio. Así, esto interviene sobre la salud y el sistema educativo, sobre la educación y la cultura; se debe a que el bienestar social y cualquiera otro concepto que se emplee para definir el objeto de los servicios sociales, es multifactorial, depende de diversos conjuntos de factores determinantes: factores biológicos o endógenos, factores ligados al entorno, factores ligados a los hábitos de vida, factores relacionados con el propio sistema de servicios sociales.

Las personas mayores de este territorio, son un grupo expuesto a complicaciones de salud por factores de sobrepeso (0,59% en hombres y 2,18% en mujeres mayor de 60 años) cuya causa dentro de las muchas existentes, es el consumo de una dieta alta en calorías y deficiente en frutas y verduras, lo cual permite evidenciar hábitos alimentarios inadecuados; además la disponibilidad y acceso a los alimentos se encuentra afectado por factores económicos y culturales que inciden de forma negativa en el estado nutricional de este grupo poblacional.

Si bien, las enfermedades crónicas hacen su aparición en la vida adulta, las experiencias tempranas en el curso de la vida combinadas con variantes genéticas del individuo, tienen efectos a largo plazo en el desarrollo de las enfermedades crónicas. Entre las exposiciones del individuo están: el bajo peso al nacer, la desnutrición en la niñez, el patrón de consumo alimentario, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la contaminación ambiental por gases tóxicos de la combustión de los combustibles fósiles y otros por descubrir.

A partir de los 60 años, se puede observar la presencia de enfermedades crónicas ocasionadas por factores de riesgo asociados a estilos de vida, hábitos alimentarios inadecuados, conductas sociales, condición laboral, exposición a diferentes partículas ambientales, falta de actividad física (sedentarismo), antecedentes familiares y stress, mencionando estas entre varias otras causas. Enfermedades cuyo inicio se dieron en etapas de edad más tempranas, cuya evolución, sintomatología y complicaciones, como son trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias 5,99% que representan 1.025 casos, EPOC 5,4% (930 casos), dorsalgias 3,92% (670 casos), no fueron atendidas oportunamente según el perfil de salud institucional. Siendo así, se considera importante actuar sobre la prevención y promoción de la salud para disminuir las complicaciones y eventos adversos de salud para disminuir costos a nivel institucional y social.

En lo referente a la salud mental, es importante tener en cuenta que en las personas mayores se observa la falta de redes sociales o la debilidad de las mismas que hacen que se presenten sentimientos de depresión, soledad, que se han identificado en esta etapa, los determinantes más evidentes; en su mayoría, se refieren a situaciones bajo las cuales no se reconoce ni se visibiliza a la persona mayor en el entorno familiar, generando abandono, maltrato físico y emocional por parte de los miembros de la familia; es de resaltar que en gran medida estas situaciones se verifican por el rechazo por parte de la sociedad, así como la imposibilidad de trabajar para brindar su propio sustento, sin olvidar que esta situación se vive aún más en personas mayores con discapacidad que depende de otra persona para su movilidad o sustento.

3.1.5. Núcleos problemáticos – Territorio Social Uno – Rincón

3.1.5.1. Núcleo 1

Los escasos recursos económicos limitan las posibilidades de formación, capacitación y apoyo crediticio a iniciativas productivas, de la población joven y adulta en el territorio uno de GSI; esto dificulta el acceso a un mercado laboral formal y disminuye las posibilidades de desarrollo humano.

En el territorio social uno de GSI o el territorio Rincón, se presentan limitaciones para la generación de procesos productivos, escasas posibilidades de acceso a procesos formativos en educación para el trabajo y poco apoyo crediticio a iniciativas productivas que involucren a la comunidad; esto repercute en bajos niveles de ingresos, desempleo, informalidad del trabajo, subempleo y trabajo infantil. Esta problemática afecta con mayor prevalencia a los jóvenes, niños y adultos del territorio social uno.

Los bajos ingresos generan mayor predisposición a la vulneración de los derechos como el derecho a la justicia en la etapa de infancia y la adolescencia, pues las familias al disponer de bajos ingresos, pueden descuidar los requerimientos de estas etapas de la vida, por lo que los niños y adolescente crecen y se desarrollan en situaciones de desventaja en relación con otros niños de su edad.

Afecta el derecho a la justicia a las personas adultas, pues al tener bajos ingresos, exponen su salud física y mental, evidenciándose un sistema económico que no garantiza la distribución de los bienes y servicios de tal manera que beneficie a todas las personas. En cuanto al acceso en la administración de justicia, aunque existen servicios gratuitos o de bajo costo, en ocasiones, según la característica de los conflictos, se deben asumir algunos costos que una persona con bajos ingresos no puede cubrir.

Afecta el derecho a la justicia a las personas en etapa de vejez, pues por los bajos ingresos de una familia, las personas pertenecientes a esta etapa no reciben los cuidados adecuados.

Afecta el derecho a la justicia a la población afro colombiana, porque al tener pocos ingresos exponen su salud física y mental, evidenciándose un sistema económico que no garantiza la distribución de los bienes y servicios de tal manera que beneficie a todas las personas. En cuanto al acceso en la administración de justicia, aunque existen servicios gratuitos o de bajo costo, en ocasiones según la característica de los conflictos se deben asumir algunos costos que una persona con bajos ingresos no puede cubrir.

Afecta el derecho a la justicia a la población con discapacidad, por que en varias ocasiones las personas con discapacidad tiene pocos ingresos que no alcanzan a cubrir los requerimientos propios de su estado. Se evidencia ausencia de empleos dignos y estables para los adultos, situación que ha llevado a que niños y niñas inicien en el trabajo a temprana edad.

No obstante, desde el ámbito laboral para el año 2009, se identificaron menores trabajadores en el territorio uno; de 243 caracterizaciones realizadas en la localidad durante el período febrero a Julio, 21,8% (53 casos) corresponden a la UPZ Rincón; esto, se cree que es debido a la alta comercialización de productos en la zona donde se encuentra una variedad de negocios familiares como las tiendas, carpinterías, cabinas telefónicas y la plaza de mercado del barrio Rincón, ubicada cerca de dos Instituciones Educativas Distritales, Ramón de Subiría y Gerardo Paredes.

El mayor porcentaje de niños en actividades productivas, puede obedecer a patrones culturales, en donde las niñas preferiblemente son quienes se quedan en casa al cuidado de otros/as (generalmente hermanos y hermanas menores) o realizando las actividades domésticas, mientras los niños acompañan a madre o padre a sus trabajos, que generalmente obedecen a ventas informales e incluso realizan tareas por cuenta propia y no en compañía de adultos.

El 36% de los menores caracterizados cuentan con una familia nuclear, esto quiere decir que viven con sus dos padres, el 23% viven con solo un padre, situación que favorece que se inicien en lo laboral, para colaborar con los gastos de la casa. El tipo de familia extensa hace que debido al número tan alto de personas viviendo en una sola casa, en su mayoría menores de edad, el ingreso de las personas adultas no alcance para suplir de forma equitativa las necesidades de todos los miembros de la familia, ocasionando que los niños y las niñas opten por alternativas diferentes al estudio para ganar dinero para sus gastos personales. Existe un 2% de casos en los que los niños y niñas se encuentran a cargo de sus abuelos, hermanos mayores o tíos, debido a la separación de los padres o a la muerte de estos. En el 32% de los casos caracterizados, su lugar de trabajo se encuentra en su misma casa; se evidencia en carpinterías, tiendas o misceláneas y otros menores realizan trabajo domestico informal.

Para el año 2009, según informes del ámbito laboral, no se encontró población infantil en condición de desplazamiento para este territorio, situación que no necesariamente tiende a ser verdadera, debido a la problemática que se evidencia en este territorio y que seguramente si se presenta, aunque no se identifican registros. Se identificó en el 74% niños y niñas que faltaron a la institución educativa porque se encontraban enfermos, cifra preocupante teniendo en cuenta que las condiciones laborales no son las adecuadas; por otra parte, el 21% refirió que no le interesa asistir y el 5% de los niños y niñas no asistieron al colegio porque se encontraban trabajando.

Entre las actividades más frecuentes se encuentra el cuidado de menores y actividades de limpieza y aseo en diferentes empresas informales u hogares de familia, mientras que por el lado masculino, la carpintería, la construcción y las actividades deportivas son las más frecuentes. De aquí que los mayores síntomas encontrados hayan sido tos en el 43% de los menores identificados (por la exposición a temperaturas extremas), seguido de dolores de cabeza 34%.

Causa gran impacto que un 21% de los caracterizados presente problemas en la visión, tal vez por descuido y en ocasiones por falta de recursos.

Es importante aclarar que esto no significa que las menores no son trabajadoras, ni que por ello no están expuestas también a riesgos y sus derechos son igualmente vulnerados, sino que esta forma de trabajo “el doméstico”, por no ser remunerado, no se considera como aporte a la economía y al producto interno bruto del país, por tanto no se tienen en cuenta en las caracterizaciones realizadas en los ámbitos laborales. A su vez, el trabajo informal facilita la vinculación de niños y niñas laboralmente, pero también en actividades ilícitas, que hacen que se aumente la delincuencia infantil, pero también la explotación sexual y comercial de niñas y niños; aquí nuevamente aparece una mayor vulneración para las niñas, teniendo en cuenta que desde edades tempranas sus cuerpos son fácilmente objeto de deseo, debido a patrones culturales.

El hecho que dentro de la etapa de ciclo vital de infancia se incluya a las mujeres en gestación, da cuenta del énfasis en la atención, otorgado a la mujer como cuidadora o responsable de la salud y la vida que se gesta y no pensada en las afectaciones específicas a su vida futura posteriores al embarazo, o derivadas de la mala atención. Es así que se insiste en la necesidad de acudir a los controles prenatales, a acceder a mejores prácticas alimentarias y en general a cuidarse, por garantizar las mejores condiciones para el o la bebé que está por nacer y no se realiza una mirada a la salud de la mujer y las implicaciones que tiene para su salud, por ejemplo, el no alimentarse adecuadamente durante esta etapa, pero también a lo largo de todo su ciclo vital.

Otro factor que amerita exploración concerniente a los y las jóvenes es su situación laboral; esta preocupación se ha manifestado desde los diferentes espacios locales que abordan el tema de juventud, así como desde el mismo sentir de los jóvenes; por ello se destaca cómo se vive esta realidad en el territorio; así mismo predomina la población joven masculina, por diferentes razones ideológicas: tabú, familia o machismo.

Otra aspecto importante a tener en cuenta es la mortalidad materna, la cual se ubicó en 45 por 100.000 nacidos vivos para el año 2008 en la localidad, presentando un descenso con relación al año 2004 (55.3 por 100.000 nacidos vivos); en el territorio Rincón, para el año 2009, se presentaron dos casos; si bien es cierto la tasa de muertes de mujeres gestantes ha disminuido, apuntando a las metas distritales que tienden a la reducción de esta problemática, que a su vez es atendida como un problema de salud pública, no obstante, es visto de esta manera, pues se considera “la muerte de una madre como una tragedia evitable y una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia”.

Es así como, desde el proceso de la Red Social Materno Infantil por ámbito comunitario de la ESE, en el año 2009, se desarrollaron acciones que permitieron identificar 81 casos de gestantes en riesgo psicosocial, iue no asistieron a la capacitación para padres y madres, o con barreras de acceso a los servicios. En cuanto a niños y niñas menores de 5 años se captaron 104 menores en circuitos territoriales los cuales fueron remitidos a los servicios de promoción y prevención que ofrece la ESE en el territorio.

Por otra parte, en el año 2009 según la intervención del ámbito laboral, de 209 casos caracterizados, el 33% corresponde a jóvenes entre los 15 y 17 años, de los cuales el 44% son mujeres (30 casos) y 56% son hombres (38 casos). Con relación al territorio uno, se identificaron

19 jóvenes que laboran en diversas actividades como son talleres de metalmecánica, textiles, panaderías, cuero, maderas y talleres de automotores. Esta situación se debe en parte a los bajos ingresos de las familias de estos jóvenes que se ven obligados a ganarse un sustento que constituya un soporte para su núcleo familiar y en ocasiones para solventar sus propias necesidades. También se identificó que el 5% de los jóvenes trabajadores dejaron de asistir al colegio de uno a tres días por estar desarrollando actividades laborales lo cual afectó el rendimiento escolar, en este grupo poblacional se observó que el 1% presentó bajo rendimiento académico al término del año.

La formación profesional está llamada a jugar una función primordial en la confluencia del interés económico y el imperativo social, pero para ello se hace necesario sensibilizar a todos los actores sociales acerca de la necesidad de devolver al capital humano su plena riqueza, para que un día la palabra trabajo no necesite ya de adjetivos, que por sí sola implique dignidad, equidad y libertad.

La escasa formación y capacitación disminuye la posibilidad de acceder a un mercado laboral formal que brinde mejores condiciones tanto económicas como laborales, lo que ha obligado a los adultos y adultas a vincularse al sector de la informalidad en condiciones desfavorables, ya que no cuenta con ningún tipo de apoyo para el desarrollo de estas actividades.

Otro de los factores que intervienen dentro del sector productivo, está relacionado con la falta de apoyo crediticio a iniciativas productivas especialmente para la población adulta más vulnerable (étnica y desplazada). La deficiente cobertura de los servicios de la Banca de Oportunidades, de acuerdo con los requerimientos y particularidades de las propuestas productivas de la población de estos sectores con alta población en condición de fragilidad social, generan dificultades para que la población pueda acceder a estos servicios.

Por su parte, la población afro de la localidad de Suba tiene uno de los índices de necesidades básicas insatisfechas más alta respecto a los otros grupos poblacionales; el alto nivel de desempleo, la migración campo-ciudad por el fenómeno del desplazamiento, ha generado núcleos de concentración de población afro desplazada en territorios como Suba Centro, donde las condiciones no ofrecen las mejores alternativas de vida para esta población. Uno de los principales problemas en la atención a la población en condición y situación de desplazamiento, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente a un deterioro en las condiciones de vida y salud de quienes lo padecen.

Según la Unidad de Atención y Orientación a la Población Desplazada UAO, en la localidad hay cerca de 15.000 afrodesplazados, los cuales se encuentran en las diferentes etapas del ciclo vital. La población afro y afrodesplazada de base, ha propuesto soluciones productivas a esta situación; sin embargo, la precariedad del sistema y de las instituciones para promover estas iniciativas organizativas de respuesta social han frenado la posibilidad de mejorar la calidad de estas poblaciones a través del autodesarrollo y el desarrollo étnico.

Las escasas opciones de trabajo para las personas afro, especialmente en el sector formal, están dadas por su baja escolaridad, poca capacitación, discriminación, miedo a la diferencia, subvaloración de conocimientos tradicionales, inexistencia de políticas públicas concretas y efectivas que proporcionen soluciones viables a las graves problemáticas de desempleo, desplazamiento y falta de oportunidades para educación de los miembros de esta población.

Los afro descendientes son quienes tienen menos oportunidades de empleo y son mal remunerados, según datos del Hospital de Suba a través de la transversalidades de etnias (proyecto especial de afro descendientes) y caracterización poblacional de la Alcaldía local de Suba del año 2008. La tasa de desempleo se ubica en el 46%, respecto a los otros grupos poblacionales.

La discriminación hacia la población negra está presente en todos los temas: salud, vivienda, educación y saneamiento básico. Sin embargo, más allá de tener menos posibilidades en materia educativa y laboral, las diferencias se agravan en el ingreso, puesto que el salario devengado por los trabajadores afro descendientes es significativamente más bajo que el de las personas de otras etnias. Por otra parte, a los trabajadores de otras comunidades étnicas se los premia más por adquirir más capital humano y por su formación; a pesar de tener el mismo nivel educativo, son más valorados. La desigualdad salarial y discriminación por raza en el mercado de trabajo, es más significativa en los hombres afro descendientes que en las mujeres; esto no significa que las mujeres afro descendientes estén particularmente bien en el mercado laboral, al contrario: tienen el salario más bajo en nuestra sociedad y sufren una doble discriminación, de género y de raza.

La pobreza y marginación de la población afrodescendiente y la falta de políticas de inclusión que de cuenta de las inequidades presentadas históricamente en términos generales para esta población son en gran medida el resultado de las características y dinámicas marginales de sus núcleos familiares. Hay desigualdad, no de pequeñas distancias que podrían salvarse en poco tiempo y con pocas acciones. Las enormes distancias son el panorama de las y los adultos en la población afrodescendiente y más concretamente de la afro desplazada con residencia en el territorio.

La proporción de adultos afrodescendientes que está por debajo de la línea de pobreza es significativamente mayor que la de los adultos de otras etnias, según información de la transversalidad de etnias del Hospital de Suba; en el 2008 mostraba que cerca del 90% de la población afro estaba por debajo de la línea de pobreza, esta situación, genera que los adultos afro sean en muchas ocasiones insertos en sectores como el de la informalidad laboral y no sean capaces de garantizar mejores condiciones de vida a sus familias de por sí extensas, generando por un lado precarización de las condiciones laborales de esta población, descuido en términos generales de sus condiciones de salud y abandono involuntario del hogar y del núcleo familiar durante gran parte del día.

Por su parte, las comunidades indígenas con presencia en la localidad, no distan mucho de las condiciones de inequidad a nivel laboral respecto de la población afro. Según información del Cabildo a enero de 2009, el porcentaje de Kichwas desempleados era del 38% y el 93% vinculado al subempleo en oficios como la construcción, el transporte público, el servicio doméstico y el trabajo a destajo. Estas situaciones se dan por la falta de apoyo crediticio a iniciativas productivas de estas comunidades, la falta de compromiso de los entes administrativos por generar respuestas coherentes con a las necesidades específicas, la falta de capacitación a la comunidad para la construcción de propuestas con metas claras en el mediano y largo plazo. En su gran mayoría se dan por las situaciones de marginalidad y subempleo de estas comunidades, la baja vinculación laboral por medio de contrato, la falta de apoyo a las iniciativas tanto en el ámbito ancestral-tradicional, como en el ámbito no tradicional e igualmente por la falta de adjudicación de créditos o la generación de programas especiales para el apoyo de las comunidades más vulnerables.

Por su parte, la población adulta en condición de discapacidad, se ve igualmente afectada por esta problemática; del total de población en condición de discapacidad en la localidad (11.220 personas), 3.831 son adultos y adultas. Las personas que de acuerdo con su nivel de discapacidad pueden desarrollar algún tipo de actividad laboral, no encuentran posibilidad de inclusión en el sector formal, situación que va en detrimento no solo de sus condiciones económicas, sino de su salud física (presentado mayores condiciones de discapacidad, por la falta de ejecución de algún tipo de actividad), como de su salud mental (presentándose eventos de depresión, soledad y abandono), al no sentirse útiles para la sociedad. Esta situación está dada en su mayoría por la falta de sensibilización de los empresarios del sector frente a la problemática de discapacidad que no permiten la inclusión laboral de este tipo de población, así como por la falta de instituciones de formación integral a nivel local, que brinden herramientas para el trabajo y el desarrollo de procesos productivos para la población en condición de discapacidad, sus familias y cuidadores.

A través de la transversalidad de discapacidad se identificó que los jóvenes con discapacidad limitan las actividades a sus procesos de rehabilitación; también se ha evidenciado la poca oferta de instituciones educativas (educación especial, formal o capacitación) para personas con discapacidad mayores de 18 años, razón por la cual las familias se ven forzadas a dejarlas en las casas, retrasando de esta forma el desarrollo o mantenimiento de sus capacidades; esto, a su vez retrasa los procesos de integración regular escolar; también influye la poca formación de las familias de las personas con discapacidad y adicional a esta situación, se presentan escasas posibilidades de inclusión laboral de los y las jóvenes en el sector formal debido a su condición de discapacidad.

Por otra parte, la falta de instituciones y de entidades profesionales que puedan atender el cuidado y desarrollo de las personas con discapacidad que lo requieren, hace necesario que los cuidadores y cuidadoras, en su mayoría adultos, desplacen sus propias necesidades para encargarse del cuidado de sus familiares; por tanto se ven igualmente afectados a nivel económico, por no poder acceder a un empleo por falta de tiempo y deterioros en su salud física y mental, al no poder desarrollar sus propios proyectos de vida.

La mujer adulta se debate entre dos polos: la familia y el trabajo, enfrentándose a condicionamientos sociales en los cuales culturalmente se reduce su participación al simple cuidado de los otros y otras, desligando esta función al trabajo que desempeña en la construcción de sociedad. De esta forma se desvanece su posición como actor político y activo en la toma de decisiones, esquemas que hoy día se han venido modificando gracias a las presiones que hacen algunas mujeres mediante actos afirmativos o de movilización, orientados a la reivindicación de derechos.

3.1.5.2. Núcleo 2

Relaciones de poder desiguales en el territorio social Rincón que se expresan en grandes problemáticas de violencia como son: violencia de género, violencia intrafamiliar, embarazos adolescentes, discriminación, desplazamiento, intolerancia, violencia física, emocional y sexual, abandono, abusos de autoridad y violación de derechos fundamentales, que tiene entre sus principales afectados a los jóvenes, niños y niñas, mujeres, desplazados y minorías étnicas.

Las inequidades del territorio están basadas en el género, evidenciándose desde la socialización temprana, obedeciendo a patrones culturales fundados en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que, si bien son ciertas, “es una verdad a medias, pues todos los seres humanos son diferentes sin importar el sexo, la edad o la condición étnica o poblacional”, el problema es que estas diferencias se reflejan en relaciones de poder que han dado paso a algunas formas de violencia.

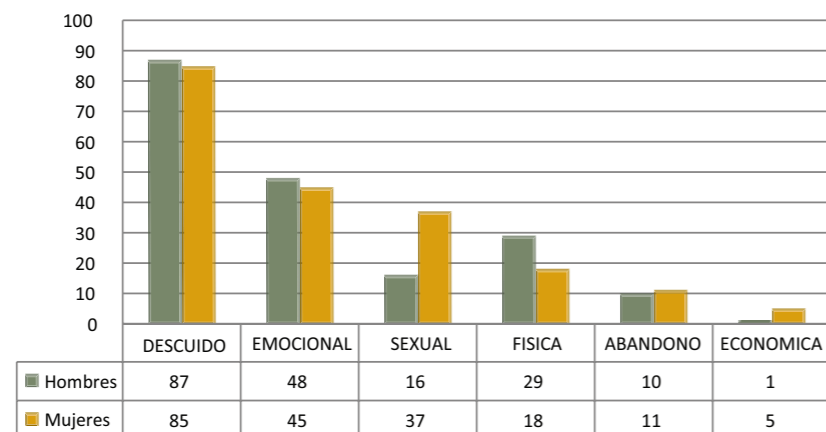
Tal es el caso de la reproducción de roles que se realiza a través de los juegos y la asignación de juguetes a las niñas y los niños a lo largo de la infancia y que son controlados por la familia, el sistema educativo, la sociedad, la iglesia los medios de comunicación y la cultura, de tal manera que desde la infancia se muestran ya las diferencias de género; es común que las niñas ayuden en las actividades domésticas, mientras que a los niños se les fomentan actividades de mayor independencia, o bien, que se les dé a ellos responsabilidades de protección, cuidado e incluso acciones de corrección sobre sus hermanas.

Esto hace que las niñas sean las mayores víctimas de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los delitos sexuales, lo cual podría explicarse por la falta de herramientas establecidas por los miembros de la familia en la resolución pacífica de conflictos, utilizando a los menores como objetos sociales, como medio para conseguir sus propios propósitos, dejando de lado el malestar emocional y físico que se causa con este tipo de conductas.

Es así, que para el año 2009 según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Violencia Intrafamiliar (Sivim), se identificó que del total de reportes de violencia en la localidad el 45,8%

corresponde al territorio Rincón, lo que equivale a 595 casos; por otra parte, en el territorio uno, la violencia infantil representa el 65,9% con 392 casos; además se identificó que son las niñas las que presentan mayor afectación por violencia sexual, mientras que la violencia por descuido, violencia física y abandono presentan un comportamiento similar tanto en niños como en niñas del territorio uno (ver gráfica 17).

Gráfica 17. Distribución de casos de violencia en niños y niñas del territorio social Rincón Localidad de Suba, 2009.



Fuente: Sivim 2009 Hospital de Suba.

Los tipos de violencia más predominantes fueron en su orden la violencia por descuido, emocional y sexual, abandono, que sobresale en los menores de un año, quienes son reportados en su mayoría por entidades de salud por situaciones de desnutrición, menores sin registro civil, colecho positivo (práctica de los padres de dormir con sus hijos), derivado esto del hacinamiento en el que en algunas ocasiones se encuentran las familias por el flagelo del desplazamiento y el desempleo que obliga a compartir una vivienda entre dos o más familias, para superar las necesidades básicas; para el resto de la población infantil se evidencia el incremento de reportes originados en la consulta médica o de control donde se ha identificado pediculosis, bajo peso, quemaduras, caídas, esquema de vacunación incompleta, inasistencia a controles prenatales.

Sumado a esto, en el territorio Rincón, se encuentra el mayor número de personas en situación o condición de desplazamiento, siendo mayor la frecuencia de afrocolombianos con relación a los indígenas; los niños y las niñas se caracterizan por presentar dificultades para expresarse, agresividad y bajo rendimiento académico; sin embargo, si ponemos en contraste las intervenciones desde la ESE con este grupo poblacional encontramos que las etapas del ciclo vital que participan en los procesos de fortalecimiento de estas comunidades son mujeres jóvenes y adultas, siendo así que los niños y las niñas no participan de estos espacios, a pesar de ser los beneficiarios de los procesos que se generan o promueven desde la ESE, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población en condición de desplazamiento en la localidad de Suba.

Las gestantes se incluyen en la etapa de infancia y dentro de la notificación al Sivim, se identificaron 27 maternas, lo que representa el 3% de los casos reportados. Se identificó que el mayor índice de reportes se encuentra en la violencia emocional con 32%, seguida de la violencia por negligencia con 24%, luego la violencia sexual con 19% y la violencia física con 17% de los reportes; la violencia contra las gestantes afecta no solo a la mujer sino al hijo, con las consecuencias que esto trae a nivel psicológico y emocional en las diferentes etapas del ciclo vital.

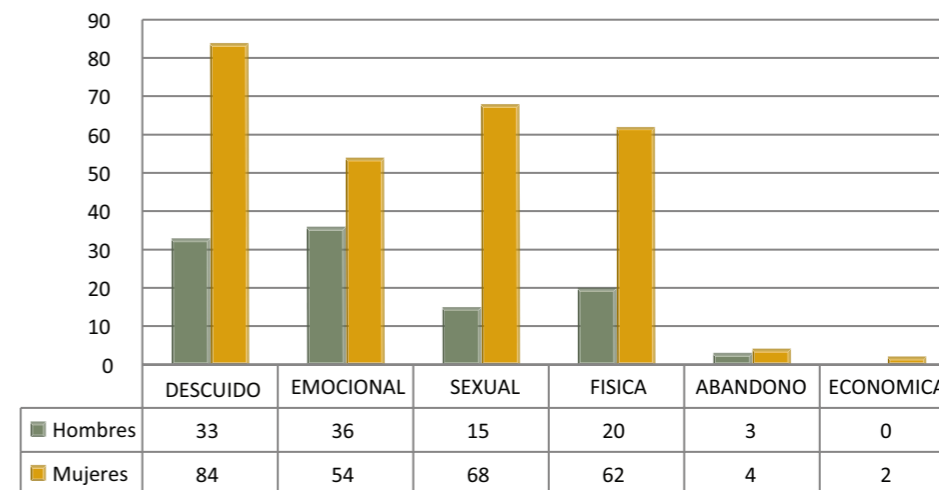
La población juvenil también se encuentra afectada por el maltrato debido a diversos factores como personalidad vulnerable, carencias afectivas, sentimientos de minusvalía, interiorización y concepción cultural de los mecanismos de control que van de generación en generación (pautas de crianza inadecuadas) manifestados en violencia intrafamiliar y trastornos mentales por parte de los padres y madres o figuras de autoridad entre otros.

Por otra parte, las manifestaciones de violencia intrafamiliar se asocian a las dificultades por las cuales pasan las familias, como es no suplir sus necesidades básicas debido a las limitaciones económicas que, sumadas a un serie de eventos predisponentes, se convierten en el factor actual del maltrato, el cual no puede observarse como una relación directa causa efecto.

A nivel local, encontramos que la violencia intrafamiliar hacia las jóvenes entre los 10 a 26 años, ocupa el sexto lugar en el distrito respecto de las otras localidades, con 430 casos. Lo anterior está definido en buena parte por las características culturales de la localidad en donde prima el machismo y la naturalización de las violencias como parte de la dinámica familiar.

En el territorio uno de GSI se identificaron 381 casos de violencia, entre las cuales, la de tipo emocional representa la tercera parte de los casos (30,7%) y fue la de mayor afectación en los jóvenes del territorio (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Distribución de casos de violencia en jóvenes del territorio social Rincón, Localidad de Suba, 2009.



Fuente: Bases de datos Sivim 2009, Hospital de Suba E.S.E

En cuanto al género prevalente, sigue siendo el femenino quien en todos los tipos de violencia muestra ser la víctima más frecuente; sin embargo es importante tener en cuenta que en la violencia física, sexual y emocional es donde se muestra la mayor diferencia en cuanto al género de la víctima, duplicando a los hombres en cifras de notificación. Esto se debe a la reproducción de patrones culturales, que se refleja en la perpetuación de éstas formas de violencia, a través de la interiorización de que existe un sexo superior al otro, ya que la acción violenta es una de las manifestaciones del ejercicio del poder más fuerte, es la manera como circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos considerados más débiles: históricamente las mujeres, los niños y las niñas. Es importante mencionar, además que la violencia que más se registra y/o denuncia es la que sucede al interior de los hogares, en el ámbito privado, por ser la más común, pero no quiere

decir que esta situación no se reproduzca en otros espacios a saber, en el ámbito público: calles, parque, entre otros.

Por ello es importante resaltar que los jóvenes se encuentran entre las mayores víctimas de la violencia intrafamiliar, maltrato y violencia sexual, con un 33% de los casos reportados en el año 2009 por el subsistema de información – Sivim; esto, aunado a las condiciones económicas, ausencia de redes de apoyo primarias, consumo de sustancias psicoactivas, falta de mecanismos de protección social, familiar y herramientas establecidas por los miembros de la familia en la resolución pacífica de conflictos, hacen que los y las jóvenes hagan resistencia a las normas aplicadas desde la institucionalidad que a su vez, muchas veces con estrategias inquisitivas, imponen las normas sin entrar a ver las particularidades propias de esta etapa del ciclo vital.

Se encuentran además casos de jóvenes y adolescentes gestantes, muchas de ellas con reportes de abuso sexual, vulneración de los derechos, al igual que falsas creencias de los padres y madres en pensar que el abuso sexual solo contempla acceso carnal, poniendo en duda los casos de tocamientos y actos abusivos e inclusive no prestando atención o calificando como juegos sexuales inapropiados, casos de niñas cuyos agresores también son niños. La violencia que históricamente se ha ejercido contra las mujeres y que en este ciclo vital es más fuerte respecto al abuso sexual, pasa por el énfasis en la construcción de estereotipos de belleza femeninos en el marco de una cultura sexista que ubica a la mujer como un objeto de deseo, incapaz para construir identidad con su cuerpo más allá de la mediación o valoración que los varones hacen del mismo.

Se observa que las asignaciones inequitativas de género son asumidas por las mujeres desde que son niñas y jóvenes; roles tales como las labores propias del hogar, el cuidado de otros/as, una maternidad magnificada y en algunos casos, el abandono de la escuela por asumir roles domésticos. Según datos del sistema informático perinatal, para el año 2009 se reportaron en la localidad 1.666 embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, cuyo comportamiento en los últimos 3 años ha sido ascendente, siendo así que, para el 2008 la tasa de nacidos vivos de madres adolescentes entre los 15 a 19 años fue de 51 por cada 1.000 nacidos vivos. Como puede observarse hay un alto índice de casos en jóvenes, aspecto que si bien es cierto corresponde a un fenómeno social multicausal, puede estar relacionado con la naturalización y enaltecimiento del rol materno, que otorga a su vez un status de adultez. Los modelos de roles que niñas y adolescentes asumen, la asignación de placer al cuerpo de las mujeres, la responsabilidad exclusiva de la planificación familiar, pero a su vez el juzgamiento del que son objeto por la exigencia del preservativo, pues pocas veces se hace énfasis en el rol que deben cumplir los jóvenes en la decisión de tener o no hijos e hijas y en especial, frente a la responsabilidad con el cuidado de su salud sexual, pues el énfasis además está dado en la salud reproductiva más que pensar en el ejercicio sano de la sexualidad.

Uno de los mayores eventos de salud mental que afecta a las y los adultos está relacionado con la violencia, especialmente la violencia intrafamiliar, vista desde sus diferentes manifestaciones. Violencia generada por proyectos de vida no definidos, interiorización y concepción cultural de mecanismos de resolución de conflictos por medio de la violencia, bajos niveles de educación, consumo de Sustancias Psico Activa - SPA (bazuco, alcohol, etc.), situación económica difícil, historia de vida de violencia y maltrato.

La violencia hacia los adultos también es una problemática sentida en el territorio social del Rincón; según fuentes del Sistema de Vigilancia para la Violencia y el Maltrato Infantil (Sivim), durante el 2009, en el Territorio Uno de GSI la violencia en los adultos represento el 12,3% del total de eventos en salud mental, predominando la violencia emocional, con 58 reportes, de los cuales, el 97% corresponde a las mujeres; la violencia física con 52 reportes, de los cuales 51 fueron en mujeres y la violencia sexual con 5 reportes, de los cuales cuatro fueron en mujeres.

El género femenino es el más predominante dentro de las víctimas frecuentes de violencia intrafamiliar con un 62% y el 38% en el masculino; sin embargo es importante tener en cuenta que en la violencia física y emocional es donde se muestra la mayor diferencia en cuanto al género de la víctima, superando ampliamente el número de casos en mujeres con relación a los hombres en cifras de notificación. Se hace evidente su situación de vulnerabilidad y la necesidad de fortalecer factores protectores en este grupo poblacional.

Esto se debe a la reproducción de patrones culturales, que se refleja en la perpetuación de éstas formas de violencia, a través de la interiorización de que existe un sexo superior al otro, ya que la acción violenta es una de las manifestaciones del ejercicio del poder más fuerte, es la manera como circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos considerados más débiles: históricamente las mujeres, los niños y las niñas.

Es importante mencionar, además que la violencia que más se registra o denuncia es la que sucede al interior de los hogares, por ser la más común, pero no quiere decir que esta situación no se reproduzca en otros espacios de vida cotidiana. Así mismo, la violencia que históricamente se ha ejercido contra las mujeres y en especial respecto al abuso sexual, pasa por el énfasis en la construcción de estereotipos de belleza femeninos en el marco de una cultura sexista que ubica a la mujer como un objeto de deseo, incapaz para construir identidad con su cuerpo más allá de la mediación o valoración que los varones hacen del mismo.

Una de las problemáticas que más afecta a la población femenina, es la salud mental, debido a que son víctimas de diferentes clases de violencia principalmente a nivel intrafamiliar, sin embargo esta situación no es visibilizada y se desconoce una mirada diferencial, pues obviamente en ese contexto de hogar se presentan diversos tipos de violencia a los cuales hay que hacerles un análisis minucioso y así determinar cómo se ven afectadas las mujeres en este contexto; es de resaltar que este tipo de violencias no es exclusivo del espacio domestico, sino que se presenta en los diferentes ámbitos en donde se desenvuelve e interactúan las mujeres.

Entre las principales causas relacionadas con los frecuentes actos de violencia hacia las mujeres, se encuentra baja autoestima, familias reconstituidas (padrastrós, madrastras), patrones culturales (machismo), relaciones conyugales conflictivas, además de la dependencia económica y emocional que viven muchas de las mujeres en este territorio.

La juventud se convierte en una etapa en la cual los y las jóvenes adquieren identidades de género y en la que se construyen discursos sociales, imágenes y estereotipos femeninos y masculinos; de esta manera, es relevante la construcción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, la cual está condicionada al sexo y la construcción de género en la juventud. La naturalización de la reproducción de las mujeres adolescentes atribuida a la maternidad ha dejado a un lado la salud sexual y la ha reemplazado por la procreación. Su consecuencia se expresa en las limitadas posibilidades de las mujeres para poder gozar de una sexualidad, independiente de las consecuencias procreativas.

En la misma vía, se encuentra la violencia ejercida contra la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgénero), el ejercicio de la violencia en sus diferentes manifestaciones se extienden del ámbito privado al público, ejerciéndose incluso en la calle, especialmente en sociedades patriarcales como la nuestra, en donde no tienen cabida las orientaciones sexuales diversas y no hetero normativas, llegando a presentarse manifestaciones que violan gravemente los derechos humanos de las personas de estos sectores, incluso asesinatos y crímenes de odio, evidenciando alto grado de homofobia.

Existe una proporción muy alta de personas en el universo LGBT de Bogotá que a lo largo de sus vidas han sufrido alguna discriminación o agresión a causa de su identidad sexual. Aproximadamente ocurre en razón de 8 de cada 10 personas, las que han sufrido algún tipo de discriminación y 7 de 10, las que han sido víctimas de algún tipo de agresión.

Al abordar el tema de las orientaciones sexuales y las identidades de género diversas de las y los adultos que hace parte de este grupo poblacional, se encuentra que la principal barrera para el abordaje del tema por parte de las personas que no pertenecen a la comunidad LGBT, es precisamente la falta de información que históricamente se ha tejido frente a este grupo, lo que ha llevado a las personas pertenecientes a esta comunidad a ocultar de su círculo social cercano, su identidad de género y/o su orientación sexual, debido a que temen ser víctimas de discriminación por parte de la sociedad y de exclusión familiar, lo que históricamente ha determinado a estas personas (en muchos casos) a vivir en condiciones difíciles, con problemas socio – económicos que perjudican su desarrollo personal autónomo. Esta situación se ve reflejada especialmente en el acceso a empleos en condiciones de igualdad, equidad y dignidad. Los empleos a los que son relegados/as por los altos grados de exclusión en la sociedad, están relacionados principalmente a las peluquerías y al ejercicio de la prostitución, lo cual lleva a estigmatizarlos/as en razón de su ejercicio laboral; no obstante es importante aclarar que no todas las personas LGBT se desempeñan en estos trabajos, lo que ocurre es que la mayoría de la población no se encuentra visibilizada.

Así mismo a esta situación se suma el hecho de que las personas de los sectores LGBT, no están muy interesadas en visibilizarse, teniendo en cuenta que son altamente vulnerables a sufrir diferentes formas de violencia y discriminación, especialmente los hombres y mujeres transgénero y de éstas, aquellos/as que se encuentran en ejercicio de prostitución, por ser las que más evidencian el choque con los patrones culturales tradicionales. Las personas Trans son especialmente vulnerables a la discriminación y a la agresión. Entre las personas consultadas en Bogotá, el 83.2% afirma haber sufrido discriminación y el 77.9% relata algún tipo de agresión, superando en ambos casos la proporción para el total de la muestra.

Las condiciones de estos sectores hacen que la mayoría de las familias vivan con menos de un salario mínimo mensual, en hacinamiento y con pocas posibilidades de mejorar su situación de vida; hay un índice muy alto de desempleo o subempleo. Todos estos factores aportan a que las familias permanezcan continuamente con sentimientos de ansiedad, frustración, bajos niveles de tolerancia ante los comportamientos de los niños y mal manejo de la comunicación, entre otras características de la zona. Para el caso de la localidad de Suba, se ha identificado hacinamiento crítico en 3.882 hogares, que representan el 1,3% y necesidades básicas insatisfechas en 8.141 hogares que representan 2,8%.

Se puede observar además, que los mayores patrones de violencia se registran en población con menor grado de escolaridad; no obstante la violencia es un fenómeno que ocurre en todos los estratos y en todos los niveles educativos, lo que difiere son las formas de violencia, en las personas de estratos altos prima la violencia psicológica o emocional, también existe un menor grado de denuncia por el temor al señalamiento social.

Muchos de estos casos son determinados por tipos de familias monoparentales donde generalmente la madre tiene la responsabilidad del cuidado y crianza de los niños al igual que asume el rol de proveedor económico, por lo cual delega responsabilidades a terceras personas por salir a trabajar para cubrir las necesidades del hogar.

Esta situación afecta en la mayoría de los casos a las mujeres en condición de desplazamiento, pues son ellas quienes generalmente migran a las ciudades por causa del conflicto armado y allí se ven enfrentadas al riesgo de violencia o abuso sexual y riesgo por explotación en el ejercicio de labores domésticas; estas condiciones marcan de manera significativa la vida de las mujeres, especialmente en su salud mental. En suma, el desplazamiento forzado coloca a la mujer en una situación con exigencias nuevas del entorno y de roles familiares que inciden negativamente sobre su salud y acceso a la atención. Entre los principales problemas de salud se destacan las alteraciones de la salud mental y entre ellos, los cambios en su estado de ánimo, alteraciones del sueño, tristeza

y/o depresión ante la pérdida de seres queridos, cambios actitudinales por sentimientos de odio, escasa tolerancia ante las nuevas situaciones que deben afrontar.

Además, al ser las que principalmente migran a las grandes ciudades, se convierten en madres cabezas de familia en muchos casos y asumen el rol de proveedoras económicas, así lleguen al lugar receptor con sus parejas o no, pues son ellas quienes logran emplearse más fácilmente (en labores domésticas principalmente), lo cual conlleva a un cambio en los roles familiares, que pueden en algunos casos ocasionar o aumentar la violencia al interior del hogar.

Así mismo, la proporción de niños y niñas afrocolombianos que está por debajo de la línea de pobreza local es significativamente mayor que la de los niños y niñas de otras etnias; de acuerdo con el Índice Global de Calidad de Vida elaborado por la transversalidad de etnias en el 2008, cerca del 90% de la población afro esta por debajo de la línea de pobreza; esta situación incrementa el riesgo de presentar enfermedades prevalentes de la infancia, problemas de saneamiento básico en las viviendas; sumado a esto, cerca de la mitad de las madres de los afrodescendientes no tienen empleo (46%) lo cual influye en la capacidad de generar recursos y a su vez repercute en la calidad de vida de los menores.

Desde la transversalidad de desplazados se ha encontrado que la población desplazada se ha visto forzada a migrar dentro del país, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas debido a situaciones como el conflicto armado y violencia a todo nivel.

Uno de los principales problemas en la atención a esta población, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente al deterioro de las condiciones de vida y de la salud de quienes lo padecen. Se observa el compromiso de la salud mental y de la estabilidad psicosocial, los problemas de alimentación y en menor proporción las afecciones gastrointestinales y respiratorias entre los problemas de salud referidos por grupos de informantes. La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como problema adicional.

El embarazo en adolescentes es otra situación que afecta a las mujeres de esta etapa del ciclo vital. Según las atenciones prestadas en el hospital de Suba en el 2009, la mayor población joven gestante se encuentra entre los 19 y 22 años de edad; se ha encontrado en las lecturas de realidades, que el embarazo en adolescentes hace parte del proyecto de vida de las mujeres jóvenes, debido a que esta condición es aceptada en las dimensiones familiares y escolares y en muchos casos tienen privilegios que no tienen otras mujeres jóvenes como es el acceso a programas de apoyo alimentario.

Por otra parte, la discriminación afecta el derecho a la justicia en la etapa de infancia y la adolescencia, pues los niños y adolescentes aprenden a discriminar como forma de relacionarse con el otro. La discriminación es generada por personas que se encuentran en la etapa adulta y en la etapa de vejez, dando tratos injustos a niños y jóvenes que no cumplen con lo esperado por estas poblaciones, lo que también puede darse entre los niños y jóvenes hacia las personas que se encuentran en las etapas de adultez y vejez⁸.

La discriminación también afecta el derecho a la justicia de la población afro colombiana y población desplazada pues la discriminación puede afectar las oportunidades educativas, laborales, sociales, económicas para estos grupos poblacionales.

3.1.5.3. Núcleo 3

Barreras de acceso administrativas, geográficas, físicas y económicas a los servicios de salud de la población del territorio social Rincón, que repercuten en la atención oportuna de las enfermedades.

La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como otro problema para las y los adultos, especialmente para aquellos que se encuentran en condiciones de fragilidad social (población étnica, desplazada, con discapacidad). Una de las dimensiones en las cuales se observan mayores desigualdades es en el acceso a servicios, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa, o incluso no inicia, debido a barreras en la oferta.

Se presentan barreras para la población de tipo administrativo y económico, debido a que las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados, establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, las cuotas moderadoras se convierten en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres; las inconsistencias, trámites y comprobadores de derechos, de las cuales en muchas ocasiones las Empresas Sociales del Estado y la población se ven impotentes para solucionar; es decir, a nivel normativo se evidencia el cumplimiento pleno para hacer validos los derechos, pero al confrontarlo con la realidad las dificultades son visibles no por la atención médica sino por los trámites administrativos, por el desconocimiento de derechos, deberes, apropiación y exigibilidad de los mismos por parte de la población, la multi afiliación, la demora en los tiempos de actualización de las bases de datos, desinterés por la consulta preventiva, automedicación y carencia de recursos para el traslado a las diferentes IPS.

A nivel geográfico se presentan barreras relacionadas con problemas de desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención. Esta situación se presenta en los barrios ubicados en la parte alta del territorio como son Ciudad Hunza, Taberin y Aguadita, problemas de conectividad debido al bajo nivel de construcción de la malla vial secundaria, local y procesos de urbanización incompleta; problemas relacionados con los retrasos a nivel de mantenimiento, rehabilitación y construcción de la infraestructura vial; así mismo, el transporte urbano no ofrece las mejores posibilidades de acceso especialmente para la personas en condición de discapacidad; actualmente no existen rutas que lleguen a los barrios de las laderas de la zona de Rincón, lo cual dificulta el acceso al único centro de salud, ubicado en la aguadita.

Por otro lado, el desconocimiento por parte de los funcionarios, de la legislación especial para la atención de población étnica y desplazada y la falta de un enfoque diferencial de atención para esta población que responda a la diversidad, particularidad y características culturales, sociales, étnicas, ciclo vital y género, no posibilitan el acceso, la disponibilidad, la exigibilidad y la oportunidad para el goce efectivo de los servicios de salud como un derecho inalienable de la población.

La falta de claridad en la reglamentación, ya que la Ley 691 de 2007, que refiere a la atención en salud de los grupos étnicos, no especifica la forma de vinculación a la atención en salud de todas las comunidades y se desconocen las realidades de las comunidades en contextos tanto urbanos como rurales.

Pese a que un alto porcentaje de la población indígena urbana está en el régimen subsidiado, existe un desconocimiento institucional sobre la reglamentación especial para grupos indígenas, invalidando los procesos propios de identificación, su denominación como población especial y el derecho de ley a que las EPS subsidiadas implementen planes diferenciales a partir de la cosmovisión de cada pueblo al que le brinda los servicios. Se invalida el reconocimiento legal y la potestad que tienen las y los gobernadores de los cabildos para la certificación de la pertenencia de un particular a su colectivo indígena. Esto redundo en que todas las personas en estado de transitoriedad de régimen se encuentren desprotegidos y el único acceso de salud permitido sea el de urgencias.

Por otro lado, la carencia de apoyo a las iniciativas de medicina tradicional de estas comunidades, la desvalorización de los saberes propios y ancestrales de las comunidades indígenas por parte del discurso médico occidental y los procesos de rescate y fortalecimiento de las medicinas ancestrales no encuentran vías de desarrollo pleno en el ámbito, por la falta de apoyo económico que facilite la implementación de todas las iniciativas propuestas por la comunidad. Adicionalmente, la medicina occidental no valora los conocimientos ancestrales y genera dificultades en la articulación entre ambos saberes.

Ante estas situaciones, la población se ve avocada a tramitar derechos de petición dirigidos a las instituciones en donde presuntamente se les desconoce o se les vulnera sus derechos, con el fin de buscar la protección y/o la reparación de los mismos y de esta forma poder acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, existen barreras de tipo personal, especialmente en lo que respecta a todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de las y los adultos; existen muchos imaginarios sociales frente al tema, que hacen que la población no asista a los servicios en los centros de atención de la ESE y por tanto que desconozcan los derechos y deberes en SSR y las diferentes acciones de promoción y prevención que se adelantan desde el sector.

Por un lado, existe desconocimiento de cómo acceder a los métodos de regulación de la fecundidad, las personas no conocen los métodos que oferta la ESE y que están dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), existen todavía usuarios que confían en los métodos naturales y no se acercan a los centros de salud para recibir consejería en planificación y poder escoger un método de acuerdo con sus necesidades.

Así mismo, la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es otro factor preponderante en la población adulta, debido en muchos casos al no uso del condón, el desconocimiento de factores de riesgo y consecuencias de contraer ITS, así como el ejercicio de conductas sexuales de riesgo. Según datos del sistema de vigilancia epidemiológica de la localidad, durante el 2008 al caracterizar los casos por género se encontró que en el año 2008 el 84% (n= 142) corresponde al género masculino y el 16% (n= 27) al género femenino, observando una relación de hombre mujer 5:1. Al realizar la Referenciación geográfica de los casos de VIH-SIDA en el mismo periodo en Suba Centro se encontraron 16 casos en adultos, es decir, la población económicamente activa, por lo que es importante fomentar las acciones del programa de salud sexual y reproductiva y planificación familiar y fomentar autoestima y auto cuidado.

La no adherencia de tratamiento en algunos usuarios, facilita la prevalencia de ITS, VIH, Sífilis, especialmente en los casos de violencia sexual que no son atendidos oportunamente. Estas situaciones se presentan por el poco acceso a los servicios de salud por parte de la población para recibir atención y asesoría oportuna lo cual facilita la transmisión del virus, así como por el desconocimiento de factores de riesgo que originan la patología. Por otro lado, el cambio de lugar de residencia de varios usuarios no permite un seguimiento y control de sus enfermedades, debido a que en algunos casos, por el temor que su patología, sea identificada por el grupo familiar (VIH), lo cual a su vez genera que la mayoría no inicien o continúen con el tratamiento necesario.

Esta problemática no excluye a la población adulta que hace parte de los sectores LGBT; existe un desconocimiento profundo de las prácticas sexuales de esta población por parte de los funcionarios/as de las instituciones de salud, que hacen que la atención sea basada en supuestos, lo que termina vulnerando sus derechos y discriminándolos por su orientación sexual y/o identidad de género; por ejemplo al interior de la ESE, al realizar una indagación, no se cuenta con espéculos virginales en la realización de citologías y en caso de que una mujer lesbiana lo solicite no se podrá brindar la atención adecuada y pertinente, pues no se consideran necesidades particulares en razón del ejercicio de la sexualidad.

Los prejuicios, valores, costumbres y posiciones que tienen los funcionarios/as en el momento de la consulta, se convierten en barreras de acceso para una atención integral, encontrándose en muchas ocasiones, justificaciones a este tipo de comportamientos soportadas en temores, desconocimiento y prejuicios. Por la misma falta de información y conocimiento, cada profesional se basa en sus propias ideas para caracterizar a su paciente, partiendo de situaciones visibles como el modo de vestir, hablar o caminar, originando de esta manera, un diagnóstico y/o tratamiento que en últimas, a lo que da respuesta es al imaginario del profesional.

De otra parte, no se incluye información respecto a prácticas sexuales de población con una identidad de género o una orientación sexual diversa, dentro de los programas de promoción y prevención de Salud Sexual y Reproductiva, lo que ha permitido que circulen entre las personas de los sectores LGBT una gran cantidad de mitos identificados en grupos focales del territorio, tales como el uso doble del condón para mayor protección, o peor aún, la opción de no usarlo por sus costos inaccesibles o por el desconocimiento frente a beneficios que se tienen, o la asunción de que las mujeres lesbianas al no tener penetración no estarían en riesgo de contraer ITS. Esto ha generado un mayor grado de vulnerabilidad de la población LGBT de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida.

De la misma manera, se ha encontrado un alto grado de asociación entre las palabras VIH/Sida y homosexualidad, usadas como sinónimos por la mayoría de los funcionarios/as del sector salud y de la población en general, reflejando la estigmatización del contagio principalmente en las relaciones hombres con hombres. No obstante, se conoce que en efecto, existe un alto nivel de VIH positivo en hombres que practican sexo con hombres, pero la relación exclusiva de estas personas con la enfermedad sesga la atención que se les brinda, en tanto no se les reconoce como seres humanos íntegros en la salud; igualmente la incidencia es alta en hombres y mujeres heterosexuales, con especial auge de mujeres con pareja estable. En Bogotá, en el año 2007 se notificaron 1228 casos de VIH/SIDA, de los cuales el 10.9% pertenecen a otros departamentos, seguido de la localidad de Suba con el 10.5% y del porcentaje total el 19,4% corresponde a mujeres y 80,6% a hombres, de acuerdo con el boletín epidemiológico del año 2008.

Por otro lado, se evidencian problemáticas como el cáncer de seno, de cuello uterino y las ITS que afectan considerablemente la salud de las mujeres adultas y que aumentan por el poco autocuidado de las mujeres en la realización de citologías y auto examen, pues el cuidado históricamente es para otros y otras, primando además, el desconocimiento del propio cuerpo y toda la carga moral que sobreviene a éste, pues culturalmente su finalidad es en relación con el otro/a (placer, reproducción, etc.) y que impide a las mujeres el acceso a él, incluso para realizarse exámenes como la citología o el auto examen de seno que pueden salvarles la vida. Anualmente en Bogotá mueren en promedio 440 mujeres por cáncer de seno, es la primera causa de muertes en mujeres de 45 a 59 años y la tercera en mujeres de 15 a 44 años.

El cáncer del cuello uterino es la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres en Colombia. Una de cada 25 mujeres desarrollara cáncer de cuello uterino durante su vida en Colombia. Se estima que alrededor de 2.300 mujeres morirán de esta enfermedad.

Por tal razón entre las medidas de control para disminuir la incidencia de este evento el hospital de Suba mantiene entre sus intervenciones la toma de citología a las mujeres entre los 10 y 89 años siendo así que, para el año 2009 se tomaron 18.167 citologías a mujeres adultas entre los 25 y 59 años; en este grupo poblacional se identificó que el 45% (1.451) de las citologías fueron positivas con diagnóstico de anomalías en células escamosas y las atipias de células escamosas representaron el 60%, seguidas de las lesiones escamosas intra-epitelial de BAJO Grado (cambios por Virus del Papiloma Humano) en 33%.

Una de las formas de prevenir el cáncer del cuello uterino es hacerse regularmente la citología; de allí la importancia de sensibilizar y fortalecer las acciones de demanda inducida con la comunidad para que las usuarias acudan a los diferentes puntos de atención de la ESE, para la toma de la

citología y para reclamar el resultado. Esta prueba puede detectar las infecciones por VPH y los pre cánceres. El tratamiento de estos problemas puede detener el cáncer del cuello uterino antes de que se convierta completamente en cáncer invasivo.

Otro aspecto a resaltar en la población femenina se relaciona con el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, pues aunque media una Sentencia de la Corte Constitucional C -355 de 2006, en la que se establece la despenalización parcial del aborto cuando se presenten tres causales específicas (riesgo de la vida o salud de la mujer, incompatibilidad con la vida del feto y abuso sexual), es muy difícil la obtención de cifras, tanto a nivel distrital como a nivel local, encontrándose que para el caso de Suba, desde la implementación de la Sentencia, en el hospital sólo se han realizado nueve, número muy bajo en relación con las cifras de abuso sexual y de casos en los que la salud de la madre o del feto se encuentren seriamente comprometidos. Esto se debe en parte al gran desconocimiento de la norma por parte de las mujeres como un derecho que tienen y que pueden exigir y también porque las condiciones de acceso al servicio están mediadas por las interpretaciones personales de los servidores y servidoras públicas y sus juicios morales. Este es un tema que debe ser considerado un asunto de salud pública en la medida que las mujeres por las barreras de acceso al interior del sistema deben realizarse prácticas abortivas inseguras, que en muchos casos concluyen en la muerte.

Entre los principales factores que facilitan que la población no acceda o no pueda acceder a los servicios de salud, especialmente a los relacionados con su SSR, están las concepciones culturales y tabúes de la población frente al tema, así como situaciones de violencia al interior de las familias, lo que genera que se presenten problemas de baja autoestima, especialmente en la mujeres, lo que no permite que se acerquen a recibir atención en salud preventiva; por otro lado, el machismo de muchos hombres no permite que sus parejas tomen decisiones frente a su propia salud u otros incluso delegan esta responsabilidad en ellas.

En otros casos como se mencionó anteriormente, las mujeres son jefes de hogar, por tanto se ven en la obligación de buscar el sustento económico de sus familias, lo que genera que no tengan el tiempo y los recursos suficientes para poder acceder a los servicios preventivos frente a su salud. La falta de educación en SSR es deficiente para este grupo poblacional, por tanto desconocen las consecuencias de no recibir una atención médica preventiva y oportuna. Así mismo, la falta de comunicación dentro del núcleo familiar dificulta el direccionamiento de conductas de autocuidado y autoestima.

Por otro lado, la falta de información con respecto a la remisión de pacientes y la falta de asesoría médica y psicológica, así como el poco impacto de las políticas y estrategias establecidas para este grupo poblacional, genera escepticismo y en ocasiones rechazo de la población a acceder a los servicios.

Estos factores estructurales como la pobreza, el desempleo, la violencia, la desigualdad, la inequidad van en detrimento del desarrollo humano de las y los adultos. En muchos casos sus proyectos de vida se ven inconclusos y desplazados por las necesidades de otros; éstas condiciones van afectando el desarrollo físico y psicológico de la población adulta. Los inadecuados hábitos de vida en la población adulta, generados por condiciones socioeconómicas y culturales los obligan a aplazar sus propias necesidades.

3.1.5.4. Núcleo 4

Espacios no seguros en el territorio social Rincón que afectan a la comunidad en general, debido a altos niveles de inseguridad relacionados con el consumo de SPA, venta de Estupefacientes, presencia de pandillas, lo cual genera fenómenos como la delincuencia.

La Problemática de inseguridad afecta el derecho a la justicia de la etapa de infancia y la adolescencia, pues los niños y jóvenes crecen y se desarrollan en ambientes donde están expuestos al maltrato y la violencia, sin que desde el sistema de justicia se pueda prevenir ni controlar el trato injusto; por tanto a tempranas edades se pierde la confianza en lo que se denomina sistema de justicia, propiciándose el “hacer justicia por las propias manos” como forma de resolver conflictos.

Por consiguiente la inseguridad perturba el derecho a la justicia, a las personas adultas, pues cuando son víctimas de la inseguridad el sistema de justicia no puede dar respuesta ágil y efectiva. De acuerdo con información generada por la mesa territorial de Rincón, ésta problemática afecta la etapa de vejez, pues entendida la justicia como equidad, las personas pertenecientes a esta etapa se encuentran desprotegidas por los presupuestos y programas destinados para ellos, afectándose así su integridad y su sentimiento de seguridad; la población afrocolombiana también es susceptible a esta problemática, pues éstas poblaciones están expuestas a tratos inequitativos, provenientes de ambientes inseguros, sin que la justicia tenga un trato diferencial ante la situación de vulnerabilidad; al igual la población con discapacidad presenta vulnerabilidad ante situaciones inseguras, pues ésta población requiere de condiciones de seguridad específicas, que al no darse, se encuentran más expuestas a situaciones injustas que atentan incluso contra su vida.

La presencia de pandillas, según la mesa territorial de Rincón, evidencia que se está incrementando en toda la localidad de Suba y el territorio de Rincón no es la excepción; muchos de sus integrantes se encuentran vinculados (as) a las instituciones educativas públicas y privadas, desarrollando acciones delictivas y de violencia en los espacios educativos. La población adulta que opta por el camino delincencial tiene sus redes operando en las calles de los barrios, al frente de los colegios y en centros comerciales; la principal actividad es el hurto y expendio de drogas, al igual que las pandillas. Los dos aspectos anteriores afectan a todos los grupos sociales, porque cualquier persona puede ser víctima y ha sido víctima de estas personas que no sienten temor para cometer estos actos.

De acuerdo con las narrativas del territorio Rincón, “la inseguridad del territorio cada día, cada noche se hace más difícil, en la localidad; como tal no hay una política adicional fuera de la gubernamental y aunque este Gobierno recalca y recalca en la política de Seguridad es evidente que esto es un espejismo en el ámbito comunitario y se puede decir, aunque no nos consta, en estas redes delincuenciales están vinculadas las personas que deben brindar seguridad, como la Policía y el Ejército, generando aún más una desprotección, inseguridad individual, colectiva que afecta a todos los grupos poblacionales y en todas las etapas, porque ante un atraco no vale que una mujer esté en embarazo o que la persona tenga algún tipo de discapacidad”⁹.

De acuerdo con información recopilada desde la mesa territorial de Rincón, los residentes del barrio Amberes, han informado que “se han cometido hurtos, violaciones, venta de SPA, específicamente en la parte posterior al Salón Comunal”, situaciones que no son denunciadas por temor, ignorancia o tramitología excesiva.

Con respecto a la señalización, el problema principal consiste en que no hay semáforos en la carrera 91 ni en la carrera 93, lo cual aumenta la posibilidad de accidentes; preocupa además que en las escuelas y colegios no existe una señalización escolar ni reductores de velocidad, dando como consecuencia la exposición de los estudiantes a un peligro inminente. La malla vial se encuentra deteriorada por el tráfico pesado de vehículos de transporte público, específicamente en sectores como Rincón, Escuela, Aures, Costa Rica, San Cayetano y todos los barrios contiguos a las vías principales (KR. 91, KR. 93 y avenida Aures); uno de los líderes comunitario comentó que “debido a la entrada del Transmilenio, los buses entraron en las cuadras de los barrios, deteriorando todas las vías pavimentadas”. De otra parte, los residentes de la parte de los cerros manifiestan que no hay rutas de servicio público que lleguen hasta los barrios de la loma. Así mismo, existe invasión al espacio público en el sector de Rincón Escuela. Teniendo en cuenta que los andenes son muy estrechos, los jóvenes estudiantes y la comunidad en general se ven obligados a caminar por la calle, junto al tránsito de buses. También señala que esta invasión implica que se preste para atracos en el sector.

Entre las problemáticas más sentidas para la población en general, según reporte de la mesa territorial de Rincón está el consumo de sustancias psicoactivas; el 80 % de los casos reportados corresponde al territorio Rincón.

3.1.5.5. Núcleo 5

Condiciones ambientales inadecuadas por presencia de residuos sólidos en las vías y alrededores del río Bogotá y humedal Juan Amarillo y en la población general del territorio uno - Rincón de GSI, lo que ocasiona deterioro en la salud y baja calidad de vida en los habitantes del territorio.

La Afectación al ambiente trae consecuencias para la vida y salud de los habitantes del territorio social Rincón; de acuerdo con información de la agenda ambiental e intervenciones desde la ESE, se han evidenciado problemas relacionados con condiciones ambientales como son: inundaciones, hacinamiento, condiciones de vivienda precaria, especialmente en los barrios de los estratos uno y dos, por deslizamientos; acumulo de escombros sobre lotes, rondas de los humedales y vías públicas; contaminación de los alimentos por presencia de vectores y malos olores por cercanía al humedal Juan Amarillo; mal manejo de los desechos de las fabricas y de material prefabricado; colectores de aguas negras en mal estado; contaminación auditiva debido a los elevados niveles de ruido en las áreas comerciales (Calle 93); contaminación del aire debido a la permanente exposición a gases provenientes de los vehículos; polvo en las calles destapadas y excretas en las vías públicas por proliferación de perros callejeros. Aunque la condición ambiental afecta a la población general, algunos grupos poblacionales se encuentran más susceptibles como son los niños, niñas y personas mayores, quienes en algunos casos presentan enfermedades respiratorias crónicas, las cuales se exacerban al estar en permanente contacto a factores ambientales no favorables.

En el año 2009 en el servicio de Pediatría de la ESE, se registraron 6.900 egresos hospitalarios y de estos, el 68% (4.690 casos) correspondieron a niños y niñas menores de 5 años; se hospitalizaron 4.690 niños menores de 5 años y el 74% (3.470 casos) por enfermedades prevalentes de la infancia. Las primeras causas de hospitalización en menores de 5 años fueron Bronquiolitis con 1.032 casos, lo que corresponde a 30,4%; seguido de síndrome bronco obstructivo con 683 casos, equivalente al 20,1%; neumonía con 15,94% (541 casos); diarrea persistente o crónica con 14,8% (503 casos); laringotraqueitis u obstrucción de la vía aérea alta, con el 8,08% (274 casos); fiebre de origen no especificado con 6,6% (224 casos) y Asma en 4% con 136 casos.

Se evidencia así que las primeras causas de hospitalizaciones son por enfermedades respiratorias; de los 3.470 casos hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia en niños y niñas menores de 5 años, el 73% (2.530 casos) se debieron a enfermedades respiratorias, observándose dos picos epidemiológicos en el año: uno en los meses de marzo a junio y el otro de septiembre a noviembre, con mayor afluencia de casos en el primero. En el año 2009 fueron atendidos 34.718 menores por el servicio de consulta externa pediátrica, de las cuales, 71% correspondió a población menor de 5 años con 24.784 casos; estos resultados se relacionan con las condiciones ambientales, las cuales inciden negativamente en la población infantil.

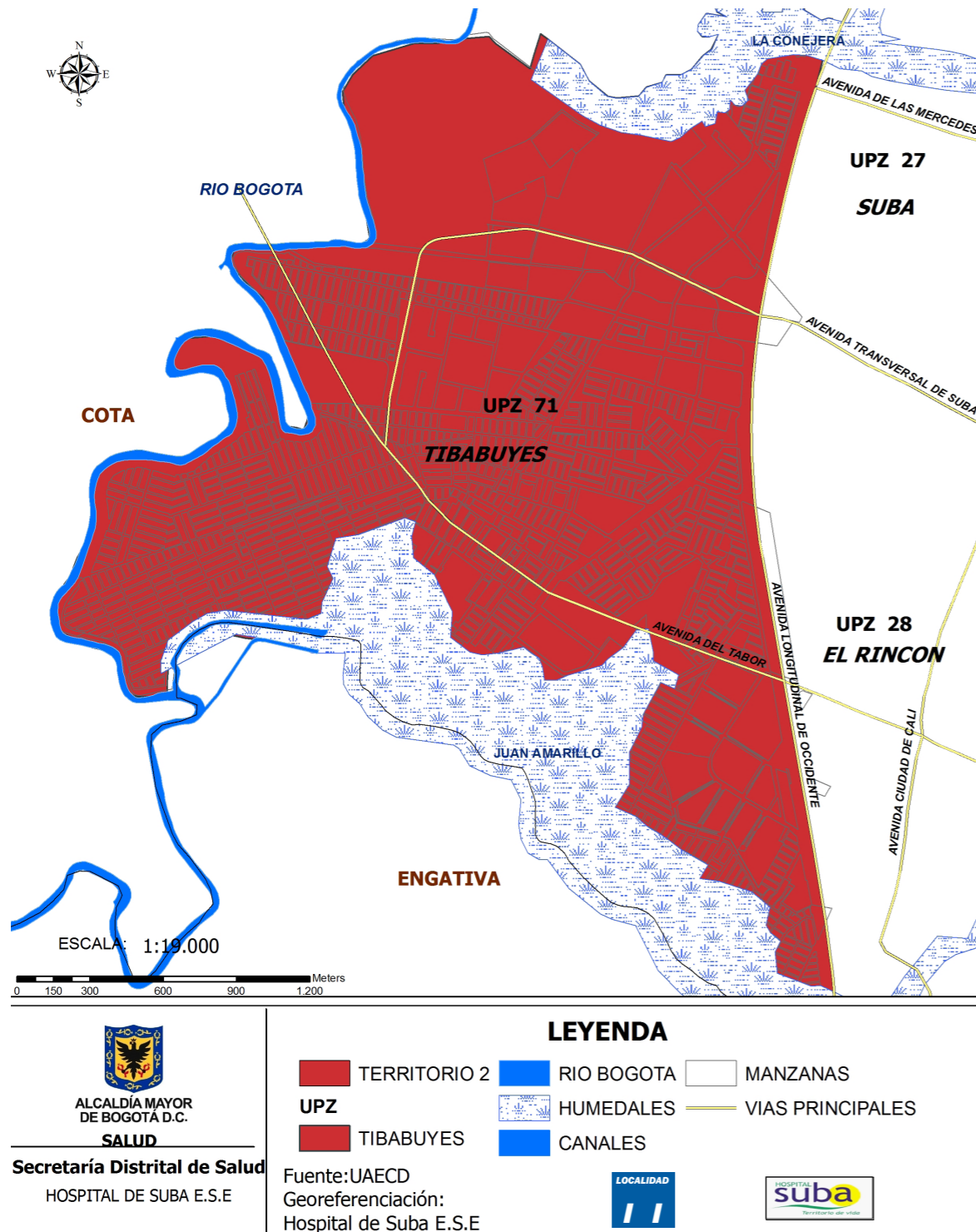
La contaminación visual se presenta principalmente en las áreas comerciales del territorio, de manera particular cerca de la plaza de mercado que funciona en el barrio Rincón, donde hay presencia de numerosas familias que requieren transitar por el sector, pero los estrechos andenes de la zona se encuentran invadidos de vendedores ambulantes.

3.2. Territorio Social Dos – UPZ Tibabuyes

El territorio dos de GSI esta conformado por la UPZ 71 – Tibabuyes. Se ubica en el extremo sur occidente de la localidad, junto al río Bogotá; tiene una extensión de 745,8 hectáreas, de las cuales 129 hectáreas corresponde a zonas sin desarrollar en suelo urbano y 78,9 hectáreas de suelo protegido localizado en suelo de expansión.

Esta UPZ limita por el norte con el humedal de La Conejera, por el oriente con la futura Avenida Longitudinal de Occidente (ALO), por el sur con el humedal Juan Amarillo y por el occidente con el río Bogotá (ver mapa 20).

Mapa 20. Territorio Social Dos - Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010

Tibabuyes está conformado por 34 barrios de estrato 2 y 3 entre los cuales se identifican: Atenas, Berlín, Bilbao Cañiza I, II y III, Ciudadela Nuevo Tibabuyes, Comuneros Norte, El Solar, El Cedro, Compartir, La Gaitana, La Isabela, Los Nogales de Tibabuyes, Lombardía I, II y III, Miramar, Nueva Tibabuyes, Nuevo Corinto Sector E, Prados de Santa Bárbara, Puertas del Sol I y II, Rincón de Boyacá, Villa María I y II, San Carlos de Suba, San Carlos de Tibabuyes, Santa Cecilia, Sabana de Tibabuyes, Tibabuyes Universal, Toscana, Verona, Villa Cindy, Villa de las Flores, Villa Gloria, Lisboa, Santa Rita, Santa Rita, San Pedro de Tibabuyes.

Estos barrios hacen parte de los territorios priorizados en la localidad debido al elevado riesgo de problemas sociales, económicos, ambientales y de salud.

La población total del territorio de Tibabuyes, acorde al censo DANE 2005 (Proyección 2009), es de 222 576 habitantes que corresponde al 21,9% del total de la población de la localidad de Suba (1.018 629) habitantes de acuerdo con el género el 48,5% son hombres y el 51,5% son mujeres (ver tabla 54).

Tabla 54. Distribución por grupos de edad y sexo, territorio social Rincón, localidad de Suba 2009.

Tibabuyes Etapa de ciclo vital	Grupo de edad	Hombres		Mujeres		total
		N°	%	N°	%	
Infancia	0 - 9 años	21.031	50,3	20.778	49,7	41.809
Juventud	10 - 24 años	31.407	50,3	31.080	49,7	62.487
Adulthood	25 - 59 años	50.206	47,4	55.615	52,6	105.821
Vejez	60 y más	5.283	42,4	7.176	57,6	12.459
	Total	107.927	48,5	114.649	51,5	222.576

Fuente: Proyección DANE 2009

El territorio de Tibabuyes ha sido uno de los históricamente priorizados en la localidad dadas las características medio ambientales, sociales, estructurales que lo caracterizan como uno de los más vulnerables. Este territorio cuenta con una gran oferta institucional; no obstante, el accionar de las diferentes entidades está desarticulado entre sí, como en muchos otros territorios de la localidad y en general de la ciudad. En este sentido, en el marco del artículo 6, del Plan de Desarrollo Distrital, el cual formaliza la estrategia de gobierno de la actual administración denominada Gestión Social Integral (GSI), se han adelantado diferentes acciones, que a su vez buscan generar un proceso de apropiación comunitaria y una interlocución efectiva entre Estado y ciudadanía, proponiendo respuestas integrales para condiciones estructurales.

En Tibabuyes se encuentra instalada parte de la oferta social del Estado, como son las instituciones de salud públicas: CAMI Gaitana, CAP Gaitana, CAP Lisboa, CAP San Carlos, CAP Escalabrín; además acciones en 26 micro territorios por la estrategia de Salud a Su Casa; educación (existen 14 Instituciones Educativas Distritales – IED) y bienestar, pero persisten altos niveles de inequidad y desigualdad, que demuestran la segmentación social y espacial que se observa en este territorio.

Para efectos de un acercamiento al Territorio Dos de GSI, se hace referencia a la información generada por la estrategia de Salud a su Casa – SASC, en la cual se incluyeron 26 barrios, es decir el 37% de los territorios intervenidos por SASC; estos fueron definidos con base en la priorización de la población más vulnerable y con la participación de los diferentes sectores e instituciones de la localidad. Ésta información es un punto de referencia para identificar el perfil de la situación de salud de la población que habita en el Territorio Dos.

Los micro territorios de Tibabuyes hacen parte del territorio Dos de GSI, caracterizado por el predominio de población de estratos 1 y 2, alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, servicios públicos y equipamientos, como: parques, centros educativos y recreativos, con asentamiento de recicladores. Existen procesos de invasión en la Ronda del Río Bogotá, significando áreas de amenaza alta y media de remoción en masa e inundación. Además estas áreas son utilizadas para desechar basuras y escombros, generando infestación de vectores. Esta situación genera debilitamiento en el tejido social, desencadenando violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas y suicidio entre otras; en el micro territorio existen varios expendios de drogas y de alcohol, lo que genera un aumento marcado de la inseguridad y de los problemas de drogadicción en los jóvenes. La zona del borde del humedal es la más insegura debido a la presencia de indigentes, expendio de drogas y delincuencia común.

Referente al Sistema de Saneamiento Básico, los barrios caracterizados cuentan con dotación básica de acueducto, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural, pero con deficiencia en el servicio de alcantarillado. Algunas viviendas son de materiales inadecuados, (desechos de cartón, latas, madera). Por otro lado cuenta con infraestructura de conducción de aguas residuales, sistema de recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos, vertimientos sólidos y líquidos a cuerpos de agua o suelo, pero no cuenta con infraestructura de drenaje de aguas lluvias lo que genera inundaciones en épocas de lluvia. El servicio público del cual más carece la población caracterizada de la zona de Tibabuyes es el gas natural.

Respecto a la malla vial, las vías de acceso se encuentran en regular estado (aproximadamente el 65% se encuentran pavimentadas); existen varias rutas de transporte público en el sector, sin embargo no es suficiente, dado que no llega al 100% de los barrios de la zona; esta problemática se presenta principalmente en los barrios Villa Cindy y San Pedro, donde muchos de sus habitantes deben desplazarse a pie; esta zona es reconocida por presencia de delincuencia común y escasa seguridad, lo que genera una amenaza permanente para los habitantes del sector, principalmente para las mujeres, los niños y las niñas.

De acuerdo con la caracterización realizada desde la estrategia de salud a su casa, se identificaron personas catalogadas en situación especial, siendo el 75% femenino y el 25% masculino.

Respecto a las condiciones crónicas, se encontró que 7% de las personas caracterizadas padecen de hipertensión y 3% de diabetes. Al mirar la adherencia a los programas se encontró que estas personas se encontraban sin tratamiento y fueron canalizadas al programa en su totalidad.

A continuación se hace referencia al análisis situacional de la población que pertenece al territorio dos de GSI por etapa de ciclo vital.

3.2.1. Etapa de ciclo vital infancia

El desarrollo de la infancia, contempla aspectos físicos, sociales, cognitivos y afectivos que delimitan los programas orientados a ese grupo poblacional. Desde la primera infancia se construyen las condiciones para el ingreso del niño y la niña a la vida sociocultural, económica, política y ambiental de un país. Es precisamente mediante esos intercambios que el niño va interiorizando las normas que constituyen la vida social y cultural de su comunidad.

Al influir en el aprendizaje, la conducta y la salud de los niños y niñas, se intervienen para toda la vida, lo que constituye una oportunidad única para impulsar el desarrollo humano (UNICEF, 2006³). Salud, que incluye nutrición, educación, desarrollo social y crecimiento, son las dimensiones mediante las cuales se estructura el desarrollo humano. Dado lo anterior, un punto de arranque para elevar el desarrollo humano del país, es invertir en la niñez, lo que bien amerita la aplicación de una política pública de infancia acorde a las necesidades y expectativas.

Luego entonces, los programas que inciden sobre el desarrollo en la primera infancia, ayudan a reducir las desigualdades existentes, estableciendo vínculos entre desarrollo humano y desarrollo en la primera infancia. Mientras que en los niños y niñas, la inversión en programas de desarrollo para la primera infancia reduce las desventajas de los más pobres en materia nutricional, cognitiva, desarrollo social y salud, en los adultos, cuando se alcanzan condiciones de igualdad en salud y educación, se equiparan las oportunidades medidas en ingresos.

Según proyecciones DANE 2009, la población infantil representa el 18,8% del total de la población del territorio social Tibabuyes, lo que equivale a 41.809 niños y niñas.

La población infantil se clasifica según la política de infancia entre los cero y nueve años; de acuerdo con la clasificación según sexo, se identificó que 50,3% son niños y 49,7% son niñas. En el ciclo de infancia se incluyen las mujeres gestantes las cuales representan el 1,2% de la población de Suba según estadísticos institucionales.

En este territorio se manifiestan aspectos relevantes respecto al deterioro de la calidad de vida de esta etapa del ciclo vital, tales como los riesgos sobre la salud producidos por la contaminación ambiental; pocas oportunidades de empleo digno, que acentúan las condiciones precarias de ingreso de las familias; violencia intrafamiliar, condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional, falta de oportunidades de educación, concentración de mortalidad y morbilidad infantil evitable, así como mortalidad materna e incremento de las lesiones personales.

Entre las principales manifestaciones del daño a la salud en la infancia se encuentran las situaciones de violencia intrafamiliar y condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional.

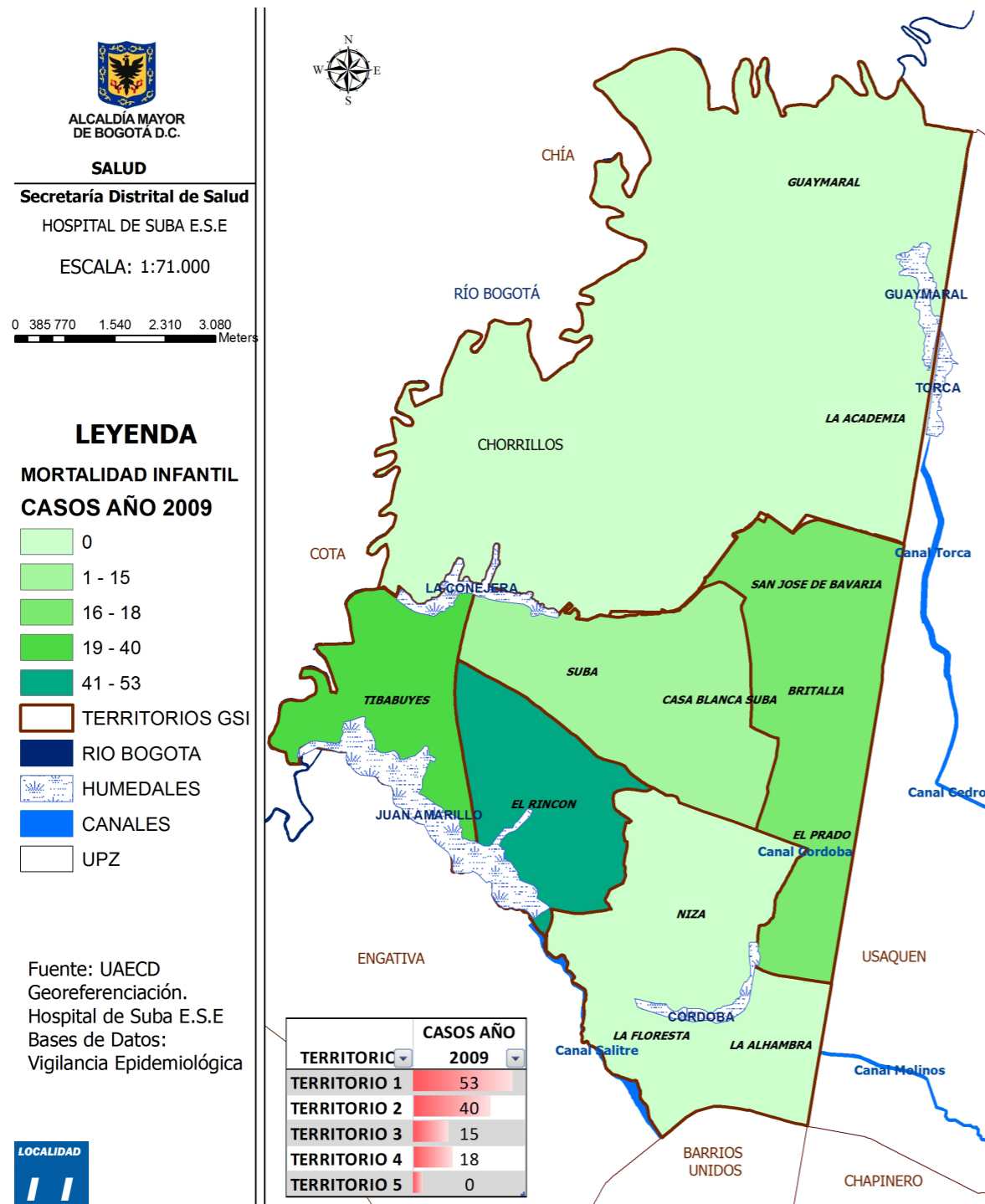
En el año 2009 en el hospital de Suba se presentaron 172 muertes perinatales, 81 muertes en niños de 7 días de nacido a un año de edad y 159 casos de muertes infantiles (1 a 5 años), todas estas consideradas muertes evitables.

Teniendo en cuenta que la muerte por desnutrición es un hecho ligado directamente a las condiciones de pobreza y marginalidad en que vive la población afectada, se han identificado en el territorio, muertes por esta causa; para el año 2009 la tasa de mortalidad por desnutrición fue de 3.7 por 100.000 niños menores de 5 años. Según certificados de defunción, en la localidad de Suba se están incrementando los casos de mortalidad por desnutrición; sin embargo, es necesario tener en cuenta que la desnutrición no siempre aparece en los registros hospitalarios por no considerarse una causa directa, lo cual puede enmascarar la verdadera situación; por consiguiente es necesario fortalecer la calidad de los certificados de defunción y tener en cuenta el estado nutricional antes y durante la enfermedad para garantizar una mejor atención y prevenir la muerte temprana, que puede ser evitable, si se toman medidas oportunas.

Otra de las causas de defunción en los menores de cinco años, es la mortalidad por enfermedad diarreica aguda; para el año 2008 la tasa de mortalidad por EDA fue de 2.5 por 100.000 niños menores de 5 años, es decir, entre 2 y 3 niños de cada 100.000 menores de 5 años murieron por causa de la enfermedad diarreica; sin embargo para el 2009 no se presentaron casos en la localidad.

Para el territorio Tibabuyes la tasa de muertes por neumonía corresponde a 24,1 (por 100.000 menores de cinco años), con cinco casos, según estadísticas vitales del año 2009, siendo el territorio que concentra más casos en la localidad (ver mapa 21).

Mapa 21. Mortalidad por neumonía, localidad de Suba 2009.



Fuente: cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010

Al analizar las estadísticas de mortalidad por grupos de edad, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal continuaban siendo al año 2007, la primera causa de muerte en los menores de un año atendidos en el hospital de Suba (46 casos con una tasa de 2,9 x 1.000 NV) y en los menores de uno a cuatro años, la neumonía ocupa el primer puesto con cuatro casos.

De acuerdo con la dinámica poblacional, es necesario describir a los niños y niñas inmersos en unos territorios que presentan unas características específicas que los hace diferentes y que genera unos factores protectores, así como también unos factores de riesgo que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de la población infantil.

Desde el ámbito familiar, se destacan las acciones promocionales y asistenciales que se brinda en Salud Oral; se han identificado 29 núcleos familiares en condición de desplazamiento, de los 94 ubicados en forma diseminada en los micro territorios occidentales, habitando muchas veces en condiciones deplorables y al borde de la indigencia, en contraste con la zona nororiental de la localidad, perteneciente a estratos socioeconómicos 5 y 6; se evidencian además en esta zona, asentamientos étnicos de indígenas nativos y extranjeros, al igual que afro descendientes, en condiciones de alta vulnerabilidad en salud, seguridad social y alto riesgo de incidencia de enfermedades bucales.

Desde el ámbito escolar, en el año 2009, se intervinieron 8.342 niños y niñas de colegios, jardines, comedores y casas vecinales, en edades entre cero y nueve años; de estos, 4.991 son de sexo masculino y 3.351 de sexo femenino, ubicados en el territorio. Se realizaron diferentes actividades para promover hábitos de vida saludable, como fueron la técnica adecuada de higiene oral implementadas desde la primera infancia, en colegios y jardines; comedores comunitarios y casas vecinales; en los menores caracterizados se evidenció alto índice de caries extensas, pérdida temprana de temporales, restos radiculares debido a prácticas deficientes de higiene oral, que ocasionan deformaciones de los maxilares, malposiciones dentarias y problemas nutricionales. De las valoraciones realizadas se evidenció que el 41% de los niños y niñas se encontraba en prioridad alta (rojo) es decir necesitaban atención prioritaria por presentar lesiones de caries activa, cavitacional o no cavitacional, procesos infecciosos, sintomatologías de dolor.

Desde el sistema de vigilancia en salud oral – Sisveso durante el 2009 fueron atendidos 3 niños del territorio, en quienes se identificó caries cavitacional, lo cual repercute en la salud oral y puede generar pérdida de piezas dentales a temprana edad.

El hecho de que dentro de la etapa de ciclo vital de infancia se incluya a las mujeres en gestación, da cuenta del énfasis en la atención otorgado a la mujer como cuidadora o responsable de la salud y la vida que se gesta y no pensada en las afectaciones específicas a su vida futura posteriores al embarazo, o derivadas de la mala atención.

Po lo tanto, se insiste en la necesidad de acudir a los controles prenatales, a acceder a mejores prácticas alimentarias y en general a cuidarse, para garantizar las mejores condiciones para el o la bebé que está por nacer y no se realiza una mirada a la salud de la mujer y las implicaciones que tiene para su salud, por ejemplo, el no alimentarse adecuadamente durante esta etapa, pero también a lo largo de todo su ciclo vital.

Otra aspecto importante a tener en cuenta es la mortalidad materna, la cual se ubicó en 58,4 por 100.000 nacidos vivos para el año 2009, presentando un incremento con relación al año 2004 (55.3 por 100.000 nacidos vivos), situación que pone en evidencia la gravedad de la situación y las consecuencias que trae para la familia y la sociedad, además de ampliar la brecha para cumplir con las metas distritales y los objetivos de desarrollo del milenio. Esta problemática es una tragedia evitable y una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia.

3.2.2. Etapa de ciclo vital juventud

La etapa de ciclo vital juventud es el momento en el cual se alcanza el crecimiento biológico, se asumen los roles sociales más importantes y se empiezan a establecer relaciones sociales más serias en el ámbito laboral y en el personal. En esta etapa predomina el proceso de individuación. Es decir, se logra la independencia y autonomía en varios planos. De acuerdo con esto, los contextos históricos y espaciales, determinan la especificidad, alcance y limitaciones, al igual que explica la diversidad, heterogeneidad y complejidad del ser, estar, actuar y producir de los jóvenes, es decir la condición juvenil. En paralelo, la evolución de los discursos, políticas y acciones en torno de los jóvenes dependen tanto de factores endógenos como de condicionantes externos.

La etapa de ciclo vital juventud se clasifica de acuerdo con la política de infancia entre los 10 y 26 años; según proyecciones DANE 2009, se identificaron 62.487 jóvenes en este grupo de edad, lo que representa el 28% de la población del territorio social Tibabuyes. De acuerdo con el sexo 50,3% son hombres y 49,7% son mujeres.

Los jóvenes conforman un sector social que tiene características singulares en razón de factores psico-sociales, físicos y de identidad que requieren una atención especial por tratarse de un período de la vida donde se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro. Entre los y las jóvenes se constatan graves carencias y omisiones que afectan su formación integral, al privarlos de derechos como la educación, el empleo, la salud, el medio ambiente, la participación en la vida social y política y en la adopción de decisiones, la tutela judicial efectiva, la información, la familia, la vivienda, el deporte, la recreación y la cultura en general.

La juventud se convierte en una etapa donde los y las jóvenes adquieren identidades de género y donde se construyen discursos sociales, imágenes y estereotipos femeninos y masculinos; de esta manera, es relevante la construcción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes la cual está condicionada al sexo y la construcción de género en la juventud. La naturalización de la reproducción de las mujeres adolescentes atribuida a la maternidad, ha dejado a un lado la salud sexual y la ha reemplazado por la procreación. Su consecuencia se expresa en las limitadas posibilidades de las mujeres para poder gozar de una sexualidad independiente de las consecuencias procreativas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el panorama para los jóvenes pareciera desolador; sin embargo, a pesar de la dificultad de los recursos en el ámbito institucional, se cuenta con programas que buscan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población juvenil, centrando sus actividades principalmente en esta zona, con el objetivo de apaciguar la situación expuesta con procesos donde se incentiva a la práctica de la actividad física y hábitos adecuados de vida saludable a través del programa TU VALES; por el ámbito comunitario y por el ámbito escolar se ha identificado que existen instituciones educativas donde no se respetan las clases de educación física o en el peor de los casos no se tienen en cuenta dentro del currículo. Por ello, es importante revisar que aunque los colegios tienen una mega estructura no son suficientes las zonas verdes para la recreación y a pesar de los escenarios como canchas de fútbol o básquetbol, muchas no se encuentran en condiciones adecuadas para la práctica deportiva.

Estas problemáticas van enlazadas desde el sedentarismo juvenil a factores de riesgo que implícitamente afectan la salud de los y las jóvenes, llevándolos incluso a complicaciones de tipo nutricional por el consumo en exceso de alimentos con alta concentración de calorías, que pueden traer dificultades a esta etapa a largo plazo. Sin embargo, se han estado implementando estrategias para disminuir la exposición de la población juvenil a la vulnerabilidad alimentaria, como los son programas de comedores comunitarios, que beneficiaron a 6.870 personas en condición de vulnerabilidad en toda la localidad, de los cuales el 15,4% correspondió al ciclo vital de juventud

con un total de 1.059 adolescentes beneficiados, con una edad comprendida entre los 14 y 18 años, que incluye población de la UPZ Tibabuyes, la cual hace parte de los territorios vulnerables de la localidad.

En relación con los programas de apoyo alimentario, compuesto por comedores y refrigerios escolares, en el año 2009 se suministraron 36.395 refrigerios distribuidos en 24 colegios; sin embargo se presenta inequidad en el suministro del apoyo alimentario para los jóvenes con respecto al ciclo vital de infancia, quienes tienen mayor cobertura y preferencia para el suministro de apoyo alimentario con respecto a los adolescentes, para quienes no se tiene en cuenta su estado nutricional para su acceso, lo cual se evidenció anteriormente; sólo el 27,9% de este ciclo vital recibió apoyo alimentario en 2009, en comparación con el 72,9% de los escolares de básica primaria.

Esta situación de los jóvenes también afecta las percepciones culturales y simbólicas adquiridas por los medios de comunicación masivos y entornos socio-ambientales que desembocan en diferentes desórdenes alimenticios, como la extrema delgadez, principalmente en las mujeres adolescentes, causando problemáticas que afectan la salud mental de dicha población, como conductas e ideaciones suicidas asociadas a culturas urbanas, consumo de SPA o ingesta de alcohol, baja autoestima, sentimiento de soledad por carencia y expresión de sentimientos al interior del hogar, conflictos intrafamiliares, dependencia emocional hacia la pareja, inestabilidad emocional, no establecimiento de proyecto de vida, violencia intrafamiliar - VIF, ausentismo de figuras paternas, crisis de identidad, bajo rendimiento académico, conflicto con pares y a nivel familiar, asociado al no establecimiento de normas claras y acordes a la edad.

Teniendo en cuenta la situación de salud de los y las jóvenes y así mismo visibilizando que el joven acentúa en esta etapa del ciclo vital su independencia y autonomía en diferentes aspectos de su vida, reflejado incluso en su propio cuerpo y en un reconocimiento del mismo, es importante evidenciar si estos jóvenes tienen conocimiento de los derechos sexuales, de los cuales, por la misma cultura, hacen parte de ellos; si además son conscientes de las rutas orientadoras que existen para ellos en lo que a salud sexual y reproductiva -SSR- se refiere, en la UPZ Tibabuyes se han adelantado actividades donde se han socializado los Métodos de Regulación de la fecundidad y el acceso a los servicios en SSR, a los cuales tiene derecho la población; de esta manera se unifica este aspecto con el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos.

3.2.3. Etapa de ciclo vital adultez

La adultez se define más en términos de los roles sociales que las personas adultas desempeñan, que en términos de edad o de maduración física. La edad adulta, al contrario de lo que ocurre en la niñez y en la juventud, está marcada, especialmente, por acontecimientos sociales, por cambios en las estructuras de los roles y por demandas que se derivan de la asunción de tareas sociales, más que por las capacidades o características biológicas de las personas.

La edad adulta constituye así un periodo muy extenso dentro del ciclo vital, ya que en la práctica engloba a los sujetos de edades comprendidas entre los 27 y los 59 años.

Según el censo DANE 2005 (Proyección 2009), las personas adultas representan el 47,5% del total de la población del territorio social Tibabuyes, es decir 105.821 personas; es así que 52,6% son mujeres y 47,4% son hombres.

En este contexto, la población adulta que hace parte de este territorio ve limitada esas libertades, debido a las escasas posibilidades que tienen para lograr un verdadero desarrollo humano. Las y los adultos se encuentran inmersos en condiciones de desigualdad e inequidad por su condición de etnia, de género, de discapacidad y/o desplazamiento; situaciones que en la mayoría de los casos están amarradas a causas estructurales a nivel económico, político, social y cultural.

Flagelos como la pobreza, traen consigo no solo problemas económicos, como el desempleo, la falta de oportunidades en diferentes ámbitos y el acceso a los servicios, sino a su vez hacen que se presenten situaciones adversas al interior de las familias, las cuales están avocadas a enfrentar en la mayoría de los casos problemas de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, abuso, especialmente hacia las mujeres y los niños. Estas situaciones no son ajenas para la población adulta que hace parte del territorio social dos.

En este territorio están presentes las problemáticas que afectan a la población adulta y así mismo allí se priorizan acciones del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC.

Durante la edad adulta se producen una serie de acontecimientos de índole social, personal y laboral de tal magnitud que son ellos, precisamente, los que estructuran y perfilan la vida adulta. La cadena de acontecimientos se inicia en la llamada edad del adulto joven. Las características de orden biológicas que se puede identificar como la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. En esta etapa en algunos adultos se produce el nacimiento de los hijos ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad y el funcionamiento intelectual está consolidado.

Aunque son diversas las problemáticas a las que se ven enfrentados las y los adultos de este territorio, uno de los aspectos que más se ve afectado es su salud mental, debido a factores económicos, sociales y culturales, pues la y el adulto es considerado la persona responsable, autónoma y con criterio suficiente para decidir, no sólo por sí mismo, sino además por las personas que hacen parte de las otras etapas del ciclo vital, enmarcándolo en roles de protector, proveedor y cuidador, dejando de lado y haciendo invisibles sus propias necesidades y potencialidades.

La mayoría de las personas adultas que refieren practicar actividad física a través de la caminata, lo hacen más como medio de transporte para llegar a sus trabajos o para desplazarse a los centros de educación de sus hijos, ya que sus medios económicos no les permiten en todas las ocasiones utilizar transporte urbano; los factores psicosociales como la pobreza, la limitación de recursos y los inadecuados hábitos alimentarios se convierten en un factor de riesgo que contribuyen a la vulnerabilidad del individuo, favoreciendo la presencia de morbilidad y mortalidad, aumentando la predisposición en la edad adulta a infecciones y enfermedades crónicas asociadas con la edad, lo que disminuye la calidad de vida de los adultos.

El estado de salud física y mental de las personas adultas depende en gran parte de los hábitos adquiridos en la infancia y en la juventud; en la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación, práctica de actividad física y un espacio libre de humo de cigarrillo, determinadas por factores de tipo psicosocial de este grupo de población, como la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas, la soledad, entre otras.

En lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos en la localidad, a través del programa tú vales del ámbito comunitario, se encontró que la mayoría consume dos o tres comidas al día; hay un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y las porciones son insuficientes; por otro lado se presenta alto consumo de alimentos fritos y de carbohidratos, sustentado por ellos por las condiciones económicas bajas, ya que hay preferencia de alimentos que los haga sentir saciedad, evitando la compra de frutas y verduras que, según la comunidad les genera más apetito. Por otra parte, en la UPZ Tibabuyes hay poca oferta de lugares donde se pueda comprar alimentos en condiciones adecuadas y las que existen están por encima del presupuesto de la comunidad, llevando a los compradores a preferir la adquisición de alimentos en promoción por paquetes que influye en el aprovechamiento biológico de los mismos, lo que no permite cubrir las necesidades de nutrientes, así como de calcio, vitaminas y minerales, necesarios para un desarrollo saludable y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y prevenibles como las enfermedades

cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, cáncer y diabetes, reconocidas como la principal causa de mortalidad y morbilidad.

Por otro lado se encontró que un gran porcentaje de población adulta fuma y consume alcohol, con mayor proporción en hombres que en mujeres; la mayoría de participantes del programa conviven con un fumador, no realiza ningún tipo de actividad física o recreativa o ésta está asociada a su rol de cuidadoras, presentando problemas de sedentarismo.

El sedentarismo o falta de práctica de actividad física, asociada con inadecuados hábitos alimentarios, es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar las enfermedades del corazón y ataques al cerebro. Según cifras de la 'fundación ciudad humana' tan solo un 12% de los adultos bogotanos, es decir, cerca de 780.000 personas, práctica algún tipo de actividad física. El resto de los bogotanos no se esfuerza por realizar ningún trabajo corporal; sumado a esto, tienen muy malos hábitos alimentarios. De acuerdo con el último estudio de la OMS, estos comportamientos sedentarios se convierten en un problema de salud pública; esta es una de las diez causas de mortalidad en el mundo. Cifras de la OMS revelan que cerca de dos millones de muertes se atribuyen, cada año a la inactividad física.

En población adulta de este territorio, según datos del DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2007, para el grupo de 45 a 59 años, la primera causa de muerte la representan las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa específica anual de 2.8, seguida de las enfermedades cerebrovasculares, la cual representa una tasa de 2.3 por 10.000 habitantes y la diabetes presentó una tasa de 1,0 por cada 10.000 habitantes.

En la situación actual, para las enfermedades crónicas en la población de la localidad, existen varias condiciones de exposición, tales como el tabaquismo, la inactividad física y las prácticas alimentarias inadecuadas, las cuales, al estar agrupadas e interrelacionadas, son comunes a varias enfermedades. Es de anotar que entre las primeras cuatro causas de consulta de la población entre los 45 a 59 años según datos del perfil epidemiológico, se pudieron identificar enfermedades crónicas de tipo osteomusculares 5,63% (n= 1.167), digestivas 4,3% (n= 892) y metabólicas entre otras como son la HTA 3,8% (n= 789); la diabetes mellitus no insulino dependientes 2,6%, así como la hipertensión secundaria 3,80% (n=789).

El sexo femenino tiene mayor prevalencia hacia la enfermedad hipertensiva y se visualizó en la población atendida 61%, frente a un 38% correspondiente para el sexo masculino. El grupo de edad que presenta mayor atención corresponde al de 45 a 59 años, seguido de los mayores de 60 años. El último lugar es ocupado por los adultos jóvenes de 27 a 44 años; lo cual es preocupante porque se están presentando las patologías crónicas en personas cada vez más jóvenes.

Las enfermedades crónicas (EC) representan una importante carga de morbilidad y mortalidad en la población adulta. Si bien, el grupo de las enfermedades crónicas comprende un gran número de entidades, el peso de la carga está representado por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las metabólicas, las respiratorias crónicas, las autoinmunes, neurológicas y algunas digestivas. Sin embargo, las cuatro primeras categorías aportan 60% del problema.

Ahora bien, el impacto de las enfermedades crónicas en la mortalidad de la población adulta se resume en el indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP); las enfermedades del sistema circulatorio son las que representan la mayor tasa de mortalidad (4,43) en la población masculina y así mismo representa el 11% de AVPP, seguidos de las neoplasias; en la población femenina, según la agrupación 667, la causa de muerte que más decesos causa son las neoplasias seguida de las enfermedades del sistema circulatorio; estas defunciones representan el 36% de los años de vida potenciales perdidos.

Tales circunstancias han impulsado a las entidades de la administración distrital a firmar el pacto de “movilización social para la actividad física” por medio del cual se comprometen a trabajar por la erradicación del sedentarismo para mejorar la salud y las condiciones de vida en la capital del país. El sedentarismo es una problemática de índole mundial; la recomendación a los adultos es la de realizar 60 minutos de actividad física diaria de manera continua o acumulada.

En Bogotá, los estratos más inactivos de la ciudad son el dos y el cuatro; usan regularmente la bicicleta, el 16,3% del estrato 3 y en general el 42% de los ciudadanos aduce falta de tiempo para realizar ejercicio.

Suba, como muchas otras localidades del Distrito Capital cuenta con importantes avances en infraestructura local, invitando constantemente al ciudadano a ejercitarse; es el caso de sus parques y ciclo rutas, además de actividades como la ciclovía y la recreovía, aunque se evidencian problemas por falta de espacios físicos en la localidad, ya que el promedio de metros cuadrados de parque por habitante para la localidad es de 4.14, siendo inferior para la UPZ Tibabuyes, la cual tiene menos de 2 metros cuadrados por habitante; esto debido a que esta zona se caracteriza por construcciones no planificadas, limitando los espacios para áreas recreativas.

3.2.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez

El envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren durante el ciclo vital, desde el momento de la concepción hasta la muerte; se define como un proceso que se da como resultado de la interacción de las personas en el contexto social y determinado por una serie de condiciones a nivel biológico, psicológico, social, cultural, político y económico, redimensionando el concepto de vejez no solo como etapa del ciclo vital, sino como parte integrante del desarrollo humano integral y social.

El proceso de envejecimiento es afrontado de forma diferente por los hombres y por las mujeres desde su individualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, esto se debe a los roles que históricamente han caracterizado a unas y otros. Sin embargo, no se puede desconocer la mayor prevalencia de las enfermedades en mujeres en comparación con los hombres asociados a estilos de vida en donde las mujeres en la actualidad afrontan mayor tensión en relación a las responsabilidades emocionales sociales y económicas; con los cambios significativos en las dinámicas familiares, en los modelos económicos y el incremento en el desplazamiento entre otros factores determinantes.

De acuerdo con el censo DANE 2005 (Proyección 2009) hay 12.459 personas mayores (de 60 y más años), es decir el 5,6% del total de la población del territorio social dos, de donde el 42,4% son hombres y 57,6% son mujeres.

En esta etapa de ciclo vital se hace evidente que las mujeres se ven afectadas de manera diferencial en varios aspectos: su salud mental, su salud sexual, las enfermedades crónicas, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de seno. Estas afectaciones están directamente relacionadas con la inequidad evidente en los roles de género a la que se han enfrentado históricamente y que sumada a otras, genera condiciones de vulnerabilidad como lo es el estrato, la etnia, condición de desplazamiento y discapacidad y un mayor deterioro en su calidad de vida y salud. Las mujeres mayores no sólo en algunos casos deben trabajar para su sustento, sino también ejercer roles en el hogar y de cuidadoras, situación que incide en la salud de las mujeres, en las cuales se incrementa la presencia de enfermedades crónicas por situaciones estresantes, que hace evidente que las mujeres se vean afectadas de manera diferencial en varios aspectos.

Por tanto, las personas mayores, tienen diversas necesidades que los atañen en distintas dimensiones que se deben considerar en el marco de los cambios físicos más significativos en

esta etapa de envejecimiento y vejez, como la pérdida de la agudeza en el olfato, el gusto y la disminución de la capacidad de diferenciar los sabores junto con la pérdida progresiva de las piezas dentales, la alteración de la digestión, la reducción de la capacidad visual y auditiva, que pueden hacer que en la etapa de envejecimiento y vejez, no se disfrute plenamente de los alimentos y no se consuman los nutrientes adecuados para esta etapa de vida.

Es así como el objetivo de los principales sistemas de prestación de servicios sociales, es atender a las diversas áreas que constituyen el bienestar social y personal de la población que vive en el territorio. Así, esto interviene sobre la salud y el sistema educativo, sobre la educación y la cultura; se debe a que el bienestar social y cualquiera otro concepto que se emplee como definitorio del objeto de los Servicios Sociales, es multifactorial y depende de diversos conjuntos de factores determinantes: factores biológicos o endógenos, factores ligados al entorno, factores ligados a los hábitos de vida, factores relacionados con el propio sistema de Servicios Sociales.

Las personas mayores de este territorio, son un grupo expuesto a complicaciones de salud por factores de sobrepeso (0,6% en hombres y 2,2% en mujeres mayor de 60 años) cuya causa dentro de las muchas existentes, es el consumo de una dieta alta en calorías y deficiente en frutas y verduras, lo cual permite evidenciar hábitos alimentarios inadecuados, además la disponibilidad y acceso a los alimentos se encuentra afectado por factores económicos y culturales que inciden de forma negativa en el estado nutricional de este grupo poblacional.

De acuerdo con las problemáticas evidenciadas en esta población y teniendo en cuenta que este territorio está habitado por personas de estratos uno y dos, de lo cual se infiere que las condiciones económicas no son las mejores y afectan el estado nutricional de las personas mayores, en el marco del Plan de implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá 2007 – 2012, la Secretaría Distrital de Salud contempla el fortalecimiento y ampliación del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Sisvan, como componente transversal al desarrollo de los diferentes ejes estructurales de esta política; en este contexto, reviste especial importancia el abordaje de la problemática de la malnutrición en las personas mayores de 60 años, grupo poblacional en incremento acelerado dentro de la dinámica demográfica de la ciudad, que demanda intervenciones en salud más allá del tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas que padecen.

De acuerdo con el desarrollo del proyecto, se ha evidenciado que la población en envejecimiento se encuentra en vulnerabilidad y las acciones en salud pública para mejorar la calidad de vida de este grupo es limitado; además se observa que esta población tiene muchos factores de riesgo que pueden alterar el consumo de alimentos, como lo son la capacidad funcional, discapacidad, bajos ingresos económicos, situación familiar, estado psicológico y emocional, estado de salud; de acuerdo con el formato desarrollado para la medición de riesgo nutricional se encontró que el 90% de los pacientes valorados (55 personas mayores de 60 años) se encuentran en riesgo nutricional moderado y alto, lo cual amerita realizar propuestas dirigidas a este grupo poblacional para disminuir los índices de malnutrición, los cuales afectan la calidad de vida de las personas mayores.

Con respecto al seguimiento del estado nutricional que se puede realizar a los usuarios beneficiados con programas de apoyo alimentario, para identificación de usuarios en situación de riesgo a nivel individual y poder con ello realizar una intervención oportuna, se encontró que la única institución que realiza seguimiento nutricional a persona mayor en la localidad es la Subdirección Local de Integración Social a través del Programa de comedores comunitarios, donde los datos del primer semestre de 2009, arrojaron resultados que evidenciaron que la población en envejecimiento presentó un estado nutricional caracterizado por el bajo peso en un 20,5%, un estado nutricional normal en el 44,5%, obesidad en el 20,5% y sobrepeso en el 32,2% lo cual es debido al consumo de una dieta hipercalórica y menor actividad física; en aquellos que clasificaron

con déficit de peso, este comportamiento está asociado con el consumo insuficiente de alimentos, debido posiblemente a los escasos ingresos económicos que afectan la seguridad alimentaria en las y los adultos mayores del territorio; esta situación favorece la presencia de desnutrición y reducción significativa del apetito.

Teniendo en cuenta la transectorialidad que propone la gestión social integral, se encuentra que la Subdirección Local de Integración Social, con su programa de Comedores Comunitarios, benefició en total a 6.870 usuarios de todos los ciclos vitales en la localidad de Suba durante el año 2009, distribuidos en las UPZ prioritarias, entre estas la UPZ Tibabuyes, en donde 257 fueron adultos mayores caracterizados por esta institución, desde los 60 años en adelante, equivalentes a un 3,7% de total de población beneficiada. Como se puede observar este programa maneja una baja cobertura para esta etapa del ciclo vital ya que esta población está eximida de beneficiarse de este apoyo si reciben algún otro tipo de beneficio, ya sea por recibir la pensión o subsidio por parte de otros programas de apoyo alimentario.

Sin embargo, son acciones que no benefician a la totalidad de la población en esta etapa del ciclo vital, presentando inequidades y desigualdad en la prestación de estos servicios, teniendo en cuenta que la mayoría de las acciones están encaminadas en esta zona donde se concentran la mayoría de las problemáticas sociales de la localidad, que se encuentran habitando en estratos socioeconómicos más bajos como el uno o dos, pero no se tienen en cuenta las necesidades de población adulta mayor que hace parte de esta zona de estrato tres, que por sus posesiones o condiciones de vivienda no es tenida en cuenta, pero que sí presenta este tipo de problemáticas nutricionales, condicionadas por múltiples determinantes.

Las enfermedades transmisibles, continúan siendo un problema de salud pública, debido al número de casos que aún se presentan y las consecuencias que acarrea su detección tardía. Es importante resaltar el cumplimiento de las normas por parte de los actores para la identificación de posibles casos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y acciones de vigilancia en salud pública de los pacientes con eventos como la Tuberculosis, Lepra y las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

En el año 2009, en la localidad de Suba se diagnosticaron 108 pacientes con tuberculosis con mayor afectación en hombres (57%); siendo predominante la Tuberculosis Pulmonar con un 56%; estos pacientes en su mayoría están afiliados al régimen contributivo en 82%; del total de los pacientes, el 18% presentó Tuberculosis – VIH y la mortalidad se presentó en el 17,5% de los casos. Del total de pacientes residentes en la localidad de Suba, 5 son personas mayores que residen en Tibabuyes lo que representa 4,6% de los casos identificados en la localidad. El compromiso del Hospital de Suba con el programa de Tuberculosis es administrar el medicamento al 100% de los pacientes notificados con la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado y la realización de seguimientos de un 55% de los pacientes con residencia en la localidad de Suba.

Si bien las enfermedades crónicas hacen su aparición en la vida adulta, las experiencias tempranas en el curso de la vida combinadas con variantes genéticas del individuo, tienen efectos a largo plazo en el desarrollo de las enfermedades crónicas. Entre las exposiciones en periodos críticos del desarrollo del individuo están: el bajo peso al nacer, la desnutrición en la niñez, el patrón de consumo alimentario, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la contaminación ambiental por gases tóxicos de la combustión de combustibles fósiles y otros por descubrir.

A partir de los 60 años se puede observar la presencia de enfermedades crónicas ocasionadas por factores de riesgo asociados a estilos de vida, hábitos alimentarios inadecuados, conductas sociales, condición laboral, exposición a diferentes partículas ambientales, falta de actividad física (sedentarismo), antecedentes familiares y stress, mencionando éstas entre varias otras causas. Enfermedades cuyo inicio se dieron en etapas de edad más tempranas, cuya evolución,

sintomatología y complicaciones, como son trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias 6% (1 025 casos), EPOC 5,4% (930 casos), dorsalgias 3,9% (670 casos), no fueron atendidas oportunamente. Por esta razón, se considera importante actuar sobre la prevención y promoción de la salud para disminuir las complicaciones y eventos adversos de salud, lo que genera mayores costos institucionales y sociales.

En lo referente a la salud mental, es importante tener en cuenta que en las personas mayores se observa la falta de redes sociales, que hacen que se presenten sentimiento de depresión y soledad, identificados en esta etapa; los determinantes más evidentes en su mayoría, se refieren a situaciones bajo las cuales no se reconoce ni se visibiliza a la persona mayor en el entorno familiar, generando abandono, maltrato físico y emocional por parte de los miembros de la familia; es de resaltar que en gran medida, estas situaciones se verifican por el rechazo por parte de la sociedad, así como la imposibilidad de trabajar para brindar su propio sustento, sin olvidar que esta situación se vive aun más en personas mayores con discapacidad, que dependen de otra persona para su movilidad o sustento.

La salud mental de las mujeres mayores se ve afectada porque continúan trabajando en múltiples espacios (público y privado) y además en algunos casos deben encargarse de personas en condición de discapacidad. Esto trae serias consecuencias para su salud física y mental, teniendo en cuenta que el cuidado de personas con discapacidad implica un alto desgaste, lo que finalmente limita la posibilidad de dedicar un tiempo a sí mismas, generando afectaciones en su salud, que, al no ser tratadas a tiempo ni de una manera adecuada, se incrementa la enfermedad. Otro aspecto que afecta de manera considerable la salud mental de la población adulta mayor, es la violencia, en sus múltiples manifestaciones, de la cual son víctimas; hoy día se presenta un particular fenómeno que evidencia la descomposición y ruptura de las distintas redes propias de las relaciones entre las y los seres humanos.

En aumento se encuentran de forma significativa episodios depresivos que se visibilizan en un 68% en las mujeres y un 32% en los hombres; lo anterior infiere que las mujeres son quienes más manifiestan características propias de depresión, que puede estar asociado a mayor tensión, en relación a las responsabilidades emocionales sociales y económicas; la soledad, la dependencia de familiares, el estar expuestas a varios tipos de violencia, el trabajo no remunerado y la discriminación, se convierten en factores de riesgo de padecimiento de depresión más en las mujeres que en los hombres.

Para muchas culturas, la tradición del conocimiento y de la experiencia vital está asociada a los hombres y mujeres de edad mayor, al concejo de ancianos/as, a los que siempre se entienden como referentes basilares portadores de la sabiduría y de la cultura y por ende son reverenciados/as. Cabe aclarar que, de acuerdo con cada cultura, tienen mayor credibilidad y reverencia hombres o mujeres. Paradójicamente, en nuestro país, este grupo social ha perdido tal dimensión convirtiéndose en un problema a nivel de las familias y de los distintos sistemas sociales, donde se les relaciona con individuos que han perdido el “valor de producción” con que se mueven las sociedades modernas¹⁰.

Unido a la salud mental, se encuentra la salud física como fuente de bienestar; según el programa de crónicas, las personas mayores de 60 años presentan Hipertensión Arterial - HTA y Diabetes principalmente; en la UPZ Tibabuyes los casos identificados con HTA representan el 70% de las personas mayores atendidos, mientras que la diabetes representa el 20% y el 10% restante presenta otro tipo de enfermedades; enfermedades que para controlarlas y mantener un adecuado estado de salud, exige una adecuada alimentación, enmarcada en un estilo de vida saludable con práctica regular de actividad física de acuerdo con la capacidad física individual y el abandono de hábitos contraproducentes para la salud como lo son el tabaco, el alcohol y la automedicación.

¹⁰ Carreño Samaniego, Pedro A. *Violencia Intrafamiliar, Colombia 2008*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, pág. 112.

Pero para realizar actividad física es necesario a la vez, tener programas que incentiven la actividad mental y contar con espacios físicos para la práctica de dicha actividad. En la actualidad hay poca accesibilidad a dichos espacios en Tibabuyes, los parques son insuficientes si se tienen en cuenta que en esta zona hay menos de 2 metros cuadrados por habitante y que los parques no se encuentran en las mejores condiciones para su uso, debido a factores de higiene y seguridad; adicionalmente, las personas mayores, no utilizan el tiempo libre para su bienestar, sino para el cuidado de otros y otras; la anterior situación se asocia con las barreras arquitectónicas que posee este territorio, para que la población con discapacidad logre espacios de esparcimiento y actividad; según los registros de atención en domicilio hay 193 personas mayores con discapacidad, de las cuales 72 son mujeres y 121 son hombres; de esta población 62 se encuentran ubicados en Tibabuyes. Evidencia de ello es la existencia de bolardos, andenes minúsculos, elevada afluencia vehicular frente a una malla vial que empieza a colapsar, escasos pasos peatonales, inexistencia de rampas de acceso a los andenes, elevada afluencia peatonal, etc., lo cual ocasiona dificultad para la accesibilidad; este factor constituye uno de los temas centrales cuando se habla del concepto de inclusión, ya que no se trata de un asunto, o de un espacio físico, sino de que un lugar es accesible cuando permite que todas las personas puedan llegar a él sin mayores dificultades, esto es, que se dispone para las necesidades del otro, sean cual sean. Si se asocia la poca actividad física de las personas mayores, junto con las barreras arquitectónicas del territorio, pueden desencadenar problemas de salud asociados al sedentarismo e incrementar la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Desde el programa muévete comunidad, que se ejecuta desde la ESE, se estima que para el año 2009, el 74% de la población a la cual se implementó, corresponde a la etapa de envejecimiento y vejez, con un total de 34 personas, siendo las mujeres las que más realizan actividad física; sin embargo no es suficiente esta población para garantizar un impacto en el territorio, ya que la oferta o la población cubierta por la ESE no es representativa.

Tradicionalmente la salud sexual de las mujeres se ha desdibujado en la salud reproductiva y para las mujeres mayores la sexualidad sigue quedando en un segundo plano pues la cultura “supone” que al avanzar en su edad, las mujeres no tienen actividad sexual y por ende, no viven su sexualidad. Estas creencias desconocen el ejercicio de los derechos sexuales para las adultas mayores y reproduce imaginarios que generan inequidad en las oportunidades para su libre desarrollo y toma de decisiones.

En esta etapa es necesario analizar cómo el género incide en la salud sexual de las personas adultas mayores, especialmente las mujeres; la feminización del envejecimiento, o sea, la presencia de una mayor proporción de mujeres en el total de la población adulta mayor, está asociada al volumen total de enfermedades y discapacidades asociadas con la edad, siendo mayor en las mujeres; por otro lado, las mujeres se ven afectadas de distinta manera que los hombres, pues éstas tienen un prolongamiento de vida más alto que los hombres; sin embargo, su calidad de vida en la vejez no es necesariamente mejor que la de los hombres en esta fase de la vida. La presencia de altas tasas de morbilidad de las mujeres obedece muchas veces a “largos años de desatención de sus necesidades específicas de salud, a una mala nutrición, a los numerosos embarazos, partos y abortos. De esta manera se hace relevante desde una perspectiva de género analizar aquellas enfermedades y problemáticas que inciden en las mujeres adultas mayores como las asociadas a la discapacidad, a las enfermedades crónicas y el auto cuidado.

3.2.5. Núcleos problemáticos territorio social Tibabuyes

3.2.5.1. Núcleo 1

Inseguridad alimentaria en población infantil del territorio social dos, lo que genera desnutrición y mayor riesgo de presentar enfermedades prevalentes de la infancia.

Según los registros de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional – Sisvan, se identificaron niños y niñas menores de 10 años con desnutrición en el territorio social dos; de acuerdo con el indicador de peso para la talla, se clasificaron en déficit de peso para la talla, 460 casos lo que equivale a 4,6% de los niños y niñas reportados al Sisvan (n= 10.069), residentes de la UPZ Tibabuyes; para el indicador de talla para la edad se identificaron con retraso de crecimiento 1.196 casos, lo que representa el 12% de los menores identificados durante el año 2009 en la UPZ Tibabuyes.

El bajo peso al nacer se presentó en 68 recién nacidos del territorio, lo que representa el 35,4% de los nacimientos durante el año 2009; estos resultados demuestran una situación crítica, que trae como consecuencia un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en la población infantil de este territorio; en parte se atribuye a la falta de ingresos para garantizar la manutención de la familia, reflejando el impacto de estas cifras.

Lo anterior ratifica la falta de acceso y oportunidad para una adecuada alimentación, ya que no es permanente debido a la irregularidad en el consumo de raciones; según refiere la comunidad muchas familias consumen una o dos comidas en el día, por consiguiente las cantidades no son adecuadas, ni suficientes, como tampoco cumplen en variedad para garantizar los nutrientes requeridos para mantener un óptimo estado nutricional; de acuerdo con la evaluación de consumo en los niños menores de 10 años intervenidos por Sisvan, se identificó que la alimentación no es balanceada porque prevalece el consumo de alimentos energéticos como arroz, pasta, agua de panela y se excluyen de la dieta los nutrientes obtenidos de las verduras, frutas, lácteos y proteína de origen animal, nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas del territorio Tibabuyes.

Los cambios sociales y la necesidad de trabajar de las mujeres cabeza de familia jóvenes, llevan a que se suspenda la lactancia materna cada vez a más temprana edad e incluyen la alimentación complementaria antes de los seis meses, lo que trae como consecuencia enfermedades a largo plazo en los niños y niñas; también el hecho de dejar a cargo el cuidado de los niños y niñas a terceros puede influir en la cantidad de alimentos ofrecidos, lo que trae como consecuencia déficit nutricional en los niños y niñas de la primera infancia, que si ocurre de forma permanente durante un periodo prolongado de tiempo, tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

Por otra parte, en el territorio se han identificado en los niños y niñas enfermedades infecciosas como son la infección respiratoria aguda - IRA y la enfermedad diarreica aguda – EDA, las cuales se encuentran relacionadas con el estado nutricional; es así como según el registro de atención diaria de pacientes atendidos en las salas ERA del Hospital de Suba, el 70% de la población atendida proviene de los barrios catalogados de mayor vulnerabilidad por sus condiciones socioeconómicas y calidad de la vivienda; entre estos se encuentran: Gaitana, Lisboa, Bilbao y Tibabuyes, ubicados en las UPZ 71. Además, en las visitas de campo frente a la mortalidad por ERA, se ha evidenciado que existen determinantes que contribuyen a la aparición de la enfermedad respiratoria aguda; entre los más prevalentes se encuentra la deficiente ventilación de las viviendas, cambios bruscos de temperatura que son propios del clima de Bogotá, exposición intra domiciliar a humo de cigarrillo y contacto con personas que presentan enfermedad respiratoria; también la edad se ha identificado como factor de riesgo; la frecuencia y gravedad del evento es mayor en niños menores de un año y especialmente en los menores de dos meses; el bajo peso al nacer, la ausencia de lactancia materna, la desnutrición, las infecciones previas y el desconocimiento de las familias sobre los signos de alarma también se constituyen como determinantes.

En el año 2009, en el servicio de pediatría de la ESE, se registraron 6.900 egresos hospitalarios y de estos el 68% (4.690 casos) correspondieron a niños y niñas menores de 5 años; se hospitalizaron 4.690 niños menores de 5 años y el 74% (3.470 casos) lo fueron por enfermedades prevalentes de la infancia; las primeras causas de hospitalización en menores de 5 años fueron bronquiolitis, con 1.032 casos, lo que corresponde a 30,4%, seguido de síndrome bronco obstructivo con 683 casos,

equivalente al 20,1%, la neumonía con 15,94% (541 casos), diarrea persistente o crónica con 14,8% (503 casos), laringotraqueitis u obstrucción de la vía aérea alta con el 8,08% (274 casos), fiebre de origen no especificado con 6,6% (224 casos) y asma en 4%, con 136 casos.

Se evidencia así que las primeras causas de hospitalizaciones son por enfermedades respiratorias; de los 3.470 casos hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia en niños y niñas menores de 5 años, el 73% (2.530 casos), se debieron a enfermedades respiratorias, observándose dos picos epidemiológicos en el año, uno en los meses de marzo a junio y el otro de septiembre a noviembre, con mayor afluencia de casos en el primero. En el año 2009 fueron atendidos 34.718 menores por el servicio de consulta externa – pediátrica, de las cuales 71% correspondió a población menor de 5 años con 24.784 casos.

Sumado a todo esto, la deficiencia de hierro, es una problemática que se presenta en los menores de 1 a 4 años; según datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional - Ensin 2005, el 36,4% presenta anemia, motivo por el cual, el programa de Salud al Colegio desarrolla la estrategia extramural de suplementación con hierro, estrategia que va dirigida a los niños y niñas entre los 2 y 14 años inscritos en Instituciones Educativas Distritales, jardines de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) e Instituto de Bienestar Familiar, bajo el criterio de vulnerabilidad, es decir, población ubicada en UPZ prioritarias de estratos uno y dos.

La deficiencia de hierro se debe principalmente a una ingesta inadecuada de alimentos fuentes de hierro que no cubren las necesidades de los individuos para este micro nutriente y ello conduce a una disminución de las reservas orgánicas del mineral, seguida por una reducción de la eritropoyesis, lo que genera un descenso de las concentraciones de hemoglobina (anemia) y la reducción del transporte de oxígeno a las células, también conocida como desnutrición oculta.

Para el año 2009, desde el ámbito escolar, se suplementaron con hierro 8.527 menores del territorio social Tibabuyes, dando cubrimiento al 100% de los colegios públicos de la zona, los cuales son considerados población vulnerable y donde se dan las mayores inequidades sociales, dando prelación a la población de mayor riesgo.

Así mismo, desde el POS se complementan estas acciones, a través de las consultas de crecimiento y desarrollo y entrega de desparasitante a 69.839 niños y niñas de 1 a 12 años y se suplementaron 58 menores con sulfato ferroso y 5.149 con vitamina A; las gestantes hasta el sexto mes postparto fueron suplementadas con sulfato ferroso, con una cobertura de 43.866 y con ácido fólico 35.155 mujeres en embarazo.

Estas acciones conllevaron a cubrir un mayor número de beneficiados, lo cual favorece la integralidad en las intervenciones.

En este sentido y teniendo en cuenta el proceso de gestión social integral en la localidad, las acciones que realiza la ESE se complementan con acciones transectoriales, como son las intervenciones de complemento nutricional, desde la subdirección de integración social y el ICBF.

La Subdirección Local de Integración Social, a través de su programa de comedores comunitarios en la vigencia 2009 benefició a 6.870 personas de todos los ciclos vitales de los cuales el 0,96% (n=66) fueron mujeres gestantes y el 1,5% niños y niñas entre los 6 y 13 años; la población localizada en la UPZ (71) Tibabuyes representa 62,1%; con respecto a la madres lactantes acogidas por este programa, éstas representan el 1,9% del total de población beneficiada.

Desde el ICBF con el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, cuyo objetivo principal es propiciar el desarrollo psicosocial, cultural, moral y físico de los niños y niñas menores de cinco años de edad, de familias con vulnerabilidad económica, social, cultural, nutricional, y/o psicoafectiva, a través de acciones de formación integral y de fortalecimiento de la familia, con la organización y

participación comunitaria, se lograron mejorar las condiciones de calidad de vida y se potencializó el sentido de responsabilidad y pertenencia, con el apoyo de la sociedad y de las instituciones, para cumplir con los derechos de los niños y niñas.¹¹

Esta institución benefició a 5.681 menores de 5 años, en 437 unidades de atención de la localidad, de los cuales 2.665 menores se ubican en la UPZ Tibabuyes, es decir, el 47% de los menores beneficiados.

Con relación al apoyo alimentario proporcionado por la Secretaría Distrital de Educación, durante el 2009 mediante el programa de comedores y refrigerios escolares, ésta entidad suministró 36.395 refrigerios que fueron proporcionados bajo la interventoría de la Universidad Nacional de Colombia, los cuales fueron distribuidos en las diferentes Instituciones Educativas Distritales, donde fueron beneficiados con refrigerios escolares Tipo A, el 72,1% de los alumnos en básica primaria; estos refrigerios están compuestos por un lácteo, un producto de panadería, una fruta y un postre.

En cuanto al estado nutricional de la población gestante que fue atendida desde la ESE, durante el año 2009 se identificó con peso adecuado para la edad gestacional 37,8% de las maternas, mientras que la malnutrición representó el 62,2%, siendo el bajo peso levemente menor (28.9%) con relación al exceso de peso; este último se ubicó en 33,3% de la población gestante identificada por Sisvan. El bajo peso gestacional aumenta el riesgo de retraso en el crecimiento intrauterino, la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer, mientras que el exceso de peso incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto como son la pre eclampsia y la diabetes, aún más si el sobrepeso es mayor al 20% del peso recomendable. Además el sobrepeso aumenta los riesgos de tener bebés de alto peso al nacer, lo que aumenta la incidencia de cesáreas al momento del parto.

Para el año 2009 disminuyó el bajo peso en 1,6% con respecto al año 2008, lo que muestra que las acciones efectuadas por los entes de salud, las instituciones prestadoras de apoyo alimentario y sobre todo el componente educativo, ha influido en el mejoramiento del déficit de peso de las gestantes de la localidad; sin embargo, el exceso de peso se incrementó en el periodo 2009, encontrando un aumento del 0,5% para el sobrepeso y 1,2% para la obesidad, lo que pone en evidencia que los inadecuados hábitos alimentarios influyen negativamente en el peso de la mujer, ya sea adquirido antes o durante la gestación.

Otro aspecto importante para tener en cuenta en la etapa de infancia, es el comportamiento de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementaria, la cual durante el año 2009 presentó una mediana de amamantamiento exclusivo para los 6 primeros meses de 2.4 meses y una duración total de 14 meses para el amamantamiento prolongado según Sisvan. Estos bajos índices de lactancia materna exclusiva y complementaria, pueden presentarse debido al desconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna durante los 6 primeros meses y su prolongación hasta los 2 años; también influyen los patrones culturales y sociales por parte de las madres gestantes y lactantes, que aceleran el inicio de alimentación complementaria y el uso de fórmulas lácteas industriales.

La lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad es un factor protector, previniendo la desnutrición cuando se realiza en forma constante, oportuna y adecuada. Las ventajas de este proceder son conocidas: mejor funcionamiento digestivo y metabólico, mejor estado de nutrición, mayor protección inmunológica, menor riesgo de sensibilización alérgica, mejor desarrollo psíquico y otras razones, lo que trae menor morbilidad y mortalidad infantil. Se puede atribuir la disminución de la mediana de lactancia materna exclusiva a que las madres que trabajan fuera del hogar disponen de menos tiempo para el cuidado de sus hijos y el ofrecimiento exclusivo de la misma durante el tiempo esperado. Es importante resaltar que el nivel de educación se relaciona directamente con la práctica exclusiva de la lactancia, porque ayuda a elegir estilos de vida más

11 Lineamientos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2009

sanos, permite comprender mejor la relación entre madre e hijo a fin de brindar el mejor alimento a su hijo, sin tener en cuenta mitos, creencias o vanidades.

En la UPZ Tibabuyes hay poca oferta de lugares donde se pueda comprar en condiciones adecuadas los alimentos y las que existen, están por encima del presupuesto de la comunidad, llevando a los compradores a preferir la adquisición de alimentos en promoción por paquetes que influye en el aprovechamiento biológico de los mismos, lo que no permite cubrir las necesidades de nutrientes, así como de calcio, vitaminas y minerales necesarios para un desarrollo saludable y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y prevenibles como las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, cáncer y diabetes, reconocidas como la principal causa de mortalidad y morbilidad.

3.2.5.2. Núcleo 2

Escasos recursos económicos que limitan las posibilidades de formación y apoyo crediticio a iniciativas productivas, de la población joven y adulta con discapacidad en el territorio social Tibabuyes, lo cual dificulta el acceso a un mercado laboral formal y disminuye las posibilidades de desarrollo humano.

El sector productivo de la localidad no ofrece las mejores oportunidades; las condiciones de inequidad y falta de oportunidades para la población no distan mucho de las condiciones a nivel Distrital. Según datos de la ECV 2007 para la localidad de Suba, del total de la población en edad de trabajar (818.262 personas), solamente el 53,4% se encontraba económicamente activa, es decir 437.319 personas; de éstas, 348.331 se ubican dentro del grupo de 25 a 64 años. La tasa de desempleo es de 6,7% es decir 29.214 personas se encuentran desocupadas. Cabe aclarar que del total de ocupados, estos se encuentran vinculados tanto al sector formal como al informal.

De acuerdo con la variable sexo, el mayor número de ocupados con respecto a la Población en Edad de Trabajar (PET) corresponde a los hombres. La clasificación de los indicadores de ocupación por nivel educativo, muestra que los mejores resultados en términos de empleo se dan para aquellas personas que culminan los estudios superiores, razón por la cual muchas de las personas de este sector se dedican a actividades que no exigen muchos conocimientos, desempeñando diferentes actividades dentro del sector de la informalidad. Es precisamente en este sector, en el que la localidad de Suba tiene mayor diversidad de actividades económicas, las que representan mayor impacto a nivel de salud pública; son dentro del proceso, los expendios cárnicos, las salas de belleza, mantenimiento automotriz, elaboración de productos de madera, ornamentación y depósitos de materiales para reciclaje.

En efecto, el mismo derecho al trabajo depende cada día más de la formación profesional. Lo mismo puede decirse del derecho a condiciones de trabajo dignas y a una remuneración justa. La formación profesional está llamada a jugar una función primordial en la confluencia del interés económico y el imperativo social, pero para ello se hace necesario sensibilizar a todos los actores sociales acerca de la necesidad de devolver al capital humano su plena riqueza, para que un día la palabra trabajo no necesite ya de adjetivos, que por sí sola implique dignidad, equidad y libertad.

A pesar de no contar con datos estadísticos frente a los niveles educativos de la población adulta de estos sectores, a través de las lecturas de necesidades adelantadas con diferentes grupos comunitarios, se ha logrado establecer, que la mayoría de adultos y adultas no han culminado sus estudios de primaria y/o secundaria y muy pocos han tenido la posibilidad de terminar un nivel técnico o profesional. Estas condiciones restringen la posibilidad de que puedan acceder a un mercado laboral formal que les brinde mejores condiciones tanto económicas como laborales, lo que los obliga a vincularse al sector de la informalidad en condiciones desfavorables, ya que no cuenta con ningún tipo de apoyo para el desarrollo de estas actividades.

De acuerdo con el CENSO DANE 2005 en la localidad de Suba se identificaron tasas de analfabetismo, siendo la población masculina la que presenta la mayor tasa, 2,9 con relación a las mujeres 2,5 y al comparar con Bogotá el comportamiento por sexo es similar a lo encontrado en lo local, mientras que al comparar con la tasa nacional son las mujeres las que superan la tasa de analfabetismo. Esto muestra las inequidades de género y la falta de medidas que disminuyan esta situación, dado que la educación básica debe ser una prioridad para la población, teniendo en cuenta que este es un indicador que refleja el nivel de desarrollo de un país.

Otro de los factores que intervienen dentro del sector productivo, está relacionado con la falta de apoyo crediticio a iniciativas productivas especialmente para la población adulta más vulnerable (étnica y desplazada). La deficiente cobertura de los servicios de la Banca de Oportunidades, de acuerdo con los requerimientos y particularidades de las propuestas productivas de la población de estos sectores con alta población en condición de fragilidad social, generan dificultades para que la población pueda acceder a estos servicios.

Por su parte, la población afro de la localidad de Suba tiene uno de los índices de necesidades básicas insatisfechas más alta respecto a los otros grupos poblacionales; el alto nivel de desempleo y la migración campo-ciudad por el fenómeno del desplazamiento ha generado núcleos de concentración de población afro desplazada en territorios como el Rincón y Tibabuyes, donde las condiciones no ofrecen las mejores alternativas de vida para esta población. Uno de los principales problemas en la atención a la población en condición y situación de desplazamiento, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente a un deterioro en las condiciones de vida y salud de quienes lo padecen.

Según la Unidad de Atención y Orientación a la Población Desplazada - UAO, en la localidad hay cerca de 15.000 afro desplazados, los cuales se encuentran en las diferentes etapas del ciclo vital. La población afro y afro desplazada de base, ha propuesto soluciones productivas a esta situación, sin embargo, la precariedad del sistema y de las instituciones para promover estas iniciativas organizativas de respuesta social han frenado la posibilidad de mejorar la calidad de estas poblaciones a través del autodesarrollo y el etno desarrollo.

Las escasas opciones de trabajo para las personas afro, especialmente en el sector formal, están dadas por su baja escolaridad, poca capacitación, discriminación, miedo a la diferencia, subvaloración de conocimientos tradicionales, inexistencia de políticas públicas concretas y efectivas que proporcionen soluciones viables a las graves problemáticas de desempleo, desplazamiento y falta de oportunidades para educación, de los miembros de esta población.

Los afro descendientes son quienes tienen menos oportunidades de empleo y son mal remunerados, según datos del Hospital de Suba a través de la transversalidad de etnias (proyecto especial de afro descendientes) y caracterización poblacional de la Alcaldía local de Suba del año 2008. La tasa de desempleo se ubica en el 46%, respecto a los otros grupos poblacionales. La discriminación hacia la población negra está presente en todos los temas: salud, vivienda, educación y saneamiento básico. Sin embargo más allá de tener menos posibilidades en materia educativa y laboral, las diferencias se agravan en el ingreso, puesto que el salario devengado por los trabajadores afro descendientes es significativamente más bajo que el de las personas de otras etnias. Por otra parte, a los trabajadores de otras comunidades étnicas se los premia más por adquirir más capital humano y por su formación; a pesar de tener el mismo nivel educativo, son más valorados. La desigualdad salarial y discriminación por raza en el mercado de trabajo, es más significativa en los hombres afro descendientes que en las mujeres; esto no significa que las mujeres afro descendientes estén particularmente bien en el mercado laboral, al contrario: tienen el salario más bajo en nuestra sociedad y sufren una doble discriminación, de género y de raza.

La pobreza y marginación de la población afrodescendiente y la falta de políticas de inclusión que dé cuenta de las inequidades presentadas históricamente en términos generales para esta población, son en gran medida el resultado de las características y dinámicas marginales de sus núcleos familiares. Hay desigualdad no de pequeñas distancias que podrían salvarse en poco tiempo y con pocas acciones. Las distancias son enormes, por lo cual, el panorama de las y los adultos en la población afrodescendiente y más concretamente de la afro desplazada con residencia en la localidad no es muy bueno.

La proporción de adultos afrodescendiente que está por debajo de la línea de pobreza es significativamente mayor que la de los adultos de otras etnias; según información obtenida de la transversalidad de etnias del Hospital de Suba del 2009, cerca del 90% de la población afro estaba por debajo de la línea de pobreza, esta situación, genera que los adultos afro sean en muchas ocasiones insertos en sectores como el de la informalidad laboral y no sean capaces de garantizar mejores condiciones de vida a sus familias de por si extensas, generando por un lado precarización de las condiciones laborales de esta población, descuido en términos generales de sus condiciones de salud y abandono involuntario del hogar y del núcleo familiar durante gran parte del día.

Por su parte, las comunidades indígenas con presencia en la localidad, no distan mucho de las condiciones de inequidad a nivel laboral respecto de la población afro. Según información del Cabildo a enero de 2009, el porcentaje de Kichwas desempleados era del 38%, el 93% vinculado al subempleo en oficios como la construcción, el transporte público, el servicio doméstico y el trabajo a destajo. Estas situaciones están dadas por la falta de apoyo crediticio a iniciativas productivas de estas comunidades; la falta de compromiso de los entes administrativos por generar respuestas coherentes a las necesidades específicas; la falta de capacitación a la comunidad para la construcción de propuestas con metas claras en el mediano y largo plazo, dadas en su gran mayoría por las situaciones de marginalidad y subempleo de estas comunidades; la baja vinculación laboral por medio de contrato; la falta de apoyo a las iniciativas tanto en el ámbito ancestral-tradicional como en el ámbito no tradicional, así como la falta de adjudicación de créditos o la generación de programas especiales para el apoyo de las comunidades más vulnerables.

Por su parte, la población adulta en condición de discapacidad, se ve igualmente afectada por esta problemática; del total de población en condición de discapacidad en la localidad (11.220 personas), 3.831 son adultos y adultas. Las personas que de acuerdo con su nivel de discapacidad pueden desarrollar algún tipo de actividad laboral, no encuentran posibilidad de inclusión en el sector formal, situación que va en detrimento no solo de sus condiciones económicas, sino de su salud física (presentado mayores condiciones de discapacidad, por la falta de ejecución de algún tipo de actividad), como de su salud mental (presentándose eventos de depresión, soledad y abandono), al no sentirse útiles para la sociedad. Esta situación está dada en su mayoría por la falta de sensibilización de los empresarios del sector frente a la problemática de discapacidad que no permite la inclusión laboral de este tipo de población, así como por la falta de instituciones de formación integral a nivel local, que brinden herramientas para el trabajo y el desarrollo de procesos productivos para la población en condición de discapacidad sus familias y cuidadores.

Por otra parte, la falta de instituciones y de entidades profesionales que puedan atender el cuidado y desarrollo de las personas con discapacidad que lo requieren, hace necesario que los cuidadores y cuidadoras, en su mayoría adultos, desplacen sus propias necesidades para encargarse del cuidado de sus familiares; por tanto se ven igualmente afectados a nivel económico, por no poder acceder a un empleo por falta de tiempo y deterioros en su salud física y mental, al no poder desarrollar sus propios proyectos de vida.

La mayor afectación en la población adulta está relacionada con su ambiente laboral, de acuerdo con la actividad productiva que desempeñen, desencadenando problemas de salud ocupacional principalmente. Entre las actividades que se destacan, se encuentra el trabajo en la industria

metalmecánica, con la exposición a altos niveles de ruido de la maquinaria, cambios bruscos de temperaturas, contacto con ácidos para labores de cromado, niquelado, generación de olores y polvillo metálico, lo que genera problemas de oído, parálisis localizada o general, trombosis, descalcificación en los huesos, enfermedades de la piel y enfermedades respiratorias. Cada año, un millón de personas mueren o quedan discapacitadas por la exposición a químicos.

De acuerdo con información del ámbito laboral, se identificó en las unidades de trabajo informal – UTI, que el 90% de la población trabajadora no reporta exámenes médicos en el último año; esto se debe a que no se cuenta con la afiliación a salud, los empleadores no exigen una valoración médica y no existe la cultura del autocuidado; por otra parte se encontró que 45% de las unidades reporta que sí se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo de la maquinaria bajo normas de seguridad, lo que evidencia que el 55% restante presentan mayor riesgo de accidentes laborales, con las consecuencias para la vida de los adultos trabajadores quienes son en la mayoría de los casos los que sustentan económicamente a sus hogares.

En el contexto barrial del territorio, los trabajos informales se enmarcan por actividades como la recuperación de residuos sólidos aprovechables (reciclaje), lo cual favorece el riesgo de presentar enfermedad dado que estas personas manipulan residuos sólidos contaminados; otros como los conductores de servicio público pasan largos periodos en una misma postura, la exposición al ruido de motores, radio, pitos carros y congestión vehicular; también afecta la salud de la población adulta, en los vendedores ambulantes; ellos se ubican en las vías principales y puntos de mayor concentración vehicular para comercializar sus productos, en donde su nivel de exposición a contaminantes volátiles es muy alta, aunado a la exposición de altos niveles de ruido que provienen también de los establecimientos comerciales que usan equipos de sonido a alto volumen con el fin de atraer al público.

Entre otras actividades laborales que son perjudiciales para la salud, se puede mencionar el trabajo con maquinaria pesada, obras de construcción y obras de adecuación de vías.

La mayoría de las condiciones crónicas tienen en común condiciones previas de exposición que anteceden al daño y a la vez aumenta la probabilidad de que éste ocurra.

Otro aspecto importante desde la dimensión familiar que sufren las personas mayores en esta zona, es el abandono familiar y a ello, la falta de redes de apoyo como instituciones de fácil acceso, que se encarguen del cuidado y la atención de la persona mayor, lo que hace que aumente los casos de abandono hacia este tipo de población por parte de la familia, debido al imaginario social de que la persona ya ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece, reduciendo su mundo social y provocando en el sujeto una serie de repercusiones tales como aislamiento, transformación o cambios en los lazos afectivos y cambios bruscos en el estado de ánimo, ansiedad, personalidad vulnerable, susceptible al maltrato debido a carencias afectivas, violencia intrafamiliar, mal manejo de conflictos y relaciones dependientes que en algunos casos puede propiciar el trabajo informal en las y los adultos mayores.

Desde el ámbito laboral, en la vigencia 2009, aunque no se tienen datos exactos de la información, frente a la población en la etapa de envejecimiento y vejez que trabajan en las unidades de trabajo intervenidas, se encontró que las mujeres no participan de estas actividades informales de trabajo, mas sin embargo en la población masculina se evidencia un grupo considerable de hombres mayores de 60 años, los cuales se encuentran aun cotizando para pensión; el porcentaje de afiliados a riesgos profesionales es muy bajo, de ahí que se puede ver nuevamente el gran desconocimiento sobre el tema de la afiliación a riesgos profesionales, las ventajas que tiene dicha afiliación para el empleador y para el empleado; se identificó un trabajador de género masculino es la etapa de vejez quien trabaja en metalmecánica. En cuanto a la afiliación en salud, el adulto mayor esta afiliado al régimen contributivo como beneficiario; esto se debe a que en esta etapa de

la vida, los trabajadores están vinculados a salud a través de los hijos. Frente al tipo de contratación, predomina el sin contrato en la actividad económica de metalmecánica y automotriz.

Frente a las condiciones de salud de las personas mayores en el ámbito laboral, se evidencia que al igual que los adolescentes y jóvenes son un grupo mínimo en la fuerza laboral; para el año 2009 solo se reportó un caso de accidente de trabajo en el oficio de metalmecánica, obligando a los contratantes a evitar la contratación a personas mayores en este tipo de oficios, ya que es de fuerza y precisión y en esta etapa del ciclo vital estas características se encuentran disminuidas.

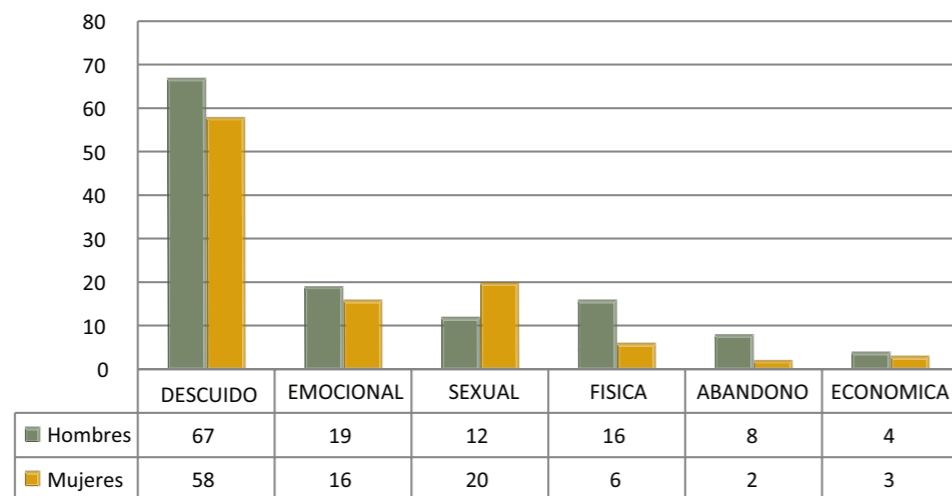
3.2.5.3. Núcleo 3

Relaciones de poder desiguales en el territorio social Tibabuyes que se expresan en grandes problemáticas de violencia como son: violencia de género, violencia intrafamiliar, embarazos adolescentes, discriminación, desplazamiento y violación de derechos fundamentales, que tiene entre sus principales afectados a los jóvenes, niños y niñas, mujeres, desplazados y minorías étnicas.

Las manifestaciones de violencia intrafamiliar se asocian a las dificultades por las cuales pasan las familias, como es no suplir sus necesidades básicas debido a las limitaciones económicas que, sumadas a un serie de eventos predisponentes, se convierten en el factor actual del maltrato, el cual no puede observarse como una relación directa causa efecto.

Una de las situaciones que lesionan los derechos de las niñas y niños es el descuido, entre otros tipos de violencia; en este territorio de acuerdo con información suministrada por Sivim 2009, se registraron 125 niñas y niños reportadas por descuido, siendo los varones los más afectados por los diferentes tipos de violencia, mientras que las niñas son las que presentan mayor violencia sexual (ver gráfica 19).

Gráfica 19. Distribución de casos de violencia en niños y niñas del territorio social Tibabuyes, Localidad de Suba 2009.

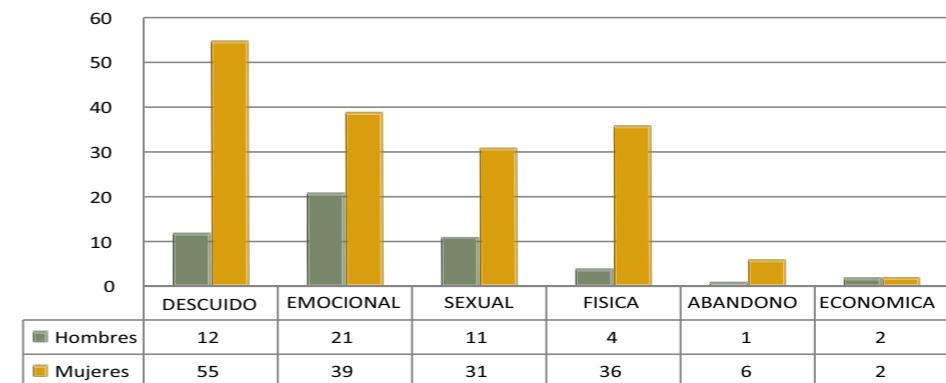


Fuente: bases de datos Sivim 2009. Hospital de Suba.

La población juvenil también se encuentra expuesta al maltrato debido a diversos factores como personalidad vulnerable, carencias afectivas, sentimientos de minusvalía, interiorización y concepción cultural de los mecanismos de control que van de generación en generación (pautas de crianza inadecuadas) manifestados en violencia intrafamiliar, entre otros.

La violencia dada desde el contexto familiar y social, de acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar - Sivim, señaló que para el año 2009, el tipo de violencia más representativa para las jóvenes entre los 10 a 26 años de Tibabuyes fue la violencia emocional con 77 casos (ver gráfica 20).

Gráfica 20. Distribución de casos de violencia en las y los jóvenes del territorio social Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.



Fuente: bases de datos Sivim 2009. Hospital de Suba.

En cuanto al género prevalente, sigue siendo el femenino quien en todos los tipos de violencia muestra ser la víctima más frecuente; sin embargo es importante tener en cuenta que en la violencia sexual y emocional es donde se muestra la mayor diferencia en cuanto al género de la víctima, duplicando a los hombres en cifras de notificación. Esto se debe a la reproducción de patrones culturales, que se refleja en la perpetuación de éstas formas de violencia, a través de la interiorización de que existe un sexo superior al otro, ya que la acción violenta es una de las manifestaciones del ejercicio del poder más fuerte, es la manera como circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos considerados más débiles: históricamente las mujeres, los niños y las niñas. Es importante mencionar, además que la violencia que más se registra o denuncia es la que sucede al interior de los hogares, en el ámbito privado, por ser la más común, pero no quiere decir que esta situación no se reproduzca en otros ámbitos.

Por ello es importante resaltar que los jóvenes se encuentran entre las mayores víctimas de la violencia intrafamiliar, maltrato y violencia sexual, con un 33% de los casos reportados en el año 2009 por el subsistema de información Sivim; esto, aunado a las condiciones económicas, ausencia de redes de apoyo primarias, consumo de sustancias psicoactivas, falta de mecanismos de protección social, familiar y herramientas establecidas por los miembros de la familia en la resolución pacífica de conflictos hacen que los y las jóvenes hagan resistencia a las normas aplicadas desde la institucionalidad, que a su vez, muchas veces, con estrategias inquisitivas, imponen las normas sin entrar a ver las particularidades propias de esta etapa del ciclo vital.

Estos eventos se presentaron en jóvenes entre los 12 y 26 años. Esta problemática es mayor en las mujeres residentes de la UPZ Tibabuyes territorio caracterizado por inequidades determinadas por la pobreza, el desempleo, hacinamiento, desnutrición, que repercuten al interior de las familias, favoreciendo que existan hogares disfuncionales que llevan a los jóvenes a ser víctimas de la violencia e incrementan el riesgo de ideas suicidas e intentos suicidas dadas por sentimientos de soledad, pérdida de la autonomía, baja autoestima, desesperanza, soledad entre otras causas. Es así que para el año 2009 se identificaron, según la intervención de psicossocial, 43 casos con manifestaciones suicidas, donde son las mujeres las que presentan el mayor número de casos en todos los grupos de edad.

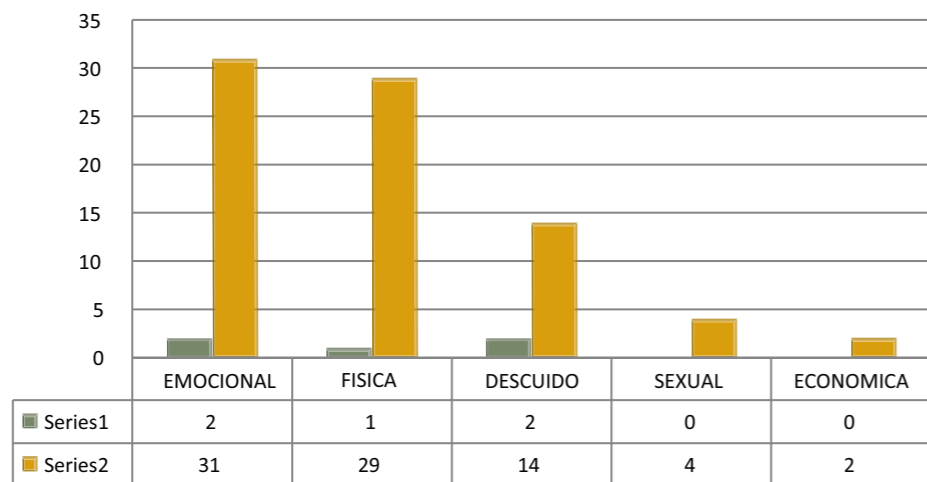
Se encuentran además casos de jóvenes y adolescentes gestantes, muchas de ellas con reportes de abuso sexual, vulneración de los derechos, al igual que falsas creencias de los padres y madres en pensar que el abuso sexual solo contempla acceso carnal, poniendo en duda los casos de tocamientos y actos abusivos e inclusive no prestando atención o calificando como juegos sexuales inapropiados, casos de niñas cuyos agresores también son niños. La violencia que históricamente se ha ejercido contra las mujeres y que en este ciclo vital es más fuerte respecto al abuso sexual, pasa por el énfasis en la construcción de estereotipos de belleza femeninos en el marco de una cultura sexista que ubica a la mujer como un objeto de deseo, incapaz para construir identidad con su cuerpo más allá de la mediación o valoración que los varones hacen del mismo.

Violencia generada por proyectos de vida no definidos, interiorización y concepción cultural de mecanismos de resolución de conflictos por medio de la violencia, bajos niveles de educación, consumo de Sustancias Psico Activas - SPA (bazuco, alcohol, etc.), situación económica difícil, historia de vida de violencia y maltrato.

Según fuentes del Sistema de Vigilancia para la Violencia y el Maltrato Infantil (Sivim), durante el año 2009 la violencia en los adultos represento el 19% del total de eventos en salud mental, predominando la violencia emocional en población adulta de la UPZ Tibabuyes.

El género femenino es el más predominante dentro de las víctimas frecuentes de violencia intrafamiliar, el 94% de los casos corresponde a las mujeres y el 6% a los hombres en el territorio Dos – Tibabuyes; se hace evidente la necesidad de fortalecer factores protectores en este grupo poblacional (ver gráfica 21).

Gráfica 21. Distribución de casos de violencia en adultos y adultas según sexo, territorio social Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.



Fuente: bases de datos Sivim 2009, hospital de Suba.

Es importante anotar que el reporte de casos por tipo de violencias, para personas mayores de 60 años según información 2009 por el sistema de vigilancia epidemiológica Sivim, es de 1,5% con 37 casos, de donde siete casos corresponden a Tibabuyes (18,9%) y el mayor tipo de violencia reportada es la negligencia y el descuido, con dos casos respectivamente en mujeres mayores, mientras que en los hombres mayores se idéntico la violencia física y el abandono con un caso en el territorio en mención.

Esto se debe a la reproducción de patrones culturales, que se refleja en la perpetuación de éstas formas de violencia, a través de la interiorización de que existe un sexo superior al otro, ya que la acción violenta es una de las manifestaciones del ejercicio del poder más fuerte, es la manera como circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos considerados más débiles: históricamente las mujeres, los niños y las niñas.

Es importante mencionar, además que la violencia que más se registra o denuncia es la que sucede al interior de los hogares, por ser la más común, pero no quiere decir que esta situación no se reproduzca en otros espacios de vida cotidiana. Así mismo, la violencia que históricamente se ha ejercido contra las mujeres y en especial respecto al abuso sexual, pasa por el énfasis en la construcción de estereotipos de belleza femeninos en el marco de una cultura sexista que ubica a la mujer como un objeto de deseo, incapaz para construir identidad con su cuerpo más allá de la mediación o valoración que los varones hacen del mismo.

Las características socio culturales de la población que habita en este territorio favorece la frecuencia de ciertos tipos de violencia, teniendo en cuenta que muchas de las familias en las cuales se presenta esta problemática, son compuestas, en donde la madre con sus hijos conviven con su pareja, quien no es el padre de los menores y quien en la mayoría de los casos se convierte en agresor, ya sea por violencia física, emocional o sexual.

La mujer adulta se debate entre dos polos: la familia y el trabajo, enfrentándose a condicionamientos sociales en los cuales culturalmente se reduce su participación al simple cuidado de los otros y otras, desligando esta función al trabajo que desempeña en la construcción de sociedad. De esta forma se desvanece su posición como actor político y activo en la toma de decisiones, esquemas que hoy día se han venido modificando gracias a las presiones que hacen algunas mujeres mediante actos afirmativos o de movilización, orientados a la reivindicación de derechos.

En la misma vía, se encuentra la violencia ejercida contra la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgénero), el ejercicio de la violencia en sus diferentes manifestaciones se extienden del ámbito privado al público, ejerciéndose incluso en la calle, especialmente en sociedades patriarcales como la nuestra, en donde no tienen cabida las orientaciones sexuales diversas y no hetero normativas, llegando a presentarse manifestaciones que violan gravemente los derechos humanos de las personas de estos sectores, incluso asesinatos y crímenes de odio, evidenciando altos grado de homofobia.

Existe una proporción muy alta de personas en el universo LGBT de Bogotá que a lo largo de sus vidas han sufrido alguna discriminación o agresión a causa de su identidad sexual. Aproximadamente ocurre en razón de 8 de cada 10 personas, las que han sufrido algún tipo de discriminación y 7 de 10, las que han sido víctimas de algún tipo de agresión.

Al abordar el tema de las orientaciones sexuales y las identidades de género diversas de las y los adultos que hace parte de este grupo poblacional, se encuentra que la principal barrera para el abordaje del tema por parte de las personas que no pertenecen a la comunidad LGBT, es precisamente la falta de información que históricamente se ha tejido frente a esta grupo, lo que ha llevado a las personas pertenecientes a esta comunidad a ocultar de su círculo social cercano, su identidad de género y/o su orientación sexual, debido a que temen ser víctimas de discriminación por parte de la sociedad y de exclusión familiar, lo que históricamente ha determinado a estas personas (en muchos casos) a vivir en condiciones difíciles, con problemas socio – económicos que perjudican su desarrollo personal autónomo. Esta situación se ve reflejada especialmente en el acceso a empleos en condiciones de igualdad, equidad y dignidad. Los empleos a los que son relegados/as por los altos grados de exclusión en la sociedad, están relacionados principalmente a las peluquerías y al ejercicio de la prostitución, lo cual lleva a estigmatizarlos/as en razón de su ejercicio laboral; no obstante es

importante aclarar que no todas las personas LGBT se desempeñan en estos trabajos, lo que ocurre es que la mayoría de la población no se encuentra visibilizada.

Una de las tendencias en la atención en salud, en especial, la relacionada con la salud sexual y salud reproductiva, es a presuponer la heterosexualidad de las personas que consultan; En este contexto, se pretende avanzar en una atención más respetuosa de las diferencias, sin prejuicios ni juicios de valor; de esta manera, se hace invisible la existencia de personas mayores LGBT, que conforman familias homo parentales ya que existen altos índices de desconocimiento y estigmatización de esta población.

Por otra parte, aun seguimos lejos de entrar a una cultura que acepte la diversidad sexual como un derecho; a pesar de la existencia de una sentencia de la corte Constitucional, en donde se reconoce el derecho de la afiliación en salud a parejas del mismo sexo en los mismos términos y condiciones de las parejas heterosexuales, se continúa presentando el desconocimiento de esta norma, por parte de los profesionales del sector salud, a partir de lo cual se presentan situaciones de vulneración de derechos.

Sumado a lo anterior y como parte del desconocimiento frente al tema, en lo que tiene que ver con la atención en salud, existe un déficit de información respecto a las formas de atención hacia mujeres lesbianas, hombres gays, o transgeneristas, atención que debe ser sin ningún tipo de discriminación y contemplando la perspectiva de diversidad sexual.

Así mismo, a esta situación se suma el hecho de que las personas de los sectores LGBT, no están muy interesadas en visibilizarse, teniendo en cuenta que son altamente vulnerables a sufrir diferentes formas de violencia y discriminación, especialmente los hombres y mujeres transgénero y de éstas, aquellos/as que se encuentran en ejercicio de prostitución, por ser las que más evidencian el choque con los patrones culturales tradicionales. Las personas Trans son especialmente vulnerables a la discriminación y a la agresión. Entre las personas consultadas en Bogotá, el 83.2% afirma haber sufrido discriminación y el 77.9% relata algún tipo de agresión, superando en ambos casos la proporción para el total de la muestra.

Las condiciones de estos sectores hacen que la mayoría de las familias vivan con menos de un salario mínimo mensual, en hacinamiento y con pocas posibilidades de mejorar su situación de vida; hay un índice muy alto de desempleo o subempleo; todos estos factores aportan a que las familias permanezcan continuamente con factores de ansiedad, frustración, bajos niveles de tolerancia ante los comportamientos de los niños y mal manejo de la comunicación, entre otras características de la zona. Para el caso de la localidad de Suba, se ha identificado hacinamiento crítico en 3.882 hogares, que representan el 1,3% y necesidades básicas insatisfechas en 8.141 hogares que representan 2,8%.

Se puede observar además, que los mayores patrones de violencia se registran en población con menor grado de escolaridad; no obstante la violencia es un fenómeno que ocurre en todos los estratos y en todos los niveles educativos; lo que difiere son las formas de violencia, en las personas de estratos altos prima la violencia psicológica o emocional; también existe un menor grado de denuncia por el temor al señalamiento social.

Muchos de estos casos son determinados por tipos de familias monoparentales, en las cuales, generalmente la madre tiene la responsabilidad del cuidado y crianza de los niños al igual que asume el rol de proveedor económico, por lo cual delega responsabilidades a terceras personas por salir a trabajar para cubrir las necesidades del hogar.

Esta situación afecta en la mayoría de los casos a las mujeres en condición de desplazamiento, pues son ellas quienes generalmente migran a las ciudades por causa del conflicto armado y allí se ven enfrentadas al riesgo de violencia o abuso sexual y riesgo por explotación en el ejercicio de labores domésticas; estas condiciones marcan de manera significativa la vida de las mujeres, especialmente en su salud mental. En suma, el desplazamiento forzado coloca a la mujer en una

situación con exigencias nuevas del entorno y de roles familiares que inciden negativamente sobre su salud y acceso a la atención. Entre los principales problemas de salud se destacan las alteraciones de la salud mental y entre ellos, los cambios en su estado de ánimo, alteraciones del sueño, tristeza y/o depresión ante la pérdida de seres queridos, cambios actitudinales por sentimientos de odio, escasa tolerancia ante las nuevas situaciones que deben afrontar.

Además, al ser las que principalmente migran a las grandes ciudades, se convierten en madres cabezas de familia en muchos casos y asumen el rol de proveedoras económicas, así lleguen al lugar receptor con sus parejas o no, pues son ellas quienes logran emplearse más fácilmente (en labores domésticas principalmente), lo cual conlleva a un cambio en los roles familiares, que pueden en algunos casos ocasionar o aumentar la violencia al interior del hogar.

La familia como primera instancia de socialización de los niños y las niñas, juega un papel crucial en el desarrollo de la identidad de su género; es la familia la estructura social que marca diferencias entre los géneros, los roles y estereotipos que se construyen al interior de las familias; estas relaciones se reflejan y reproducen a partir de la división de tareas y actividades y del rol que cumple el padre y la madre. A su vez, es el ámbito familiar donde todas las creencias sobre el género se socializan, mostrando a las niñas y a los niños las pautas de comportamiento esperadas para cada uno de ellos.

Las inequidades del territorio están basadas en el género, evidenciándose desde la socialización temprana, obedeciendo a patrones culturales fundados en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que, si bien son ciertas, “es una verdad a medias, pues todos los seres humanos son diferentes sin importar el sexo, la edad o la condición étnica o poblacional”, el problema es que estas diferencias se reflejan en relaciones de poder que han dado paso a algunas formas de violencia.

Tal es el caso de la reproducción de roles que se realiza a través de los juegos y la asignación de juguetes a las niñas y los niños a lo largo de la infancia y que son controlados por la familia, el sistema educativo, la sociedad, la iglesia los medios de comunicación y la cultura, de tal manera que desde la infancia se muestran ya las diferencias de género; es común que las niñas ayuden en las actividades domésticas, mientras que a los niños se les fomentan actividades de mayor independencia, o bien, que se les dé a ellos responsabilidades de protección, cuidado e incluso acciones de corrección sobre sus hermanas.

Sin embargo, cuando esta distribución de roles no se da de forma equitativa al interior de las familias, se empiezan a generar situaciones difíciles de sobrellevar y es allí cuando se presentan situaciones de violencia, a través del aprendizaje de que existe un sexo por encima del otro, ya que la acción violenta es una de las manifestaciones culturales del ejercicio de poder del más fuerte, es la manera en que circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos considerados más débiles, históricamente las mujeres, los niños y las niñas lo cual trae consigo implicaciones sobre su la salud y bienestar de los mismos.

Lo que hace de los niños, niñas las mayores víctimas de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los delitos sexuales, según información de Sivim en el Territorio Dos la violencia hacia los infantes representa el 55% del total de casos reportados durante el año 2009 en las diferentes etapas del ciclo vital, lo cual podría explicarse por la falta de herramientas establecidas por los miembros de la familia en la resolución pacífica de conflictos, utilizando a los menores como objetos sociales, como medio para conseguir sus propios propósitos, dejando de lado el malestar emocional y físico que se causa con este tipo de conductas.

Los menores son reportados en su mayoría a las entidades de salud por situaciones de desnutrición, menores sin registro civil, colecho positivo (práctica de los padres de dormir con sus hijos), derivado esto del hacinamiento en el que en algunas ocasiones se encuentran las familias por el flagelo del desplazamiento o el desempleo, que obliga a compartir una vivienda entre dos o más familias para superar las necesidades básicas. Para el resto de la población infantil se evidencia el incremento de

reportes originados en la consulta médica o de control donde se ha identificado pediculosis, bajo peso, quemaduras, caídas, esquema de vacunación incompleta, inasistencia a controles prenatales.

Las gestantes se incluyen dentro de la etapa de infancia y dentro de la notificación al Sivim, se identificaron 57 maternas lo que representa el 3% de los casos reportados. Se identificó que el mayor índice de reportes se encuentra en la violencia emocional con 32%, seguida de la violencia por negligencia con 28%, luego la violencia sexual con 19% y la violencia física con 15% de los reportes; la violencia contra las gestantes afecta no solo a la mujer sino al hijo, con las consecuencias que esto trae a nivel psicológico y emocional en las diferentes etapas del ciclo vital.

Sumado a esto, en el territorio Tibabuyes, se han identificado personas en situación o condición de desplazamiento, siendo mayor la frecuencia de afrocolombianos con relación a los indígenas; los niños y las niñas se caracterizan por presentar dificultades para expresarse, agresividad y bajo rendimiento académico; sin embargo, si ponemos en contraste las intervenciones desde la ESE con este grupo poblacional encontramos que las etapas del ciclo vital que participan en los procesos de fortalecimiento de estas comunidades son mujeres jóvenes y adultas, siendo así que los niños y las niñas no participan de estos espacios, a pesar de ser los beneficiarios de los procesos que se generan o promueven desde la ESE, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población en condición de desplazamiento en la localidad de Suba.

Así mismo la proporción de niños y niñas afrocolombianos que está por debajo de la línea de pobreza local es significativamente mayor que la de los niños y niñas de otras Etnias; de acuerdo con el Índice Global de Calidad de Vida elaborado por la transversalidad de etnias en el 2008, mostró que cerca del 90% de la población afro está por debajo de la línea de pobreza; esta situación incrementa el riesgo de presentar enfermedades prevalentes de la infancia, problemas de saneamiento básico en las viviendas; sumado a esto cerca de la mitad de las madres de los afrodescendientes no tienen empleo (46%) lo cual influye en la capacidad de generar recursos, lo que repercute en la calidad de vida de sus hijos e hijas.

Por otra parte a pesar de que la población indígena urbana de nuestra localidad está en el régimen subsidiado, existe un desconocimiento institucional sobre la reglamentación especial para grupos indígenas, invalidando los procesos propios de identificación, su denominación como población especial y el derecho a que las EPS subsidiadas implementen planes diferenciales a partir de la cosmovisión de cada pueblo al que le brindan servicios. Se invalida el reconocimiento legal y la potestad que tienen los y las gobernadoras de los cabildos para la certificación de la pertenencia de un particular a su colectivo indígena.

Esto redundando en que todas las personas en estado de transitoriedad de régimen se encuentren desprotegidos y el único acceso de salud permitido sea el de urgencias. Además, los procesos de rescate y fortalecimiento de las medicinas ancestrales no encuentran vías de desarrollo pleno en este ámbito por la falta de apoyo económico que facilite la implementación de todas las iniciativas propuestas por la comunidad. Por otra parte, la medicina occidental no valora los conocimientos ancestrales y genera dificultades en la articulación entre ambos saberes.

Desde la transversalidad de desplazados se ha encontrado que la población desplazada se ha visto forzada a migrar dentro del país, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas debido a situaciones como el conflicto armado y violencia a todo nivel.

El desplazamiento forzado como otro elemento del conflicto armado, afecta considerablemente a las comunidades campesinas y se ha caracterizado por agudizar su intensidad a través de prácticas destructoras como el desarraigo a la tierra y por ende a la construcción histórica y cultural

de una comunidad, vulnerando los derechos de las familias y personas dentro de un territorio específico al tiempo que contribuye a la situación crítica que enfrenta actualmente el Distrito Capital.

De los 430 desplazados identificados por el Hospital de Suba durante el año 2009 el 31% corresponde a la etapa de ciclo vital de infancia con 136 menores de 10 años de los cuales 69 son niñas y 67 son niños. También se identificó que los hogares de los menores tienen tipología familiar nuclear, denotándose las familias que cuentan con padre, madre e hijos pero también, se incluyen otros familiares que comparten la misma vivienda de manera que se puedan dividir los gastos y contar con el apoyo y colaboración de todos, sin embargo esta característica favorece el hacinamiento con las repercusiones que trae para la salud y bienestar de los infantes.

Desde el ámbito escolar se identifican 362 alumnos en condición de desplazamiento de los cuales el 51,9% son mujeres y el 48% son hombres, a través de la priorización de los colegios Toscana (UPZ 71) y Gerardo Molina (UPZ 71) los cuales concentran el mayor número de población en desplazamiento y se enfocan las actividades en la divulgación y aplicación del enfoque diferencial, deberes y derechos como método para las acciones de restitución del bienestar de las personas en condición y situación de desplazamiento.

Con relación a la población juvenil que pertenece a poblaciones especiales o diferenciales tales como desplazamiento, etnias, jóvenes en condición de discapacidad, se han identificado situaciones particulares que incrementan la vulnerabilidad en estos grupos poblacionales.

Esta situación afecta a la población juvenil de forma importante; de 430 personas identificadas en desplazamiento durante el 2009 por la transversalidad de desplazados, 142 son jóvenes lo que representa el 33%, es decir la tercera parte de los desplazados, así mismo se identificó que son más las mujeres (81) en comparación con los hombres (61).

La intervención del hospital a los y las jóvenes se encuentra concentrada principalmente en el ámbito escolar y ámbito familiar garantizando los derechos de la población desplazada juvenil asentada en la localidad.

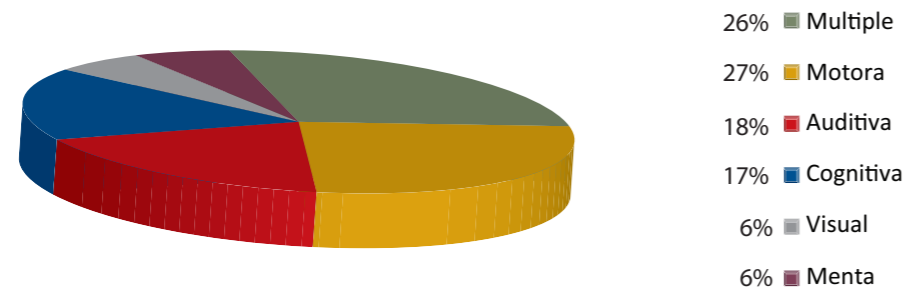
Así mismo, se encontró que una parte importante de población desplazada se ubica en la UPZ 71 - Tibabuyes. La población desplazada vinculada a los colegios oficiales de la localidad no se consideran pertenecientes a una etnia en su mayoría, solo 31 de ellos se reconocen como población étnica; sin embargo la etnia más predominante es la afrodescendiente.

El factor más relevantes frente al determinante familiar de una persona mayor en condición de desplazamiento, es el inicio de la construcción de un proyecto de vida, el cual ya se encontraba estructurado en el lugar de residencia y que en el momento del desplazamiento y sin existir explicaciones, deben ubicarse en contextos nuevos y desconocidos con el fin de construir nueva identidad en un territorio y así adaptarse a su nueva situación la cual puede ser momentánea o definitiva; lo anterior afecta la dinámica familiar, los roles aprendidos culturalmente, las estrategias comunicativas en la familia y su red de relaciones, la estabilidad laboral, ya que sus necesidades básicas son satisfechas en su lugar de origen por medio de labores las cuales son remuneradas o compensadas a través de la alimentación; al llegar al nuevo contexto se ven enfrentados a la falta de oportunidades laborales, ya que exigen parámetros específicos los cuales impiden acceder rápida y fácilmente al mercado laboral, pues las personas mayores ya no se consideran productivas.

Por otra parte, algunos jóvenes en condición de discapacidad se encuentran en el territorio dos de GSI, donde la discapacidad en la etapa de juventud muchas veces se pierde, debido a que pasan de niños a adultos siendo niños eternos. Por ello, dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad se visualiza al joven desde sus diferentes ámbitos de la vida cotidiana; en el 2009 se identificaron 71 jóvenes del territorio dos - Tibabuyes con discapacidad. Con respecto al

tipo de discapacidad, las de mayor prevalencia fueron la discapacidad múltiple y la motriz, con 27% respectivamente (ver gráfica 22).

Gráfica 22. Distribución de casos de discapacidad en jóvenes del territorio social Tibabuyes Localidad de Suba, 2009.



Fuente: bases de datos discapacidad 2009, localidad de Suba.

La transversalidad de discapacidad en el hospital de Suba busca promover la apropiación de las personas con discapacidad como sujetos de derecho para desarrollar alternativas ocupacionales en condiciones dignas y seguras para la promoción de la autonomía a través de acciones de información y orientación a la población en general.

También desde el ámbito comunitario se han venido realizando actividades que involucran a los jóvenes en situación de discapacidad como a sus familiares e incluso a jóvenes que no padecen esta condición, a través de sensibilizaciones para que puedan manejar con mejor destreza esta situación; para ello se han conformado grupos denominados jóvenes padrinos de la discapacidad, donde los miembros juegan como promotores de los derechos de las personas en condición de discapacidad mejorando su calidad de vida, evidenciando de esta manera el interés por conocer temas relacionados con la distinción de los diferentes tipos de discapacidad y el trato frente a las personas con esta condición, así mismo hacer restitución de derechos a personas en condición de discapacidad y hacer un abordaje a este tipo de personas y por último como hacer para apadrinar a una persona con discapacidad.

3.2.5.4. Núcleo 4

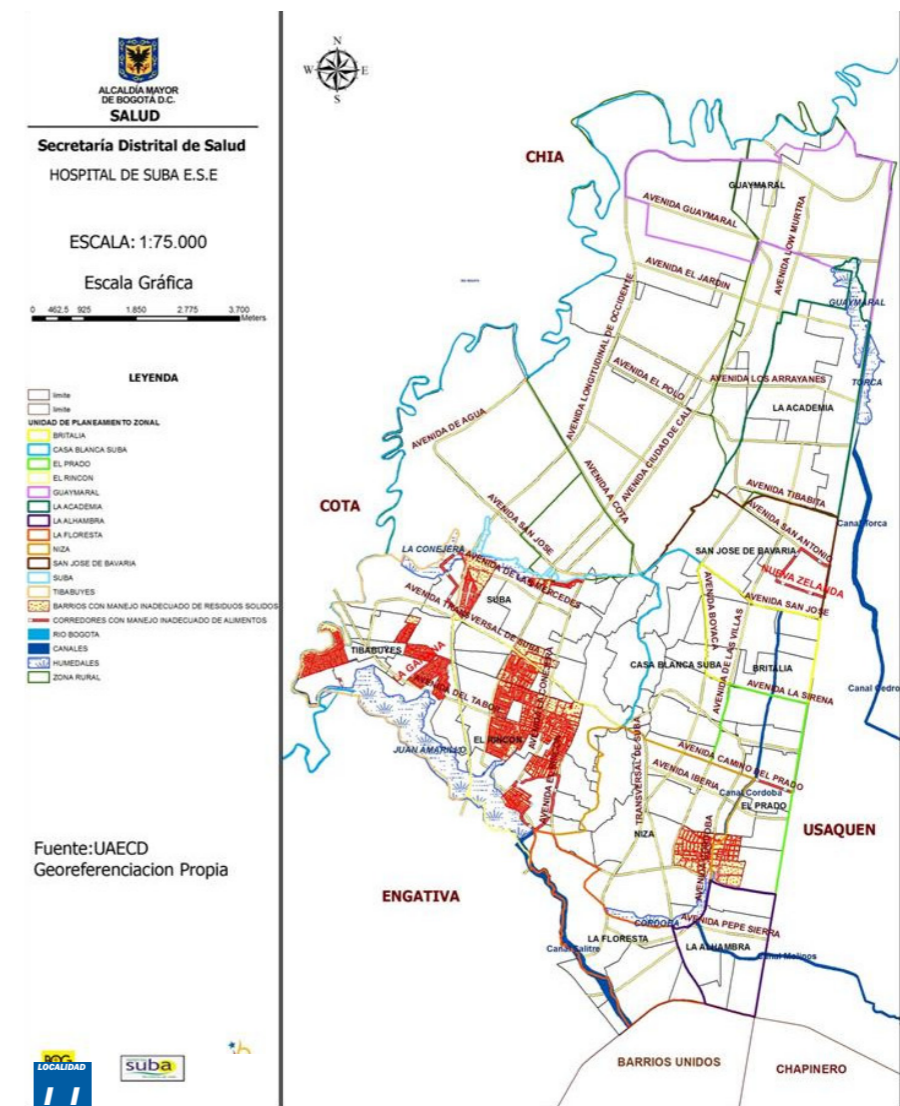
Condiciones ambientales inadecuadas por presencia de residuos sólidos en las vías y alrededores del río Bogotá y humedal Juan Amarillo en la población general del territorio Dos - Tibabuyes, lo que ocasiona deterioro en la salud y baja calidad de vida en los habitantes del territorio.

De acuerdo con información suministrada por la transversalidad de ambiente, la problemática ambiental se refleja por la proliferación de vectores (roedores e insectos) debido a: manejo inadecuado de excretas de mascotas (en zonas verdes comunes); zonas de parqueo sin pavimentar; el manejo de residuos sólidos se realiza mediante la prestación del servicio de aseo por parte del consorcio de Limpieza Metropolitana - LIME, con una frecuencia de recolección de tres veces en la semana; la deficiencia en la red de alcantarillado y la cercanía a la ronda hidráulica del río y del humedal genera malos olores, reboce de aguas lluvias y residuales; además se convierten en terrenos utilizados para el pastoreo de bovinos y equinos, depositando excretas y acrecentando la problemática sanitaria; manejo inadecuado de residuos sólidos (identificados cuatro puntos críticos de disposición temporal), lo cual no sólo genera la proliferación de vectores sino también de caninos callejeros, malos olores y deterioro paisajístico.

En el sector de las carolinas según SASC se identificaron 4 viviendas que carecen de todos los servicios públicos, 1 de acueducto, energía eléctrica y recolección de basuras y 3 de acueducto y energía eléctrica, es decir que viven en condiciones de pobreza de acuerdo con el indicador NBI.

Por otro lado el territorio se caracteriza por presentar inundaciones frecuentes en época de invierno, se identificaron viviendas en riesgo por fallas geológicas, inundaciones, derrumbe o deslizamiento (ver mapa 22).

Mapa 22. Manejo inadecuado de residuos sólidos Territorio Social Tibabuyes, localidad de Suba, 2009.



Fuente: UAECD, Base Cartográfica SDP, 2003. Ejercicio de Cartografía Participativa para la Construcción de la Política Pública de Salud Ambiente, Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010.

El territorio de Tibabuyes figura con la mayor superficie en amenaza alta y media de inundación; al estar localizado en las inmediaciones de la ronda de los ríos Bogotá y humedal Juan Amarillo, las inundaciones suceden cuando los niveles del agua aumentan de manera súbita o en un corto

periodo de tiempo e invaden las viviendas y el espacio público; se presenta por deficiencia en el drenaje y el desbordamiento de cauces; los barrios que históricamente han presentado la mayor cantidad de inundaciones son los barrios Lisboa, Bilbao, Santa Cecilia, Berlín y Cañiza I, II y III.

El Río Bogotá, el humedal Juan Amarillo y el humedal la Conejera son afluentes hídricos afectados por la acción de asentamientos humanos sin servicios en su ronda de protección y su área de influencia, disposición inadecuada de residuos sólidos, orgánicos y aguas servidas, afectando la calidad de las aguas. La situación crítica del ambiente se expresa en el relleno e invasión que reducen su superficie, aporte de sedimentos, desechos de fábricas de carbón vegetal y prefabricado de concreto.

Así mismo las condiciones de salud y medio ambiente en los niños y las niñas de este territorio, se ven afectadas por determinantes como el mal manejo del recurso hídrico, desconocimiento del almacenamiento del agua potable, la contaminación de aguas, el crecimiento de la población, la urbanización sin planeación, el uso inadecuado del suelo; influyen directamente en la proliferación de enfermedades transmisibles tales como la tuberculosis, que a pesar que la mayoría de los casos son presentados en la población adulta, para el año 2009 se identificó un caso de tuberculosis en un niño del territorio, lo que representa el 3,6% de la población identificada con esta enfermedad, situación que afecto la calidad de vida del menor.

Por otra parte, la falta de sensibilización comunitaria sobre las enfermedades transmitidas por vectores, la ausencia de programas de dotación de tanques de almacenamiento de agua potable para familias vulnerables, la escasez de programas sobre el manejo adecuado del recurso hídrico, los inadecuados hábitos higiénico sanitarios de las comunidades, la inadecuada tenencia de mascotas y la falta de compromiso de la comunidad para hacer una adecuada disposición de residuos sólidos, altera aún más las condiciones medio ambientales de este territorio.

Las y los adultos de este territorio no son ajenos a esta situación; según datos del sistema de vigilancia epidemiológica de la localidad con respecto a la tuberculosis, de los residentes en Suba en el año 2009 se identificaron a través de la notificación 108 casos, de los cuales 42 corresponde a este grupo poblacional, es decir el 39%, con una tasa de incidencia de la tuberculosis pulmonar de 7,41 por cada 100.000 habitantes. En relación al género se evidenció que esta enfermedad se encuentra afectando en su mayoría a los hombres. La proporción de casos con residencia en la localidad de Suba en relación al Distrito, corresponde al 11% y con una incidencia del 11.6 por 100.000 habitantes en el 2008. Por esta razón sigue siendo un evento muy frecuente, por lo cual se continua reforzando la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y la implementación del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) en la localidad, para el control efectivo de esta enfermedad y la atención primaria en salud que favorece la identificación y canalización de las personas con sintomatología respiratoria, el diagnóstico de los pacientes y el estudio de los contactos.

Además de los factores ambientales, existen otras condiciones que facilitan la presencia de estas enfermedades; por un lado, encontramos factores biológicos y causal genético; personas con deficiencias en el sistema inmunológico como desnutrición, cáncer, enfermedades auto inmunes, VIH/SIDA, estrés, así como ausencia de esquemas de vacunación completa, que las convierte en personas susceptibles a estas enfermedades.

Así mismo, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales: el hacinamiento, malos hábitos alimentarios, la falta de oportunidades de empleo que garanticen mejores condiciones de vida, el conflicto político social de nuestro país, que genera el desplazamiento forzado de comunidades, sin garantizar condiciones dignas de convivencia, la falta de conocimiento y del reconocimiento de la importancia de los síntomas, especialmente de la Tuberculosis, el contacto

directo con personas que tienen la enfermedad y no recibe tratamiento, así como el estigma generado a las personas que tiene la enfermedad, hace que en la mayoría de los casos las personas no continúen o incluso no inicien tratamiento.

Estas inequidades sociales facilitan la presencia, no solo de las enfermedades, sino que cada vez abren más la brecha de posibilidades para lograr una verdadera calidad de vida de las y los adultos de la localidad.

En general los altos niveles de contaminación del aire, río, humedales, contaminación visual y auditiva afecta la salud de los pobladores, especialmente de las personas mayores propiciando enfermedades respiratorias. Así mismo, la contaminación atmosférica atribuida al PM10, por vías sin pavimentar o en mal estado, altísimo flujo vehicular operados a diesel, quemas de residuos sólidos, especialmente recicladores que queman cables para extraer el metal en el interior o quema de plásticos, también demarcan complicaciones o afectaciones en la salud de las personas mayores, reflejadas dentro de las primeras cinco causas de morbilidad en personas mayores de 60 años; según el perfil epidemiológico 2008, se presentaron entre las diez primeras causas de enfermedad las enfermedades respiratorias, tipo EPOC con una tasa de 544 por 100.000 habitantes; la contaminación ambiental influye negativamente en la salud e incrementa los episodios agudos en aquellos que tienen una enfermedad respiratoria de base, como ocurre con las personas mayores que habitan en la UPZ Tibabuyes.

3.2.5.5. Núcleo 5

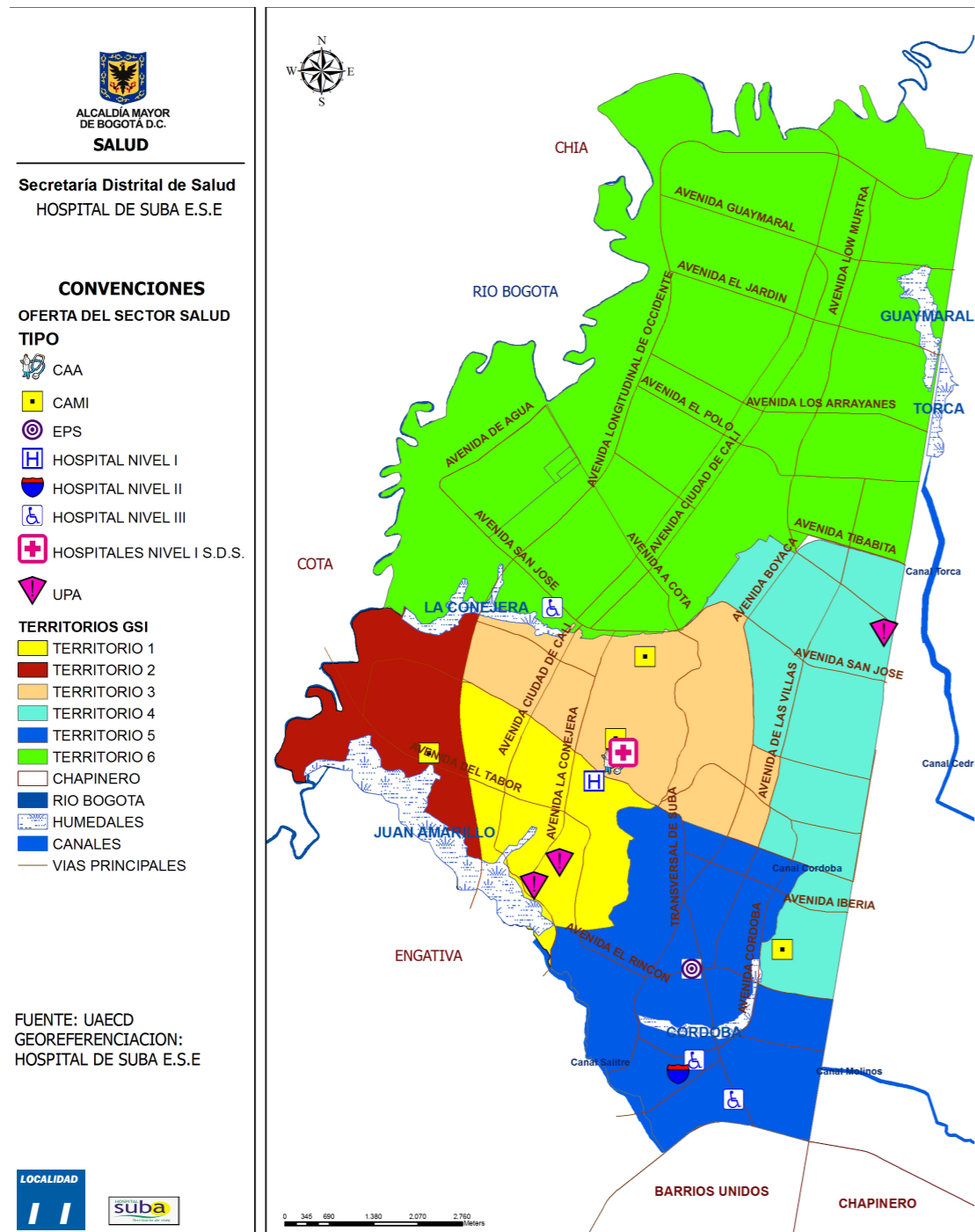
Barreras de acceso administrativas, geográficas, físicas y económicas a los servicios de salud de la población del territorio social Dos, que repercuten en la atención oportuna de las enfermedades.

La oferta institucional en el territorio está presente, sin embargo no es suficiente si se tienen en cuenta que Tibabuyes concentra el 22% de la población de la localidad (ver mapa 23).

La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como otro problema para las y los adultos, especialmente para aquellos que se encuentran en condiciones de fragilidad social (población étnica, desplazada, con discapacidad). Una de las dimensiones en las cuales se observan mayores desigualdades es en el acceso a servicios, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa, o incluso no inicia, debido a barreras en la oferta.

Se presentan barreras para la población de tipo administrativo y económico, debido a que las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados, establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos; las cuotas moderadoras se convierten en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres, así como las inconsistencias, trámites y comprobadores de derechos, de las cuales en muchas ocasiones las Empresas Sociales del Estado y la población se ven impotentes para solucionar; es decir, a nivel normativo se evidencia el cumplimiento pleno para hacer validos los derechos, pero al confrontarlo con la realidad, las dificultades son visibles no por la atención médica sino por los trámites administrativos. Así mismo, por el desconocimiento de derechos y deberes, apropiación y exigibilidad de los mismos por parte de la población, multi afiliación, demora en los tiempos de actualización de las bases de datos, desinterés por la consulta preventiva, automedicación y carencia de recursos para el traslado a las diferentes IPS.

Mapa 23. Oferta institucional de salud, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

A nivel geográfico, se presentan barreras relacionadas con problemas de desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención, problemas de conectividad debido al bajo nivel de construcción de la malla vial secundaria local y procesos de urbanización incompleta; problemas relacionados con los retrasos a nivel de mantenimiento, rehabilitación y construcción de la infraestructura vial; así mismo, el transporte urbano no ofrece las mejores posibilidades de acceso, especialmente a la personas en condición de discapacidad, pues a pesar de que estos sectores cuentan con los servicios de buses alimentadores del sistema Transmilenio, ésta se convierte en su única posibilidad de desplazamiento hacia otros sectores de la localidad o incluso fuera de ella, dificultando el acceso a los diferentes servicios para este grupo poblacional.

Por otro lado se presenta el desconocimiento por parte de los funcionarios de la legislación especial para la atención de población étnica y desplazada y la falta de un enfoque diferencial de atención para esta población, que responda a la diversidad, particularidad y características: culturales, sociales, étnicas, ciclo vital y género; no posibilitan el acceso, la disponibilidad, la exigibilidad y la oportunidad para el goce efectivo de los servicios de salud como un derecho inalienable de la población.

La falta de una reglamentación clara de la ley 691 de 2007 que refiere a la atención en salud de los grupos étnicos que no especifica la forma de vinculación a la atención en salud de todas las comunidades ya que desconocen las realidades de las comunidades en contextos tanto urbanos como rurales.

Pese a que un alto porcentaje de la población indígena urbana está en el régimen subsidiado, existe un desconocimiento institucional sobre la reglamentación especial para grupos indígenas, invalidando los procesos propios de identificación, su denominación como población especial y el derecho de ley a que las EPS subsidiadas implementen planes diferenciales a partir de la cosmovisión de cada pueblo al que le brinda los servicios. Se invalida el reconocimiento legal y la potestad que tienen las y los gobernadores de los cabildos para la certificación de la pertenencia de un particular a su colectivo indígena. Esto redundo en que todas las personas en estado de transitoriedad de régimen se encuentren desprotegidos y el único acceso de salud permitido sea el de urgencias.

Por otro lado, la carencia de apoyo a las iniciativas de medicina tradicional de estas comunidades, la desvalorización de los saberes propios y ancestrales de las comunidades indígenas por parte del discurso médico occidental y los procesos de rescate y fortalecimiento de las medicinas ancestrales no encuentran vías de desarrollo pleno en el ámbito, por la falta apoyo económico que facilite la implementación de todas las iniciativas propuestas por la comunidad. Adicionalmente, la medicina occidental no valora los conocimientos ancestrales y genera dificultades en la articulación entre ambos saberes.

Ante estas situaciones, la población se ve avocada a tramitar derechos de petición dirigidos a las instituciones en donde presuntamente se les desconoce o se les vulnera sus derechos, con el fin de buscar la protección y/o la reparación de los mismos y de esta forma poder acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, existen barreras de tipo personal, especialmente en lo que respecta a todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de las y los adultos; existen muchos imaginarios sociales frente al tema, que hacen que la población no asista a los servicios en los centros de atención de la ESE y por tanto que desconozcan los derechos y deberes en SSR y las diferentes acciones de promoción y prevención que se adelantan desde el sector.

Por un lado, existe desconocimiento de cómo acceder a los métodos de regulación de la fecundidad, las personas no conocen los métodos que oferta la ESE y que están dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), existen todavía usuarios que confían en los métodos naturales y no se acercan a los centros de salud para recibir consejería en planificación y poder escoger un método de acuerdo con sus necesidades.

Así mismo, la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es otro factor preponderante en la población adulta, debido en muchos casos al no uso del condón, el desconocimiento de factores de riesgo y consecuencias de contraer ITS, así como el ejercicio de conductas sexuales de riesgo. Según datos del sistema de vigilancia epidemiológica de la localidad, durante el 2008 al caracterizar los casos por género se encontró que en el año 2008 el 84% (n= 142) corresponde al género masculino y el 16% (n= 27) al género femenino, observando una relación de hombre mujer 5:1. Al realizar la Referenciación geográfica de los casos de VIH-SIDA en el mismo periodo en Suba Centro se encontraron 16 casos en adultos, es decir, la población económicamente activa, por lo que es importante fomentar las acciones del programa de salud sexual y reproductiva y planificación familiar y fomentar autoestima y auto cuidado.

La no adherencia de tratamiento en algunos usuarios, facilita la prevalencia de ITS, VIH, Sífilis, especialmente en los casos de violencia sexual que no son atendidos oportunamente. Estas situaciones se presentan por el poco acceso a los servicios de salud por parte de la población para recibir atención y asesoría oportuna lo cual facilita la transmisión del virus, así como por el desconocimiento de factores de riesgo que originan la patología. Por otro lado, el cambio de lugar de residencia de varios usuarios no permite un seguimiento y control de sus enfermedades, debido a que en algunos casos, por el temor que su patología, sea identificada por el grupo familiar (VIH), lo cual a su vez genera que la mayoría no inicien o continúen con el tratamiento necesario.

Esta problemática no excluye a la población adulta que hace parte de los sectores LGBT; existe un desconocimiento profundo de las prácticas sexuales de esta población por parte de los funcionarios/as de las instituciones de salud, que hacen que la atención sea basada en supuestos, lo que termina vulnerando sus derechos y discriminándolos por su orientación sexual y/o identidad de género; por ejemplo al interior de la ESE, al realizar una indagación, no se cuenta con espéculos virginales en la realización de citologías y en caso de que una mujer lesbiana lo solicite no se podrá brindar la atención adecuada y pertinente, pues no se consideran necesidades particulares en razón del ejercicio de la sexualidad.

Los prejuicios, valores, costumbres y posiciones que tienen los funcionarios/as en el momento de la consulta, se convierten en barreras de acceso para una atención integral, encontrándose en muchas ocasiones, justificaciones a este tipo de comportamientos soportadas en temores, desconocimiento y prejuicios. Por la misma falta de información y conocimiento, cada profesional se basa en sus propias ideas para caracterizar a su paciente, partiendo de situaciones visibles como el modo de vestir, hablar o caminar, originando de esta manera, un diagnóstico y/o tratamiento que en últimas, a lo que da respuesta es al imaginario del profesional.

De otra parte, no se incluye información respecto a prácticas sexuales de población con una identidad de género o una orientación sexual diversa, dentro de los programas de promoción y prevención de Salud Sexual y Reproductiva, lo que ha permitido que circulen entre las personas de los sectores LGBT una gran cantidad de mitos identificados en grupos focales del territorio, tales como el uso doble del condón para mayor protección, o peor aún, la opción de no usarlo por sus costos inaccesibles o por el desconocimiento frente a beneficios que se tienen, o la asunción de que las mujeres lesbianas al no tener penetración no estarían en riesgo de contraer ITS. Esto ha generado un mayor grado de vulnerabilidad de la población LGBT de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida.

De la misma manera, se ha encontrado un alto grado de asociación entre las palabras VIH/Sida y homosexualidad, usadas como sinónimos por la mayoría de los funcionarios/as del sector salud y de la población en general, reflejando la estigmatización del contagio principalmente en las relaciones hombres con hombres. No obstante, se conoce que en efecto, existe un alto nivel de VIH positivo en hombres que practican sexo con hombres, pero la relación exclusiva de estas personas con la

enfermedad sesga la atención que se les brinda, en tanto no se les reconoce como seres humanos íntegros en la salud; igualmente la incidencia es alta en hombres y mujeres heterosexuales, con especial auge de mujeres con pareja estable. En Bogotá, en el año 2007 se notificaron 1228 casos de VIH/SIDA, de los cuales el 10.9% pertenecen a otros departamentos, seguido de la localidad de Suba con el 10.5% y del porcentaje total el 19,4% corresponde a mujeres y 80,6% a hombres, de acuerdo con el boletín epidemiológico del año 2008.

Entre los principales factores que facilitan que la población no acceda o no pueda acceder a los servicios de salud, especialmente a los relacionados con su SSR, están las concepciones culturales y tabúes de la población frente al tema, así como situaciones de violencia al interior de las familias, lo que genera que se presenten problemas de baja autoestima, especialmente en la mujeres, lo que no permite que se acerquen a recibir atención en salud preventiva; por otro lado, el machismo de muchos hombres no permite que sus parejas tomen decisiones frente a su propia salud u otros incluso delegan esta responsabilidad en ellas.

En otros casos como se mencionó anteriormente, las mujeres son jefes de hogar, por tanto se ven en la obligación de buscar el sustento económico de sus familias, lo que genera que no tengan el tiempo y los recursos suficientes para poder acceder a los servicios preventivos frente a su salud. La falta de educación en SSR es deficiente para este grupo poblacional, por tanto desconocen las consecuencias de no recibir una atención médica preventiva y oportuna. Así mismo, la falta de comunicación dentro del núcleo familiar dificulta el direccionamiento de conductas de autocuidado y autoestima.

Por otro lado, la falta de información con respecto a la remisión de pacientes y la falta de asesoría médica y psicológica, así como el poco impacto de las políticas y estrategias establecidas para este grupo poblacional, genera escepticismo y en ocasiones rechazo de la población a acceder a los servicios.

Uno de los principales problemas en la atención a esta población, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente al deterioro de las condiciones de vida y de la salud de quienes lo padecen. Se observa el compromiso de la salud mental y de la estabilidad psicosocial, los problemas de alimentación y en menor proporción las afecciones gastrointestinales y respiratorias entre los problemas de salud referidos por grupos de informantes. La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como problema adicional.

Durante el 2009 se llevó a cabo el proceso de cualificación, socialización y capacitación, mediante la difusión del eje sobre el cual se rige el Protocolo de Atención Diferencial en Salud, al personal de las diferentes instituciones que tienen intervención directa con la población étnica de la localidad, así como a los auxiliares de enfermería que se vinculan al Programa Salud a Su Casa (SASC); se encontró en el grupo poblacional muisca, con relación al acceso a la salud, que casi la mitad de los encuestados, un 49,1%, están afiliados a una EPS, mientras que 39,7% están afiliados al SISBEN; en menor proporción se encuentran los afiliados a una ARS con un 6,7 % y a una ARP con sólo un 0,5 %.

Por otra parte, para el grupo poblacional Afrodescendiente, el 49,7% de esta población de la localidad de Suba está afiliado al SISBEN, en concordancia con el estrato uno y dos, al que pertenece la mayor parte de ellos; en segundo lugar se encuentran los afiliados a EPS con un 34,4%, seguido de los afiliados a ARS con un 7,74 %; finalmente se encuentran los de ARP con un 0,8%; estos datos indican que casi un 100% de los encuestados cuentan con algún tipo de afiliación en salud.

3.2.5.6. Núcleo 6

Espacios no seguros en el territorio Tibabuyes debido altos niveles de inseguridad relacionados con el consumo de SPA, Tráfico y venta de Estupefacientes, presencia de pandillas, lo cual genera delincuencia.

En la UPZ 71 - Tibabuyes se evidencia alta problemática de venta y consumo de SPA siendo reconocidas 2 de las más grandes ollas de la localidad (Lisboa y Bilbao), lo que genera muchas problemáticas no solo a nivel familiar, sino individual y de comunidad. Esta situación desencadena en los jóvenes adicción y afiliación a grupo de pares inadecuados, generando constitución de pandillas, conductas delictivas (hurto, agresividad, entre otras); situación socioeconómica crítica, manejo de conflictos, déficit en expresión de sentimientos; historia de vida de los padres y madres relacionada con la violencia, maltrato y comportamientos opositoristas característicos de la etapa.

Según refieren jóvenes del barrio Berlín de Tibabuyes, la inseguridad está relacionada con las mal llamada limpieza social; refiere uno de los jóvenes “no hay pandillas armadas sino paracos, limpieza social” otro joven menciona “lo que hay son paracos, porque nosotros entre combos no peleamos, lo que nos azota es la limpieza”, un tercer joven refiere “la limpieza nos ataca de 8.30 a 9.00 PM. Debemos escondernos, toca escondernos de la camioneta”. Estas expresiones dan cuenta de la situación crítica que viven algunos jóvenes del territorio dos – Tibabuyes, donde claramente existe miedo a perder la vida si se es catalogado como pandillero o ladrón, como mencionan otros jóvenes, quienes refieren que encontrarse departiendo con amigos en el parque es motivo para que sospechen de ellos y crean que están consumiendo drogas o planeando alguna acción delictiva.

Tibabuyes hace parte de los territorios de la localidad urbanizadas sin un proceso de planeación, que ha sido afectada además por invasiones, por lo cual no se dejaron espacios adecuados para parques y vías de acceso. En la UPZ 71 hay 1,64 m² de parques por habitante; aquí está ubicado el paseo peatonal ciclo ruta del borde del Juan Amarillo; los espacios de recreación que existen están en mal estado, no cuentan con aditamentos suficientes, no hay senderos peatonales, ni una buena iluminación, lo que conlleva a estos espacios a percibirse como inseguros. La población juvenil considera que la inseguridad en los parques impide la recreación, el cuidado de la salud mediante la práctica de actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre.

3.3 Territorio Social Tres – Suba Centro y Casablanca

De acuerdo con la división de los territorios sociales, en la localidad de Suba se definió el territorio tres de Gestión Social Integral - GSI, conformado por las UPZ 27 - Suba Centro y la UPZ 23 – Casablanca; estas zonas se caracterizan por presentar problemáticas sociales, económicas y ambientales, que desencadenan factores de riesgo para los pobladores de este territorio.

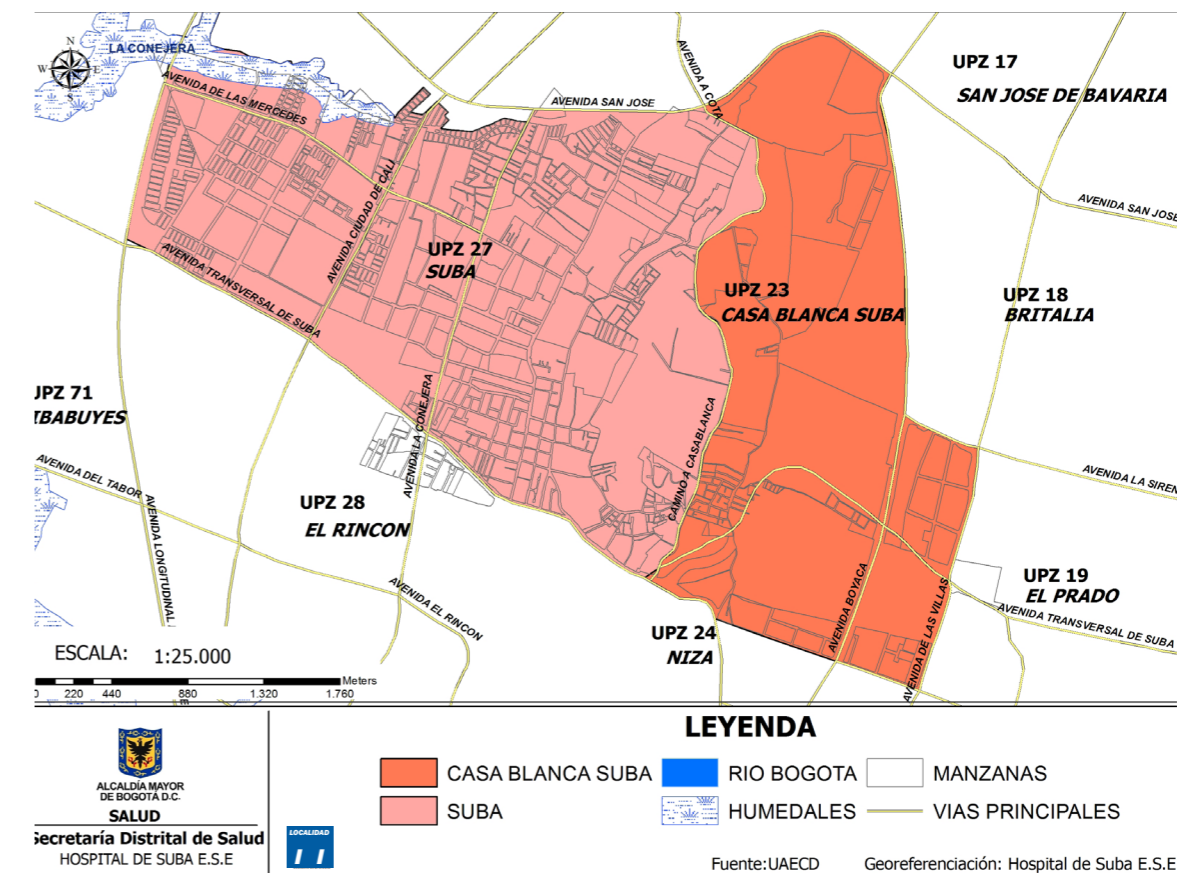
El territorio social tres limita al norte con la zona de reserva forestal (Humedal la Conejera, la carrera 95 y la avenida San José); al sur con las UPZ Rincón y la UPZ Niza, al oriente con el territorio social dos (UPZ Tibabuyes) y al occidente con el territorio social cuatro (UPZ: Prado, Britalia, San José de Bavaria) (ver mapa 24).

El territorio social tres está conformado por 48 barrios, de los cuales 10 barrios son de la UPZ 23 - Casablanca (Atenas, Catalayud, Casablanca I y II, Casablanca Norte Suba, Del Monte, El Velero, Escuela de Carabineros) y 38 barrios corresponden a la UPZ 27 - Suba Centro (Acacias, Alaska, Alcázar de Suba, Almendros Norte, Alto de la Toma, Bosques de San Jorge, Campanela, El Pencil, Suba Compartir, El Pinar, El Pino, El Pórtico, El Salitre, Java, La Campiña, La Fontana, Las Orquídeas, Londres, Miraflores, Monarcas, Navetas, Pinar de Suba, Prados de Suba, Portal de Las Mercedes, Pradera de Suba, Prados de Suba, Rincón de Santa Inés, San Francisco, Santa Isabel, Suba Centro,

Tuna Alta, Tuna Baja, Turingia, Vereda Suba Cerros, Villa del Campo, Villa Esperanza, Villa Hermosa, Villa Susana) los cuales se encuentran reglamentados, de estratos dos, tres y cuatro.

La historia de asentamiento humano y urbanización del territorio se origina con la parcelación de fincas y venta de lotes; los procesos migratorios de los años 70, 80 y 90 dieron origen a la expansión y crecimiento urbano de Suba Centro y Casablanca, movidos por la consecución de una vivienda propia; sus pobladores iniciaron el proceso de autoconstrucción progresiva de sus casas de acuerdo con la disponibilidad de recursos, comenzando con un piso para ampliarla a dos o tres según fueran las condiciones económicas.

Mapa 24. Territorio Social Tres - Suba y Casablanca, localidad de Suba, 2010.



Fuente: Cartografía UAED. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

Las UPZ 27 (Suba) y la UPZ 23 (Casablanca), se destacan por ser tierras pertenecientes al resguardo indígena que, al ser disuelto, se dividió en fincas que posteriormente fueron loteadas y vendidas a familias de bajos recursos, las cuales realizaron procesos de auto-construcción. Estas zonas se caracterizan porque fueron urbanizadas sin planeación, en procesos irregulares de apropiación de tierras y con asentamientos de población pobre y trabajadora manual. Desde la década de los 80 se han dado procesos de invasión de las áreas de ronda del río Bogotá y los humedales de Juan Amarillo y la Conejera y de los cerros, por lo cual en esta zona se concentran los predios ubicados en áreas de amenaza alta y media de remoción en masa y de inundación. De igual forma, esta ocupación ha generado contaminación por vertimiento de aguas negras domiciliarias, ya que muchos de los

barrios son ilegales y no cuentan con servicio de acueducto y alcantarillado. Además, las áreas de ronda son utilizadas para desechar basuras y escombros, generando infestación de roedores e insectos, alta población de perros callejeros y problemas de contaminación ambiental¹².

Estos antecedentes explican la configuración actual de esta zona donde predomina la población de estratos 2 y 3, que se ocupa en oficios como la construcción, la mecánica, los cultivos de flores, motivo por el cual se desplazan hacia municipios aledaños a la localidad como Chía y Cota y a otras localidades. La población está afectada por el desempleo y la ocupación informal. Esta zona se caracteriza por la alta densidad poblacional, el hacinamiento y la deficiencia en infraestructura vial, de servicios públicos y de equipamientos, tales como parques, centros educativos y recreativos.

Estas condiciones generan el debilitamiento del tejido social reflejado en los casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual y uso de sustancias psicoactivas. El embarazo en adolescentes es frecuente y percibido como un problema de primer orden por la comunidad. Esta zona concentra las muertes violentas de la localidad y la comunidad denuncia muertes de menores de 18 años por suicidio. Según lo referido por la población, existe un gran problema de inseguridad caracterizado por la presencia de pandillas, atracos, riñas y grupos satánicos.

Un problema generalizado es la invasión del espacio público, especialmente en el sector Transversal 91, la carrera 92 y las zonas externas de los centros comerciales Subazar y Centro Suba debido a las escasas oportunidades laborales que obligan a la población a desarrollar actividades informales. Las vías no cuentan con andenes y pasos peatonales por lo que el riesgo de atropellamientos es latente.

En esta zona se registran dos particularidades que es importante mencionar: la primera es la relacionada con el casco urbano de Suba antigua, perteneciente a la UPZ 27 - Suba, que se caracteriza por el comercio tradicional del pueblo; aquí predomina el estrato tres y se viene dando un proceso de urbanización residencial, habitado por trabajadores del sector financiero y empleados que asumen el pago de vivienda por cuotas; la segunda ubicada en un sector de Casablanca UPZ 23, donde se conservan fincas, de amplios terrenos ubicadas en la ladera, en donde permanecen familias de estrato alto; igualmente sectores periféricos no desarrollados con grandes predios libres y una zona de protección ambiental, los cerros de Suba y el parque Mirador de los Nevados.

A pesar de que esta zona concentra la oferta pública de servicios sociales se presentan déficit de éstos; en salud existen tres centros de atención, de los 17 puntos de atención con los que cuenta el Hospital de Suba; sin embargo se da respuesta a las acciones propias del PIC relacionadas con los ciclos vitales, en educación (77% de los CED), bienestar (89% de los puntos de atención del ICBF y DABS); ésta es insuficiente debido a la precariedad de las condiciones de vida de la localidad y al proceso de empobrecimiento de una buena parte de la población. En esta zona se concentra la respuesta social organizada de la comunidad a través de Juntas de Acción Comunal JAC (73%), que gestionan la provisión de servicios públicos y sociales en la zona y ONG que realizan actividades de bienestar social, salud, culturales y recreativas.

El derecho a un ambiente sano permite a todas las personas y sus familias disfrutar de un hábitat de calidad; en este territorio, el deterioro ambiental, aunado a las condiciones de precariedad en infraestructura vial, equipamientos, pobreza y exclusión, determinan la calidad de vida de sus residentes.

Este territorio es atravesado de sur a norte por una franja importante de los Cerros de Suba. La presión a este ecosistema está dada por el proceso de expansión urbana. La degradación de la cobertura vegetal ha tenido incidencia en la pérdida de la oferta hídrica de recarga hacia las partes bajas y la alteración del hábitat de especies migratorias que llegan a los humedales de Guaymaral y la Conejera, próximos al cerro.

Este territorio limita con el Humedal de la Conejera; este sistema ecológico presenta un deterioro ambiental significativo por acción de la expansión urbana, reducción del caudal del agua por desecación de nacederos, uso sin control del agua subterránea, además de la contaminación de sus aguas por disposición final de aguas servidas de las viviendas y actividades agroindustriales que vierten agroquímicos que deterioran la calidad de sus aguas, situaciones que hacen que la superficie del humedal disminuya.

La estructura ecológica ha sido afectada por un desordenado crecimiento urbanístico, principalmente en las áreas de los cerros y de las rondas de los ríos y humedales, que se caracteriza por la construcción de viviendas. Las comunidades, especialmente las que habitan las áreas aledañas que interaccionan con estos lugares, ignoran en gran medida la riqueza natural y su importancia desde el punto de vista biótico por ser reducto del ecosistema andino, con gran presión antrópica sobre las especies de fauna y flora endémicas que se deben proteger, desde el punto de vista social, por ser lugares apropiados para la educación ambiental y el ecoturismo.

El hábitat y el desarrollo humano se ven afectado por el deterioro ambiental y sobreviene riesgos de inundación, deslizamientos y hundimientos en las viviendas, estas situaciones se consideran riesgos en el entorno para el patrimonio acumulado de las familias y personas al afectar la vivienda. Los barrios Acacias, Las Orquídeas I y II, Londres, Los Monarcas, Salitre II, presentan riesgos de inundación por estar localizados en la ronda hidráulica del Humedal de la Conejera y el Barrio Villa Hermosa por encontrarse en la ronda de la quebrada la Salitrosa.

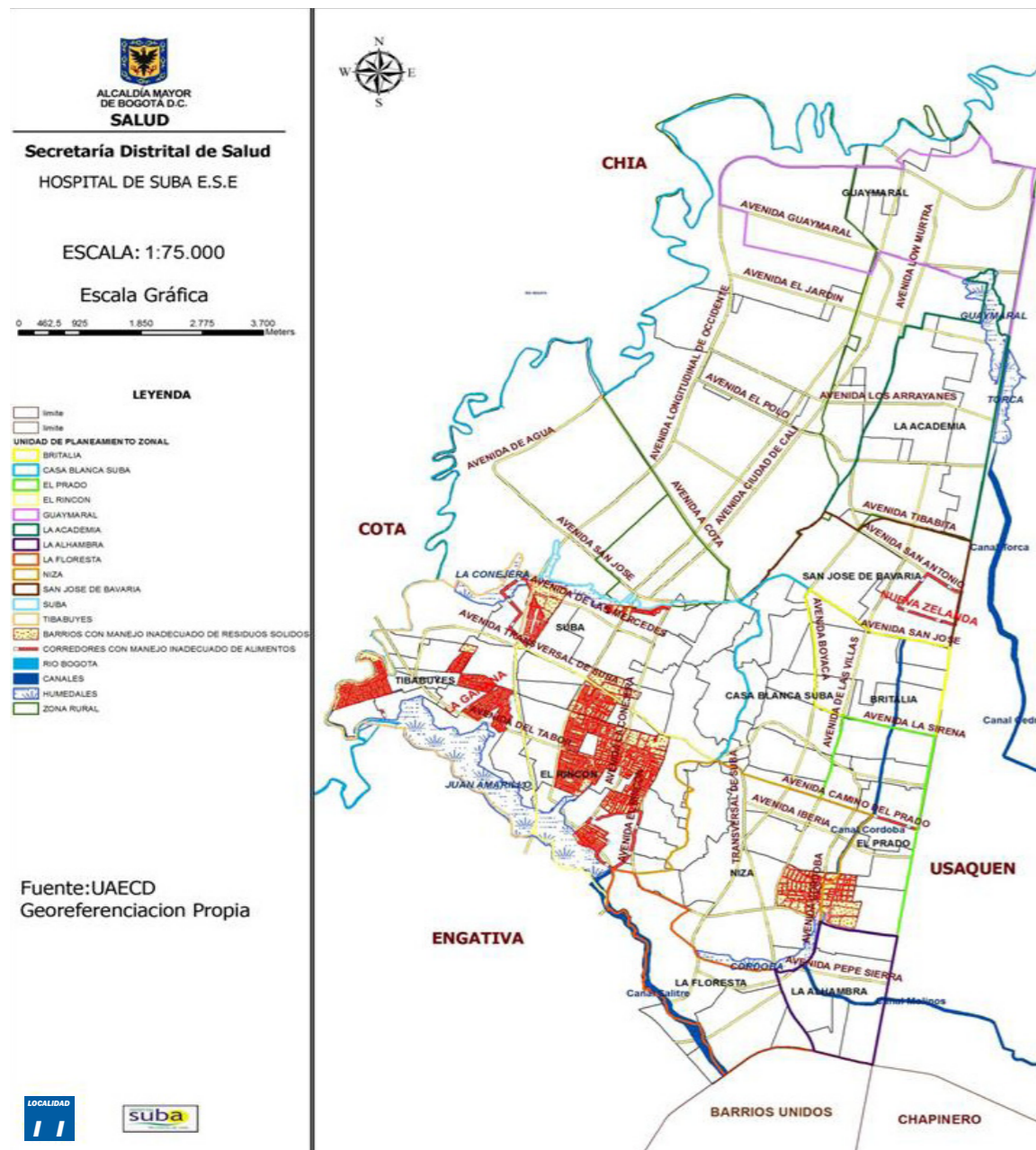
Según el documento “*Recorriendo Suba*”, en este territorio particularmente se detecta riesgo de deslizamiento en los barrios Tuna Alta y Casablanca. Esto reafirma que la UPZ Casablanca tiene la mayor área de zonas en remoción en masa, con amenaza alta.

De otra parte se presenta hundimiento de los terrenos y agrietamiento de estructuras, afectando las viviendas de barrios de la UPZ Suba Centro; se explica porque tales zonas fueron urbanizadas rellenando terrenos que hacían parte de las áreas de ronda de los ríos o eran humedales de la localidad.

La población de este territorio representa aproximadamente el 16,5% del total de la población de la localidad, lo que equivale a 171.227 habitantes de los cuales 52,8% son mujeres (90.452) y 47,2% son hombres (80.778), según proyección DANE 2009.

De acuerdo con la caracterización realizada por SASC, se identificó en el territorio social tres que cuenta con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural. También cuenta con infraestructura de conducción de aguas residuales, sistema de recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos, vertimientos sólidos y líquidos a cuerpos de agua o suelo, e infraestructura de drenaje de aguas lluvias; así mismo, se han identificado problemáticas ambientales, las cuales se relacionan con botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros, debido a que la comunidad no hace uso adecuado del servicio de recolección de basuras; esto cual favorece la proliferación de roedores y vectores en las viviendas; se evidencia manejo y tenencia inadecuada de mascotas que ocasionan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos(ver mapa 25).

Mapa 25. Manejo inadecuado de residuos sólidos, Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2010.



Fuente: Base Cartográfica SDP, 2003. Ejercicio de Cartografía Participativa para la Construcción de la Política Pública de Salud Ambiental, Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010.

A continuación se hace referencia al análisis de la población por etapa de ciclo vital en el territorio social tres de GSI.

3.3.1. Etapa de ciclo vital infancia

El desarrollo de la infancia, contempla aspectos físicos, sociales, cognitivos y afectivos que delimitan los programas orientados a ese grupo poblacional. Desde la primera infancia se construyen las condiciones para el ingreso del niño y la niña a la vida sociocultural, económica, política y ambiental de un país. Es precisamente mediante esos intercambios que el niño va interiorizando las normas que constituyen la vida social y cultural de su comunidad.

Según proyecciones DANE 2009, la población infantil representa el 16% del total de la población de la localidad de Suba, lo que equivale a 163.014 niños y niñas; de éstos 53.569 (33%), corresponde al territorio social uno. La etapa de ciclo de infancia se clasifica según la política de infancia entre los cero y nueve años; de acuerdo con la clasificación según sexo se identificaron 26.904 niños, lo cual representan el 50,2% y 26.665 niñas es decir el 49,8% del total de menores de diez años.

En del ciclo de infancia se incluyen las mujeres gestantes, las cuales representan el 1,2% de la población de Suba según estadísticas institucionales.

Entre las principales manifestaciones del daño a la salud en la infancia se encuentran las situaciones de violencia intrafamiliar y condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional. En el año 2009, en el hospital de Suba se presentaron 172 muertes perinatales, 81 muertes en niños de 7 días de nacido a un año de edad y 159 casos de muertes infantiles (1 a 5 años), todas estas consideradas muertes evitables.

Otra de las causa de defunción en los menores de cinco años es la mortalidad por enfermedad diarreica aguda; para el año 2008, la tasa de mortalidad por EDA fue de 2.5 por 100.000 niños menores de 5 años, es decir, probablemente de 2 a 3 niños de cada 100.000 menores de 5 años murieron por causa de la enfermedad diarreica, mientras que para el año 2009 no se presentaron mortalidades por esta causa en la localidad.

En los últimos años la localidad de Suba ha registrado una marcada reducción de la mortalidad por neumonía pasando de una tasa de 31,9 por 100.000 menores de cinco años en el año 2000 a una tasa de 18,6 por 100.000 menores de 5 años en el año 2009. En el territorio social tres se presentó un caso en el 2009, lo que representa una tasa de 0,9 por 10.000 menores de cinco años.

Al analizar las estadísticas de mortalidad por grupos de edad, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, continuaban siendo al año 2007 la primera causa de muerte en los menores de un año atendidos en el hospital de Suba (46 casos con una tasa de 2,9 x 1.000 nacidos vivos); en los menores de uno a cuatro años la neumonía ocupa el primer puesto con cuatro casos.

De acuerdo con la dinámica poblacional, es necesario describir a los niños y niñas inmersos en unos territorios que presentan unas características específicas que los hace diferentes y que genera unos factores protectores, así como también unos factores de riesgo que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de la población infantil. Es por esta razón que el análisis situacional de la población infantil en la localidad se presenta desde los territorios sociales de GSI, teniendo en cuenta que éstos presentan unas condiciones socioeconómicas y ambientales particulares.

La familia como primera instancia de socialización de los niños y las niñas, juega un papel crucial en el desarrollo de la identidad de su género; es la familia la estructura social que marca diferencias entre los géneros, los roles y estereotipos que se construyen al interior de las familias; estas relaciones se reflejan y reproducen a partir de la división de tareas y actividades y del rol que cumple el padre y la madre. A su vez, es el ámbito familiar donde todas las creencias sobre el género se socializan, mostrando a las niñas y a los niños las pautas de comportamiento esperadas para cada uno de ellos.

De los 430 desplazados identificados por el Hospital de Suba durante el año 2009 el 31% corresponde a la etapa de ciclo vital de infancia con 136 menores de 10 años de los cuales 69 son niñas y 67 son niños. También se identificó que los hogares de los menores tienen tipología familiar nuclear, denotándose las familias que cuentan con padre, madre e hijos pero también, se incluyen otros familiares que comparten la misma vivienda de manera que se puedan dividir los gastos y contar con el apoyo y colaboración de todos, sin embargo esta característica favorece el hacinamiento con las repercusiones que trae para la salud y bienestar de los infantes.

En la población que habita este territorio se han identificado niños y niñas con discapacidad; según el DANE, en la localidad de Suba existen 11.220 personas registradas con discapacidad, de las cuales 692 pertenecen a la etapa de ciclo vital de infancia, lo que representa el 6,2%; la discapacidad que más afecta a los infantes corresponde a alteraciones del sistema nervioso con el 60,7% de los casos (420 niños y niñas).

Otra de las patologías que presenta la población infantil en el territorio se relaciona con la salud oral; de acuerdo con información institucional de la ESE, en la consulta odontológica se han registrado tratamientos odontológicos específicos como colocación de obturaciones por presencia de caries con compromiso de pulpa, tratamientos de ortodoncia, tratamientos de ortopedia específicos para los niños y niñas, o tratamientos quirúrgicos, simples o complejos.

Desde el ámbito escolar, en el año 2009, se intervinieron 8.342 niños y niñas de colegios, jardines, comedores y casas vecinales, en edades entre cero y nueve años; de estos, 4.991 son de sexo masculino y 3.351 de sexo femenino, ubicados en el territorio. Se realizaron diferentes actividades para promover hábitos de vida saludable, como fueron la técnica adecuada de higiene oral implementadas desde la primera infancia, en colegios y jardines; comedores comunitarios y casas vecinales; en los menores caracterizados se evidenció alto índice de caries extensas, pérdida temprana de temporales, restos radiculares debido a prácticas deficientes de higiene oral, que ocasionan deformaciones de los maxilares, malposiciones dentarias y problemas nutricionales. De las valoraciones realizadas se evidenció que el 41% de los niños y niñas se encontraba en prioridad alta (rojo) es decir necesitaban atención prioritaria por presentar lesiones de caries activa, cavitacional o no cavitacional, procesos infecciosos, sintomatologías de dolor.

Por otra parte desde el sistema de vigilancia en salud oral – Sisveso, durante el 2009 fueron atendidos 63 niñas y niños, de los cuales, 11 se ubican en el territorio social tres, en quienes se identificaron 8 casos con caries cavitacional y 3 casos de gingivitis.

Otra aspecto importante a tener en cuenta es la mortalidad materna para el año 2009; la tasa se ubico en 58,4 por 100.000 nacidos vivos presentando un incremento con relación al año 2004 (55.3 por 100.000 nacidos vivos); la muerte de una madre es una tragedia evitable y una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia.

Se observa además que las inequidades basadas en el género se evidencian desde la socialización temprana y se pueden observar en la vulneración a los derechos, teniendo en cuenta, la manera en que circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos discriminados por su orientación sexual o identidad de género. Es así que el tema de violencia contra las personas de los sectores LGBT en esta etapa de ciclo vital se hace evidente y está relacionada con el contexto cultural, político y social; un ejemplo es la violencia ejercida desde las aulas de clase y es desde aquí donde se empiezan a manifestar actos de violencia física, verbal y emocional; así mismo, se ha logrado observar cómo las familias aun no incursionan en la formación en derechos sexuales, lo que ha producido en niños y niñas una imposibilidad de expresar cómo se sienten en materia de orientación sexual e identidad de género.

Bogotá es un nodo regional donde confluyen todas las regiones del país, grupos poblacionales, interétnicos y multiculturales; en la UPZ Suba Centro se han identificado pobladores de diferentes departamentos del país y grupos étnicos entre estos, afrocolombianos, indígenas muiscas, kwichas, también desplazados, desmovilizados, reinsertados, madres cabezas de familias, parejas en unión libre, casados por lo civil y diferentes iglesias, católicos, protestantes, junto a toda la población LGTB que se encuentra en la localidad (aún no visibilizada), conformando el símil del tejido social de este territorio.

El encuentro de esta variedad sociocultural, produce comportamientos y tensiones que contrastan de una u otra manera con la política pública de infancia y adolescencia del Distrito y el enfoque promocional de calidad de vida y salud, que trata por encima de todo de posicionar los derechos de los niños y las niñas, fortaleciendo su etapa del ciclo vital desde la salud, como una forma de contribuir al fortalecimiento del capital social, no solo del menor sino también del núcleo familiar al que pertenece.

Nos referimos, por supuesto, a la crianza de los hijos que cada una de estas culturas tiene o maneja; los hábitos alimentarios, la higiene personal y bucal, los traumas psicosociales con los que allegan a este territorio y los que se le suman en la convivencia, los cuales constituyen un acervo sociológico en la cultura ciudadana de la comunidad de Suba; el encuentro de esta riqueza poblacional se da en los diferentes circuitos urbanos realizados en las UPZ Suba y Casablanca, intervenidas por el Hospital de Suba.

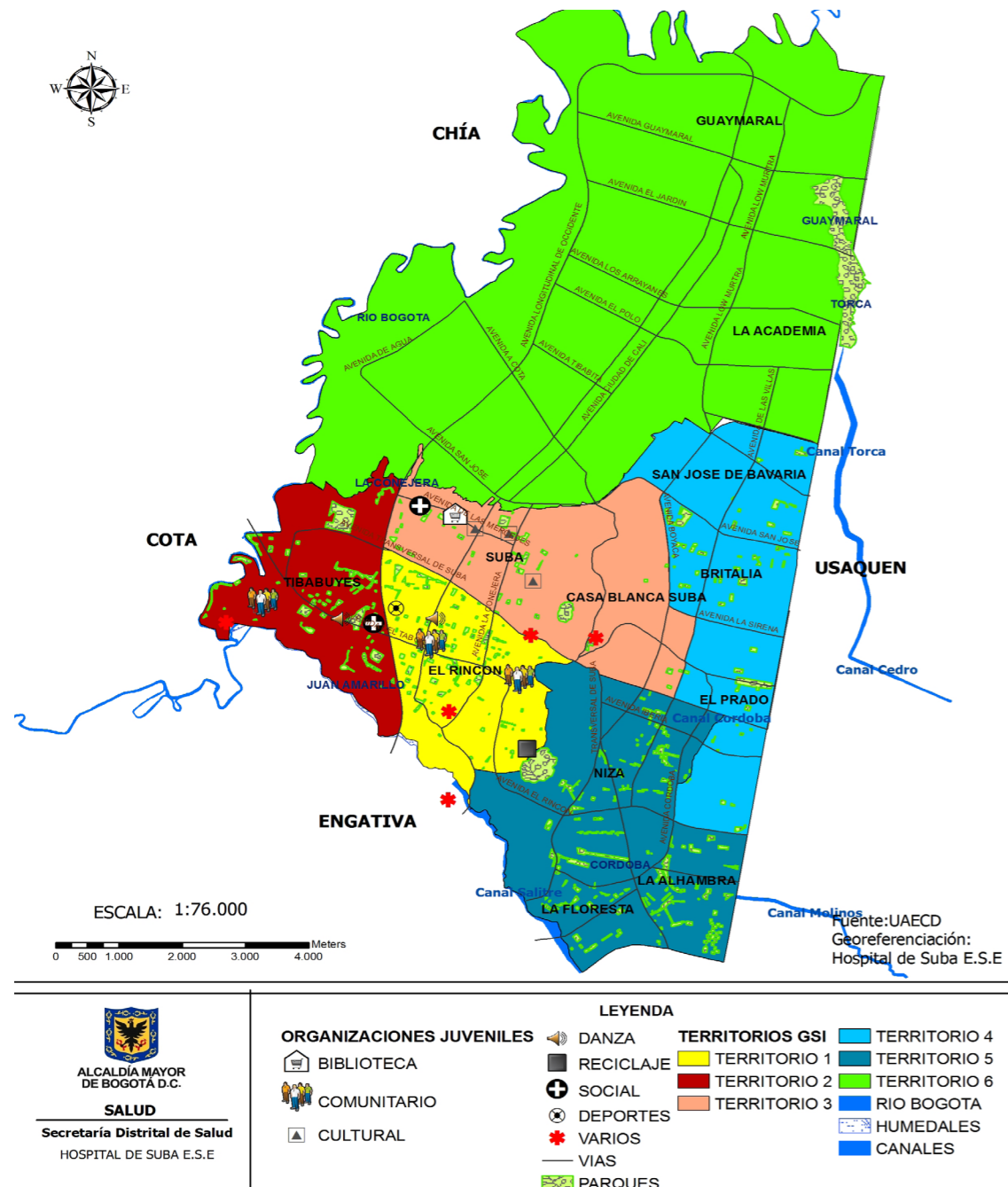
3.3.2. Etapa de ciclo vital juventud

La etapa de ciclo vital juventud es el momento en el cual se alcanza el crecimiento biológico, se asumen los roles sociales más importantes y se empiezan a establecer relaciones sociales más serias en el ámbito laboral y en el personal. En esta predomina el proceso de individuación. Es decir, se logra la independencia y autonomía en varios planos. De acuerdo con esto los contextos históricos y espaciales determinan la especificidad, alcance y limitaciones, al igual que explica la diversidad, heterogeneidad y complejidad del ser, estar, actuar y producir de los jóvenes, es decir la condición juvenil. En paralelo, la evolución de los discursos, políticas y acciones en torno de los jóvenes dependen tanto de factores endógenos como de condicionantes externos.

La etapa de ciclo vital juventud se clasifica de acuerdo con la política de infancia entre los 10 y 26 años; según proyecciones DANE 2009, se identificaron 258.957 jóvenes en este grupo de edad en la localidad, de los cuales 51.503 jóvenes pertenecen al territorio social tres, lo que representa el 5% de la población local; de acuerdo con el género, 48,4% son hombres y 51,6% son mujeres.

En la localidad de Suba los jóvenes poco a poco han tenido una apropiación de las problemáticas que los afectan y así mismo han hecho visibles sus potencialidades; según sus particularidades y teniendo en cuenta que el territorio enmarca una forma de pensar y de actuar según las condiciones a las cuales están expuestos, expresan su forma de pensar y de interactuar con el resto de las etapas del ciclo vital. Los jóvenes en la localidad tienen representación a través de las diferentes organizaciones juveniles; en el territorio social tres se identifican 2 grupos en actividades culturales (ver mapa 26).

Mapa 26. Organizaciones Juveniles, Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2010.



Fuente: Base Cartográfica SDP, 2003. Organizaciones Juveniles. Hospital de Suba E.S.E. 2010.

Esta situación de los jóvenes también afecta las percepciones culturales y simbólicas adquiridas por los medios de comunicación masivos y entornos socio - ambientales que desembocan en diferentes desórdenes alimenticios, como la extrema delgadez, principalmente en las mujeres adolescentes, causando problemáticas que afectan la salud mental de dicha población, como conductas e ideaciones suicidas asociadas a culturas urbanas, consumo de SPA o ingesta de alcohol, baja autoestima, sentimiento de soledad por carencia y expresión de sentimientos al interior del

hogar, conflictos intrafamiliares, dependencia emocional hacia la pareja, inestabilidad emocional, no establecimiento de proyecto de vida, violencia intrafamiliar - VIF, ausentismo de figuras paternas, crisis de identidad, bajo rendimiento académico, conflicto con pares y a nivel familiar, asociado al no establecimiento de normas claras y acordes a la edad.

Teniendo en cuenta la situación de salud de los y las jóvenes y así mismo visibilizando que el joven acentúa en esta etapa del ciclo vital su independencia y autonomía en diferentes aspectos de su vida, reflejado incluso en su propio cuerpo y en un reconocimiento del mismo, es importante evidenciar si estos jóvenes tienen conocimiento de los derechos sexuales, de los cuales, por la misma cultura, hacen parte de ellos; si además son conscientes de las rutas orientadoras que existen para ellos en lo que a salud sexual y reproductiva -SSR- se refiere, en la UPZ Tibabuyes se han adelantado actividades donde se han socializado los Métodos de Regulación de la fecundidad y el acceso a los servicios en SSR, a los cuales tiene derecho la población; de esta manera se unifica este aspecto con el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos.

Con relación a la población juvenil que pertenece a poblaciones especiales o diferenciales tales como desplazamiento, etnias, jóvenes en condición de discapacidad, se han identificado situaciones particulares que incrementan la vulnerabilidad en estos grupos poblacionales.

Desde la transversalidad de desplazados se ha encontrado que la población desplazada se ha visto forzada a migrar dentro del país, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas debido a situaciones como el conflicto armado y violencia a todo nivel.

El desplazamiento forzado como otro elemento del conflicto armado, afecta considerablemente a las comunidades campesinas y se ha caracterizado por agudizar su intensidad a través de prácticas destructoras como el desarraigo a la tierra y por ende a la construcción histórica y cultural de una comunidad, vulnerando los derechos de las familias y personas dentro de un territorio específico al tiempo que contribuye a la situación crítica que enfrenta actualmente el Distrito Capital.

Uno de los principales problemas en la atención a esta población, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente al deterioro de las condiciones de vida y de la salud de quienes lo padecen. Se observa el compromiso de la salud mental y de la estabilidad psicosocial, los problemas de alimentación y en menor proporción las afecciones gastrointestinales y respiratorias entre los problemas de salud referidos por grupos de informantes. La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como problema adicional.

Esta situación afecta a la población juvenil de forma importante; de 430 personas identificadas en desplazamiento durante el 2009 por la transversalidad de desplazados, 142 son jóvenes lo que representa el 33%, es decir la tercera parte de los desplazados, así mismo se identificó que son más las mujeres (81) en comparación con los hombres (61).

De acuerdo con información de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad del año 2009, se identificaron 11 jóvenes en condición de discapacidad residentes del territorio social tres, de los cuales el 64% son hombres y el 36% son mujeres. Con relación al tipo de discapacidad, la que presentó mayor prevalencia fue la discapacidad múltiple en el 41,7% de los casos, seguida por la cognitiva, con 30,6% y por último la motriz, con un 27,7%. Dentro de las patologías más frecuentes se encontró retraso mental en todos sus grados (leve, moderado y severo - profundo), parálisis cerebral, epilepsia y síndrome convulsivo.

3.3.3. Etapa de ciclo vital adultez

La adultez se define más en términos de los roles sociales que las personas adultas desempeñan, que en términos de edad o de maduración física. La edad adulta, al contrario de lo que ocurre en la niñez y en la juventud, está marcada, especialmente, por acontecimientos sociales, por cambios en las estructuras de los roles y por demandas que se derivan de la asunción de tareas sociales, más que por las capacidades o características biológicas de las personas.

La edad adulta constituye así un periodo muy extenso dentro del ciclo vital, ya que en la práctica engloba a los sujetos de edades comprendidas entre los 27 y los 59 años.

Según el censo DANE 2005 (Proyección 2009), las personas adultas representan el 49.9% del total de la población de la localidad de Suba, es decir 507.911 personas, de las cuales, 86.149 corresponden al territorio social tres; es así que 54,5% son mujeres (46.920) y 45,5% son hombres (39.229).

La adultez se define más en términos de los roles sociales que las personas adultas desempeñan, que en términos de edad o de maduración física. La edad adulta, al contrario de lo que ocurre en la niñez y en la juventud, está marcada, especialmente, por acontecimientos sociales, por cambios en las estructuras de los roles y por demandas que se derivan de la asunción de tareas sociales, más que por las capacidades o características biológicas de las personas.

Flagelos como la pobreza, traen consigo no solo problemas económicos, como el desempleo, la falta de oportunidades en diferentes ámbitos y el acceso a los servicios, sino a su vez hacen que se presenten situaciones adversas al interior de las familias, las cuales están avocadas a enfrentar en la mayoría de los casos problemas de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, abuso, especialmente hacia las mujeres y los niños. Estas situaciones no son ajenas para la población adulta que hace parte del territorio social tres.

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, se identificó que las mujeres tienen menores tasas de empleo, 42,5%, con relación a los hombres 55,4%.

Durante la edad adulta se producen una serie de acontecimientos de índole social, personal y laboral de tal magnitud que son ellos, precisamente, los que estructuran y perfilan la vida adulta. La cadena de acontecimientos se inicia en la llamada edad del adulto joven. Las características de orden biológicas que se puede identificar como la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. En esta etapa en algunos adultos se produce el nacimiento de los hijos ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad y el funcionamiento intelectual está consolidado.

Entre las principales causas en relación a los frecuentes actos de violencia hacia las mujeres, se encuentra baja autoestima, familias reconstituidas (padrastrós, madrastras), patrones culturales (machismo), relaciones conyugales conflictivas, además de la dependencia económica y emocional que viven muchas de las mujeres en este territorio.

Sin embargo, el sector productivo de la localidad no ofrece las mejores oportunidades; las condiciones de inequidad y falta de oportunidades para la población no distan mucho de las condiciones a nivel Distrital. Según datos de la ECV 2007, para la localidad de Suba, del total de la población en edad de trabajar (818.262 personas), solamente el 53,4% se encontraba económicamente activa, es decir 437.319 personas; de éstas, 348.331 se ubican dentro del grupo de 25 a 64 años. La tasa de desempleo es de 6,7%, es decir 29.214 personas se encuentran desocupadas. Cabe aclarar que del total de ocupados, estos se encuentran vinculados tanto al sector formal como al informal.

De acuerdo con la variable sexo, el mayor número de ocupados con respecto a la Población en Edad de Trabajar (PET) corresponde a los hombres. La clasificación de los indicadores de ocupación por nivel educativo, muestra que los mejores resultados en términos de empleo se dan para aquellas personas que culminan los estudios superiores, razón por la cual muchas de las personas de este sector se dedican a actividades que no exigen muchos conocimientos, desempeñando diferentes actividades dentro del sector de la informalidad. Es precisamente en este sector, en el que la localidad de Suba tiene mayor diversidad de actividades económicas, las que representan mayor impacto a nivel de salud pública; son dentro del proceso, los expendios cárnicos, las salas de belleza, mantenimiento automotriz, elaboración de productos de madera, ornamentación y depósitos de materiales para reciclaje.

En efecto, el mismo derecho al trabajo depende, cada día más, de la formación profesional. Lo mismo puede decirse del derecho a condiciones de trabajo dignas y a una remuneración justa.

A pesar de no contar con datos estadísticos frente a los niveles educativos de la población adulta de estos sectores, a través de las lecturas de necesidades adelantadas con diferentes grupos comunitarios, se ha logrado establecer, que la mayoría de adultos y adultas no han culminado sus estudios de primaria y/o secundaria y muy pocos han tenido la posibilidad de terminar un nivel técnico o profesional.

De acuerdo con el CENSO DANE 2005 en la localidad de Suba se identificaron tasas de analfabetismo, siendo la población masculina la que presenta la mayor tasa, 2,9 con relación a las mujeres 2,5 y al comparar con Bogotá el comportamiento por sexo es similar a lo encontrado en lo local, mientras que al comparar con la tasa nacional son las mujeres las que superan la tasa de analfabetismo. Esto muestra las inequidades de género y la falta de medidas que disminuyan esta situación, dado que la educación básica debe ser una prioridad para la población, teniendo en cuenta que este es un indicador que refleja el nivel de desarrollo de un país.

En población adulta de este territorio, según datos del DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2007, para el grupo de 45 a 59 años, la primera causa de muerte la representan las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa específica anual de 2,8, seguida de las enfermedades cerebrovasculares, la cual representa una tasa de 2,3 por 10.000 habitantes y la diabetes presentó una tasa de 1,0 por cada 10.000 habitantes.

En la situación actual las enfermedades crónicas en la población de la localidad existen varias condiciones de exposición tales como el tabaquismo, la inactividad física y las prácticas alimentarias inadecuadas las cuales al estar agrupadas e interrelacionadas son comunes a varias enfermedades. Es de anotar que entre las primeras cuatro causas de consulta de la población entre los 45 a 59 años según datos del perfil epidemiológico se pudieron identificar enfermedades crónicas de tipo osteomusculares 5,63% (n= 1167), digestivas 4,3% (n= 892) y metabólicas entre otras como son la HTA 3,8% (n= 789), la diabetes mellitus no insulino dependientes 2,6%, así como la hipertensión secundaria 3,80% (n=789).

El sexo femenino tiene mayor prevalencia hacia la enfermedad hipertensiva y se visualizó en la población atendida 61%, frente a un 38% correspondiente para el sexo masculino. El grupo de edad que presenta mayor atención corresponde al de 45 a 59 años, seguido de los mayores de 60 años. El último lugar es ocupado por los adultos jóvenes de 27 a 44 años; lo cual es preocupante porque se están presentando las patologías crónicas en personas cada vez más jóvenes.

La mayor afectación en esta población está relacionada con su ambiente laboral, de acuerdo con la actividad productiva que desempeñan, desencadenando problemas de salud ocupacional, principalmente. Entre las actividades que se destacan se encuentra la docencia, ya que el trabajo con los estudiantes, los altos niveles de ruido y el manejo de voz, desencadena problemas de salud,

deterioro de cuerdas vocales, problemas respiratorios, parálisis en manos, principalmente en los dedos índice y pulgar, respectivamente. Entre las actividades que se destacan, se encuentra el trabajo en la industria metalmeccánica, con la exposición a altos niveles de ruido de la maquinaria, cambios bruscos de temperaturas, contacto con ácidos para labores de cromado, niquelado, generación de olores y polvillo metálico, lo que genera problemas de oído, parálisis localizada o general, trombosis, descalcificación en los huesos, enfermedades de la piel y enfermedades respiratorias. Cada año, un millón de personas mueren o quedan discapacitadas por la exposición a químicos.

En el contexto barrial del territorio, los trabajos informales se enmarcan por actividades como la recuperación de residuos sólidos aprovechables (reciclaje), lo cual favorece el riesgo de presentar enfermedad dado que estas personas manipulan residuos sólidos contaminados; otros como los conductores de servicio público pasan largos periodos en una misma postura, la exposición al ruido de motores, radio, pitos carros y congestión vehicular; también afecta la salud de la población adulta, en los vendedores ambulantes; ellos se ubican en las vías principales y puntos de mayor concentración vehicular para comercializar sus productos, en donde su nivel de exposición a contaminantes volátiles es muy alta, aunado a la exposición de altos niveles de ruido que provienen también de los establecimientos comerciales que usan equipos de sonido a alto volumen con el fin de atraer al público. Entre otras actividades laborales que son perjudiciales para la salud se puede mencionar trabajo con maquinaria pesada, obras de construcción y obras de adecuación de vías. La mayoría de las enfermedades crónicas tienen en común condiciones previas de exposición que anteceden el daño y a la vez aumentan la probabilidad de que éste ocurra.

Las enfermedades crónicas (EC) representan una importante carga de morbilidad y mortalidad en la población adulta. Si bien, el grupo de las enfermedades crónicas comprende un gran número de entidades, el peso de la carga está representado por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las metabólicas, las respiratorias crónicas, las autoinmunes, neurológicas y algunas digestivas. Sin embargo, las cuatro primeras categorías aportan 60% del problema.

Ahora bien, el impacto de las enfermedades crónicas en la mortalidad de la población adulta se resume en el indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP); las enfermedades del sistema circulatorio son las que representan la mayor tasa de mortalidad (4,43) en la población masculina y así mismo representa el 11% de AVPP, seguidos de las neoplasias; en la población femenina, según la agrupación 667, la causa de muerte que más decesos causa son las neoplasias seguida de las enfermedades del sistema circulatorio; estas defunciones representan el 36% de los años de vida potenciales perdidos.

Tales circunstancias han impulsado a las entidades de la administración distrital a firmar el pacto de “movilización social para la actividad física” por medio del cual se comprometen a trabajar por la erradicación del sedentarismo para mejorar la salud y las condiciones de vida en la capital del país. El sedentarismo es una problemática de índole mundial; la recomendación a los adultos es la de realizar 60 minutos de actividad física diaria de manera continua o acumulada.

En Bogotá, los estratos más inactivos de la ciudad son el dos y el cuatro; usan regularmente la bicicleta, el 16,3% del estrato 3 y en general el 42% de los ciudadanos aduce falta de tiempo para realizar ejercicio.

Suba como muchas otras localidades del distrito cuenta con importantes avances en infraestructura local invitando constantemente al ciudadano a ejercitarse es el caso de sus parques y ciclo rutas, además de actividades como la ciclovía y la recreovía, aunque se evidencian problemas por falta de espacios físicos en la localidad ya que el promedio de metros cuadrados de parque por habitante para la localidad es de 4.14 siendo inferior para las UPZ Rincón la cual tiene menos de 2 metros cuadrados por habitante, esto debido a que esta zona se caracteriza por construcciones no planificada limitando los espacios para áreas recreativas.

En la localidad se presenta una situación de riesgo ambiental debido a la proyección de la construcción de la avenida longitudinal, ya que ésta atravesaría los Humedales de Capellanía, Juan Amarillo o Tibabuyes y la Conejera, causando un impacto negativo sobre el bosque de las Mercedes y el Canal de Guaymaral; esta construcción destruirá el medio ambiente ya que afectará grandes reservas ecológicas; con ello se verán afectados 30 especies de vegetación y más de 25 especies de vertebrados; lo que se espera es que con propuestas ya presentadas por ambientalistas, se utilicen vías alternas que prevengan daños en los humedales.

Con estos procesos de poblamiento y de producción que se desarrollan en la localidad, la oferta ambiental se ve deteriorada. Los problemas ambientales urbanos están relacionados principalmente con el crecimiento de la población, aspecto visto como fuerza motriz, en donde se presentan situaciones como urbanización sin planeación, uso inadecuado del suelo, explotación indiscriminada de recursos naturales, ubicación de viviendas en sitios de alto riesgo, etc.

Así mismo, el déficit en saneamiento básico hace que se presenten problemas por presencia de roedores, generada por inadecuada disposición de las basuras (presentes en espacios públicos por no cumplir los horarios de recolección y no sanción a los infractores); presencia de perros callejeros, que rompen las bolsas y riegan la basura en las calles; personas que riegan el contenido de bolsas y canecas (recicladores), por la negativa del ciudadano a hacer reciclaje “en la fuente”; mala disposición de escombros de la construcción y contratación de zorreros que generalmente los arrojan en un parque, un andén, el canal o cualquier espacio público; alcantarillado colapsado en muchos tramos por falta de mantenimiento e irresponsabilidad de las empresas competentes.

En este territorio, la infestación por roedores y artrópodos se da especialmente en las rondas de los ríos y humedales, debido a que son áreas utilizadas para desechar basuras y escombros y son depósito de aguas estancadas. Igual sucede con los lotes baldíos y potreros que se convierten en botaderos de basura atrayendo roedores.

En general, los altos niveles de contaminación del aire, del agua (el río y humedales con malos olores), visual (basuras y escombros en las vías y lotes) y auditivo, afecta la salud de los pobladores, especialmente adultos con enfermedades crónicas; esta situación incrementa el riesgo de presentar diversos tipos de enfermedades que afectan la salud e incrementan los costosos tratamientos cuando desencadenan en morbilidad.

Estas condiciones ambientales inciden de forma negativa y facilitan la presencia de enfermedades en la población, e imposibilitan su tratamiento; los hábitos higiénico sanitarios de las familias; las condiciones de la vivienda sin iluminación solar y sin ventilación; la disponibilidad de un espacio necesario para el número de personas que la habitan (hacinamiento); los malos hábitos alimentarios, que pueden generar malnutrición, se convierten en la puerta de entrada de enfermedades, especialmente las transmisibles, las cuales continúan siendo un problema de salud pública, por el creciente número de casos que se presentan, por la población a la que afecta y por las discapacidades que se generan, como secuelas por diagnósticos tardíos. Aunque Bogotá no cuenta con las condiciones ecológicas para la presencia y transmisión de enfermedades trasmisibles, es el punto de entrada de población que, por diversas razones como trabajo, descanso y desplazamiento forzado, llegan de zonas endémicas.

Las y los adultos de este territorio no son ajenos a esta situación; según datos del sistema de vigilancia epidemiológica de la localidad con respecto a la tuberculosis, de los residentes en Suba en el año 2009 se identificaron a través de la notificación 108 casos, de los cuales 42 corresponde a este grupo poblacional, es decir el 39%, con una tasa de incidencia de la tuberculosis pulmonar de 7,41 por cada 100.000 habitantes. En relación al género se evidenció que esta enfermedad se encuentra afectando en su mayoría a los hombres. La proporción de casos con residencia en la localidad de Suba en relación al Distrito, corresponde al 11% y con una incidencia del 11.6 por 100.000 habitantes en el 2008. Por esta razón sigue siendo un evento muy frecuente, por lo cual se continua reforzando la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y la implementación del

tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) en la localidad, para el control efectivo de esta enfermedad y la atención primaria en salud que favorece la identificación y canalización de las personas con sintomatología respiratoria, el diagnóstico de los pacientes y el estudio de los contactos.

En cuanto a las enfermedades transmitidas por vectores para la población adulta que hace parte de este territorio, se evidenció una mayor afectación al género masculino. Las enfermedades con mayor número de notificaciones son el dengue clásico con 12 casos y una tasa de incidencia de 16.5 por cada 100.000 habitantes.

Además de los factores ambientales, existen otras condiciones que facilitan la presencia de estas enfermedades; por un lado, encontramos factores biológicos y causal genético; personas con deficiencias en el sistema inmunológico como desnutrición, cáncer, enfermedades auto inmunes, VIH/SIDA, estrés, así como ausencia de esquemas de vacunación completa, que las convierte en personas susceptibles a estas enfermedades.

Así mismo, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales: el hacinamiento, malos hábitos alimentarios, la falta de oportunidades de empleo que garanticen mejores condiciones de vida, el conflicto político social de nuestro país, que genera el desplazamiento forzado de comunidades, sin garantizar condiciones dignas de convivencia, la falta de conocimiento y del reconocimiento de la importancia de los síntomas, especialmente de la Tuberculosis, el contacto directo con personas que tienen la enfermedad y no recibe tratamiento, así como el estigma generado a las personas que tiene la enfermedad, hace que en la mayoría de los casos las personas no continúen o incluso no inicien tratamiento.

Estas inequidades sociales facilitan la presencia, no solo de las enfermedades, sino cada vez abren más la brecha de posibilidades para lograr una verdadera calidad de vida de las y los adultos de la localidad.

3.3.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez

El envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren durante el ciclo vital desde el momento de la concepción hasta la muerte, el cual se define como un proceso que se da como resultado de la interacción de las personas en el contexto social y determinado por una serie de condiciones a nivel biológico, psicológico, social, cultural, político y económico, redimensionando el concepto de vejez no solo como etapa del ciclo vital sino como parte integrante del desarrollo humano integral y social.

El proceso de envejecimiento es afrontado de forma diferente por los hombres y por las mujeres desde su individualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, esto se debe a los roles que históricamente han caracterizado a unas y otros. Sin embargo, no se puede desconocer la mayor prevalencia de las enfermedades en mujeres en comparación con los hombres asociados a estilos de vida en donde las mujeres en la actualidad afrontan mayor tensión en relación a las responsabilidades emocionales sociales y económicas; con los cambios significativos en las dinámicas familiares, en los modelos económicos y el incremento en el desplazamiento entre otros factores determinantes.

De acuerdo con el censo DANE 2005 (Proyección 2009), en la localidad de Suba hay 88.743 personas mayores (de 60 y más años); el 8,7% del total de la población de la localidad, corresponden al territorio social tres (n = 5.069), es decir que el 5,7% de las personas mayores de la localidad residen en las UPZ Suba Centro y Casablanca.

En esta etapa de ciclo vital se hace evidente que las mujeres se ven afectadas de manera diferencial en varios aspectos: su salud mental, su salud sexual, las enfermedades crónicas, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de seno. Estas afectaciones están directamente relacionadas con la inequidad evidente en los roles de género a la que se han enfrentado históricamente y que sumada a otras, genera condiciones de vulnerabilidad como lo es el estrato, la etnia, condición de desplazamiento y discapacidad y un mayor deterioro en su calidad de vida y salud. Las mujeres mayores no sólo en algunos casos deben trabajar para su sustento, sino también ejercer roles en el hogar y de cuidadoras, situación que incide en la salud de las mujeres donde la presencia de enfermedades crónicas se incrementa, situaciones estresantes que hace evidente que las mujeres se vean afectadas de manera diferencial en varios aspectos.

Por tanto, las personas mayores, tienen diversas necesidades que los atañen en distintas dimensiones que se deben considerar en el marco de los cambios físicos más significativos en esta etapa de envejecimiento y vejez, como la pérdida de la agudeza en el olfato, el gusto y la disminución de la capacidad de diferenciar los sabores junto con la pérdida progresiva de las piezas dentales, la alteración de la digestión, la reducción de la capacidad visual y auditiva que pueden hacer que en la etapa de envejecimiento y vejez, no se disfrute plenamente de los alimentos y no se consuman los nutrientes adecuados para esta etapa de vida.

Es así como el objetivo de los principales sistemas de prestación de servicios sociales, es atender a las diversas áreas que constituyen el bienestar social y personal de la población que vive en el territorio. Así, esto interviene sobre la salud y el sistema educativo, sobre la educación y la cultura; se debe a que el bienestar social y cualquiera otro concepto que se emplee como definitorio del objeto de los Servicios Sociales, es multifactorial y depende de diversos conjuntos de factores determinantes: factores biológicos o endógenos, factores ligados al entorno, factores ligados a los hábitos de vida, factores relacionados con el propio sistema de Servicios Sociales.

Las enfermedades transmisibles continúan siendo un problema de salud pública, debido al número de casos que aún se presentan y las consecuencias que acarrea su detección tardía. Es importante resaltar el cumplimiento de las normas por parte de los actores para la identificación de posibles casos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y acciones de vigilancia en salud pública de los pacientes con eventos como la tuberculosis, lepra y las enfermedades transmitidas por vectores.

En el año 2009, en la localidad de Suba se diagnosticaron 108 pacientes con tuberculosis con mayor afectación en hombres (57%); siendo predominante la Tuberculosis Pulmonar con un 56%; estos pacientes en su mayoría están afiliados al régimen contributivo en 82%; del total de los pacientes, el 18% presentó Tuberculosis – VIH y la mortalidad se presentó en el 17,5% de los casos. Del total de pacientes residentes en la localidad de Suba, 5 son personas mayores que residen en Tibabuyes lo que representa 4,6% de los casos identificados en la localidad. El compromiso del Hospital de Suba con el programa de Tuberculosis es administrar el medicamento al 100% de los pacientes notificados con la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado y la realización de seguimientos de un 55% de los pacientes con residencia en la localidad de Suba.

Si bien las enfermedades crónicas hacen su aparición en la vida adulta, las experiencias tempranas en el curso de la vida combinadas con variantes genéticas del individuo, tienen efectos a largo plazo en el desarrollo de las enfermedades crónicas. Entre las exposiciones en periodos críticos del desarrollo del individuo están: el bajo peso al nacer, la desnutrición en la niñez, el patrón de consumo alimentario, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la contaminación ambiental por gases tóxicos de la combustión de combustibles fósiles y otros por descubrir.

A partir de los 60 años, se puede observar la presencia de enfermedades crónicas ocasionadas por factores de riesgo asociados a estilos de vida, hábitos alimentarios inadecuados, conductas

sociales, condición laboral, exposición a diferentes partículas ambientales, falta de actividad física (sedentarismo), antecedentes familiares y stress, mencionando estas entre varias otras causas. Enfermedades cuyo inicio se dieron en etapas de edad más tempranas, cuya evolución, sintomatología y complicaciones, como son trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias, 5,99% (1.025 casos), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC 5,4% (930 casos), dorsalgias 3,92% (670 casos), no fueron atendidas oportunamente según el perfil de salud de la ESE. Por lo tanto, se considera importante actuar sobre la prevención y promoción de la salud para disminuir las complicaciones y eventos adversos de salud, que generan mayores costos institucionales y sociales.

En lo referente a la salud mental, es importante tener en cuenta que en las personas mayores se observa la falta de redes sociales o la debilidad de las mismas que hacen que se presenten sentimientos de depresión, soledad, que se han identificado en esta etapa, los determinantes más evidentes; en su mayoría, se refieren a situaciones bajo las cuales no se reconoce ni se visibiliza a la persona mayor en el entorno familiar, generando abandono, maltrato físico y emocional por parte de los miembros de la familia; es de resaltar que en gran medida estas situaciones se verifican por el rechazo por parte de la sociedad, así como la imposibilidad de trabajar para brindar su propio sustento, sin olvidar que esta situación se vive aún más en personas mayores con discapacidad que depende de otra persona para su movilidad o sustento.

Para muchas culturas, la tradición del conocimiento y de la experiencia vital está asociada a los hombres y mujeres de edad mayor, al concejo de ancianos/as, a los que siempre se entienden como referentes basilares portadores de la sabiduría y de la cultura y por ende son reverenciados/as. Cabe aclarar que, de acuerdo con cada cultura, tienen mayor credibilidad y reverencia hombres o mujeres. Paradójicamente, en nuestro país, este grupo social ha perdido tal dimensión convirtiéndose en un problema a nivel de las familias y de los distintos sistemas sociales, donde se les relaciona con individuos que han perdido el “valor de producción” con que se mueven las sociedades modernas¹³.

Unido a la salud mental se encuentra la salud física como fuente de bienestar; según el programa de crónicas, las personas mayores de 60 años, presentan Hipertensión Arterial - HTA y diabetes principalmente; se encontró que en la UPZ Suba Centro, el 60% de los casos de personas mayores tenía problemas de HTA y el 40% problemas de diabetes, enfermedades que para ser controladas y mantener un adecuado estado de salud de las personas, exige una adecuada alimentación, enmarcada en un estilo de vida saludable, con práctica regular de actividad física, de acuerdo con la capacidad física individual y el abandono de hábitos contraproducentes para la salud como el tabaquismo, el alcoholismo y la automedicación.

Sin embargo, para realizar actividad física, es necesario a la vez tener programas que incentiven la actividad mental y contar con espacios físicos para la práctica de dicha actividad. En la actualidad hay poca accesibilidad a dichos espacios en Suba – Centro; los parques son insuficientes si se tiene en cuenta que en esta zona hay menos de 2 metros cuadrados por habitante y que los parques no se encuentran en las mejores condiciones para su uso, debido a factores de higiene y seguridad; adicionalmente, las personas mayores, no utilizan el tiempo libre para su bienestar, sino para el cuidado de otros y otras; la anterior situación se asocia con las barreras arquitectónicas que posee este territorio, para que la población con discapacidad logre espacios de esparcimiento y actividad; según los registros de atención en domicilio, hay 193 personas mayores con discapacidad, de las cuales 72 son mujeres y 121 son hombres; de éstos, 19 se ubican en Suba Centro. Evidencia de ello es la existencia de bolardos, andenes minúsculos, elevada afluencia vehicular frente a una malla vial que empieza a colapsar, escasos pasos peatonales, inexistencia de rampas de acceso a los andenes,

elevada afluencia peatonal, etc. Esto ocasiona dificultad para la accesibilidad, lo que se constituye en uno de los temas centrales cuando se habla del concepto de inclusión, ya que no se trata de un asunto o de un espacio físico, sino de que un lugar es accesible cuando permite que todas las personas puedan llegar a él sin mayores dificultades, es decir, que se dispone para las necesidades del otro, sean cual sean. Si se asocia la poca actividad física de las personas mayores, junto con las barreras arquitectónicas del territorio, se pueden desencadenar problemas de salud asociados al sedentarismo e incrementar la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Desde el programa muévete comunidad, que se ejecuta desde la ESE, se estima que para el año 2009, el 74% de la población a la cual se implementó, corresponde a la etapa de envejecimiento y vejez, con un total de 34 personas, siendo las mujeres las que más realizan actividad física; sin embargo no es suficiente esta población para garantizar un impacto en el territorio, ya que la oferta o la población cubierta por la ESE no es representativa.

Una vez se ha analizado de manera sistémica cómo el ambiente que rodea a la persona mayor, los hábitos adquiridos y la importancia de la salud mental y la actividad física, influyen para la relación salud – enfermedad, es necesario abordar al sujeto en proceso de envejecimiento desde su dimensión psicosocial; ésta se encuentra determinada por aquellos cambios psicológicos en los adultos en etapa de envejecimiento, lo que los hace vulnerables, ya que se afecta su motivación o estado de pérdida constante, por la ausencia de vecinos o amigos, por muerte, pérdida del conyugue, ingresos económicos reducidos o dependencia económica total, que pueden poner en riesgo su salud. Algunos viven solos, otros en situación de abandono o en situación o condición de desplazamiento, fenómeno social del que no se tiene información desde la ESE. Tampoco existe una caracterización de personas mayores en condición de desplazamiento, asentadas en cada uno de los territorios de la localidad; sin embargo, los problemas de las personas mayores desplazados/as en la localidad de Suba, afectan a toda la población de la misma manera; no obstante hay que tener en cuenta que las personas más afectadas con el tema del desplazamiento son las personas mayores, en primer lugar porque se piensa que es una población conflictiva y agresiva, lo cual previene a cualquier equipo asistencial, generando problemas en la atención; en segundo lugar, existe un choque cultural de costumbres, ritos y creencias propias de una etnia que choca frente a la lógica urbana y un sistema de Gobierno. El drama de la violencia en cada historia de vida, el poco apoyo institucional, la escasa presencia institucional en sus lugares de origen y el marco jurídico, que especifica que el desplazamiento es considerado una tragedia, son los interrogantes que las personas mayores deben afrontar por ser multiplicadores y fuentes de conocimiento y de experiencia de vida familiar.

El factor más relevantes frente al determinante familiar de una persona mayor en condición de desplazamiento, es el inicio de la construcción de un proyecto de vida, el cual ya se encontraba estructurado en el lugar de residencia y que en el momento del desplazamiento y sin existir explicaciones, deben ubicarse en contextos nuevos y desconocidos con el fin de construir nueva identidad en un territorio y así adaptarse a su nueva situación la cual puede ser momentánea o definitiva; lo anterior afecta la dinámica familiar, los roles aprendidos culturalmente, las estrategias comunicativas en la familia y su red de relaciones, la estabilidad laboral, ya que sus necesidades básicas son satisfechas en su lugar de origen por medio de labores las cuales son remuneradas o compensadas a través de la alimentación; al llegar al nuevo contexto se ven enfrentados a la falta de oportunidades laborales, ya que exigen parámetros específicos los cuales impiden acceder rápida y fácilmente al mercado laboral, pues las personas mayores ya no se consideran productivas.

Las personas en condición o situación de desplazamiento se consideran vulnerables, al igual que los grupos étnicos que habitan en este territorio, por lo tanto, requieren atención diferencial, ya que entre la población afro de la localidad de Suba que tiene uno de los índices de necesidades básicas insatisfechas más alta en Colombia, con un 54%, el desempleo es alto. La migración campocidad por el fenómeno del desplazamiento ha generado núcleos de concentración de población

13 Carreño Samaniego, Pedro A. *Violencia Intrafamiliar, Colombia 2008*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, pág. 112.

afro desplazada en territorios como los de las UPZ de Rincón y Tibabuyes; no se tiene información cuantitativa del número de personas mayores en condición de desplazamiento en estas zonas; sin embargo, según la Unidad de Atención y Orientación a la Población Desplazada, en la localidad hay cerca de 15.000 afro desplazados. La población afro y afro desplazada de base, ha propuesto soluciones productivas a esta situación; sin embargo la precariedad del sistema y de las instituciones para promover estas iniciativas organizativas de respuesta social, han frenado la posibilidad de mejorar la calidad de estas poblaciones a través del autodesarrollo y el etno desarrollo.

Es así, como para el año 2009, según información entregada por la UAO, Unidad de Atención y Orientación a población desplazada de la localidad, se recibieron un total de 907 declaraciones recibidas por la Personería y se atendieron 1.918 familias, de las cuales, 161 se ubican en Suba Centro y 48 en Casablanca.

Con respecto a las intervenciones realizadas al interior de la ESE en el 2009 por el ámbito comunitario con la transversalidad de desplazados, se desarrollaron habilidades y competencias de grupos y organizaciones que promueven y facilitan la movilización y el fortalecimiento del tejido social en torno a los derechos humanos, con especial énfasis en el derecho a la salud, reconociendo las diferencias, especialmente las de género, etnia y ciclo vital. De la población intervenida se evidencia que la mayoría se encuentra en condición de desplazamiento, con un 95.5%, es decir es reconocida en el RUPD – Registro Único de Población Desplazada, mientras que el restante corresponde a la población a la cual le negaron la declaración por diferentes razones o a población receptora o vulnerable; la población intervenida, corresponde en un 97% a mujeres (65) y un 3% a hombres (3), pero los registros no identifican la participación de personas mayores.

Pese a que un alto porcentaje de la población indígena urbana está en el régimen subsidiado, existe un desconocimiento institucional sobre la reglamentación especial para grupos indígenas, invalidando los procesos propios de identificación, su denominación como población especial y el derecho de ley a que las EPS subsidiadas implementen planes diferenciales a partir de la cosmovisión de cada pueblo al que le brinda los servicios. Se invalida el reconocimiento legal y la potestad que tienen las y los gobernadores de los cabildos para la certificación de la pertenencia de un particular a su colectivo indígena. Esto redundo en que todas las personas en estado de transitoriedad de régimen se encuentren desprotegidos y el único acceso de salud permitido sea el de urgencias.

Según datos del Cabildo, para el 2008 en la población Kichwas se identificó el desempleo en el 38%; la población restante se encuentra vinculada a oficios como la construcción, el transporte público, el servicio doméstico y el trabajo a destajo.

Durante el 2009 se llevó a cabo el proceso de cualificación, socialización y capacitación, mediante la difusión del eje sobre el cual se rige el Protocolo de Atención Diferencial en Salud, al personal de las diferentes instituciones que tienen intervención directa con la población étnica de la localidad, así como a los auxiliares de enfermería que se vinculan al Programa Salud a Su Casa (SASC); se encontró en el grupo poblacional muisca, con relación al acceso a la salud, que casi la mitad de los encuestados, un 49,1%, están afiliados a una EPS, mientras que 39,7% están afiliados al SISBEN; en menor proporción se encuentran los afiliados a una ARS con un 6,7 % y a una ARP con sólo un 0,5 %.

Por otra parte, para el grupo poblacional Afrodescendiente, el 49,7% de esta población de la localidad de Suba está afiliado al SISBEN, en concordancia con el estrato uno y dos, al que pertenece la mayor parte de ellos; en segundo lugar se encuentran los afiliados a EPS con un 34,4%, seguido de los afiliados a ARS con un 7,74 %; finalmente se encuentran los de ARP con un 0,8%; estos datos indican que casi un 100% de los encuestados cuentan con algún tipo de afiliación en salud.

Otro aspecto importante desde la dimensión familiar que sufren las personas mayores en esta zona, es el abandono familiar y a ello, la falta de redes de apoyo como instituciones de fácil acceso,

que se encarguen del cuidado y la atención de la persona mayor, lo que hace que aumente los casos de abandono hacia este tipo de población por parte de la familia, debido al imaginario social de que la persona ya ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece, reduciendo su mundo social y provocando en el sujeto una serie de repercusiones tales como aislamiento, transformación o cambios en los lazos afectivos y cambios bruscos en el estado de ánimo, ansiedad, personalidad vulnerable, susceptible al maltrato debido a carencias afectivas, violencia intrafamiliar, mal manejo de conflictos y relaciones dependientes que en algunos casos puede propiciar el trabajo informal en las y los adultos mayores.

Desde el ámbito laboral, en la vigencia 2009, aunque no se tienen datos exactos de la información, frente a la población en la etapa de envejecimiento y vejez que trabajan en las unidades de trabajo intervenidas, se encontró que las mujeres no participan de estas actividades informales de trabajo, mas sin embargo en la población masculina se evidencia un grupo considerable de hombres mayores de 60 años, los cuales se encuentran aun cotizando para pensión; el porcentaje de afiliados a riesgos profesionales es muy bajo, de ahí que se puede ver nuevamente el gran desconocimiento sobre el tema de la afiliación a riesgos profesionales, las ventajas que tiene dicha afiliación para el empleador y para el empleado; se identificó un trabajador de género masculino es la etapa de vejez quien trabaja en metalmecánica. En cuanto a la afiliación en salud, el adulto mayor esta afiliado al régimen contributivo como beneficiario; esto se debe a que en esta etapa de la vida, los trabajadores están vinculados a salud a través de los hijos. Frente al tipo de contratación, predomina el sin contrato en la actividad económica de metalmecánica y automotriz.

Frente a las condiciones de salud de las personas mayores en el ámbito laboral, se evidencia que al igual que los adolescentes y jóvenes son un grupo mínimo en la fuerza laboral; para el año 2009 solo se reportó un caso de accidente de trabajo en el oficio de metalmecánica, obligando a los contratantes a evitar la contratación a personas mayores en este tipo de oficios, ya que es de fuerza y precisión y en esta etapa del ciclo vital estas características se encuentran disminuidas.

Al momento de abordar el tema de la salud sexual y reproductiva de las personas adultas mayores, se expone como base el concepto de “envejecimiento activo”, según el cual se espera promover en las personas adultas mayores la posibilidad de tener un rol activo en el desarrollo como personas, como ciudadanos y más concretamente como sujetos de derechos sociales, políticos y económicos, además de sexuales y reproductivos¹⁴.

Tradicionalmente la salud sexual de las mujeres se ha desdibujado en la salud reproductiva y para las mujeres mayores la sexualidad sigue quedando en un segundo plano pues la cultura “supone” que al avanzar en su edad, las mujeres no tienen actividad sexual y por ende, no viven su sexualidad. Estas creencias desconocen el ejercicio de los derechos sexuales para las adultas mayores y reproduce imaginarios que generan inequidad en las oportunidades para su libre desarrollo y toma de decisiones.

En esta etapa es necesario analizar cómo el género incide en la salud sexual de las personas adultas mayores, especialmente las mujeres; la feminización del envejecimiento, o sea, la presencia de una mayor proporción de mujeres en el total de la población adulta mayor, está asociada al volumen total de enfermedades y discapacidades asociadas con la edad, siendo mayor en las mujeres; por otro lado, las mujeres se ven afectadas de distinta manera que los hombres, pues éstas tienen un prolongamiento de vida más alto que los hombres; sin embargo, su calidad de vida en la vejez no es necesariamente mejor que la de los hombres en esta fase de la vida. La presencia de altas tasas de morbilidad de las mujeres obedece muchas veces a “largos años de desatención

14 Margareth Arilha, *Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor: un campo por explorar y evidenciar*. UNFPA, Panamá. 2003

de sus necesidades específicas de salud, a una mala nutrición, a los numerosos embarazos, partos y abortos. De esta manera se hace relevante desde una perspectiva de género analizar aquellas enfermedades y problemáticas que inciden en las mujeres adultas mayores como las asociadas a la discapacidad, a las enfermedades crónicas y el auto cuidado.

Una de las tendencias en la atención en salud, en especial, la relacionada con la salud sexual y salud reproductiva, es a presuponer la heterosexualidad de las personas que consultan; En este contexto, se pretende avanzar en una atención más respetuosa de las diferencias, sin prejuicios ni juicios de valor; de esta manera, se hace invisible la existencia de personas mayores LGBT, que conforman familias homo parentales ya que existen altos índices de desconocimiento y estigmatización de esta población.

Por otra parte, aun seguimos lejos de entrar a una cultura que acepte la diversidad sexual como un derecho; a pesar de la existencia de una sentencia de la corte Constitucional, en donde se reconoce el derecho de la afiliación en salud a parejas del mismo sexo en los mismos términos y condiciones de las parejas heterosexuales, se continúa presentando el desconocimiento de esta norma, por parte de los profesionales del sector salud, a partir de lo cual se presentan situaciones de vulneración de derechos.

Sumado a lo anterior y como parte del desconocimiento frente al tema, en lo que tiene que ver con la atención en salud, existe un déficit de información respecto a las formas de atención hacia mujeres lesbianas, hombres gays, o transgeneristas, atención que debe ser sin ningún tipo de discriminación y contemplando la perspectiva de diversidad sexual.

3.3.5. Núcleos problemáticos territorio social tres - UPZ Suba Centro y Casablanca

3.3.5.1. Núcleo 1

Escasos recursos económicos que limitan las posibilidades de formación, capacitación y apoyo crediticio a iniciativas productivas, de la población joven y adulta en el territorio tres de GSI, lo cual dificulta el acceso a un mercado laboral formal y disminuye las posibilidades de desarrollo humano.

En el territorio social tres de GSI o el territorio Suba Centro – Casablanca, se evidencia precariedad en la generación de procesos productivos, escasas posibilidades de acceso a procesos formativos en educación para el trabajo y poco apoyo crediticio a iniciativas productivas que involucren a la comunidad; esto repercute en bajos niveles de ingresos, desempleo, informalidad del trabajo, subempleo y trabajo infantil.

Esta problemática afecta con mayor prevalencia a los jóvenes, niños y adultos del territorio social tres. Existen factores de riesgo familiares que son generados por permanecer la mayor parte del tiempo solas(os), obligándolos (as) a realizar actividades que no están acordes a su edad, promoviendo la vinculación temprana de niñas y niños al trabajo. Unido a esto, se ve en repetidas ocasiones la exposición temprana de niños y niñas a condiciones de trabajo que deterioran y vulneran la salud y desarrollo integral por ser trabajadores o acompañantes de adultos en el trabajo. Del mismo modo, se manifiesta en los patrones de género presentes en los empleos que niños y niñas están obligadas a ejercer. Al evidenciarse ausencia de empleos dignos y estables para los padres y madres de los niños/as trabajadores de manera que puedan garantizarles las condiciones de vida apropiadas, ellos y ellas deben involucrarse en el trabajo a temprana edad y en muchas ocasiones se considera que el trabajo infantil educa y forma al niño o niña.

De acuerdo con información del ámbito laboral 2009, por la intervención de trabajo infantil, se identificaron cuatro niños trabajadores en la UPZ 27, lo que representa el 2% de los menores caracterizados (209 niños, niñas y jóvenes).

El mayor porcentaje de niños en actividades productivas, puede obedecer a patrones culturales, en donde las niñas preferiblemente son quienes se quedan en casa al cuidado de otros/as (generalmente hermanos y hermanas menores) o realizando las actividades domésticas, mientras los niños acompañan a madre o padre a sus trabajos, que generalmente obedecen a ventas informales e incluso realizan tareas por cuenta propia y no en compañía de adultos.

Es importante aclarar que esto no significa que las menores no son trabajadoras, ni que por ello no están expuestas también a riesgos y sus derechos son igualmente vulnerados, sino que esta forma de trabajo “el doméstico”, por no ser remunerado, no se considera como aporte a la economía y al producto interno bruto del país, por tanto no se tienen en cuenta en las caracterizaciones realizadas en los ámbitos laborales. A su vez, el trabajo informal facilita la vinculación de niños y niñas laboralmente, pero también en actividades ilícitas, que hacen que se aumente la delincuencia infantil, pero también la explotación sexual y comercial de niñas y niños; aquí nuevamente aparece una mayor vulneración para las niñas, teniendo en cuenta que desde edades tempranas sus cuerpos son fácilmente objeto de deseo, debido a patrones culturales.

El hecho que dentro de la etapa de ciclo vital de infancia se incluya a las mujeres en gestación, da cuenta del énfasis en la atención, otorgado a la mujer como cuidadora o responsable de la salud y la vida que se gesta y no pensada en las afectaciones específicas a su vida futura posteriores al embarazo, o derivadas de la mala atención. Es así que se insiste en la necesidad de acudir a los controles prenatales, a acceder a mejores prácticas alimentarias y en general a cuidarse, por garantizar las mejores condiciones para el o la bebé que está por nacer y no se realiza una mirada a la salud de la mujer y las implicaciones que tiene para su salud, por ejemplo, el no alimentarse adecuadamente durante esta etapa, pero también a lo largo de todo su ciclo vital.

Otro factor que amerita exploración concerniente a los y las jóvenes es su situación laboral; esta preocupación se ha manifestado desde los diferentes espacios locales que abordan el tema de juventud, así como desde el mismo sentir de los jóvenes; por ello se destaca cómo se vive esta realidad en el territorio; así mismo predomina la población joven masculina, por diferentes razones ideológicas: tabú, familia o machismo.

Se ha evidenciado una marcada tendencia a enfocar el trabajo como parte de la vida del género masculino; sin embargo, cada vez más la población femenina ha incursionado en trabajos informales. Otra razón por la cual en el sexo masculino es mayor que en el femenino, se debe a que muchas de las labores no son reconocidas como trabajo, como es el caso de las labores domésticas.

En el año 2009, según la intervención de trabajo infantil, del 100%, de los casos caracterizados, (209 casos), el 9%, corresponden al territorio social tres, es decir, 19 jóvenes entre los 12 y 17 años; la inclusión laboral de los jóvenes se debe en parte a los bajos ingresos de las familias, por lo que se ven obligados a ganarse un sustento que constituya un soporte para su núcleo familiar y en ocasiones para solventar sus propias necesidades. También se identificó que el 5% de los jóvenes trabajadores dejaron de asistir al colegio de uno a tres días por estar desarrollando actividades laborales, lo cual afectó su rendimiento escolar; en este grupo poblacional se observó que el 2% presentó bajo rendimiento académico al término del año.

Sin embargo, desde las entrevistas realizadas por el ámbito laboral se indaga el pensamiento de estos jóvenes frente a la situación de trabajo que les concierne a ellos y es interesante visibilizar que la mayoría de jóvenes intervenidos justifican su trabajo, siendo así que el 35% de los jóvenes trabajadores refieren que el trabajo es un derecho y una opción, siendo valores inculcados por sus padres que determinan el desarrollo de su personalidad. El 30% piensa que el trabajo es necesario para aportar en el hogar, ya que los padres de familia no cuentan con los ingresos suficientes y requieren de la ayuda de los jóvenes para conseguirlos. El 24% de los jóvenes que eligieron el ítem autonomía

e independencia refleja la motivación que encuentran en los ingresos recibidos y la satisfacción a sus gustos. La mayoría de los adolescentes refieren ver el trabajo como una responsabilidad y necesidad que les permite el sustento económico, por tal motivo su mayor interés es culminar el bachillerato para mejorar los ingresos.

La formación profesional está llamada a jugar una función primordial en la confluencia del interés económico y el imperativo social, pero para ello se hace necesario sensibilizar a todos los actores sociales acerca de la necesidad de devolver al capital humano su plena riqueza, para que un día la palabra trabajo no necesite ya de adjetivos, que por sí sola implique dignidad, equidad y libertad.

La escasa formación y capacitación disminuye la posibilidad de acceder a un mercado laboral formal que brinde mejores condiciones tanto económicas como laborales, lo que ha obligado a los adultos y adultas a vincularse al sector de la informalidad en condiciones desfavorables, ya que no cuenta con ningún tipo de apoyo para el desarrollo de estas actividades.

Otro de los factores que intervienen dentro del sector productivo, está relacionado con la falta de apoyo crediticio a iniciativas productivas especialmente para la población adulta más vulnerable (étnica y desplazada). La deficiente cobertura de los servicios de la Banca de Oportunidades, de acuerdo con los requerimientos y particularidades de las propuestas productivas de la población de estos sectores con alta población en condición de fragilidad social, generan dificultades para que la población pueda acceder a estos servicios.

Por su parte, la población afro de la localidad de Suba tiene uno de los índices de necesidades básicas insatisfechas más alta respecto a los otros grupos poblacionales; el alto nivel de desempleo, la migración campo-ciudad por el fenómeno del desplazamiento, ha generado núcleos de concentración de población afro desplazada en territorios como Suba Centro, donde las condiciones no ofrecen las mejores alternativas de vida para esta población. Uno de los principales problemas en la atención a la población en condición y situación de desplazamiento, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente a un deterioro en las condiciones de vida y salud de quienes lo padecen.

Según la Unidad de Atención y Orientación a la Población Desplazada UAO, en la localidad hay cerca de 15.000 afro desplazados, los cuales se encuentran en las diferentes etapas del ciclo vital. La población afro y afro desplazada de base, ha propuesto soluciones productivas a esta situación; sin embargo, la precariedad del sistema y de las instituciones para promover estas iniciativas organizativas de respuesta social han frenado la posibilidad de mejorar la calidad de estas poblaciones a través del autodesarrollo y el desarrollo étnico.

Las escasas opciones de trabajo para las personas afro, especialmente en el sector formal, están dadas por su baja escolaridad, poca capacitación, discriminación, miedo a la diferencia, subvaloración de conocimientos tradicionales, inexistencia de políticas públicas concretas y efectivas que proporcionen soluciones viables a las graves problemáticas de desempleo, desplazamiento y falta de oportunidades para educación de los miembros de esta población.

Los afro descendientes son quienes tienen menos oportunidades de empleo y son mal remunerados, según datos del Hospital de Suba a través de la transversalidad de etnias (proyecto especial de afro descendientes) y caracterización poblacional de la Alcaldía local de Suba del año 2008. La tasa de desempleo se ubica en el 46%, respecto a los otros grupos poblacionales. La discriminación hacia la población negra está presente en todos los temas: salud, vivienda, educación y saneamiento básico. Sin embargo, más allá de tener menos posibilidades en materia educativa y laboral, las diferencias se agravan en el ingreso, puesto que el salario devengado por los trabajadores afro descendientes es significativamente más bajo que el de las personas de otras etnias. Por otra parte, a los trabajadores

de otras comunidades étnicas se los premia más por adquirir más capital humano y por su formación; a pesar de tener el mismo nivel educativo, son más valorados. La desigualdad salarial y discriminación por raza en el mercado de trabajo, es más significativa en los hombres afro descendientes que en las mujeres; esto no significa que las mujeres afro descendientes estén particularmente bien en el mercado laboral, al contrario: tienen el salario más bajo en nuestra sociedad y sufren una doble discriminación, de género y de raza.

La pobreza y marginación de la población afrodescendiente y la falta de políticas de inclusión que de cuenta de las inequidades presentadas históricamente en términos generales para esta población son en gran medida el resultado de las características y dinámicas marginales de sus núcleos familiares. Hay desigualdad, no de pequeñas distancias que podrían salvarse en poco tiempo y con pocas acciones. Las enormes distancias son el panorama de las y los adultos en la población afrodescendiente y más concretamente de la afro desplazada con residencia en el territorio.

La proporción de adultos afrodescendientes que está por debajo de la línea de pobreza es significativamente mayor que la de los adultos de otras etnias, según información de la transversalidad de etnias del Hospital de Suba; en el 2008 mostraba que cerca del 90% de la población afro estaba por debajo de la línea de pobreza, esta situación, genera que los adultos afro sean en muchas ocasiones insertos en sectores como el de la informalidad laboral y no sean capaces de garantizar mejores condiciones de vida a sus familias de por sí extensas, generando por un lado precarización de las condiciones laborales de esta población, descuido en términos generales de sus condiciones de salud y abandono involuntario del hogar y del núcleo familiar durante gran parte del día.

Por su parte, las comunidades indígenas con presencia en la localidad, no distan mucho de las condiciones de inequidad a nivel laboral respecto de la población afro. Según información del Cabildo a enero de 2009, el porcentaje de Kichwas desempleados era del 38%, el 93% vinculado al subempleo en oficios como la construcción, el transporte público, el servicio doméstico y el trabajo a destajo. Estas situaciones están dadas por la falta de apoyo crediticio a iniciativas productivas de estas comunidades; la falta de compromiso de los entes administrativos por generar respuestas coherentes a las necesidades específicas; la falta de capacitación a la comunidad para la construcción de propuestas con metas claras en el mediano y largo plazo, dadas en su gran mayoría por las situaciones de marginalidad y subempleo de estas comunidades; la baja vinculación laboral por medio de contrato; la falta de apoyo a las iniciativas tanto en el ámbito ancestral-tradicional como en el ámbito no tradicional, así como la falta de adjudicación de créditos o la generación de programas especiales para el apoyo de las comunidades más vulnerables.

La población adulta en condición de discapacidad, se ve igualmente afectada por esta problemática; del total de población en condición de discapacidad en la localidad (11.220 personas), 3.831 son adultos y adultas. Las personas que de acuerdo con su nivel de discapacidad pueden desarrollar algún tipo de actividad laboral, no encuentran posibilidad de inclusión en el sector formal, situación que va en detrimento no solo de sus condiciones económicas, sino de su salud física (presentado mayores condiciones de discapacidad, por la falta de ejecución de algún tipo de actividad), como de su salud mental (presentándose eventos de depresión, soledad y abandono), al no sentirse útiles para la sociedad. Esta situación está dada en su mayoría por la falta de sensibilización de los empresarios del sector frente a la problemática de discapacidad que no permite la inclusión laboral de este tipo de población, así como por la falta de instituciones de formación integral a nivel local, que brinden herramientas para el trabajo y el desarrollo de procesos productivos para la población en condición de discapacidad sus familias y cuidadores.

A través de la transversalidad de discapacidad se identificó que los jóvenes con discapacidad limitan las actividades a sus procesos de rehabilitación; también se ha evidenciado la poca oferta de instituciones educativas (educación especial, formal o capacitación) para personas con discapacidad

mayores de 18 años, razón por la cual las familias se ven forzadas a dejarlas en las casas, retrasando de esta forma el desarrollo o mantenimiento de sus capacidades; esto, a su vez retrasa los procesos de integración regular escolar; también influye la poca formación de las familias de las personas con discapacidad y adicional a esta situación, se presentan escasas posibilidades de inclusión laboral de los y las jóvenes en el sector formal debido a su condición de discapacidad.

Por otra parte, la falta de instituciones y de entidades profesionales que puedan atender el cuidado y desarrollo de las personas con discapacidad que lo requieren, hace necesario que los cuidadores y cuidadoras, en su mayoría adultos, desplacen sus propias necesidades para encargarse del cuidado de sus familiares; por tanto se ven igualmente afectados a nivel económico, por no poder acceder a un empleo por falta de tiempo y deterioros en su salud física y mental, al no poder desarrollar sus propios proyectos de vida.

La mujer adulta se debate entre dos polos: la familia y el trabajo, enfrentándose a condicionamientos sociales en los cuales culturalmente se reduce su participación al simple cuidado de los otros y otras, desligando esta función al trabajo que desempeña en la construcción de sociedad. De esta forma se desvanece su posición como actor político y activo en la toma de decisiones, esquemas que hoy día se han venido modificando gracias a las presiones que hacen algunas mujeres mediante actos afirmativos o de movilización, orientados a la reivindicación de derechos.

3.3.5.2. Núcleo 2

Relaciones de poder desiguales en el territorio social de Suba Centro - Casablanca que se expresan en grandes problemáticas de violencia como son: violencia de género, violencia intrafamiliar, embarazos adolescentes, discriminación, desplazamiento, intolerancia, violencia física, emocional y sexual, abandono, abusos de autoridad y violación de derechos fundamentales, que tiene entre sus principales afectados a los jóvenes, niños y niñas, mujeres, desplazados y minorías étnicas .

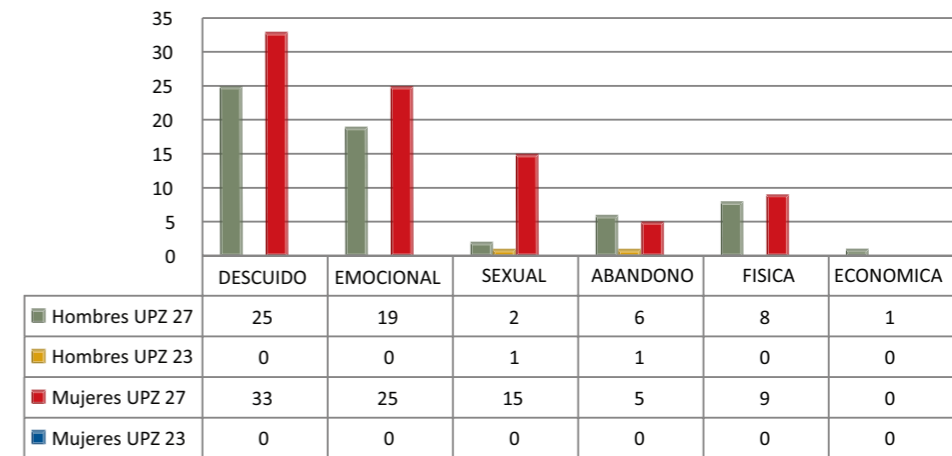
Las inequidades del territorio están basadas en el género, evidenciándose desde la socialización temprana, obedeciendo a patrones culturales fundados en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que, si bien son ciertas, “es una verdad a medias, pues todos los seres humanos son diferentes sin importar el sexo, la edad o la condición étnica o poblacional”, el problema es que estas diferencias se reflejan en relaciones de poder que han dado paso a algunas formas de violencia.

Tal es el caso de la reproducción de roles que se realiza a través de los juegos y la asignación de juguetes a las niñas y los niños a lo largo de la infancia y que son controlados por la familia, el sistema educativo, la sociedad, la iglesia los medios de comunicación y la cultura, de tal manera que desde la infancia se muestran ya las diferencias de género; es común que las niñas ayuden en las actividades domésticas, mientras que a los niños se les fomentan actividades de mayor independencia, o bien, que se les dé a ellos responsabilidades de protección, cuidado e incluso acciones de corrección sobre sus hermanas.

Esto hace que las niñas sean las mayores víctimas de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los delitos sexuales, lo cual podría explicarse por la falta de herramientas establecidas por los miembros de la familia en la resolución pacífica de conflictos, utilizando a los menores como objetos sociales, como medio para conseguir sus propios propósitos, dejando de lado el malestar emocional y físico que se causa con este tipo de conductas.

Es así que para el año 2009, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Violencia Intrafamiliar (Sivim), se identificó violencia infantil en el 50,3% de la población notificada en el territorio social tres, lo que equivale a 127 casos. Los tipos de violencia más predominantes fueron el descuido y la violencia emocional, con predominio de casos en la UPZ 27 – Suba Centro y con mayor frecuencia hacia las niñas (ver gráfica 23).

Gráfica 23. Distribución de casos de violencia infantil según sexo, Territorio Social Tres Localidad de Suba, 2009.



Fuente: bases de datos Sivim 2009, Hospital de Suba.

La problemática de violencia se presenta en algunas ocasiones en familias desplazadas, en hogares con condiciones económicas precarias, debido al desempleo, lo que obliga a compartir una vivienda entre dos o más familias para superar las necesidades básicas; para el resto de la población infantil se evidencia el incremento de reportes originados en la consulta médica o de control, en la cual se ha identificado pediculosis, bajo peso, quemaduras, caídas, esquema de vacunación incompleta, inasistencia a controles prenatales.

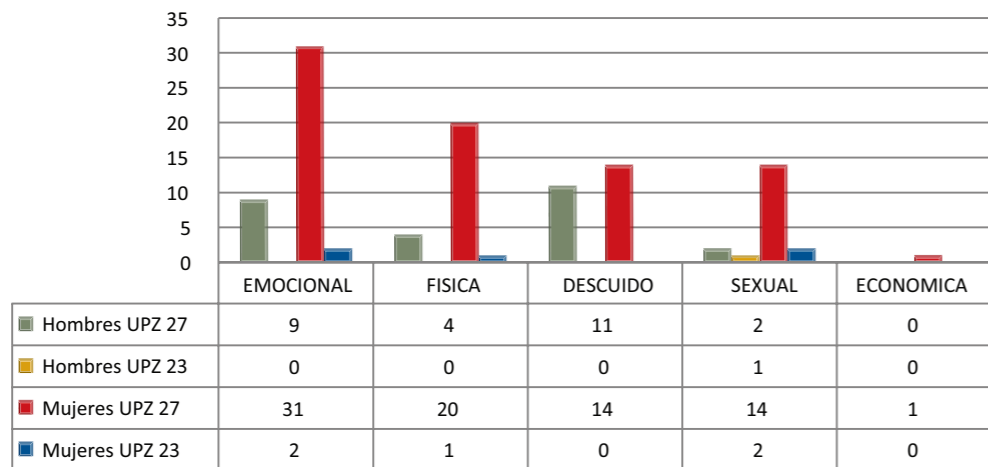
Las gestantes se incluyen en la etapa de infancia y dentro de la notificación al Sivim se identificaron 27 maternas, lo que representa el 3% de los casos reportados. Se identificó que el mayor índice de reportes se encuentra en la violencia emocional con 32%, seguida de la violencia por negligencia con 24%, luego la violencia sexual con 19% y la violencia física con 17% de los reportes; la violencia contra las gestantes afecta no solo a la mujer sino al hijo, con las consecuencias que esto trae a nivel psicológico y emocional en las diferentes etapas del ciclo vital.

La población juvenil también se encuentra afectada por el maltrato debido a diversos factores como personalidad vulnerable, carencias afectivas, sentimientos de minusvalía, entre otros; interiorización y concepción cultural de los mecanismos de control que van de generación en generación (pautas de crianza inadecuadas), manifestados en violencia intrafamiliar, trastornos mentales por parte de los padres y madres o figuras de autoridad.

Por otra parte, las manifestaciones de violencia intrafamiliar se asocian a las dificultades por las cuales pasan las familias, como es no suplir sus necesidades básicas debido a las limitaciones económicas que, sumadas a un serie de eventos predisponentes, se convierten en el factor actual del maltrato, el cual no puede observarse como una relación directa causa efecto.

La violencia dada desde el contexto familiar y social, de acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar - Sivim, señaló que para el año 2009, la violencia más representativa para las jóvenes con edades entre los 10 y los 26 años del territorio social tres, fue la violencia emocional, la cual representa el 36%, con 40 casos (ver gráfica 24).

Gráfica 24. Distribución de casos de violencia según sexo en jóvenes del Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2009.



Fuente: bases de datos Sivim 2009 Hospital de Suba.

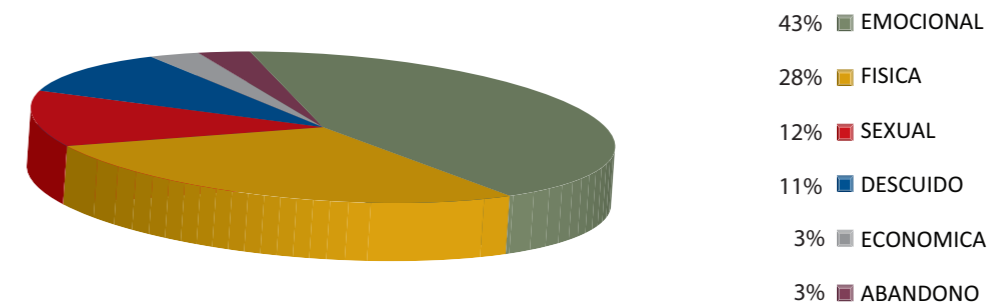
En cuanto al género prevalente, sigue siendo el femenino quien en todos los tipos de violencia muestra ser la víctima más frecuente; sin embargo es importante tener en cuenta que en la violencia sexual y emocional es donde se muestra la mayor diferencia en cuanto al género de la víctima, duplicando a los hombres en cifras de notificación. Esto se debe a la reproducción de patrones culturales, que se refleja en la perpetuación de éstas formas de violencia, a través de la interiorización de que existe un sexo superior al otro, ya que la acción violenta es una de las manifestaciones del ejercicio del poder más fuerte, es la manera como circula el poder y se ejerce en detrimento de los sujetos considerados más débiles: históricamente las mujeres, los niños y las niñas.

Aunque son diversas las problemáticas a las que se ven enfrentados las y los adultos de este territorio, uno de los aspectos que más se ve afectado es su salud mental, debido a factores económicos, sociales y culturales, pues la y el adulto es considerado la persona responsable, autónoma y con criterio suficiente para decidir no solo por sí mismo, sino además por las personas que hacen parte de las otras etapas del ciclo vital, enmarcándolo en roles de protección, proveedor y cuidador, dejando de lado sus propias necesidades y potencialidades.

Uno de los mayores eventos de salud mental que afecta a las y los adultos está relacionado con la violencia, especialmente la violencia intrafamiliar, vista desde sus diferentes manifestaciones. Violencia generada por proyectos de vida no definidos, interiorización y concepción cultural de mecanismos de resolución de conflictos por medio de la violencia, bajos niveles de educación, consumo de Sustancias Psico Activa - SPA (bazuco, alcohol, etc.), situación económica difícil, historia de vida de violencia y maltrato.

Según el Sistema de Vigilancia para la Violencia y el Maltrato Infantil (Sivim), durante el 2009 la violencia en los adultos represento el 21,5% del total de eventos en salud mental del territorio social tres (n=74 casos), predominando la violencia emocional, con 32 reportes; violencia física con 21 reportes; seguida de la violencia por descuido, con 8 casos; la violencia sexual, con 9 reportes y abandono, 2 casos (ver gráfica 25).

Gráfica 25. Distribución de casos de violencia en las y los adultos del Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Bases de datos Sivim 2009

El género femenino representa el 93% de los casos de violencia intrafamiliar en adultos del territorio social tres y los hombres representan el 7% de los casos; sin embargo es importante tener en cuenta que en la violencia física y emocional es donde se muestra la mayor diferencia en cuanto al género de la víctima, en una relación 10:1, es decir que por un hombre adulto víctima de violencia hay 10 mujeres adultas víctimas de violencia física y/o emocional. Se hace evidente su situación de vulnerabilidad y la necesidad de fortalecer factores protectores en este grupo poblacional.

Es importante mencionar, además que la violencia que más se registra o denuncia es la que sucede al interior de los hogares, por ser la más común, pero no quiere decir que esta situación no se reproduzca en otros espacios a saber, en el ámbito público: calles, parque, entre otros.

Las características socio culturales de la población que habita en este territorio favorece la frecuencia de ciertos tipos de violencia, teniendo en cuenta que muchas de las familias en las cuales se presenta esta problemática, son compuestas, en donde la madre con sus hijos conviven con su pareja, quien no es el padre de los menores y quien en la mayoría de los casos se convierte en agresor, ya sea por violencia física, emocional o sexual.

Se observa que las asignaciones inequitativas de género son asumidas por las mujeres desde que son niñas y jóvenes; roles tales como las labores propias del hogar, el cuidado de otros/as, una maternidad magnificada y en algunos casos, el abandono de la escuela por asumir roles domésticos. Según datos del sistema informático perinatal, para el año 2009 se reportaron en la localidad 1.666 embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, cuyo comportamiento en los últimos 3 años ha sido ascendente, siendo así que, para el 2008 la tasa de nacidos vivos de madres adolescentes entre los 15 a 19 años fue de 51 por cada 1.000 nacidos vivos. Como puede observarse hay un alto índice de casos en jóvenes, aspecto que si bien es cierto corresponde a un fenómeno social multicausal, puede estar relacionado con la naturalización y enaltecimiento del rol materno, que otorga a su vez un status de adultez. Los modelos de roles que niñas y adolescentes asumen, la asignación de placer al cuerpo de las mujeres, la responsabilidad exclusiva de la planificación familiar, pero a su vez el juzgamiento del que son objeto por la exigencia del preservativo, pues pocas veces se hace énfasis en el rol que deben cumplir los jóvenes en la decisión de tener o no hijos e hijas y en especial, frente a la responsabilidad con el cuidado de su salud sexual, pues el énfasis además está dado en la salud reproductiva más que pensar en el ejercicio sano de la sexualidad.

La juventud se convierte en una etapa en la cual los y las jóvenes adquieren identidades de género y se construyen discursos sociales, imágenes y estereotipos femeninos y masculinos; de esta manera, es relevante la construcción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes la cual está condicionada al sexo y la construcción de género en la juventud. La naturalización de la reproducción

de las mujeres adolescentes atribuida a la maternidad, ha dejado a un lado la salud sexual y la ha reemplazado por la procreación. Su consecuencia se expresa en las limitadas posibilidades de las mujeres para poder gozar de una sexualidad independiente de las consecuencias procreativas.

En la misma vía, se encuentra la violencia ejercida contra la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgénero), el ejercicio de la violencia en sus diferentes manifestaciones se extienden del ámbito privado al público, ejerciéndose incluso en la calle, especialmente en sociedades patriarcales como la nuestra, en donde no tienen cabida las orientaciones sexuales diversas y no heteronormativas, llegando a presentarse manifestaciones que violan gravemente los derechos humanos de las personas de estos sectores, incluso asesinatos y crímenes de odio, evidenciando altos grado de homofobia.

Existe una proporción muy alta de personas en el universo LGBT de Bogotá que a lo largo de sus vidas han sufrido alguna discriminación o agresión a causa de su identidad sexual. Aproximadamente ocurre en razón de 8 de cada 10 personas, las que han sufrido algún tipo de discriminación y 7 de 10 las que han sido víctimas de algún tipo de agresión.

Al abordar el tema de las orientaciones sexuales y las identidades de género diversas de las y los adultos que hace parte de este grupo poblacional, se encuentra que la principal barrera para el abordaje del tema por parte de las personas que no pertenecen a la comunidad LGBT, es precisamente la falta de información que históricamente se ha tejido frente a esta grupo, lo que ha llevado a las personas pertenecientes a esta comunidad a ocultar de su círculo social cercano, su identidad de género y/o su orientación sexual, debido a que temen ser víctimas de discriminación por parte de la sociedad y de exclusión familiar, lo que históricamente ha determinado a estas personas (en muchos casos) a vivir en condiciones difíciles, con problemas socio – económicos que perjudican su desarrollo personal autónomo. Esta situación se ve reflejada especialmente en el acceso a empleos en condiciones de igualdad, equidad y dignidad. Los empleos a los que son relegados/as por los altos grados de exclusión en la sociedad, están relacionados principalmente a las peluquerías y al ejercicio de la prostitución, lo cual lleva a estigmatizarlos/as en razón de su ejercicio laboral; no obstante es importante aclarar que no todas las personas LGBT se desempeñan en estos trabajos, lo que ocurre es que la mayoría de la población no se encuentra visibilizada.

Así mismo a esta situación se suma el hecho de que las personas de los sectores LGBT, no están muy interesadas en visibilizarse, teniendo en cuenta que son altamente vulnerables a sufrir diferentes formas de violencia y discriminación, especialmente los hombres y mujeres transgénero y de éstas, aquellos/as que se encuentran en ejercicio de prostitución, por ser las que más evidencian el choque con los patrones culturales tradicionales. Las personas Trans son especialmente vulnerables a la discriminación y a la agresión. Entre las personas consultadas en Bogotá, el 83.2% afirma haber sufrido discriminación y el 77.9% relata algún tipo de agresión, superando en ambos casos la proporción para el total de la muestra.

Las condiciones de estos sectores hacen que la mayoría de las familias vivan con menos de un salario mínimo mensual, en hacinamiento y con pocas posibilidades de mejorar su situación de vida; hay un índice muy alto de desempleo o subempleo; todos estos factores aportan a que las familias permanezcan continuamente con factores de ansiedad, frustración, bajos niveles de tolerancia ante los comportamientos de los niños y mal manejo de la comunicación, entre otras características de la zona. Para el caso de la localidad de Suba, se ha identificado hacinamiento crítico en 3.882 hogares, que representan el 1,3% y necesidades básicas insatisfechas en 8.141 hogares que representan 2,8%.

Se puede observar además, que los mayores patrones de violencia se registran en población con menor grado de escolaridad; no obstante la violencia es un fenómeno que ocurre en todos los

estratos y en todos los niveles educativos; lo que difiere son las formas de violencia, en las personas de estratos altos prima la violencia psicológica o emocional; también existe un menor grado de denuncia por el temor al señalamiento social.

Muchos de estos casos son determinados por tipos de familias monoparentales, en las cuales, generalmente la madre tiene la responsabilidad del cuidado y crianza de los niños al igual que asume el rol de proveedor económico, por lo cual delega responsabilidades a terceras personas por salir a trabajar para cubrir las necesidades del hogar.

Esta situación afecta en la mayoría de los casos a las mujeres en condición de desplazamiento, pues son ellas quienes generalmente migran a las ciudades por causa del conflicto armado y allí se ven enfrentadas al riesgo de violencia o abuso sexual y riesgo por explotación en el ejercicio de labores domésticas; estas condiciones marcan de manera significativa la vida de las mujeres, especialmente en su salud mental. En suma, el desplazamiento forzado coloca a la mujer en una situación con exigencias nuevas del entorno y de roles familiares que inciden negativamente sobre su salud y acceso a la atención. Entre los principales problemas de salud se destacan las alteraciones de la salud mental y entre ellos, los cambios en su estado de ánimo, alteraciones del sueño, tristeza y/o depresión ante la pérdida de seres queridos, cambios actitudinales por sentimientos de odio, escasa tolerancia ante las nuevas situaciones que deben afrontar.

Además, al ser las que principalmente migran a las grandes ciudades, se convierten en madres cabezas de familia en muchos casos y asumen el rol de proveedoras económicas, así lleguen al lugar receptor con sus parejas o no, pues son ellas quienes logran emplearse más fácilmente (en labores domésticas principalmente), lo cual conlleva a un cambio en los roles familiares, que pueden en algunos casos ocasionar o aumentar la violencia al interior del hogar.

Así mismo la proporción de niños y niñas afrocolombianos que está por debajo de la línea de pobreza local es significativamente mayor que la de los niños y niñas de otras Etnias; de acuerdo con el Índice Global de Calidad de Vida elaborado por la transversalidad de etnias en el 2008, mostró que cerca del 90% de la población afro esta por debajo de la línea de pobreza; esta situación incrementa el riesgo de presentar enfermedades prevalentes de la infancia, problemas de saneamiento básico en las viviendas; sumado a esto cerca de la mitad de las madres de los afrodescendientes no tienen empleo (46%) lo cual influye en la capacidad de generar recursos, lo que repercute en la calidad de vida de sus hijos e hijas.

Desde la transversalidad de desplazados se ha encontrado que la población desplazada se ha visto forzada a migrar dentro del país, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas debido a situaciones como el conflicto armado y violencia a todo nivel.

Uno de los principales problemas en la atención a esta población, se encuentra en el denominado restablecimiento socioeconómico y dentro de ello, en la generación de ingresos de la población desplazada; el desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un conflicto armado, conlleva generalmente al deterioro de las condiciones de vida y de la salud de quienes lo padecen. Se observa el compromiso de la salud mental y de la estabilidad psicosocial, los problemas de alimentación y en menor proporción las afecciones gastrointestinales y respiratorias entre los problemas de salud referidos por grupos de informantes. La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como problema adicional.

El embarazo en adolescentes es otra situación que afecta a las mujeres de esta etapa del ciclo vital. Según las atenciones prestadas en el hospital de Suba en el 2009, la mayor población joven gestante se encuentra entre los 19 y 22 años de edad; se ha encontrado en las lecturas de realidades, que el embarazo en adolescentes hace parte del proyecto de vida de las mujeres jóvenes, debido a que esta condición es aceptada en las dimensiones familiares y escolares y en muchos casos tienen privilegios que no tienen otras mujeres jóvenes como es el acceso a programas de apoyo alimentario.

3.3.5.3. Núcleo 3

Inequidades basadas en el género, que desencadenan factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva de las jóvenes del territorio social, que imposibilitan el libre desarrollo de su personalidad.

Los jóvenes conforman un sector social que tiene características singulares en razón de factores psico-sociales, físicos y de identidad que requieren una atención especial por tratarse de un período de la vida donde se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro. Entre los y las jóvenes se constatan graves carencias y omisiones que afectan su formación integral, al privarlos de derechos como la educación, el empleo, la salud, el medio ambiente, la participación en la vida social y política y en la adopción de decisiones, la tutela judicial efectiva, la información, la familia, la vivienda, el deporte, la recreación y la cultura en general.

La juventud, según criterios socioculturales, es la etapa donde los y las adolescentes empiezan su actividad sexual, constituyéndose como una etapa sexuada; la sexualidad tradicionalmente se ha dirigido principalmente a la atención del binomio madre – hijo, con un enfoque clínico. De esta manera, se hace necesario darle una nueva perspectiva a la salud sexual y reproductiva, en especial de los y las jóvenes, entendiéndola como condiciones importantes de la salud general de la población.

Otras razones pueden tener que ver con la asunción de una sexualidad más abierta y un inicio a más temprana edad de la vida sexual; además de las carencias en el sistema educativo, que divide la biología de los seres humanos con su afectividad y emotividad. En este punto, las adolescentes consideran que las clases de educación sexual, tanto en los colegios, como en las universidades, siempre son las mismas y no responden a sus necesidades, porque se limitan a dar información respecto a órganos reproductores y su funcionamiento, pero no frente a cómo cuidar el cuerpo, cómo ejercer una sexualidad con responsabilidad y cómo establecer canales adecuados de comunicación con la pareja; además, algunas de ellas refieren una clara discriminación por género en esta materia, argumentando que en algunos colegios en donde se obsequian preservativos, estos son dados a los varones y no a las jóvenes.

Otras causas tienen que ver con el limitado acceso a métodos de planificación familiar versus los recursos económicos para éstos, teniendo en cuenta que aunque estos hacen parte del POS, se convierte en una barrera de acceso el hecho de que a estas consultas se asiste por lo general en compañía de madres o padres y no existe plena libertad y confianza frente al uso de métodos de planificación familiar, respecto a las y los adultos; es así que en el ámbito escolar se presenta un alto número de solicitudes de consulta y asesoría en Salud Sexual y Reproductiva.

En el año 2009, según datos del PDA de SSR de la ESE, a través de la identificación y seguimiento de población joven con diagnóstico de VIH-SIDA, se identificaron 8 casos, de los cuales 4 son hombres y 4 son mujeres entre los 14 y 25 años; por otro lado se identificaron 2 casos de Herpes en hombres, 24 mujeres diagnosticadas con el Virus de Papiloma Humano y 7 casos de sífilis, de los cuales, 3 fueron diagnosticados en mujeres y 4 en hombres.

En este sentido, aunque la cifra del total de casos afecta por igual a hombres y a mujeres, es un dato a tener en cuenta, pues la cifra va cada vez en aumento y es más frecuente que las mujeres se infecten a través de sus parejas masculinas, por determinantes históricos de un contexto cultural machista, que le impone relaciones sexuales dominadas por el hombre, por el abuso sexual, dentro y fuera de la familia, por la historia de inequidad de género y de desigualdad social, económica, educativa y laboral; por la permisividad para que sus parejas sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros estables, por la exigencias de la función femenina de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio autocuidado¹⁵.

Un aspecto a resaltar y que se relaciona con las problemáticas anteriores, tiene que ver con el control que desde los patrones culturales se hace en el cuerpo de las mujeres y que cobra mayor relevancia en el tema de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, pues aunque media una Sentencia de la Corte Constitucional, C -355 de 2006, en la que se establece la despenalización parcial del aborto cuando se presenten tres causales específicas (riesgo de la vida o salud de la mujer, incompatibilidad con la vida del feto y abuso sexual), es muy difícil la obtención de cifras, tanto a nivel distrital como a nivel local. Esto se debe en parte al desconocimiento de la norma por parte de las mujeres como un derecho que tienen y que pueden exigir y también porque las condiciones de acceso al servicio están mediadas por las interpretaciones personales de los servidores y servidoras públicas y sus juicios morales.

Este es un tema que debe ser considerado un asunto de salud pública en la medida que las mujeres por las barreras de acceso al interior del sistema deben realizarse prácticas abortivas inseguras que en muchos casos concluyen en la muerte y que cobra especial relevancia en la etapa de ciclo vital juventud, en tanto la violencia sexual afecta a mujeres entre los 10 y los 20 años principalmente, así como aquellas que se encuentran en el grupo de edad comprendido entre los 21 y los 26 años.

Es importante evidenciar que si bien durante el año 2009 se practicaron 12 interrupciones del embarazo, este cifra es minoritaria frente al caso de embarazos en adolescentes no deseados; las mortalidades en adolescentes causados por interrupciones del embarazo mal practicado, evidencia la falta de divulgación, conocimiento y negligencia de los servicios de salud frente a esta sentencia.

Por otro lado, como se mencionaba anteriormente, es relevante señalar que las causas de mortalidad en esta etapa de ciclo juventud tiene un orden de género establecido; si bien la mayoría de causantes de mortalidad para los hombres son los homicidios, accidentes y suicidios, para las mujeres, las principales causas de muerte se dan por enfermedades relacionadas con el aparato reproductor y por los embarazos, muchas veces derivadas de las condiciones de violencia y de género diferenciales entre hombres y mujeres. Por otra parte, el componente identidad de género y orientación sexual en este ciclo de vida representa una gran dificultad, asociada al temor para abordar el tema de las orientaciones e identidades sexuales, en especial de los y las adultas responsables de formar a los y las jóvenes; de igual forma se evidencia una gran limitación en el sistema de salud para registrar las necesidades de la población juvenil LGBT, situación que hace más complejo el poder hacer un análisis de salud de esta población; sumado a esto, todavía existen profesionales en el sector salud que consideran la homosexualidad como una enfermedad y por lo tanto como algo curable; este abordaje terapéutico lo que provoca es un incremento en los problemas de salud mental de esta población.

Es relevante reconocer que, si bien existen jóvenes con identidades de género y orientaciones sexuales no hetero normativas, también existen un gran índice de desconocimiento y desinformación en las instituciones públicas sobre el tema, lo que genera altos índices, de estigmatización, discriminación, actos de odio y violencia, que inciden directamente en la salud de los y las jóvenes;

15 *Violencia Contra las Mujeres y Feminización del VIH-SIDA 2008.*

estas problemáticas se visualizan en los diferentes ámbitos como lo es el familiar y el escolar; siendo así, se hace relevante priorizar acciones para las capacitaciones y la no discriminación de los y las jóvenes con orientaciones sexuales no hetero normativas, con el fin de evitar los índices de suicidio en esta población y la violencia en función del género.

La violencia por las orientaciones sexuales, se evidencia mucho más en esta etapa de ciclo vital; los colegios distritales en su gran mayoría continúan enfocando el tema de sexualidad en la salud reproductiva y la heterosexualidad como única opción de experimentar la sexualidad; se deja de lado la diversidad sexual, es un tema vetado en el ámbito educativo. La percepción de los expertos es que en los colegios en términos generales las personas gay, lesbianas y bisexuales experimentan significativamente más agresiones verbales y físicas que las personas heterosexuales. Entre la agresión verbal se incluyen las frases homofóbicas, escuchar a otros hablar sobre gays o lesbianas en términos desobligantes, o ser acosados por su orientación sexual.

Sin embargo, hay una gran ausencia de estadísticas sobre violencias contra personas LGBT, debido a que esta población se hace invisible y a la auto-estigmatización que tienen ellos mismo, lo que genera que no acuda a los sistemas o instituciones encargados de hacer justicia frente a los diferentes actos de violencia que puedan llegar a sufrir.

Según algunas investigaciones, en estados Unidos refieren, que la población de jóvenes víctimas de la violencia por su orientación sexual constituye un factor de riesgo para la conducta suicida entre estudiantes gays, lesbianas y bisexuales. En la localidad de Suba difícilmente se puede hacer referencia a esto, ya que los sistemas de información no contemplan estas categorías de identificación en las y los usuarios.

La identidad de género y orientación sexual de las personas LGBT pone en riesgo la salud de esta población, ya que presentan más barreras de acceso para ingresar al sistema de salud, consultan menos por temor a ser discriminados o discriminadas y cuando lo hacen, la información que suministra el personal del salud no es completa y por creencias culturales asociadas a que “se asiste al médico cuando la enfermedad es grave”, por tanto el auto cuidado respecto a la salud en esta población es limitado.

Es importante considerar el concepto de auto cuidado y la noción del propio cuerpo que tienen muchas de las personas LGBT, especialmente aquellas que ejercen la prostitución; en la mayoría de los casos este concepto está asociado a la sensación de invulnerable por ser joven, a la necesidad de la transformación corporal y a la preocupación por la apariencia de las personas especialmente trans, la imagen del cuerpo, según la cual este es ante todo un medio y un modo de producción.

Frente a la salud sexual y reproductiva de la población LGBT, la heterosexualidad como norma social y cultural dominante provoca, a través de distintas instituciones, que todas las otras orientaciones, prácticas e identidades queden marginadas; esto conlleva a la discriminación y estigmatización que en casos extremos llega a la violencia (física, simbólica, psicológica) o a su forma más común: la invisibilidad; esto se traduce en la ausencia de políticas públicas que permitan de manera integral solucionar y evitar los problemas de salud de estas personas más allá de la infección por VIH, lo cual queda de manifiesto en la poca información y formación, además de una escasa y casi nula sensibilización del personal de salud respecto a las especificidades y necesidades de las poblaciones LGBT.

Como consecuencia, nos encontramos con el mínimo conocimiento acerca de cuidados en salud (sexual, reproductiva, mental, etc.) de las propias personas sexualmente diversas y de las y los profesionales, situaciones que aumentan los factores de riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

3.3.5.4. Núcleo 4

Factores de riesgos ambientales que inciden en la salud y bienestar de la población general del territorio social tres.

La afectación al ambiente trae consecuencias para la vida y salud de los habitantes del territorio social tres: Suba Centro – Casablanca; de acuerdo con información de la agenda ambiental e intervenciones desde la ESE, se han evidenciado problemas relacionados con condiciones ambientales como son: inundaciones, hacinamiento y condiciones de vivienda precaria, especialmente en los barrios estrato dos de la UPZ Casablanca, por deslizamientos; acumulo de escombros sobre lotes, rondas de los humedales y vías públicas; contaminación de los alimentos por presencia de vectores; malos olores por cercanía al humedal la Salitrosa; mal manejo de los desechos de las fabricas y de material prefabricado; colectores de aguas negras en mal estado; contaminación auditiva debido a los elevados niveles de ruido en las áreas comerciales (Avenida Suba y Calle 91); contaminación del aire debido a la permanente exposición a gases provenientes de los vehículos; polvo en las calles destapadas y excretas en las vías públicas por proliferación de perros callejeros. Aunque la condición ambiental afecta a la población general, algunos grupos poblacionales se encuentran más susceptibles como son los niños, niñas y personas mayores quienes en algunos casos presentan enfermedades respiratorias crónicas, las cuales se exacerban al estar en permanente contacto a factores ambientales no favorables.

En el año 2009, en el servicio de Pediatría de la ESE, se registraron 6.900 egresos hospitalarios y de estos el 68% (4 690 casos) correspondieron a niños y niñas menores de 5 años; se hospitalizaron 4 690 niños menores de 5 años y el 74% (3 470 casos) fueron por enfermedades prevalentes de la Infancia, las primeras causas de hospitalización en menores de 5 años fueron Bronquiolititis con 1 032 casos lo que corresponde a 30,4%, seguido de síndrome bronco obstructivo con 683 casos equivalente al 20,1%, la neumonía con 15,94% (541 casos), diarrea persistente o crónica con 14,8% (503 casos), laringotraqueitis u obstrucción de la vía aérea alta con el 8,08% (274 casos), fiebre de origen no especificado con 6,6% (224 casos) y Asma en 4% con 136 casos.

Evidenciándose así que las primeras causas de hospitalizaciones son por enfermedades respiratorias; de los 3 470 casos hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia en niños y niñas menores de 5 años el 73% (2 530 casos), se debieron a enfermedades respiratorias, observándose dos picos epidemiológicos en el año, uno en los meses de marzo a junio y el otro de septiembre a noviembre con mayor afluencia de casos en el primero. En el año 2009 fueron atendidos 34 718 menores por el servicio de Consulta Externa - Pediatría de las cuales 71% correspondió a población menor de 5 años con 24 784 casos, estos resultados se relacionan con las condiciones ambientales las cuales inciden negativamente en la población infantil.

3.3.5.5. Núcleo 5

Dificultades para acceder al derecho a la educación en el territorio social de Suba Centro – Casablanca, que se expresa en la insuficiente cobertura del sistema educativo para las personas en condición de discapacidad.

La población infantil que habita en este territorio con discapacidad, se ve afectada dado que la falta de acceso a servicios reduce significativamente la independencia y calidad de vida de las personas. En la localidad de Suba según el DANE hay 692 discapacitados que pertenecen a la etapa de ciclo de infancia.

Desde ámbito escolar, transversalidad de discapacidad se identificaron 240 casos a través de la aplicación de pruebas tamiz a la población escolarizada dentro de los colegios promotores e integradores y el escenario de jardines; entre los problemas identificados se encontraron la

motricidad fina, área perceptual y cognitiva por procesos mentales, dificultades en el lenguaje, la escritura, el proceso lecto escrito, al igual que procesos cognitivos.

Desde el punto de vista de la accesibilidad la mayoría de los establecimientos no están adaptados a las necesidades de las personas con discapacidad, hay barreras arquitectónicas, no existen baños adaptados y tampoco recursos técnicos y pedagógicos para facilitar el aprendizaje.

Los docentes de las instituciones educativas no están capacitados en la identificación de la discapacidad, sus necesidades y potencialidades, lo que dificulta el desarrollo integral de niños y niñas con algún tipo de limitación; además los docentes de educación especial no cuentan con las herramientas indispensables para el desarrollo de su tarea, ni existen programas que articulen ambos subsistemas que permiten la integración y la promoción de derechos de las personas con discapacidad. Por otra parte, las instituciones que atienden las necesidades de los niños y niñas con discapacidad, no son suficientes para cubrir la demanda de casos existentes en la localidad y aquellas que son consideradas integrales no cuentan con profesionales preparados para la atención de niños y niñas con discapacidad.

Por otra parte, la población infantil se ve afectada por el bajo acceso a la educación, esto debido en parte a los costos que se generan para matrícula, transporte, vestuario y materiales de estudio lo que amplía la brecha, esta situación a contribuido a que algunas familias no pueden hacerse cargo de la educación de todos sus miembros y a la hora de elegir, son las niñas las que se quedan en sus casas, ayudando con las tareas domésticas y al cuidado de otras y otros. El acoso y la violencia sexual a la que están expuestas las niñas, tanto de camino a la escuela como dentro de ella, también impiden su pleno acceso a este legítimo derecho.

3.3.5.6. Núcleo 6.

Inapropiados hábitos alimentarios, que aunado a la falta de actividad física desencadenan enfermedades crónicas a mediano plazo en la población del territorio social tres de la localidad de Suba.

En la etapa de infancia los niños y niñas desarrollan sus habilidades y destrezas a través del juego que inicialmente se presenta con la imitación de roles o de escenas vistas en televisión lo que se convierte en un factor que facilita el sedentarismo y la obesidad, cuando se encuentra en él una gran oferta de alimentos altamente energéticos y cuando al interior de sus hogares se promueve el uso del computador o de juegos interactivos para manejar los momentos de ocio de niños y niñas y las salidas fuera de su hogar se limitan, por el escaso acompañamiento por parte de los padres, lo que limita al niño a realizar actividades lúdicas, de recreación y esparcimiento; esta situación se debe en gran parte a la dinámica socioeconómica al interior de las familias debido a la alta presencia de madres cabezas de hogar o bajos ingresos económicos en su núcleo familiar, lo que contribuye a que estos adultos den prioridad a satisfacer sus demandas económicas para dar sustento alimenticio, de salud y educación a sus hijos y dejen de lado necesidades recreativas, por otra parte los cuidadores y cuidadoras que disponen de sus fines de semana para compartir con sus hijos han referido que los escenarios físicos no son suficientes para la cantidad de personas del territorio y los que se encuentran se han convertido en sitios de basura y cunas de delincuencia por lo que los padres de familia restringen la salida a estos sitios.

Los niños y las niñas tienen la necesidad de comunicarse con el mundo y lo hacen a través del movimiento, actividad que es positiva ya que el movimiento les permite crecer fuertes y saludables siendo un factor clave para su desarrollo. Por medio del movimiento, los niños también desarrollan su capacidad para pensar y comunicarse al explorar e interactuar con su mundo promoviendo una mayor confianza en sí mismos. Los niños y las niñas se sienten competentes física y emocionalmente cuando usan su cuerpo para comunicarse y expresarse; en realidad, es el deseo del niño de estar cerca y de comunicarse con el mundo lo que lo motiva a moverse.

Por otro lado, el género incide en la situación de salud de las niñas y de los niños, las pautas de crianza y la reproducción de roles generan desigualdades e inequidades que generalmente crean, mantienen y exacerban la exposición a factores de riesgo que amenazan la salud, es así como los niños se encuentran más expuestos a accidentes en la “calle” por aquellos conceptos de las actividades “duras y de riesgo” es decir se educan para los espacios del ámbito público; a diferencia de las niñas a quienes se les refuerzan comportamientos propios del ámbito privado y se exponen mucho más a los accidentes caseros, ya que las actividades se encuentran asociadas a los oficios domésticos, el apoyo en el cuidado y crianza de hermanos/as menores, entre otros; estos factores determinan los proceso de socialización de niños y niñas.

Estos comportamientos inciden en los patrones de recreación y esparcimiento, lo que ha llevado a que las niñas se limiten al espacio privado o doméstico disminuyendo las posibilidades del ejercicio, la actividad física y uso del espacio público como son los parques y calles. La organización del tiempo libre en los menores es importante para evaluar la tendencia e intereses de los mismos; en general podemos concluir que hay poco interés en las actividades artísticas y culturales, esto se debe a diferentes factores como al déficit de instituciones, los escasos recursos económicos y distancias geográficas, así como la falta de información sobre estos programas y proyectos culturales ya que tienen poca difusión, bajo nivel de oferta y además tiene un costo alto para las familias de escasos recursos lo cual los hace inaccesibles.

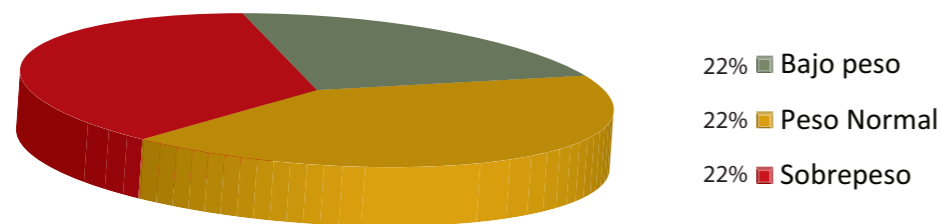
En los colegios distritales se han identificado restricciones en actividades físicas o juegos que impliquen riesgo de accidentes al interior de las instituciones; por otro lado a pesar de que algunos de ellos tienen nuevas estructuras, las canchas o espacios para realizar actividad física no son suficientes para toda la población estudiantil, o no se encuentran en buenas condiciones para su uso; las IED que tienen espacios reducidos desplazan a los estudiantes parques vecinales aledaños a la institución para desarrollar la clase de actividad física, además de ello las clases de educación física presentan baja intensidad horaria, están limitadas a prácticas deportivas como el fútbol lo que imposibilita la participación completa de niños y niñas de cada IED, los implementos con que se cuenta en la mayoría de los colegios son insuficientes para la cantidad de alumnos y mientras unos trabajan otros se dedican a realizar tertulias en esta hora de clase.

También se ha evidenciado que en algunos colegios no se cuenta con un docente idóneo para dictar la clase de educación física por lo que el docente de cualquier materia debe dictar esta asignatura perdiéndose su enfoque, o en ocasiones esta asignatura es obviada del horario de clase, situación que puede traer consecuencias a mediano plazo por el hecho de no fomentar el hábito del ejercicio. De igual manera se presentan tiendas de videojuegos en los alrededores de las instituciones educativas lo que favorece que los alumnos prefieran dedicar los ratos libres a este tipo de actividades.

Por otra parte, la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años de la localidad, se caracteriza por afectar el crecimiento por déficit de peso y retraso en la estatura, lo cual está asociado con determinantes socioeconómicos, alimentarios, culturales y ambientales propios del territorio.

Según información de Sisvan en el año 2009 se identificaron 3.932 niños y niñas menores de 10 años en el territorio social tres, de los cuales 431 (11%), presentaron retraso de crecimiento, 155 (3,9%) déficit de peso para la talla y las gestantes presentaron malnutrición en el 58% de los casos; el exceso de peso representa el 36%, este resultado se debe en parte a que las mujeres mayores de 35 años inician el embarazo en sobrepeso y además sus hábitos alimentarios no son adecuados, situación evidenciada en el consumo excesivo de alimentos energéticos; este comportamiento incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto (ver gráfica 26).

Gráfica 26. Clasificación nutricional gestantes identificadas por Sisvan Territorio Social Tres, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Bases de datos Sisvan 2009. Localidad I de Suba.

Sumado a todo esto, la deficiencia de hierro, es una problemática que se presenta en los menores de 1 a 4 años, según datos de la Ensin 2005, el 36,4% de los niños y niñas presenta anemia en Colombia, motivo por el cual, el programa de Salud al Colegio desarrolla la estrategia extramural de suplementación con hierro, estrategia que va dirigida a los niños y niñas entre los 2 y 14 años inscritos en Instituciones Educativas Distritales, Jardines de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) e Instituto de Bienestar Familiar bajo el criterio de vulnerabilidad es decir población ubicada en UPZ prioritarias de estratos uno y dos.

La deficiencia de hierro se debe principalmente a una ingesta inadecuada de alimentos fuentes de hierro que no cubren las necesidades de los individuos para este micro nutriente y ello conduce a una disminución de las reservas orgánicas del mineral, seguida por una reducción de la eritropoyesis, lo que genera un descenso de las concentraciones de hemoglobina (anemia) y la reducción del transporte de oxígeno a las células, también conocida como desnutrición oculta.

Para el año 2009, desde el ámbito escolar se suplementaron con hierro 18.015 menores de los cuales el 49,9% son hombres y 50,2% son mujeres, dando cubrimiento 100% de los colegios públicos de la localidad y 6 colegios privados centinela que corresponden al 52% de los asignados al programa Sisvan escolar, 98% de los hogares infantiles de ICBF, 97% de los jardines de SIS y 73% de las asociaciones de hogares comunitarios de bienestar. De estas instituciones el 2% se encuentran ubicados dentro de las UPZ 27 – Suba Centro.

En este sentido y teniendo en cuenta el proceso de gestión social integral en la localidad, las acciones que realiza la ESE se complementan con acciones transectoriales como son las intervenciones de complemento nutricional desde la subdirección de integración social y el ICBF.

La Subdirección Local de Integración Social, a través de su programa de comedores comunitarios en la vigencia 2009 benefició a 103 niños y niñas de los cuales 3% pertenecen a la UPZ Suba Centro.

Desde el ICBF con el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, cuyo objetivo principal es propiciar el desarrollo psicosocial, cultural, moral y físico de los niños y niñas menores de cinco años de edad, de familias con vulnerabilidad económica, social, cultural, nutricional, y/o psicoafectiva, a través de acciones de formación integral y de fortalecimiento de la familia, con la organización y participación comunitaria, se lograron mejorar las condiciones de calidad de vida y se potencializó el sentido de responsabilidad y pertenencia, con el apoyo de la sociedad y de las instituciones, para cumplir con los derechos de los niños y niñas¹⁶.

Esta institución benefició a 5.681 menores de 5 años, en 437 unidades de atención de la localidad de los cuales se ubican en la UPZ Suba Centro 208 menores.

Con relación al apoyo alimentario proporcionado por la Secretaría Distrital de Educación, durante el 2009 mediante el programa de comedores y refrigerios escolares, ésta entidad suministró 36.395 refrigerios que fueron proporcionados bajo la interventoría de la Universidad Nacional de Colombia, los cuales fueron distribuidos en las diferentes Instituciones Educativas Distritales, donde fueron beneficiados con refrigerios escolares Tipo A, el 72,1% de los alumnos en básica primaria; estos refrigerios están compuestos por un lácteo, un producto de panadería, una fruta y un postre.

Otro aspecto importante para tener en cuenta en la etapa de infancia, es el comportamiento de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementaria, la cual durante el año 2009 presentó una mediana de amamantamiento exclusivo para los 6 primeros meses de 2.4 meses y una duración total de 14 meses para el amamantamiento prolongado según Sisvan. Estos bajos índices de lactancia materna exclusiva y complementaria, pueden presentarse debido al desconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna durante los 6 primeros meses y su prolongación hasta los 2 años; también influyen los patrones culturales y sociales por parte de las madres gestantes y lactantes, que aceleran el inicio de alimentación complementaria y el uso de fórmulas lácteas industriales.

La lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad es un factor protector, previniendo la desnutrición cuando se realiza en forma constante, oportuna y adecuada. Las ventajas de este proceder son conocidas: mejor funcionamiento digestivo y metabólico, mejor estado de nutrición, mayor protección inmunológica, menor riesgo de sensibilización alérgica, mejor desarrollo psíquico y otras razones, lo que trae menor morbilidad y mortalidad infantil. Se puede atribuir la disminución de la mediana de lactancia materna exclusiva a que las madres que trabajan fuera del hogar disponen de menos tiempo para el cuidado de sus hijos y el ofrecimiento exclusivo de la misma durante el tiempo esperado. Es importante resaltar que el nivel de educación se relaciona directamente con la práctica exclusiva de la lactancia, porque ayuda a elegir estilos de vida más sanos, permite comprender mejor la relación entre madre e hijo a fin de brindar el mejor alimento a su hijo, sin tener en cuenta mitos, creencias y/o vanidades.

También se han identificado en la población menor de 10 años inadecuados hábitos alimentarios generalmente dados por una baja ingesta de alimentos fuente de vitaminas y minerales como son las frutas, verduras y hortalizas, esto debido principalmente a costumbres por parte de los cuidadores, como también al inadecuado uso de los recursos a la hora de elegir los alimentos, para lo cual las familias se inclinan por aquellos de origen energético los cuales producen mayor saciedad y se consiguen a menor precio, lo que trae como consecuencia malnutrición y presencia de enfermedades como la anemia, estreñimiento, enfermedades de la piel entre otras. Así mismo inciden los medios de comunicación y el entorno social de los menores a la hora de adquirir hábitos alimentarios. Otro aspecto importante se relaciona con la preparación y conservación de los alimentos para lograr el máximo aprovechamiento biológico de los mismos.

Por otra parte las problemáticas psicosociales son determinantes en el desarrollo de la personalidad y asociado al uso indebido del tiempo libre y la falta de espacios y programas recreativos, deportivos y culturales hacen que se genere respuestas no adecuadas para el bienestar físico y emocional de los y las jóvenes, formando así factores relacionados a uno de los problemas que en la actualidad aqueja a esta población como lo es un estilo de vida sedentario debido a la poca concientización en la importancia de la práctica de actividad física para la salud.

Pero no es solo la insuficiencia de espacios y programas, es clave revisar como esto se relaciona con el ambiente el cual es un agente determinante para la agudización de estas problemática teniendo en cuenta que los pocos espacios físicos contaminados por basuras o excretas de animales y zonas inseguras por la presencia de venta y consumo de drogas afectan el acceso a los mismos, aunado a esto, las vías inadecuadas y deficiencias en servicio de transporte público, déficit de parques y zonas recreativas son algunas de las causas que afectan a los y las jóvenes en la práctica de actividad física en la UPZ Suba Centro.

Esta problemática es generalizada en las UPZ Suba y Casablanca las cuales fueron urbanizadas sin un proceso de planeación, que con el paso de los años ha sido afectada por invasiones por lo cual no se dejaron espacios adecuados para parques y vías de acceso. En este territorio hay 1,64 m² de parques por habitante, aquí está ubicado el paseo peatonal ciclo ruta del borde del Juan Amarillo, los espacios de recreación que existen, están en mal estado, no cuentan con aditamentos suficientes, no hay senderos peatonales, ni una buena iluminación lo que conlleva a estos espacios a percibirse como inseguros. La población juvenil considera que la inseguridad en los parques impide la recreación, el cuidado de la salud mediante la práctica de actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre.

La población adulta deja de lado la actividad física debido a que tienen una alta carga laboral, además son cuidadores de sus hijos y de sus hogares lo cual demanda tiempo extra, por tal razón algunos adultos del territorio social han manifestado que no tienen tiempo suficiente para practicar actividad física o espacios de recreación, de igual manera al estar tiempo completo dedicado a actividades del hogar se presentan dependencias emocionales, económicas y desvalorización de la mujer dentro de la dinámica familiar, estos factores asociados al desempleo y a las pocas redes de apoyo de las mismas, facilita la presencia de sentimientos de depresión y soledad que hace que gran parte de la población prefieran suplir las necesidades básicas de los menores que tienen a su cargo y dejen de lado sus necesidades propias, por otro lado los roles asumidos por las mujeres desde muy corta edad facilita que presenten más sedentarismo y obesidad ya que dedican su tiempo libre a la realización de actividades de su hogar, es por ello evidente que en esta etapa de ciclo son visibles la presencia de enfermedades crónicas dadas por la presencia durante lo corrido de su vida de inadecuados estilos de vida, para ello hay falencia de programas que favorezcan su cambio o posibiliten una mayor sensibilización en la importancia de cambios en los estilos de vida en busca de favorecer no solo las condiciones de salud sino la calidad de vida de las personas, rompiendo con el paradigma del enfoque de salud donde aún la actividad física es considerada como un factor preventivo de enfermedades donde si los adultos no presentan ninguna anomalía consideran que no es necesaria practicarla.

La mayoría de las personas adultas que refieren practicar actividad física, lo hacen a través de la caminata para desplazarse al lugar de trabajo o para desplazarse a los centros de educación de sus hijos, ya que sus medios económicos no les permiten en todas las ocasiones utilizar transporte urbano los factores psicosociales como la pobreza, la limitación de recursos y los inadecuados hábitos alimentarios se convierten en un factor de riesgo que contribuyen a fragilizar del individuo favoreciendo la presencia de morbilidad y mortalidad, aumentando la predisposición en la edad adulta a infecciones y enfermedades crónicas asociados con la edad lo que disminuye la calidad de vida de los adultos.

El estado de salud física y mental de las personas adultas depende en gran parte de los hábitos adquiridos en la infancia y en la juventud, en la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación, práctica de actividad física y un espacio libre de humo de cigarrillo determinadas por factores de tipo psicosocial de este grupo de población como la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas, la soledad, entre otras.

En lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos en la localidad, a través del programa tú vales del ámbito comunitario, se encontró que la mayoría consume dos o tres comidas al día, donde hay un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y las porciones son insuficientes, por otro lado se presenta alto consumo de alimentos fritos y en otros casos se presenta un alto consumo de carbohidratos, sustentado por ellos por las condiciones económicas bajas donde hay preferencia de alimentos que los haga sentir saciedad, evitando la compra de frutas y verduras que según la comunidad les genera más apetito, por otra parte en las UPZ de Suba, Rincón y Tibabuyes hay poca oferta de lugares donde se pueda comprar en condiciones adecuadas los alimentos y las

que existen, están por encima del presupuesto de la comunidad, llevando a los compradores a preferir la adquisición de alimentos en promoción por paquetes que influye en el aprovechamiento biológico de los mismos, lo que no permite cubrir las necesidades de nutrientes, así como de calcio, vitaminas y minerales necesarios para un desarrollo saludable y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y prevenibles como las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, cáncer y diabetes, reconocidas como la principal causa de mortalidad y morbilidad.

Por otro lado se encontró que un gran porcentaje de población adulta fuma y consume alcohol, con mayor proporción en hombres que en mujeres, ya que la mayoría de participantes del programa conviven con un fumador y no realiza ningún tipo de actividad física o recreativa y esta es asociada a su rol de cuidadoras presentando problemas de sedentarismo.

El sedentarismo o falta de práctica de actividad física, asociada con inadecuados hábitos alimentarios, es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar las enfermedades del corazón y ataques al cerebro. Según cifras de la 'fundación ciudad humana' tan solo un 12% de los adultos bogotanos, es decir, cerca de 780.000 personas, practica algún tipo de actividad física. El resto de los bogotanos no se esfuerza por realizar ningún trabajo corporal; sumado a esto, tienen muy malos hábitos alimentarios. De acuerdo con el último estudio de la OMS, estos comportamientos sedentarios se convierten en un problema de salud pública; esta es una de las diez causas de mortalidad en el mundo. Cifras de la OMS revelan que cerca de dos millones de muertes se atribuyen, cada año a la inactividad física.

Cifras de la OMS revelan que cerca de dos millones de muertes se atribuyen, cada año a la inactividad física.

3.3.5.7. Núcleo 7

Barreras de acceso administrativas, geográficas, físicas y económicas a los servicios de salud de la población del territorio social tres, que repercuten en la atención oportuna de las enfermedades.

La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como otro problema para las y los adultos, especialmente para aquellos que se encuentran en condiciones de fragilidad social (población étnica, desplazada, con discapacidad). Una de las dimensiones en las cuales se observan mayores desigualdades es en el acceso a servicios, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa, o incluso no inicia, debido a barreras en la oferta.

Se presentan barreras para la población de tipo administrativo y económico, debido a que las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados, establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos; las cuotas moderadoras se convierten en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres, así como las inconsistencias, trámites y comprobadores de derechos, de las cuales en muchas ocasiones las Empresas Sociales del Estado y la población se ven impotentes para solucionar; es decir, a nivel normativo se evidencia el cumplimiento pleno para hacer validos los derechos, pero al confrontarlo con la realidad, las dificultades son visibles no por la atención médica sino por los trámites administrativos. Así mismo, por el desconocimiento de derechos y deberes, apropiación y exigibilidad de los mismos por parte de la población, multi afiliación, demora en los tiempos de actualización de las bases de datos, desinterés por la consulta preventiva, automedicación y carencia de recursos para el traslado a las diferentes IPS.

A nivel geográfico se presentan barreras relacionadas con problemas de desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención, problemas de conectividad debido al bajo nivel de construcción de la malla vial secundaria, local y procesos de urbanización incompleta;

problemas relacionados con los retrasos a nivel de mantenimiento, rehabilitación y construcción de la infraestructura vial; así mismo, el transporte urbano no ofrece las mejores posibilidades de acceso especialmente para la personas en condición de discapacidad, pues a pesar de que estos sectores cuentan con los servicios de buses alimentadores del sistema Transmilenio, esta se convierte en su única posibilidad de desplazamiento hacia otros sectores de la localidad o incluso fuera de ella, dificultando el acceso a los diferentes servicios para este grupo poblacional.

Por otro lado, el desconocimiento por parte de los funcionarios de la legislación especial para la atención de población étnica y desplazada, y la falta de un enfoque diferencial de atención para esta población que responda a la diversidad, particularidad y características: culturales, sociales, étnicas, ciclo vital y género, no posibilitan el acceso, la disponibilidad, la exigibilidad y la oportunidad para el goce efectivo de los servicios de salud como un derecho inalienable de la población.

La falta de una reglamentación clara de la ley 691 de 2007 que refiere a la atención en salud de los grupos étnicos que no especifica la forma de vinculación a la atención en salud de todas las comunidades ya que desconocen las realidades de las comunidades en contextos tanto urbanos como rurales.

Pese a que un alto porcentaje de la población indígena urbana está en el régimen subsidiado, existe un desconocimiento institucional sobre la reglamentación especial para grupos indígenas invalidando los procesos propios de identificación, su denominación como población especial y el derecho de ley a que las EPS subsidiadas implementen planes diferenciales a partir de la cosmovisión de cada pueblo al que le brinda los servicios. Se invalida el reconocimiento legal y la potestad que tienen las y los gobernadores de los cabildos para la certificación de la pertenencia de un particular a su colectivo indígena. Esto redundando en que todas las personas en estado de transitoriedad de régimen se encuentren desprotegidos y el único acceso de salud permitido sea el de urgencias.

Por otro lado, la carencia de apoyo a las iniciativas de medicina tradicional de estas comunidades, la desvalorización de los saberes propios y ancestrales de las comunidades indígenas por parte del discurso médico occidental. Los procesos de rescate y fortalecimiento de las medicinas ancestrales no encuentran vías de desarrollo pleno en el ámbito por la falta de apoyo económico que facilite la implementación de todas las iniciativas propuestas por la comunidad. Por otra parte, la medicina occidental no valora los conocimientos ancestrales y genera dificultades en la articulación entre ambos saberes.

Ante estas situaciones la población se ve avocada a tramitar derechos de petición dirigidos a las instituciones en donde presuntamente se les desconoce o se les vulnera sus derechos con el fin de buscar la protección y/o la reparación de los mismos y de esta forma poder acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, existen barreras de tipo personal, especialmente en lo que respecta a todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de las y los adultos, existen muchos imaginarios sociales frente al tema, que hacen que la población no asistan a los servicios en los centros de atención de la ESE y por tanto que desconozcan los derechos y deberes en SSR y las diferentes acciones de promoción y prevención que se adelantan desde el sector.

Por un lado, existe desconocimiento de cómo acceder a los métodos de regulación de la fecundidad, las personas no conocen los métodos que oferta la ESE y que están dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), existen todavía usuarios que confían en los métodos naturales y no se acercan a los centros de salud para recibir consejería en planificación y poder escoger un método de acuerdo con sus necesidades.

Así mismo, la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es otro factor preponderante en la población adulta, debido en muchos casos al no uso del condón, el desconocimiento de factores de riesgo y consecuencias de contraer ITS, así como el ejercicio de conductas sexuales de riesgo. Según datos del sistema de vigilancia epidemiológica de la localidad, durante el 2008 al caracterizar los casos por género se encontró que en el año 2008 el 84% (n= 142) corresponde al género masculino y el 16% (n= 27) al género femenino, observando una relación de hombre mujer 5:1. Al realizar la Referenciación geográfica de los casos de VIH-SIDA en el mismo periodo en Suba Centro se encontraron 16 casos en adultos, es decir, la población económicamente activa, por lo que es importante fomentar las acciones del programa de salud sexual y reproductiva y planificación familiar y fomentar autoestima y auto cuidado.

Esta problemática no excluye a la población adulta que hace parte de los sectores LGBT; existe un desconocimiento profundo de las prácticas sexuales de esta población por parte de los funcionarios/as de las instituciones de salud, que hacen que la atención sea basada en supuestos, lo que termina vulnerando sus derechos y discriminándolos por su orientación sexual y/o identidad de género; por ejemplo al interior de la ESE, al realizar una indagación, no se cuenta con espéculos virginales en la realización de citologías y en caso de que una mujer lesbiana lo solicite no se podrá brindar la atención adecuada y pertinente, pues no se consideran necesidades particulares en razón del ejercicio de la sexualidad.

Esta problemática no excluye a la población adulta que hace parte de los sectores LGBT, existe un desconocimiento profundo de las prácticas sexuales de esta población por parte de los funcionarios/as de las instituciones de salud, que hacen que la atención sea basada en supuestos, lo que termina vulnerando sus derechos y discriminándolos por su orientación sexual y/o identidad de género, por ejemplo al interior de la ESE, al realizar una indagación, no se cuenta con espéculos virginales en la realización de citologías y en caso de que una mujer lesbiana lo solicite no se podrá brindar la atención adecuada y pertinente, pues no se consideran necesidades particulares, en razón del ejercicio de la sexualidad.

Los prejuicios, valores, costumbres y posiciones que tienen los funcionarios/as en el momento de la consulta, se convierten en barreras de acceso para una atención integral, encontrándose en muchas ocasiones, justificaciones a este tipo de comportamientos soportadas en temores, desconocimiento y prejuicios. Por la misma falta de información y conocimiento, cada profesional se basa en sus propias ideas para caracterizar a su paciente, partiendo de situaciones visibles como el modo de vestir, hablar o caminar, originando de esta manera, un diagnóstico y/o tratamiento que en últimas, a lo que da respuesta es al imaginario del profesional.

De otra parte, no se incluye información respecto a prácticas sexuales de población con una identidad de género o una orientación sexual diversa, dentro de los programas de promoción y prevención de Salud Sexual y Reproductiva, lo que ha permitido que circulen entre las personas de los sectores LGBT una gran cantidad de mitos identificados en grupos focales del territorio, tales como el uso doble del condón para mayor protección, o peor aún, la opción de no usarlo por sus costos inaccesibles o por el desconocimiento frente a beneficios que se tienen, o la asunción de que las mujeres lesbianas al no tener penetración no estarían en riesgo de contraer ITS. Esto ha generado un mayor grado de vulnerabilidad de la población LGBT de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida.

De la misma manera, se ha encontrado un alto grado de asociación entre las palabras VIH/Sida y homosexualidad, usadas como sinónimos por la mayoría de los funcionarios/as del sector salud y de la población en general, reflejando la estigmatización del contagio principalmente en las relaciones hombres con hombres. No obstante, se conoce que en efecto, existe un alto nivel de VIH positivo en hombres que practican sexo con hombres, pero la relación exclusiva de estas personas con la

enfermedad sesga la atención que se les brinda, en tanto no se les reconoce como seres humanos íntegros en la salud; igualmente la incidencia es alta en hombres y mujeres heterosexuales, con especial auge de mujeres con pareja estable. En Bogotá, en el año 2007 se notificaron 1228 casos de VIH/SIDA, de los cuales el 10.9% pertenecen a otros departamentos, seguido de la localidad de Suba con el 10.5% y del porcentaje total el 19,4% corresponde a mujeres y 80,6% a hombres, de acuerdo con el boletín epidemiológico del año 2008.

Por otro lado, se evidencian problemáticas como el cáncer de seno, de cuello uterino y las ITS que afectan considerablemente la salud de las mujeres adultas y que aumentan por el bajo nivel de autocuidado de las mujeres en la realización de citologías y auto examen, pues se tiene la percepción de que el cuidado históricamente es para otros y otras, primando además, el desconocimiento del propio cuerpo y toda la carga moral que sobreviene a éste; culturalmente su finalidad es en relación con el otro/a (placer, reproducción, etc.) y que impide a las mujeres el acceso a él, incluso para realizarse exámenes como la citología o el auto examen de seno que pueden salvarles la vida. Anualmente en Bogotá mueren en promedio 440 mujeres por cáncer de seno; es la primera causa de muertes en mujeres de 45 a 59 años y la tercera en mujeres de 15 a 44 años.

El cáncer del cuello uterino es la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres en Colombia. Una de cada 25 mujeres desarrollara cáncer de cuello uterino durante su vida en Colombia. Se estima que alrededor de 2.300 mujeres morirán de esta enfermedad.

Por tal razón entre las medidas de control para disminuir la incidencia de este evento el hospital de Suba mantiene entre sus intervenciones la toma de citología a las mujeres entre los 10 y 89 años siendo así que, para el año 2009 se tomaron 18.167 citologías a mujeres adultas entre los 25 y 59 años; en este grupo poblacional se identificó que el 45% (1.451) de las citologías fueron positivas con diagnóstico de anormalidades en células escamosas y las atipias de células escamosas representaron el 60%, seguidas de las lesiones escamosas intra-epitelial de BAJO Grado (cambios por Virus del Papiloma Humano) en 33%.

Una de las formas de prevenir el cáncer del cuello uterino es hacerse regularmente la citología; de allí la importancia de sensibilizar y fortalecer las acciones de demanda inducida con la comunidad para que las usuarias acudan a los diferentes puntos de atención de la ESE, para la toma de la citología y para reclamar el resultado. Esta prueba puede detectar las infecciones por VPH y los pre cánceres. El tratamiento de estos problemas puede detener el cáncer del cuello uterino antes de que se convierta completamente en cáncer invasivo.

Otro aspecto a resaltar en la población femenina se relaciona con el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, pues aunque media una Sentencia de la Corte Constitucional C -355 de 2006, en la que se establece la despenalización parcial del aborto cuando se presenten tres causales específicas (riesgo de la vida o salud de la mujer, incompatibilidad con la vida del feto y abuso sexual), es muy difícil la obtención de cifras, tanto a nivel distrital como a nivel local, encontrándose que para el caso de Suba, desde la implementación de la Sentencia, en el hospital sólo se han realizado nueve, número muy bajo en relación con las cifras de abuso sexual y de casos en los que la salud de la madre o del feto se encuentren seriamente comprometidos.

Esto se debe en parte al gran desconocimiento de la norma por parte de las mujeres como un derecho que tienen y que pueden exigir y también porque las condiciones de acceso al servicio están mediadas por las interpretaciones personales de los servidores y servidoras públicas y sus juicios morales. Este es un tema que debe ser considerado un asunto de salud pública en la medida que las mujeres por las barreras de acceso al interior del sistema deben realizarse prácticas abortivas inseguras, que en muchos casos concluyen en la muerte.

Entre los principales factores que facilitan que la población no acceda o no pueda acceder a los servicios de salud, especialmente a los relacionados con su SSR, están las concepciones culturales y tabúes de la población frente al tema, así como situaciones de violencia al interior de las familias, lo que genera que se presenten problemas de baja autoestima, especialmente en la mujeres, lo que no permite que se acerquen a recibir atención en salud preventiva; por otro lado, el machismo de muchos hombres no permite que sus parejas tomen decisiones frente a su propia salud u otros incluso delegan esta responsabilidad en ellas.

En otros casos como se mencionó anteriormente, las mujeres son jefes de hogar, por tanto se ven en la obligación de buscar el sustento económico de sus familias, lo que genera que no tengan el tiempo y los recursos suficientes para poder acceder a los servicios preventivos frente a su salud. La falta de educación en SSR es deficiente para este grupo poblacional, por tanto desconocen las consecuencias de no recibir una atención médica preventiva y oportuna. Así mismo, la falta de comunicación dentro del núcleo familiar dificulta el direccionamiento de conductas de autocuidado y autoestima.

Por otro lado, la falta de información con respecto a la remisión de pacientes y la falta de asesoría médica y psicológica, así como el poco impacto de las políticas y estrategias establecidas para este grupo poblacional, genera escepticismo y en ocasiones rechazo de la población a acceder a los servicios.

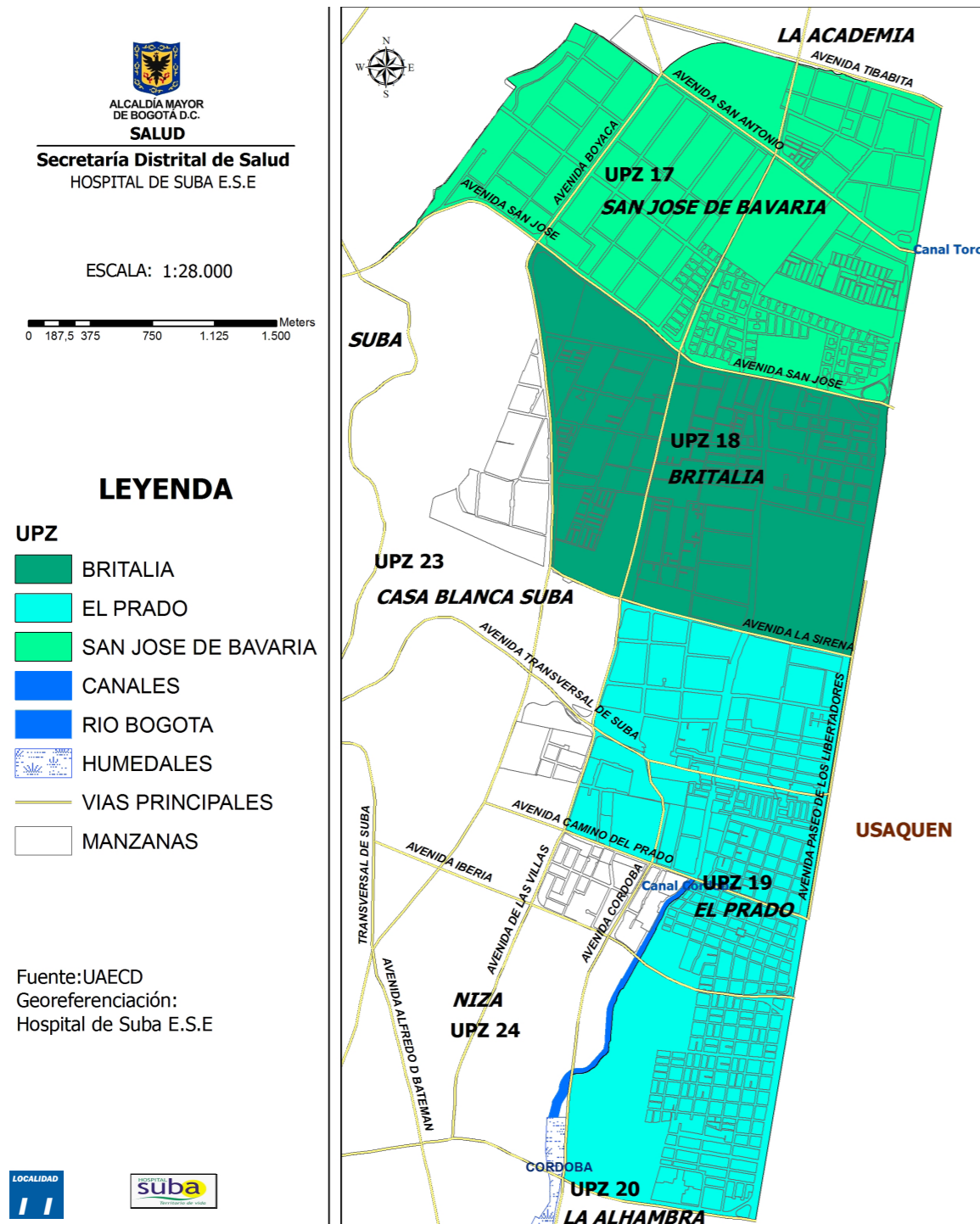
Estos factores estructurales como la pobreza, el desempleo, la violencia, la desigualdad, la inequidad van en detrimento del desarrollo humano de las y los adultos. En muchos casos sus proyectos de vida se ven inconclusos y desplazados por las necesidades de otros; éstas condiciones van afectando el desarrollo físico y psicológico de la población adulta. Los inadecuados hábitos de vida en la población adulta, generados por condiciones socioeconómicas y culturales los obligan a aplazar sus propias necesidades.

3.4. Territorio Social Cuatro – UPZ San José de Bavaria, Britalia y Prado.

Esta zona está conformada por las Unidades de Planeación Zonal - UPZ 17 -San José de Bavaria, UPZ 18 - Britalia, UPZ 19 - Prado.

Este territorio se organiza en su límite norte con el futuro canal Guaco (CL. 183), futuro trazado de la Av. Boyacá al sur con Av. Rodrigo Lara Bonilla (CL. 127), al oriente con Av. Paseo de los Libertadores o Autopista Norte y al occidente con Av. Boyacá (KR. 60) Carrera 60 y Av. Córdoba (KR 46), Canal de Córdoba (ver mapa 27).

Mapa 27. Territorio Social cuatro, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAECDD. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

Según proyección DANE 2009, Prado – Britalia – San José de Bavaria, concentra alrededor de 194.517 habitantes; si se desagregan las poblaciones por cada UPZ, la UPZ San José de Bavaria recoge 47.774 habitantes, Britalia 57.730 y Prado 89.013. Así considerada, sería el tercer territorio en concentración de población, asentados en 55 barrios, a saber:

UPZ 17, San José de Bavaria con 11 barrios: Gibraltar, Guicaní, Mirandela, Nueva Zelandia, San Felipe, Santa Catalina, Tejares del Norte, Villa Nova, Villa del Prado, Villa Lucy, San José de Bavaria.

UPZ 18 Britalia con 18 barrios: Britalia, Britalia San Diego, Calima Norte, Cantagallo, Cantalejo, El Paraíso de los Doce Apóstoles, Gilmar, Granada Norte, Granjas de Namur, Las Chocitas, Los Eliseos, Pijaos de Oro, Portales del Norte, San Cipriano, Villa Delia, Villa Delia Britalia Norte, Vista Bella.

UPZ 19 Prado con 26 barrios: Alcalá, Atabanza, Bernal y Forero, Cacigua, Canodromo, La Sultana, Libertadores, Los Prados de la Sultana, Madeira, Manuela Arluz, Mazurén, Niza IX, Prado Pinzón, Prado Sur, Prado Veraniego, Prado Veraniego Norte, Prado Veraniego Sur, San José de Spring, San José del Prado, Santa Helena, Tarragona, Tierra Linda, Victoria Norte, Villa Morena.

De acuerdo con las características urbanísticas el territorio es residencial (ver tabla 55).

Tabla 55. Características de las UPZ del Territorio Social Cuatro, localidad de Suba, 2009.

No.	UPZ	Característica Urbánística	Área/Ha.	Población
17	San José de Bavaria	Residencial Cualificado	439.68	47.234
18	Britalia	Residencial Consolidado	328.41	55.816
19	Prado	Residencial Consolidado	428.95	88.565
TOTAL			137.04	191.515

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Plan de Ordenamiento Territorial. Dirección de Estudios e investigación de la Cámara de Comercio de Bogotá, 2009.

De acuerdo con la estrategia SASC, en la zona de protección predominante se caracterizaron 10 micro territorios, donde se identificaron condiciones medioambientales adecuadas, en cuanto a habitabilidad, infraestructura, servicios públicos, espacio público y equipamientos.

Recientemente se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida por invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado, sin embargo existen barrios de estrato dos cuyas poblaciones tienen limitaciones para el consumo de bienes y servicios como educación, salud, recreación y comparten características de la población del territorio. Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado y participantes vinculados. Referente a la seguridad, en los micro territorios hay inseguridad debido a la presencia de delincuentes que realizan atracos a los habitantes y a los locales comerciales, aunque cuenta con la presencia de un CAI y vigilancia constante, esta problemática se presenta con frecuencia según refiere la comunidad.

Al distribuir por etapa de ciclo vital el 14% de los individuos caracterizados son infantes, de los cuales el 20% son menores de 1 año, 28% son preescolares y el 48% son escolares; 27% se encuentran en la etapa de juventud, 31% están en adolescencia inicial, 26% en adolescencia media y 43% son jóvenes propiamente dichos; 43% de los individuos son adultos y 14% son adultos mayores.

La zona cuenta con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural entre otros. El uso principal del suelo es residencial y secundario comercial.

Con respecto a la malla vial, las vías en el 92% se encuentran pavimentadas, en la UPZ Prado se encuentran tramos sin pavimentar y deterioradas, debido a que en el sector hay fabricas, las cuales hacen uso de automotores pesados.

Respecto a la problemática ambiental, existen botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros debido a que la comunidad no hace uso adecuado del servicio de recolección de basuras, hay proliferación de roedores y vectores en algunas viviendas, se evidencia el inadecuado manejo y tenencia de mascotas, que causan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos, en algunos lotes hay tenencia de vacas, ovejas y caballos.

En cuanto al equipamiento se encontró: seis Instituciones Educativas, dos salones comunales, dos centros de culto, dos parques recreativos, cuatro expendios mayoristas (hipermercados-supermercados) 20 expendios minoristas (tiendas, graneros), cinco cabinas telefónicas, 67 almacenes, tres talleres de mecánica, un taller de carpintería, 26 sitios de expendio de alimentos preparados (restaurantes, cafeterías, fruterías), dos droguerías, ocho lavanderías, cinco ferreterías, cinco taller de ornamentación, nueve centros de estética facial corporal no invasiva, dos droguerías¹⁷.

Para cumplir con el principio de accesibilidad las personas que habitan en *Portal Norte* se encuentran adscritos a una UPA (Unidad Primaria de Atención) "UPA Nueva Zelandia" con énfasis en promoción y prevención. El equipo de dicho micro territorio se encuentra conformado por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, una higienista oral, dos promotores, un técnico, un digitador.

Al desagregar la información de los micro territorios que hacen parte del territorio social encontramos lo siguiente:

UPZ 18 - Britalia se incluyó el micro territorio Prados de Sotavento en el cual se identificó que el 100% de las viviendas contaban con conexión del inodoro al alcantarillado. El 0.7% de las viviendas no contaban con el servicio de acueducto en el momento de la caracterización y el servicio público que más carece la población de esta zona es el gas en el 12% de las viviendas. Desde otra perspectiva dos viviendas carecían de todos los servicios públicos.

Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de la vivienda se encontró que con respecto a la batería sanitaria de las viviendas, el 100% de estas en el momento de la caracterización contaba con la totalidad de los elementos que la conforma (Inodoro, Lavamanos, Ducha). Continuando con el ítem de condiciones higiénicas de la vivienda, se encontró que el 0.8% (6) del total de las viviendas caracterizadas presentaban condiciones higiénicas inadecuadas en baños y cocina.

UPZ 19- Prado incluye los micro territorios Ciudad Jardín, Prado Veraniego y Prado Sur; estos micro territorios poseen condiciones adecuadas medioambientales, de habitabilidad, infraestructura, servicios públicos, espacio público y equipamientos. Recientemente se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida en sectores por invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado; estos micro territorios cuentan con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural entre otros.

De las viviendas caracterizadas, en Prado Veraniego se identificó que el 1.1% de las viviendas no contaban con acueducto, el servicio público que más carecía la población caracterizada es el teléfono, en el 7% de los casos. Desde otra perspectiva, 9 viviendas carecían de todos los servicios públicos y 1 de energía eléctrica y acueducto.

En Prado Sur se identificó una vivienda sin servicios públicos, es decir que viven en condiciones de miseria.

UPZ 17- San José de Bavaria: incluyó los micro territorios Catalejo, Guicani, Portal Norte, Nueva Zelandia, los cuales se caracterizan porque la mayoría de la población es de estratos medios y altos, con formación técnica y profesional y acceso al régimen contributivo; sin embargo existen barrios de estrato 2 cuyas poblaciones tienen limitaciones para el consumo de bienes y servicios como educación, salud, recreación y comparten características de la población de la zona.

Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado y participantes vinculados. En el micro territorio la inseguridad se caracteriza por la presencia de delincuentes que realizan atracos a los habitantes y a los locales comerciales.

Referente al sistema de saneamiento básico y servicios públicos en general, los micro territorios cuentan con dotación básica de acueducto, alcantarillado, servicio de recolección de residuos sólidos, teléfono, gas natural y con relación a la problemática ambiental, existen botaderos de basuras en lotes sin construir y potreros debido a que la comunidad no hace uso adecuado del servicio de recolección de basuras, hay proliferación de roedores y vectores en las viviendas, se evidencia inadecuado manejo y tenencia de las mascotas, que causan accidentes rábicos y contaminación de las vías por excrementos; en algunos lotes hay tenencia de vacas, ovejas y caballos.

Guicani y Nueva Zelandia están ubicados cerca del canal Córdoba cuya ronda hidráulica también fue ocupada, por lo cual algunas viviendas presentan agrietamientos. Hay problemas ambientales relacionados con la contaminación del canal Córdoba con basuras y escombros en su ronda, lo que incide en la infestación de roedores y artrópodos.

Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de la vivienda se identificaron viviendas en condiciones inadecuadas de higiene especialmente en baños y cocina.

3.4.1. Etapa de ciclo vital infancia

Los procesos de intervención social requieren del compromiso de las instituciones, así como de los agentes sociales que actúan profesionalmente en la cotidianidad de los territorios. La ciudadanía cohesionada el interés colectivo de las comunidades, le permite a las personas trascender sus intereses particulares para vincularse a los intereses generales de la sociedad. El ejercicio activo de ciudadanía desarrolla la autonomía y la confianza de tomar parte activa de los destinos de cada uno de los contextos sociales en los que se desarrolla el ser humano: el hogar, la escuela, el trabajo, el barrio, el municipio, el departamento, la nación.

Podría afirmarse entonces que el desarrollo humano, reivindica la diferencia contenida en la solidaridad y la responsabilidad de los ciudadanos y ciudadanas, exaltando el derecho a ser diferente en términos de raza, etnia, género, lengua y edad, como corresponde a toda democracia construida en base a la diferencia, respetando las normas preestablecidas, tanto legales como socioculturales de la comunidad, sin que ello implique la deslegitimación de los derechos constitucionales como soporte de nuestro Estado Social Democrático de Derecho.

Es así como los niños y las niñas en su contexto más inmediato permanentemente desarrollan vínculos entre su experiencia personal y lo que se percibe como el todo social, desarrollando capacidad para vincularse con los otros y las otras, de escuchar, de cuidar, de congregarse, de incidir, construyendo sonoridad entre ellos como parte de su inocencia y naturaleza humana. Teniendo en cuenta estos determinantes del desarrollo del ser humano, encontramos que las UPZ que conforman el territorio son distintas en sus condiciones socioeconómicas y ambientales, lo que facilita que se reconozcan problemáticas similares en algunos de estos territorios productos de las coincidencias socioculturales.

Para las UPZ Prado y Britalia, dentro de las problemáticas sentidas en la población infantil, se presenta poco acompañamiento de niños y niñas por parte de los padres o cuidadores a realizar actividades de esparcimiento ya que no existen parques suficientes y en los existentes no hay dotación segura para la recreación de los niños y niñas, es casi inexistente en el sector zonas verdes y espacios de recreación, salvo los pequeños lugares en conjuntos residenciales; por otra parte existe poca o limitada presencia de espacios físicos en las instituciones educativas para practicar actividad física.

Sumado a lo anterior, no existen adecuados escenarios para la recreación; dentro de los colegios, se presentan altos índices de accidentalidad, no se cuenta con espacios adecuados para la recreación; de igual forma los espacios se encuentran subutilizados ya que no se cuenta con programas extracurriculares para apoyar a los niños y niñas, los jóvenes y las familias en otros procesos de capacitación, formativos que les permita aprovechar el tiempo libre. Se ha evidenciado que la participación depende de los juegos y deportes que se están promoviendo y se evidencia mayor participación del género masculino ya que los deportes más promovidos son el fútbol, fútbol sala y el patinaje donde en el último participan de manera más frecuente las niñas.

El 6% de la población caracterizada en el 2009 como niños y niñas trabajadores se encuentran en este territorio de la localidad, este porcentaje está expresado en que los niños y niñas que desarrollan alguna actividad laboral en este territorio viven en otros sectores de la localidad e incluso fuera de ésta. Esto es debido a que el razonamiento común de las familias se inclina a que los hombres deben conocer y ayudar en el trabajo de los padres, por su fuerza y para continuar con el negocio de la familia, mientras las mujeres se deben quedar en casa ayudando en los quehaceres del hogar. Dentro de esta problemática se resalta el hecho que en este número de niños y niñas caracterizados como trabajadores no se encontraron niñas gestantes, al igual que ninguno de ellos tienen personas a su cargo, sin embargo no deja de ser un problema susceptible a cambiar teniendo en cuenta que las condiciones socioeconómicas de estas familias están enmarcadas desde el fenómeno del desplazamiento y sumado a esto la condición de ser niños o niñas afrocolombianas. El número de trabajadores del grupo de adolescentes están concentrados en unidades de trabajo dedicadas a la mecánica automotriz, electricidad, bicicletas, motos, entre otros; es bastante bajo, comparado con la población laboralmente activa del mismo sector, y su exposición se da en riesgos físicos, químicos, carga física, mecánico, eléctrico, que pueden desencadenar en efectos adversos para la salud de esta población, situación que motivó la concertación de actividades para establecer rutinas de trabajo no riesgoso para las jóvenes.

Los sectores que se destacan por la participación en la actividad económica laboral de esta población infantil son Prado Veraniego, San José del Prado, San José y Britalia

Es así como predomina la población comerciante, con alta concentración empresarial y comercial, donde igualmente se encuentran empleados de la zona; por otra parte la economía informal juega un papel importante, teniendo en cuenta la adecuación de las viviendas para la instalación de negocios familiares, como también la instalación de puestos estacionarios de venta de dulces o comidas rápidas y auto partes, actividades económicas que permiten el acompañamiento de niños y niñas a los padres en sus lugares de trabajo; igualmente, la presencia de grupos informales de trabajo que desarrollan su actividad económica desde el reciclaje, siendo esta actividad desarrollada por toda la familia.

A esto se suma la alta movilidad de las principales vías que permite el comercio, pero se ve afectado en el deterioro de éstas, teniendo en cuenta el flujo vehicular permanente; de igual manera se ve afectado el ambiente y la presencia de la inseguridad. Por otra parte, en las UPZ 18, 19 se manifiesta como un problema ambiental sentido de la comunidad, la presencia de excrementos de animales callejeros, la quema de basuras, las aguas negras en el canal Córdoba, talleres de pintura

de automóviles y otras industrias que arrojan gasolina y desechos a las calles y contaminación auditiva debido al tránsito vehicular, además de la invasión de espacios públicos.

Por otra parte los hábitos alimenticios inadecuados, causados por el consumo excesivo de alimentos enlatados o paquetes que no proporciona los nutrientes necesarios para el crecimiento adecuado de los niños y las niñas, situación presentada debido al desconocimiento de hábitos alimenticios apropiados; por otra parte se presentan en este sector mal manejo y manipulación de alimentos en establecimientos públicos que provocan intoxicaciones; además la falta de apoyo de organizaciones comunitarias para el control de establecimientos alimentarios que no cumplen requisitos sanitarios. Sumado a que los cursos de manipulación de alimentos no cubren las necesidades de la población y no existen recursos económicos suficientes para dar cobertura a la vigilancia y control sanitario a establecimientos relacionados con alimentos.

Existen además barreras de acceso a los servicios de salud, a los niños y niñas con discapacidad, debido a la carencia de instituciones educativas y de profesionales especializados para la atención integral de esta población. Por otra parte, no hay inclusión social de niños y niñas con discapacidad, los docentes de las instituciones educativas no están capacitados en el conocimiento e identificación de la discapacidad, sus necesidades y potencialidades, lo que dificulta el desarrollo integral de niños y niñas; además los docentes de educación especial no cuentan con las herramientas indispensables para el desarrollo de su tarea, ni existen programas que articulen ambos subsistemas con fines de lograr los objetivos que permiten la integración y la promoción de derechos de las personas con discapacidad.

De acuerdo con las asesorías realizadas por ámbito familiar, se puede desatacar 5 casos de niños y niñas caracterizados en el sector de Prado. Para las UPZ San José de Bavaria, las problemáticas que se presentan como comunes en estos territorios no afectan directamente a la población infantil de estos territorios; estas problemáticas están dadas por la población flotante de habitantes de la calle con sus familias que son marginados socio económicamente o son desplazados.

Es así como se evidencia la atención inadecuada a la población infantil en condición de discapacidad, debido al direccionamiento inadecuado por parte médica y el diagnóstico pocas veces oportuno; además las pautas de crianza inadecuadas, los tratamientos intermitentes y la ausencia de un enfoque de orientación integral, no permite el desarrollo de habilidades acorde a las capacidades que tiene el niño y la niña con discapacidad y no se reconocen los derechos de la persona con discapacidad.

Por otra parte la inseguridad producida por la invasión del espacio público, favorece la contaminación del medio ambiente, con la disposición de residuos sólidos y flotantes en el Canal Córdoba, presentándose enfermedades tales como la Enfermedad Respiratoria Aguda y las infecciones por intoxicaciones que provocan Enfermedades Diarreicas Agudas.

Sumado a esto, se presentan problemas de expendio de drogas y consumo de SPA, alterando la convivencia ciudadana del sector; la violencia intrafamiliar, los padres sustitutos, el abandono a menores, producen efectos negativos en la salud del menor; el afecto y el maltrato, van de la mano de la incomprensión por parte de los adultos de lo que significa ser niño o niña en desarrollo y crecimiento; eso se compenetra con problemas estructurales de desempleo, desplazamiento forzado, conflicto armado, crisis financiera, contaminación ambiental, globalización de la humanidad y el desarrollo, ya que no solo produce cambios científicos sino que afecta las culturas. Para el año 2009, Sivim reportó 48 casos de maltrato en población infantil.

Finalmente los problemas supra - estructurales son parte de este cuadro socio económico, cultural y ambiental, ya que van de la mano de las diferentes culturas ideológicas, políticas y religiosas, que ven en el niño o la niña un objeto, mas no el sujeto de derechos que ellos son, la mirada negativa de un embarazo no deseado o de una violación es parte del trauma que acompaña

la crianza como algo negativo, pensando incluso que es un castigo divino enviado por Dios, gracias a los errores cometidos.

Esta población tiene problemas de salud mental relacionados con el poco tiempo que pasan con sus padres, la soledad ya que generalmente están al cuidado de jardines infantiles o empleadas del servicio. Igualmente las separaciones y divorcios son eventos que generan ansiedad y angustia en los niños. En general en esta zona son prioritarios los problemas emocionales y de salud mental relacionados con las situaciones de soledad y crisis del núcleo familiar.

3.4.2. Etapa de ciclo vital juventud

A pesar que en esta zona se encuentran estratos socioeconómicos medios y altos no se encuentran exentos a problemáticas que afectan la calidad de vida y salud de los y las jóvenes que residen en este sector, ya que inciden factores como inseguridad y venta de consumo de sustancias psicoactivas, que hacen que los jóvenes no utilicen estos espacios públicos de una manera adecuada; aunado a esto, los programas dirigidos a la parte cultural, la cual es una de las atracciones por las que más se inclinan los jóvenes en este sector es escasa, ya que este tipo de actividades se concentran en otras zonas de la localidad, limitando las actividades que afiancen los lazos familiares intergeneracionales entre padres e hijos, avocando a que los jóvenes compartan en algunas ocasiones únicamente con sus pares y dificultando las redes familiares que sirven de escenarios para la construcción y orientación de proyectos de vida y re establecimiento de valores.

Desde la transversalidad de actividad física se ha recogido información de diagnósticos locales que dan cuenta de la dificultad para el disfrute de la recreación, a pesar de que se cuenta con los espacios para el esparcimiento juvenil y hacen falta actividades dirigidas a esta población, propiciando la diversión en establecimientos como bares, discotecas, tabernas y tiendas donde se consume licor y cigarrillo, o el entretenimiento mediante juegos computarizados y televisión incrementando el sedentarismo juvenil por lo tanto, se hace necesario generar alternativas de esparcimiento que permitan el desarrollo de habilidades y destrezas que reduzcan los riesgos en jóvenes a enfermedades, adicciones e inseguridad.

Por ello es importante hacer procesos de inclusión a la participación ya que se evidencia que no hay información, poca participación y desinterés juvenil en escenarios locales. Ante lo cual es de vital importancia el trabajo en la creación y fortalecimiento de espacios de participación juvenil, esto se hace posible en la medida que los jóvenes estén agrupados en organizaciones que canalicen su actividad y puedan representarlos; la orientación prioritaria de la inversión hacia los sectores de la población donde los jóvenes padecen de una mayor falta de oportunidades, necesidad de promover la equidad entre género, el reconocimiento del joven como sujeto de derechos y deberes, la participación de los jóvenes y ampliación constante de oportunidades de desarrollo a su alcance son algunas de las temáticas a priorizar y posicionar para la población.

El territorio cuenta con una institución de salud del estado; en la UPZ Prado se encuentra ubicado un CAMI donde se realizan actividades y programas que benefician a la población juvenil; en lo que respecta a salud oral se tienen en cuenta actividades de promoción y prevención donde se identifican necesidades tales como tratamientos quirúrgicos, simples o complejos, estos principalmente para jóvenes ya que es la población que presenta dientes retenidos, como cordales. Así mismo en el CAMI Prado se identifican problemáticas en jóvenes que impiden el adecuado autocuidado en lo concerniente a la salud oral como inadecuadas prácticas de higiene oral en jóvenes, ausencia de cultura de asistencia a los servicios de salud oral, falta de conciencia de que la salud oral hace parte de la salud general del individuo, barreras de acceso frente a la falta de asistencia a los servicios de salud como son, económicos, copago, falta de tiempo por razones de trabajo, negligencia, así como falta de interés de los padres o cuidadores respecto a la salud oral, entre otras.

Otro evento en salud que afecta a la población juvenil y que desde el hospital se realizan intervenciones en este territorio es el Cáncer de Cuello Uterino – CCU “estas acciones tienen como propósito que se articulen a la repuesta de otros sectores y se reorienten con énfasis en prevención y atención no fragmentada por el riesgo de una enfermedad sino, considerando el riesgo global incrementado por la presencia de más de un factor de riesgo desde edad temprana en la mayor parte de la población. Basado en ello, el Hospital de Suba en su modelo de atención promocional trabaja componentes como: prevención de los factores de riesgo, detección precoz del riesgo y diagnóstico y manejo del daño, la complicación y la rehabilitación como un continuo que garantice una atención integral e integrada”.

Entre las actividades más relevantes de este evento en salud es la toma de la citología; la población de 10 a 24 años constituye el 24.8% de la población total atendida en los puntos de atención que se constituye por 18.167 personas.

Respecto a la toma de citología, en los puntos de atención tales como CAMI Prado y UPA nueva Zelandia ubicada en la UPZ 18 que corresponde a Britalia, las mujeres de la etapa de juventud, según estadísticas del programa de CCU, son las que menos se hacen este procedimiento en comparación con mujeres de esta misma etapa que asisten a otros centros de atención que se encuentran en otros territorios.

Por lo tanto, es importante sensibilizar a las jóvenes del territorio en la importancia de esta problemática en salud, ya que se observa desconocimiento y desinformación frente a estos eventos que afectan directamente a la población juvenil, teniendo en cuenta que estos factores pueden a largo plazo desencadenar en enfermedades que mal cuidadas pueden causar la muerte y son evitables.

Las crisis generadas por los cambios en el ciclo vital y la falta de habilidad de las familias para adaptarse y afrontar estos cambios generan problemas de salud mental. Esta población también está afectada por el maltrato y el uso de sustancias psicoactivas aunque son eventos poco denunciados y no visibilizados, al igual que el embarazo en adolescentes y el aborto, mal manejo del tiempo libre consumo de SPA y maltrato intrafamiliar. Para el año 2009, los casos reportados desde vigilancia epidemiológica del hospital relacionados con violencia en jóvenes fueron 47.

Según datos 2009 reportados por Sisvan, en el territorio se presentaron 17 casos de embarazos en adolescentes entre los 15 y 19 años, de las cuales 9 (53%), se clasifico en bajo peso y el 29% se clasifico en sobrepeso.

3.4.3. Etapa de ciclo vital adultez

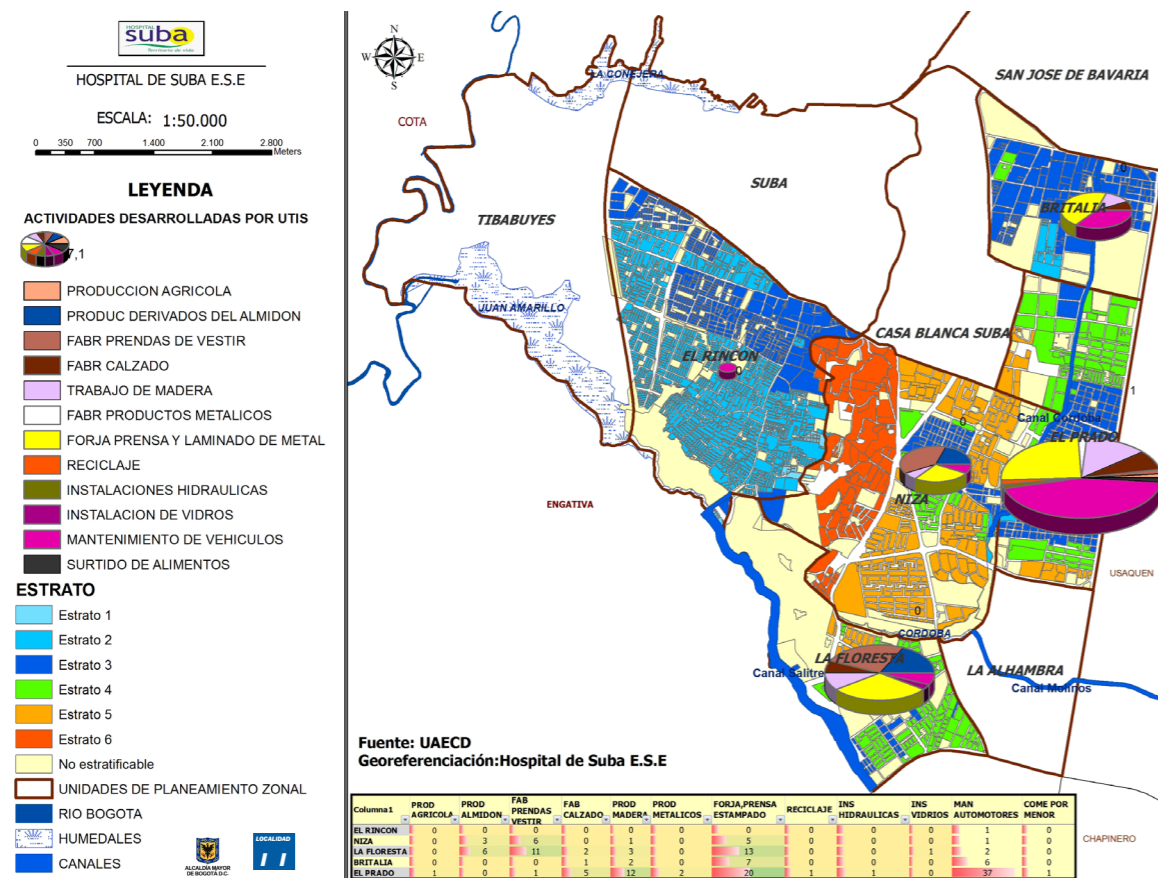
A pesar de que esta zona alberga tres UPZ de la localidad, en lo que respecta al análisis situacional por ciclo vital e hará referencia puntualmente a la UPZ de Prado, pues es allí donde se concentra la mayor población intervenida desde la ESE y por tanto es el único sector que arroja información para el análisis. En lo que respecta a los sectores restantes se presentarán algunas conclusiones del proceso de sistematización de las mesas de salud adelantando a través del área de participación social de la ESE, con las y los líderes de estas UPZ.

Esta zona comprende varias de las UPZ con unas condiciones socioeconómicas que facilitan una mejor calidad de vida de sus habitantes, sin embargo el sector de Prado dista un poco de dichas condiciones; la población adulta que hace parte de este territorio se encuentra inmersa en unas condiciones de fragilidad social que imposibilitan su acceso a los servicios en el marco de la garantía de los derechos.

El derecho al trabajo es uno de ellos; los niveles de desempleo o subempleo de esta población no se alejan de la realidad local y distrital. En lo que se refiere al presente análisis, se refiere específicamente al sector de la informalidad, pues es en este en el que se realiza una intervención directa desde la ESE.

Según datos del ámbito laboral del Hospital de Suba el mayor número de UTI, es decir un 59%, de las 546 caracterizadas durante el año 2008, se encuentran ubicadas en Prado y esto va en concordancia con el tipo de actividad encontrada, puesto que por la cercanía a la Autopista Norte y grandes avenidas de la ciudad es el sitio donde más se concentran este tipo de negocios (ver mapa 28).

Mapa 28. Actividades desarrolladas en UTI, Territorio Social Cuatro, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

En cuanto a la distribución por actividad económica, como ya es historial de la localidad, el mayor porcentaje corresponde a unidades dedicadas al mantenimiento automotriz con un 56%, seguido de un 26% en elaboración de productos de madera, 16% ornamentación y un 1% a depósito de materiales para reciclaje dado que en Planes de Atención Básicas - PAB anteriores, se han intervenido la mayoría de estas unidades. Existe un pequeño porcentaje de unidades dedicadas a elaboración de productos o manipulación de flores.

Del total de la población que labora en estas unidades 1.440, el 72% son adultos y adultas, el 13% corresponde al género femenino y un 87% al masculino; esto debido al tipo de actividad económica que predomina.

La falta de afiliación al Sistema General e Seguridad Social, se convierte en una problemática para esta población. De los trabajadores afiliados a salud, el 55% lo están en el régimen contributivo pero como beneficiarios y tan solo el 10% son cotizantes al sistema, un 21% al subsidiado, 13% se encuentran vinculados, 10% ingresan como particulares y un 1% pertenecen a algún régimen especial, generalmente las fuerzas armadas. Es poco el aporte que se hace a la seguridad social, donde el 90% refieren que se encuentran vinculados a algún régimen de salud, el 10% a pensión y un 1% a ARP. Ante esta situación, se hace necesario promover en los propietarios de las UTI, la importancia de que sus empleados se encuentren afiliados a algún sistema de salud, así como a una administradora de riesgos profesionales (ARP) como parte de un "seguro en el trabajo" que les permita volver a casa con tranquilidad.

Otro factor que incide negativamente en este grupo poblacional, está relacionado con la educación. La clasificación de los indicadores de ocupación por nivel educativo, muestra que los mejores resultados en términos de empleo se dan para aquellas personas que culminan los estudios superiores, razón por la cual muchas de las personas de este territorio se dedican a actividades que no exigen muchos conocimientos, desempeñando diferentes actividades dentro del sector de la informalidad.

Haciendo una comparación con el nivel de escolaridad se observa que no se necesita de un grado de instrucción que pase de la secundaria para desempeñar las labores dentro de las UTI, es por esto que las personas no se preocupan por culminar sus estudios, pues el mercado laboral que se oferta no exigen mayores conocimientos, perdiendo en muchos casos aspiraciones para adquirir un trabajo en el sector formal, en condiciones de dignidad, equidad y libertad.

Del total de personas que laboran en estas UTI, se encontró que el 34% refieren tener un nivel secundario incompleto, seguido de un 28% con secundario completo, algo gratificante porque significa que el 62% de los trabajadores tienen un nivel educativo por lo menos que llega a secundaria, siendo más fácil acceder a cursos y tecnología que hagan crecer su unidad.

Desafortunadamente, aún se encuentran personas sin instrucción (1%) pero a través de la red local de salud de los trabajadores se logran vincular a la Dirección Local de Educación (Dile), para iniciar o culminar sus estudios. Así mismo, existe un 11% con estudios universitarios ya sean completos o incompletos, que son generalmente los hijos de los empleadores o personas que han renunciado o han sido retirados de sus cargos en empresas formales y deciden montar su propio negocio. Pero a pesar de esto, los trabajadores informales no tienen acceso a un mercado laboral formal dado su baja capacitación, aunada a la forma rudimentaria en que trabajan y las pocas posibilidades de invertir sus ingresos en educación, pues su familia depende económicamente de ellos. En promedio las y los trabajadores tienen entre 1 a 3 personas a cargo.

Igualmente, las UTI no ofrecen las mejores condiciones a sus empleados y en ocasiones se ven expuestos a riesgos en sus puestos de trabajo. Se encuentran accidentes como caídas (10%) en actividades como ornamentación y mantenimiento automotriz; cortaduras (28%) en mantenimiento automotriz y elaboración de productos de madera, golpes en mayor proporción con un 31% en todas las actividades, esquilas, como era de esperarse en ornamentación y mantenimiento automotriz en un 10%. En cuanto al tipo de secuela: incapacidad temporal para trabajar, 13 personas, limitación permanente que no le impide trabajar 2, ninguna 14. El órgano afectado ha sido en su mayoría los miembros superiores, seguido de los inferiores y los ojos.

Estas condiciones, sumadas a los ingresos económicos que percibe la población adulta, no compensan y por ende no ayudan a mitigar las necesidades de ellos y su núcleo familiar. El nivel de ingresos mensuales está entre un salario mínimo o menos, el cual es destinado en la mayoría de los casos a satisfacer las necesidades básicas, lo que no permite que las y los adultos puedan acceder a otro tipo de servicios, especialmente de recreación y esparcimiento, generando estados de estrés y depresión en la población, al no contar con los recursos suficientes que les permitan satisfacer sus necesidades de ocio.

Algo interesante en la caracterización es conocer en qué invierte o alcanzan los ingresos en los trabajadores; como era de esperarse, independiente de los ingresos el 100% lo invierten en alimentación y vivienda, seguido de un 87% en vestido, salud 41%, recreación un 37% y educación 12.8%. De esta manera, resulta importante impulsar en los trabajadores el deseo de superación e invertir un poco más en ésta; de igual forma la salud se encuentra casi a la par con la recreación.

Pero al revisar la tenencia de la vivienda, el 59% refieren que viven en arriendo, el 22% propia y el 19% familiar, explicando que la informalidad y por ende los ingresos no dan para que los trabajadores tengan un techo propio. Aunque lo deseen, el sistema crediticio de País no les permite acceder a ello, o simplemente deciden quedarse así viviendo con un familiar o en arriendo sin anhelos de tener algo propio. Importante conocer que el 4% comparten el uso habitacional con el productivo, lo cual corresponde a 66 trabajadores en actividades como mantenimiento automotriz, elaboración de productos de madera y ornamentación, en los cuales, el garaje o una pieza principal sirven de espacio para ubicar el negocio.

El 0.8% refiere tener alguna enfermedad relacionada con el trabajo, afectando el sistema respiratorio 0.1%, visual 0.1%, auditivo 0.06%, osteomuscular 0.3%, cardiovascular 0.1%, gástrico 0.1%. La manifestación de síntomas de los trabajadores informales está dado en un 15,5% por dolor de cabeza, seguido de dolor de espalda en similar porcentaje (15.4%); esto debido al tipo de actividad que se desarrolla, en las cuales el ruido y las posturas prolongadas y monótonas predominan. La disminución de la visión es otro síntoma que predomina y llama la atención puesto que el tipo de población no es adulta mayor que es donde se esperaría por el proceso de envejecimiento del cristalino, en actividades donde las acciones de precisión se requieren y por ende mayor esfuerzo visual.

En general los dolores osteo musculares ya sea de miembros superiores o inferiores predominan en todas las actividades económicas dado el horario laboral y las condiciones en que realizan sus funciones.

En las actividades donde hay exposición a solventes o químicos también se encuentran síntomas como mareo, vómito y falta de concentración y memoria. De igual forma los problemas de la voz en donde hay exposición a polvos.

Esto es un llamado de atención y necesidad de implementar programas de vigilancia epidemiológica para evidenciar de forma objetiva el efecto de las actividades informales en la salud de los y las trabajadores (as), puesto que no se pueden asimilar a las formales.

El hecho de estar vinculado como un empleado informal, no permite que esta población pueda acceder a algún tipo de crédito, pues las condiciones económicas y la inestabilidad laboral no facilitan la postulación ante alguna entidad financiera para la aprobación de créditos; así mismo, no cuentan con la posibilidad de inclusión a proyectos institucionales que se adelantan en la localidad, pues los cupos son limitados y no cubren la demanda de la población; situación que va en detrimento de mejores posibilidades de desarrollo de las y los adultos, al no contar con los recursos suficiente que les permita desenvolverse en alguna actividad independiente que les genere mejores ingresos y por ende una mejor calidad de vida.

Las personas con discapacidad que habitan en este territorio y que hacen parte de estas Unidades de Trabajo Informal sufren las mismas inequidades del resto de la población; la situación económica que viven les obliga a vincularse a estas unidades en igualdad de condiciones, situación que se refleja en la falta de oportunidades para acceder a un empleo en condiciones dignas que le permitan solventar los gastos económicos de ellos y sus familias, situaciones que van en detrimento, no solo del factor económico de este grupo poblacional, sino que además se convierten en determinantes sociales de otras problemáticas relacionadas con su salud física (presentado mayores condiciones de discapacidad, por la falta de ejecución de algún tipo de actividad), como de su salud mental (presentándose eventos de depresión, soledad y abandono), al no sentirse útiles para la sociedad.

Esta situación está dada en su mayoría por la falta de sensibilización de los empresarios del sector frente a la problemática de discapacidad que no permiten la inclusión laboral de este tipo de población, así como por la falta de instituciones de formación integral a nivel local, que brinden herramientas para el trabajo y el desarrollo de procesos productivos para la población en condición de discapacidad sus familias y cuidadores.

La inclusión de personas en situación de discapacidad en el sector formal es una actividad que se viene realizando desde el ámbito laboral, desde donde, para el 2008 se realizó la actividad en 40 empresas formales. De las empresas seleccionadas, el 57% se ubica dentro de la actividad económica del comercio (teniendo actividades de compra y venta en su gran mayoría), el 43% restante se distribuye entre la actividad económica, de servicios e industria.

Las empresas interesadas en vincular personas en situación de discapacidad tienen la inquietud de conocer cuál es la entidad a la cual pueden dirigirse para solicitar el personal con el perfil requerido, por lo que se informa que el Hospital puede servir de puente para acceder a otras entidades y de esta manera puedan contar con una base de datos de personas en situación de discapacidad laboralmente activas.

Se analizan los puestos de trabajo en las empresas del sector formal; el 55% de este análisis se realiza en el área operativa y el 45% restante en el área administrativa. El promedio de horas laborales es de 8 horas, cuentan con 1 hora de almuerzo. Las empresas cuentan con condiciones laborales favorables, el 25% deben realizar adecuaciones locativas para mejorar accesibilidad en los puestos de trabajo.

Como logro importante se logró vincular una persona en situación de discapacidad a una empresa exportadora y se ubicó en el departamento de selección de material, perteneciente al género femenino con discapacidad cognitiva.

Así mismo, la falta de instituciones y de entidades profesionales que puedan atender el cuidado y desarrollo de las personas con discapacidad que lo requieren, hace necesario que los cuidadores y cuidadoras, en su mayoría adultos, desplacen sus propias necesidades para encargarse del cuidado de sus familiares, por tanto se ven igualmente afectados a nivel económico, por no poder acceder a un empleo por falta de tiempo y deteriorados en su salud física y mental, al no poder desarrollar sus propios proyectos de vida.

La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como otro problema para las y los adultos con discapacidad, especialmente de tipo geográfico se presentan barreras relacionadas con problemas de desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención, problemas de conectividad debido al bajo nivel de construcción de la malla vial secundaria, local y procesos de urbanización incompleta; problemas relacionados con los retrasos a nivel de mantenimiento, rehabilitación y construcción de la infraestructura vial; así mismo, el transporte urbano no ofrece las mejores posibilidades de acceso especialmente para la personas en condición de discapacidad, pues a pesar de que estos sectores cuentan con los servicios de buses alimentadores del sistema

Transmilenio, esta se convierte en su única posibilidad de desplazamiento hacia otros sectores de la localidad o incluso fuera de ella, dificultando el acceso a los diferentes servicios para este grupo poblacional.

En lo que respecta a la población adulta que hace parte de las UPZ (Niza, Alambra, Floresta, San José de Bavaria y Britalia), según datos de la oficina de participación social de la ESE, la comunidad coincide en afirmar que los problemas más relevantes para esta población están relacionados con el deterioro ambiental al que están expuestos por diferentes causas: la contaminación ambiental del Canal Córdoba, la Cercanía del río Juan Amarillo usado como caño, la invasión del espacio público, especialmente por los vendedores ambulantes (contaminación auditiva), la tramitación ilegal o irregular de licencias de construcción, la amplia presencia y uso de la zona comercial e industrial, la tenencia inadecuadas de animales, la invasión de las rondas de los ríos por actividades de pastoreo, la presencia de perros callejeros y de roedores, el vertimientos de residuos sólidos (basuras, cárnicos, cadáveres, los cultivos de flores que desechan químicos (Gilmar) y dejan residuos en el ambiente, la disposición de escombros, la recolección de aguas lluvias y mal uso de los sumideros, el alto nivel de humedad por desplazamiento de cultivos a zonas cada vez más cercanas a las residenciales; la presencia de insectos, roedores y demás propagadores de enfermedades infecciosas, generan en este grupo poblacional la presencia de enfermedades, problemas de saneamiento básico, estrés y por ende deterioro de la calidad de vida de las personas, especialmente de aquellos que habitan cerca al canal.

Frente a esta situación la comunidad plantea la necesidad de potenciar diálogos efectivos con las autoridades pertinentes como LIME, así como con los demás actores institucionales involucrados en el proceso, a fin de realizar acciones concretas y sancionatorias contra los actores causantes por acción u omisión. Para ello, es necesario que la comunidad cuente con el conocimiento de los planes maestros en materia urbana y ambiental.

Por otro lado, la comunidad adulta de estos territorios, manifiesta que existe desinformación en control de exámenes para enfermedades de la mujer y el hombre. Así mismo, problemas de violencia intrafamiliar para el año 2009; se reportaron 13 casos suministrados por las bases de datos de vigilancia epidemiológica, enfermedades mentales, farmacodependencia, pero por las mismas condiciones socio económicas de estas comunidades, no existe la cultura de la denuncia y estos problemas terminan siendo no visibles al interior de las familias.

La población joven y adulta está afectada especialmente por las agresiones dada por eventos de atracos, robos de vehículos, extorsiones, secuestro y por el trauma debido a accidentes de tránsito, ya que las vías son altamente congestionadas, no cuentan con andenes y pasos peatonales. Existe un problema creciente de desempleo y de deterioro de la calidad de vida en esta zona. Esta población está afectada por el estrés que se manifiesta en problemas cerebro y cardiovasculares, violencia intrafamiliar y uso de sustancias psicoactivas. En la zona, los parques se han convertido en sitios de expendio y consumo de drogas.

3.4.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez

Para garantizar un envejecimiento saludable se busca promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable. Esto supone intervenciones a través de todo el ciclo de vida para que al llegar a la etapa de vejez se pueda garantizar la salud, el empleo, las condiciones sanitarias y educativas, a promover que cada vez las personas mayores sean independientes, participativas, autónomas, con menores niveles de discapacidad por enfermedades crónicas; desmitificar la vejez como problema y crear condiciones para que las personas mayores sigan participando en la vida económica y productiva, por medio de diversos empleos, así como en la vida familiar.

En este territorio social, con respecto a la condición de calidad de vida y salud, es importante evidenciar que la lectura de necesidades que se exponen a continuación referente a las UPZ, son el resultado de estrategias participativas a partir de las mesas de trabajo por la salud y la vida realizadas en cada UPZ, ya que la ESE tiene una oferta institucional limitada para estas UPZ, pero que al ser construidas y priorizadas por la comunidad se considera indispensable relacionarlas a continuación.

UPZ 18 Britalia: Uno de los aspectos fundamentales construido por un grupo de adultos/as mayores que habitan en la UPZ 18, es la inasistencia a programas de detección temprana de enfermedades crónicas o propias del proceso de envejecimiento, sea por desinformación de la oferta de instituciones para el control oportuno a través de exámenes que determinen enfermedades que perjudican la calidad de vida de la persona mayor y su familia o por problemas al interior de la dinámica familiar, que en ocasiones abandona a la persona mayor en su situación de salud. Otro de los aspectos que incide en el bienestar de la persona mayor es la contaminación ambiental de los humedales; en el caso del Canal Córdoba vertimientos de residuos sólidos (basuras, cárnicos, cadáveres), que aumentan de manera progresiva la presencia de Insectos, roedores y demás propagadores de enfermedades infecciosas.

Aunque no existe un porcentaje aproximado de personas mayores en cada una de estas zonas, se ha intervenido desde la ESE en mayor proporción la UPZ 19 Prado, con la cual se alimentará la presente narrativa, con el fin de leer la realidad de la población que habita en esta zona.

En búsqueda de dar cumplimiento a los lineamientos de una vejez activa, en la lectura de necesidades de la UPZ de Prado, se identificó el sedentarismo como estilo de vida de las y los adultos mayores en esta zona, ya que falta concientización en la importancia de la práctica de actividad física o manejo y aprovechamiento del tiempo libre, fuente de salud integral y bienestar personal que se proyecta a nivel familiar y social. El tiempo libre se destina para la lectura u otras acciones que no requieren esfuerzo físico, esto permite identificar que la escasa práctica de actividad física en las personas mayores no se relaciona con la condición económica o el nivel educativo que caracteriza a la población de esta zona, en parte debido a que no existe la cultura de realizar actividad física como parte de un estilo de vida, aunado en ocasiones a las condiciones de salud propias de la etapa que en buena parte limitan la práctica del ejercicio. Igualmente, los inadecuados hábitos alimentarios, la escasez de espacios físicos para realizar actividad física y el inadecuado estado de algunos parques por presentar excrementos de perros y además por la inseguridad del sector, dada por la venta y consumo de drogas, espacios que a su vez, son insuficientes para dar cobertura a la población de la UPZ Prado, aumentan el sedentarismo.

Las iniciativas y el cumplimiento de metas de instituciones como el IDR no dan alcance a las necesidades de la población y sus actividades están encaminadas a eventos masivos, no respondiendo así, a necesidades específicas de las personas mayores del sector de Prado y si ocasionan que las personas mayores busquen alternativas de recreación o distracción de forma pasiva y rutinaria acentuando aún más la presencia de enfermedades crónicas.

Sumado a lo anterior, la población con discapacidad que habita en el sector de Prado correspondiente a 8 adultos mayores según reporte del programa de atención a domicilio realizadas por la transversalidad de discapacidad de la ESE, se halló dificultad en el tema de movilidad, ya que la presencia de bolardos, andenes minúsculos, elevada afluencia vehicular frente a una malla vial que empieza a colapsar, escasos pasos peatonales, inexistencia de rampas de acceso a los andenes, elevada afluencia peatonal, etc., dificultan el acceso a zonas del sector como a espacios acordes que permitan la práctica de actividad física.

Debido a lo anterior, dentro de las estructuras o funciones corporales más frecuentemente afectadas en los habitantes de la Localidad de Suba, se encuentran principalmente las deficiencias relacionadas con el movimiento del cuerpo, con un 39% (387.417) de las personas registradas en la localidad, de las cuales 2.016 personas son mayores de 60 años. Las deficiencias del sistema cardiorrespiratorio y las defensas con el 12%, con una afectación relevante en el grupo de mayores de 60 años al igual que las deficiencias visuales y auditivas con el 8% y 5% respectivamente. Por su parte, las deficiencias en los sistemas digestivo y metabólico, (que están presentes en el 3% de las personas) y las enfermedades de la piel, del sistema genital y reproductivo y las del olfato, el tacto y el gusto representan el 1% respectivamente.

Es de importancia resaltar que los problemas ambientales son transversales y afectan a toda la población de la misma manera, sin embargo hay que tener en cuenta que entre las personas más afectadas con el tema ambiental se encuentran las personas mayores; puesto que las enfermedades transmisibles, continúan siendo un problema de salud pública, por el creciente número de casos que se presentan, la población que afectan y las discapacidades que quedan como secuela por un diagnóstico tardío y por el incumplimiento de las acciones previstas en la normas para el seguimiento de los pacientes con tuberculosis, lepra, enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, fiebre amarilla y leishmaniasis). Estas últimas enfermedades pueden estar asociadas al fenómeno de desplazamiento, que sigue siendo una de las principales causas, así como el ingreso de personas a zonas endémicas en la época de vacaciones. Frente a esta situación, en la búsqueda activa que desarrolla la ESE en la identificación de casos con este tipo de enfermedades, se evidencia la notificación de 6 casos en la UPZ 17, 2 en la UPZ 18, 1 caso en la UPZ 19, correspondiente a tuberculosis que afectaron a adultos mayores hombres; para el caso de las enfermedades producidas por vectores no se presentaron casos en estas UPZ que hacen parte de la zona de protección predominante de la localidad.

No obstante, los anteriores factores mencionados, pueden ser algunos de las tantas causas para generar predisposición a las enfermedades crónicas debido a que el envejecimiento genera cambios importantes en los estilos de vida, lo cual tiene una repercusión significativa en el volumen y distribución de la carga de enfermedad. En los registros sacados de los RIPS se identificó la hipertensión como el primer motivo de consulta, presente en un 90% de la población adulta mayor atendida, seguida por un 10% con problemas de diabetes, enfermedades que se encuentran asociadas a inadecuados hábitos alimentarios y estilos de vida no saludables, los cuales favorecen la presencia de enfermedades crónicas, si estos factores predisponentes son controlados a tiempo, se reduciría la prevalencia de patologías no transmisibles y se contribuye con una mejor calidad de vida.

La presencia frecuente de enfermedades en la población, afecta no solo la salud física sino de manera considerable la salud mental de la población mayor, manifestada en grado de dependencia, sobrecarga emocional por parte de los familiares que atienden la enfermedad; pero principalmente y de forma notoria la presencia de la violencia, en sus múltiples manifestaciones, de la cual son víctimas las personas mayores del sector de Prado. Para el año 2009 se reportaron 4 casos de maltrato para este grupo, dato suministrado por el área de vigilancia epidemiológica del hospital.

Para esta población, los victimarios más frecuentes son los hijos/as, seguido por otros/as familiares y consanguíneos, como hermanos/as, cuñados/as, entre otros; además, se encontró que la edad en donde se presentan más eventos está entre los 60 a 64 años, disminuyendo en número de casos de manera proporcional a como aumenta la edad. Pareciera además, que las dinámicas de la niñez se repitieran en la vejez, pues al igual que en el maltrato infantil las diferencias entre hombres y mujeres no son tan notorias, ajustándose nuevamente al patrón que se observa en la etapa de ciclo vital de vejez, del ejercicio del poder mediante la acción violenta en contra de los seres considerados más débiles.

De otro lado, el cuidado de sí mismas para las mujeres mayores, queda muchas veces en un segundo plano, más aún en los temas relacionados con la salud sexual, el cáncer de cuello uterino y de mama. La atención de muchas de las mujeres mayores de la UPZ Prado, se centra en la atención y cuidado de otros integrantes del núcleo familiar, como hijo e hijas, nietos y nietas, olvidando su propia salud, primando además, el desconocimiento del propio cuerpo y toda la carga moral que sobreviene a éste, pues culturalmente su finalidad es en relación con el otro/a (placer, reproducción, etc.) y que impide a las mujeres el acceso a los servicios de salud, incluso para realizarse exámenes como la citología o el autoexamen de seno que pueden salvarles la vida.

Entre las dificultades de acceso a los servicios de salud, se encuentra que a las y los adultos mayores de la UPZ Prado, se le dificulta llegar a los centros de salud debido a la distancia y en muchos casos a las condiciones físicas del territorio no permiten el fácil desplazamiento; otros no cuentan con la solvencia económica para trasladarse o para asumir los gastos de la enfermedad; en la UPZ Prado, se tiene diversidad de actividades económicas, dentro de las cuales el mayor porcentaje corresponde a unidades dedicadas al mantenimiento automotriz con un 56%, seguido de un 26% en elaboración de productos de madera, 16% ornamentación y un 1% a depósito de materiales para reciclables, actividades que según el informe anual del ámbito laboral de la ESE; son ejercidas en un 0.4% por la población femenina mayor, que se encuentra activa laboralmente y un 4.4% de población masculina mayor, que está activa laboralmente. Lo anterior evidencia un índice mínimo de adulto mayor activo laboralmente; a la vez identifica la diferencia proporcional de actividad laboral frente al género. En general los adultos mayores cuentan con pensiones u otras fuentes de ingresos y están afiliados a la seguridad social en salud. Esta población tiene una alta carga de discapacidad por enfermedades crónicas y degenerativas ya que los problemas relacionados con estilos de vida saludable, dieta, actividad física afectan por igual a la población de estratos altos y bajos.

3.4.5. Núcleos problemáticos territorio social cuatro – Prado - Britalia - San José de Bavaria

3.4.5.1. Núcleo 1

Escasos recursos económicos de la población de estrato dos del territorio social cuatro, que limita las posibilidades de formación, capacitación y apoyo crediticio a iniciativas productivas, lo cual dificulta el acceso a un mercado laboral formal y disminuye las posibilidades de desarrollo humano.

Los escasos recursos afectan de manera importante la calidad de vida de los adultos y jóvenes, especialmente de aquellos que se ubican en los barrios de estrato dos del territorio, situación que limita las posibilidades de acceder al derecho a la educación técnica o profesional; esta falta de oportunidades de formación los expone a bajos ingresos, inestabilidad en el empleo y hace que se perpetúe la precariedad económica de su entorno familiar.

La falta de experiencia y los bajos niveles educativos dificultan la posibilidad de acceder a trabajos mejor remunerados y estables. Se consideran como mano de obra barata y son expuestos a actividades de alto riesgo, ocupándose generalmente en oficios domésticos, construcción, vigilancia, mecánica automotriz, venta ambulante y comercio. Eventualmente se emplean al destajo o son contratados por las cadenas de almacenes como empacadores sin ningún tipo de garantías, con unos horarios que superan las ocho horas laborales y sin ningún tipo de seguridad social.

De acuerdo con información de la mesa territorial, la comunidad refiere que el desempleo por falta de capacitación genera inclusión en actividades poco reconocidas, que generan un escaso ingreso que no alcanza para solventar las necesidades básicas de los hogares.

Por otra parte, en la población juvenil del territorio se identificó con base en los proyectos ejecutados en el componente del desarrollo de autonomía en la juventud, que la soledad, la baja autoestima y disponer de dinero rápido, son aspectos que los colocan en condiciones de riesgo.

De otra parte, la violencia y delincuencia son expresiones de la falta de oportunidades sociales, económicas y culturales, que marcan el proyecto de vida de esta población joven; sin embargo, vale la pena mencionar que la falta de integración a los espacios de la familia, es otro factor relevante, dado que los padres no cuentan con el tiempo suficiente que demandan sus hijos e hijas, persistiendo el imaginario de que la satisfacción de las necesidades materiales lo arregla todo (así lo manifiesta un grupo de estudiantes de un colegio distrital).

Las iniciativas organizativas de tipo productivo se encuentran frustradas por la dificultad para acceder a un crédito, debido a que no existe soporte para el pago aunque sea a largo plazo. Estas situaciones han llevado a que la población menos favorecida del territorio acceda a realizar oficios que tienen una baja remuneración económica; en el territorio se han identificado habitantes de calle y recicladores generando inseguridad en el territorio.

De acuerdo con el ejercicio de lectura de realidades del territorio Prado – Britalia – San José de Bavaria y otras fuentes secundarias y terciarias, con relación a la matriz de derechos, en lo que respecta al derecho al trabajo, la comunidad manifestó el escaso apoyo de los hombres en el mantenimiento económico del hogar y ocupación indebida del tiempo libre (los hombres dedican tiempo a beber y ver televisión en sus casas). De otra parte y de acuerdo con el informe del trabajo desarrollado en el territorio, a través de la implementación del componente de búsqueda activa, en el marco del proyecto de infancia de la Secretaria de Integración Social, realizado por medio de recorridos por el sector de Prado Veraniego, se identificaron familias que involucran menores de edad en acompañamiento a los diferentes actividades laborales desempeñadas por personas adultas, al igual que se identificaron ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de prácticas de reciclaje, donde se reconocieron menores en acompañamiento.

Las y los participantes identifican como problema, el alto nivel de desempleo y la exposición diferencial de las niñas y niños y personas mayores de 60 años a las condiciones de deterioro del ingreso.

Esta etapa de ciclo vital expresa de igual manera la pérdida de capital económico que se manifiesta en la falta de oportunidades para la generación de ingresos económicos de las familias, con el agravante que cada vez, más jóvenes mujeres y hombres inician su vida sexual a temprana edad.

Las difíciles condiciones económicas de las familias para el mantenimiento de su propio hogar hacen que las y los jóvenes abandonen sus estudios para aportar en los ingresos y solventar los gastos en los hogares. Esta etapa del ciclo está expuesta de manera directa al desempleo de los padres. La falta de un empleo estable presiona a las y los jóvenes a ocuparse prontamente y abandonar el ciclo educativo, esta situación es más notoria en padres y madres adolescentes y afecta particularmente a las mujeres.

Las y los adultos participantes en el proceso inicial de implementación de la estrategia de Gestión Social Integral, expresaron insuficiente oferta de empleo, así mismo la falta de oportunidades para la generación de ingresos, no cuentan con los medios para mantener un negocio propio; igualmente, la prevalencia de ocupaciones y oficios no calificados e inestables, especialmente los relacionados con auto-partes y la economía informal (construcción y ventas estacionarias y ambulantes).

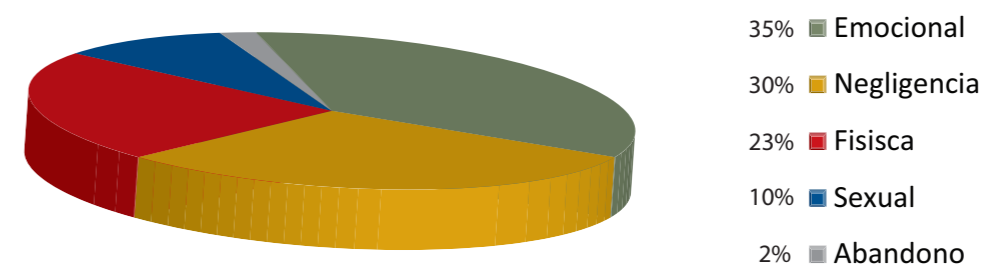
De otra parte, la comunidad expresó que en los almacenes de cadena existentes en el sector pocas veces contratan personas vecinas, además que no están formados ni capacitados para trabajos cualificados.

3.4.5.2. Núcleo 2

Violencia en el territorio social cuatro manifestada en violencia intrafamiliar y delincuencia.

La violencia intrafamiliar se ha evidenciado a través de los reportes de notificación al sistema de vigilancia Sivim 2009, en el que se identificaron 173 casos de violencia, de los cuales, el 58% corresponde a las mujeres; de acuerdo con el tipo de violencia la más representativa fue la violencia emocional (ver gráfica 27).

Gráfica 27. Distribución de casos de violencia en el Territorio Social Cuatro localidad de Suba, 2009.



Fuente: bases de datos Sivim. Localidad de Suba 2009.

La violencia que se ocasiona a las mujeres, niñas, niños y jóvenes está determinada por el patrón cultural; mujeres subordinadas al hombre, niñas y adolescentes a las personas adultas, una concepción patriarcal que impone sus valores por la fuerza a través del castigo físico como forma de enseñanza y disciplina; se reproducen las pautas de crianza de los padres sobre los hijos.

El temor y la falta de comunicación llevan a la sumisión y la aceptación de la fuerza de una persona sobre otra; la falta de habilidad para resolver problemas cotidianos por vías afectuosas y respetuosas, hace que al interior de la familia no se manifiesten sentimientos de afecto.

La violencia y la delincuencia son expresiones de la falta de oportunidades sociales, económicas y culturales.

Esta situación se agudiza en momentos de crisis económica, problemas conyugales y consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, propiciando pérdida de control e imponiendo violencia sobre los más frágiles.

Las consecuencias de las violencias son diversas; se caracterizan por dolor, angustia, sufrimiento emocional, riesgo de muerte, daños psicológicos y deterioro de la calidad de vida. Propicia actitudes violentas transmitidas de entre generaciones.

Otro tipo de violencia manifestado por los jóvenes del territorio social cuatro es el abuso de autoridad ejercida por padres, parientes y agentes de policía, sumada a la estigmatización como personas delictivas y drogadictas, tanto por familiares como por autoridades, basados erróneamente en la forma de vestir, caminar y el uso de accesorios, característicos de esta población, en su gran mayoría, influenciados por culturas extranjeras.

Las agresiones son la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 44 años, prevalece la inseguridad, la existencia de pandillas, barras bravas, grupos de delincuencia común y expendios de drogas ubicados generalmente en el contorno de la periferia de los colegios, nichos perfectos para captar más adeptos o sencillamente para generar más presencia entre la comunidad escolar, son las condiciones propicias de estos eventos. Las agresiones afectan más a los hombres que a las mujeres; por cada 16 hombres afectados por agresiones (homicidios), una mujer muere por esta causa.

De acuerdo con información generada en el territorio por los participantes en las mesas territoriales se ha identificado que según atención psicosocial, las angustias y alteraciones psicosociales en la etapa de ciclo vital de juventud, han llevado a quince jóvenes a tener idea suicida y veintidós intentaron suicidarse. Esta situación está enmarcada en un contexto donde prevalece la ansiedad (17 casos) y la depresión (30 casos), en jóvenes, situación a la que no se presta el debido cuidado, ya que los y las jóvenes no cuentan con una ruta de atención integral a donde puedan ser remitidos, atendidos y se les efectuó un seguimiento.

Estas situaciones involucran de manera particular a las y los jóvenes en su salud mental, en tanto que el abuso sexual afecta particularmente a las mujeres. En la intervención de campo se percibió un alto nivel de violencia intrafamiliar, siendo las madres y sus hijos la población más vulnerable.

3.4.5.3. Núcleo 3

Afectación al ambiente con consecuencias para la salud de la comunidad del territorio cuatro, problemática que se evidencia por los niveles de ruido, malos olores y manejo inadecuado de residuos sólidos.

El derecho a un ambiente sano permite a todas las personas y sus familias disfrutar de un hábitat de calidad; este territorio está atravesado de sur a norte por el canal Córdoba, las actividades comerciales, industriales y la alta afluencia vehicular disponen de condiciones que deterioran la calidad ambiental del territorio.

El hábitat y el desarrollo humano se ven afectados por el deterioro ambiental del Canal Córdoba. El poblamiento urbano ocupó gran parte de su ronda hidráulica, al localizarse viviendas en áreas que en el pasado eran anegadas; algunas presentan agrietamientos de paredes por la acomodación de los terrenos.

De igual forma la disposición inadecuada de residuos, aguas negras, desechos y escombros son una manifestación de la relación que mantienen los residentes con este potencial de recreación pasiva. Este ambiente deteriorado es susceptible a la proliferación de roedores y artrópodos, además de las molestias y enfermedades ocasionadas por la descomposición de sus aguas contaminadas.

Se presume que los barrios Atenas, Prado Central, Prado Sur (El Triunfo) y Prado Sur sector las Villas, están expuestos a inundaciones debido a la proximidad de la viviendas con el Canal Córdoba; sin embargo la comunidad, refiere que no ven afectadas sus viviendas por esta amenaza. También hay una gran cantidad de caninos que permanecen en las calles y que generan contaminación del espacio público, ya que, o no tienen dueños, o éstos no poseen la cultura de recoger las heces, problema que se observa en gran parte de los territorios de la localidad. La comunidad manifiesta que se realiza la recolección de basuras por empresas prestadoras de este servicio; sin embargo, no existe una disposición adecuada de las mismas por parte de la comunidad ya que al sacar las basuras en horarios que no corresponden a los establecidos por la empresa de recolección se generan otros problemas: focos de insalubridad que se incrementan por la presencia de perros callejeros y excretas en la vía pública; también

este problema de disposición inadecuada de los residuos se relaciona con las prácticas de los recicladores y recuperadores, quienes rompen las bolsas en búsqueda de material reciclable.

En las UPZ 18 y 19, se manifiesta como una problemática sentida para la comunidad, la presencia de perros callejeros o perros con dueño o padrino que permanecen en la calle y que causan contaminación de la vía pública con excrementos, mordeduras y ataques a la población, así como la quema de basuras, conexiones herradas de aguas negras en el canal Córdoba, talleres de pintura de automóviles y otras industrias que arrojan disolventes y desechos a las calles.

En el recorrido realizado por el territorio, se pudo identificar, hacia las orillas del canal Córdoba, alta concentración de asentamientos humanos de habitantes de calle, los cuales se encuentran instalados en pequeños cambuches, encontrándose en mayor cantidad adultos y en menor porcentaje, infantes, adolescentes, jóvenes y algunos adultos mayores.

A través del proyecto de adultez habitante de calle se referenciaron geográficamente 78 personas, que fueron atendidos en el hogar de paso de la SISD y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez - Idipron. A su vez, los habitantes de calle manifiestan una violación continua y vulneración de sus derechos por parte de las autoridades competentes; de igual manera sienten una alta presión de rechazo por parte de la comunidad y no sienten ningún tipo de protección o seguridad; al contrario la comunidad los mira y los trata con alta indiferencia como si ellos representaran la inseguridad del sector.

En cuanto a la contaminación del aire, ésta está directamente relacionada con la enfermedad respiratoria aguda. La calidad del aire se relaciona con el impacto sobre la salud; las consecuencias de la contaminación del aire se extienden a largo plazo en la salud de las personas. La autopista Norte, la avenida Suba, avenida las Villas, avenida Boyacá, son los corredores viales en los que se concentra una alta afluencia vehicular; al interior de los barrios el polvo y actividades relacionadas con la construcción así como las vías sin pavimento, son otras fuentes que emiten polvo al aire.

Referente a la contaminación auditiva, entre las causas de contaminación por ruido, se cuenta el tránsito vehicular y el abuso del pito. Además el disparo de alarmas, principalmente en horas nocturnas, el uso intensivo de altavoces y equipos de sonido, asociados a la actividad comercial diurna y nocturna de la localidad; otra causa del ruido son los aviones cuya ruta de vuelo pasa sobre la localidad.

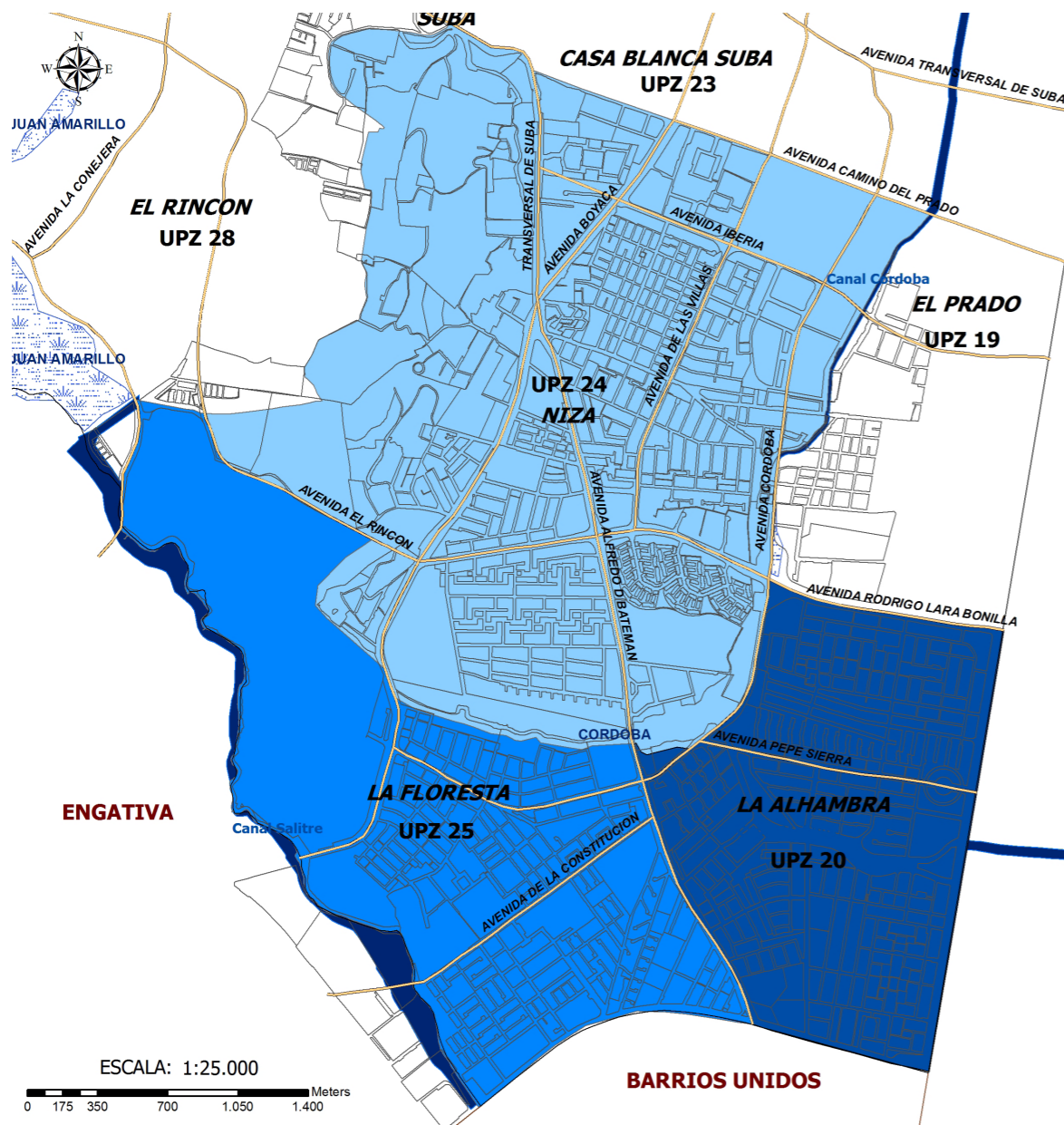
Por otra parte existe el Centro comercial Santa Fe, que ha causado una gran problemática de contaminación por ruido y por la congestión en el transporte, en especial los fines de semana. Pese a la realidad observada, las y los jóvenes no perciben mayor afectación, considerándolo responsabilidad de las empresas de aseo y las personas mayores, especialmente amas de casa y propietarios de establecimientos comerciales y vehículos¹⁸.

3.5. Territorio social cinco – Niza, Alhambra y Floresta

Este territorio está conformado por las Unidades de Planeación Zonal - UPZ 20 - Alhambra, UPZ 24 – Niza y UPZ 25 – Floresta (ver mapa 29).

18 Narrativas territorio social Prado, Britalia, Alhambra 2010.

Mapa 29. Territorio Social Cinco - Niza, Alhambra, Floresta, localidad de Suba, 2009.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría Distrital de Salud
HOSPITAL DE SUBA E.S.E

LEYENDA

<p>UPZ</p> <ul style="list-style-type: none"> LA ALHAMBRA LA FLORESTA NIZA VIAS PRINCIPALES 	<ul style="list-style-type: none"> RIO BOGOTA HUMEDALES CANALES MANZANAS 	<p>Fuente: UAECD Georeferenciación Propia</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">LOCALIDAD</p> <div style="width: 10px; height: 10px; background-color: #0056b3; margin: 0;"></div> </div>
---	---	--

Fuente: Cartografía UAEC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

El territorio de Niza – Alhambra – Floresta se organiza en su límite norte con la Avenida Camino del Prado y Avenida Transversal de Suba que le separa de la UPZ Casablanca, al sur con la calle 100, al oriente con el canal Córdoba que la separa de la UPZ Prado y la Autopista Norte y al occidente con el Parque del Indio, Cresta Cerro Sur y Río Juan Amarillo.

Niza – Alhambra - Floresta concentra 128.423 habitantes, de los cuales 57.288 (44,6%) son hombres y 71.135 (55,3%) son mujeres. Si se disgregan las poblaciones de cada UPZ, según proyección 2009, la UPZ Niza estaba habitada por 65.538 personas, la UPZ Alhambra por 37.177 y Floresta por 25.708 habitantes. Los residentes del territorio habitan en 41 barrios.

Los barrios identificados por UPZ son:

UPZ 25 – Floresta : está conformada por 13 barrios: Andes Norte, Club los Lagartos, Coasmedas, Julio Flores, La Alborada, La Floresta Norte, Morato, Nuevo Monterrey, Pontevedra, Potosí, Santa Rosa, San Nicolás, Teusacá.

UPZ 20 – Alhambra: está conformada por 9 barrios: Alhambra, Batán, El Recreo de los Frailes, Estéril, Ilarco, Malibú, Mónaco, Pasadera, Puente Largo.

UPZ 24 Niza: está conformada por 19 barrios: Calatrava, Campiña, Ciudad Jardín Norte, La Colina Campestre, Colinas de Suba, Córdoba, Covadonga, Gratamira, Iberia, Lagos de Córdoba, Las Villas, Lindaraja, Niza, Niza Norte, Niza Suba, Niza VIII, Prado Jardín, Provenza, Rincón de Iberia.

El poblamiento del territorio se inicia en la década de los sesenta, con la construcción de viviendas y conjuntos residenciales dirigidos a los estratos medios y altos de la ciudad. En estos últimos años se ha intensificado la construcción de conjuntos en lo que antes eran grandes casonas y en terrenos de expansión, sin embargo los altos beneficios paisajísticos y ambientales de los Cerros de Suba, han hecho que estos proyectos de urbanización afecten esta reserva al ser ocupados por grandes condominios y edificios.

El proceso de asentamiento en este territorio se registra en el año de 1963, con el inicio de “un gran proyecto planificado de vivienda para la clase media ubicada en el sector de Niza y liderado por el Banco Central Hipotecario, que permitió el desarrollo adecuado de la zona ubicada al Sur y Oriente de los Cerros de Suba. En esta zona de asentó una población de profesionales, empleados de empresas particulares y funcionarios del Estado. Es el caso de particular del barrio Ciudad Jardín (estrato 3), ubicado en la UPZ 24, que surge por la donación de un lote por parte del dueño de la hacienda San Rafael a sus empleados”¹⁹.

Los barrios más antiguos son Alhambra, Puente Largo, Niza Córdoba, Niza Sur, Ciudad Jardín, Las Villas, Colina Campestre, Julio Flores y Santa Rosa; este último surge en la década de los cincuenta. De otra parte, el diagnóstico de salud expresa que los barrios más poblados son: Puente Largo, Alhambra, Ciudad Jardín Norte, Las Villas, Niza Sur, Batán, Iberia, Julio Flores, Santa Rosa y Potosí.

La composición familiar es diversa, siendo la familia nuclear la forma que predomina; sin embargo, en los estratos 4, 5 y 6 se incrementa la tendencia de la familia monoparental a causa de parejas separadas.

En el territorio conformado por las unidades de planeación zonal Niza, Alhambra y Floresta, prevalece el uso residencial del suelo. Revela una actividad importante de comercio en sus corredores viales y actividades industriales localizadas.

A continuación se presenta la situación general de la población por etapa de ciclo vital en el territorio.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

3.5.1. Etapa de ciclo vital infancia

Los procesos de intervención social requieren del compromiso de las instituciones, así como de los agentes sociales que actúan profesionalmente en la cotidianidad de los territorios. La ciudadanía cohesionada el interés colectivo de las comunidades, le permite a las personas trascender sus intereses particulares para vincularse a los intereses generales de la sociedad. El ejercicio activo de ciudadanía desarrolla la autonomía y la confianza de tomar parte activa de los destinos de cada uno de los contextos sociales en los que se desarrolla el ser humano: el hogar, la escuela, el trabajo, el barrio, el municipio, el departamento, la nación.

Podría afirmarse entonces que el desarrollo humano, reivindica la diferencia contenida en la solidaridad y la responsabilidad de los ciudadanos y ciudadanas, exaltando el derecho a ser diferente en términos de raza, etnia, género, lengua y edad, como corresponde a toda democracia construida en base a la diferencia, respetando las normas preestablecidas, tanto legales como socioculturales de la comunidad, sin que ello implique la deslegitimación de los derechos constitucionales como soporte de nuestro Estado Social Democrático de Derecho.

Es así como los niños y las niñas en su contexto más inmediato permanentemente desarrollan vínculos entre su experiencia personal y lo que se percibe como el todo social, desarrollando capacidad para vincularse con los otros y las otras, de escuchar, de cuidar, de congregar, de incidir, construyendo sonoridad entre ellos como parte de su inocencia y naturaleza humana. Teniendo en cuenta estos determinantes del desarrollo del ser humano, encontramos que las UPZ que conforman el territorio son distintas en sus condiciones socioeconómicas y ambientales, lo que facilita que se reconozcan problemáticas similares en algunos de estos territorios productos de las coincidencias socioculturales.

Para las UPZ la Alhambra, Niza y la Floresta, las problemáticas que se presentan como comunes en territorios como Prado Britalia (barreras de acceso a salud, bajos ingresos económicos familiares) no afectan directamente a la población infantil del territorio cinco; estas problemáticas están dadas por la población flotante de habitantes de la calle con sus familias que son marginados socioeconómicamente o son desplazados.

Por otra parte la inseguridad producida por la invasión del espacio público, favorece la contaminación del medio ambiente, con la disposición de residuos sólidos y flotantes en el Canal Córdoba, presentándose enfermedades tales como la Enfermedad Respiratoria Aguda y las infecciones por intoxicaciones que provocan Enfermedades Diarreicas Agudas, contaminación de cuerpos de agua superficial, debido a las actividades de reciclaje e inadecuada disposición de residuos domiciliarios y escombros sobre la ronda del canal Córdoba.

El cambio del uso del suelo residencial a comercial incide en la aparición de actividades industriales que generan vertimientos a la red de alcantarillado pluvial aumentando la contaminación al canal Córdoba, contaminación del aire, debido al paulatino cambio del uso del suelo y el desarrollo de actividades comerciales que se ha incrementado proporcionalmente a la invasión del espacio público, así como congestión vehicular por las vías principales de comercio.

Sumado a esto, se presentan problemas de expendio de drogas y consumo de SPA, alterando la convivencia ciudadana del sector; la violencia intrafamiliar, los padres sustitutos, el abandono a menores, producen efectos negativos en la salud del menor. El afecto y el maltrato, van de la mano de la incompreensión por parte de los adultos de lo que significa ser niño o niña en desarrollo y crecimiento; eso se compenetra con problemas estructurales de desempleo, desplazamiento forzado, conflicto armado, crisis financiera, contaminación ambiental, globalización de la humanidad y el desarrollo, ya que no solo produce cambios científicos sino que afecta las culturas.

Finalmente los problemas supra - estructurales son parte de este cuadro socio económico, cultural y ambiental, ya que van de la mano de las diferentes culturas ideológicas, políticas y religiosas, que ven en el niño o la niña un objeto, mas no el sujeto de derechos que ellos son; la mirada negativa de un embarazo no deseado o de una violación es parte del trauma que acompaña la crianza como algo negativo, pensando incluso que es un castigo divino enviado por Dios, gracias a los errores cometidos.

Dentro de esta etapa de ciclo vital, también se tienden a considerar a las mujeres gestantes, más que a la etapa específica a la cual pertenezcan; de acuerdo con lo anterior y a los datos disponibles en el territorio no se notificaron adolescentes menores de 15 años gestantes, quizá se deba al acceso a métodos de planificación, a la calidad de la educación recibida y a las oportunidades generadas por la posición socioeconómica, que tienden a retrasar la gestación en las mujeres.

De los quince a los diecinueve años se notificaron un total de 6 gestantes, lo cual se explica por los elementos anteriormente mencionados, al igual que los 45 casos entre 20 y 34 años. Sin embargo es plausible plantear una hipótesis un tanto atrevida, ya que no se cuenta con datos para su sustento, pero podría generar una cierta orientación de la acción indagadora para futuros diagnósticos y tiene que ver con el acceso a sitios en los que se realice la IEC, reforzado esto por el peso social que tenga la gestación adolescente en diferentes contextos, lo cual también interferiría con la notificación.

3.5.2. Etapa de ciclo vital juventud

A pesar de que en esta en zona se encuentran estratos socioeconómicos medios y altos, no se encuentran exentos a problemáticas que afectan la calidad de vida y salud de los y las jóvenes que residen en este sector ya que inciden factores como inseguridad y venta de consumo de sustancias psicoactivas, que hacen que los jóvenes no utilicen estos espacios públicos de una manera adecuada; aunado a esto, los programas dirigidos a la parte cultural la cual es una de las atracciones por las que más se inclinan los jóvenes en este sector es escasa, ya que este tipo de actividades se concentran en otros sectores de la localidad, limitando las actividades que afiancen los lazos familiares intergeneracionales entre padres e hijos, avocando a que los jóvenes compartan en algunas ocasiones únicamente con sus pares y dificultando las redes familiares que sirven de escenarios para la construcción y orientación de proyectos de vida y restablecimiento de valores.

Desde la transversalidad de actividad física se ha recogido información de diagnósticos locales que dan cuenta de la dificultad para el disfrute de la recreación, a pesar de que se cuentan con los espacios para el esparcimiento juvenil y hacen falta actividades dirigidas a esta población, propiciando la diversión en establecimientos como bares, discotecas, tabernas y tiendas donde se consume licor y cigarrillo, o el entretenimiento mediante juegos computarizados y televisión, incrementando el sedentarismo juvenil, por lo cual se hace necesario generar alternativas de esparcimiento que permitan el desarrollo de habilidades y destrezas que reduzcan los riesgos en jóvenes a enfermedades, adicciones e inseguridad.

Por ello es importante hacer procesos de inclusión a la participación en las UPZ de Niza, Alhambra y Floresta, ya que se evidencia que no hay información, poca participación y desinterés juvenil en escenarios locales. Ante esto, es de vital importancia el trabajo en la creación y fortalecimiento de espacios de participación juvenil; esto se hace posible en la medida que los jóvenes estén agrupados en organizaciones que canalicen su actividad y puedan representarlos; la orientación prioritaria de la inversión hacia los sectores de la población donde los jóvenes padecen de una mayor falta de oportunidades, necesidad de promover la equidad entre género, el reconocimiento del joven como sujeto de derechos y deberes, la participación de los jóvenes y ampliación constante de oportunidades de desarrollo a su alcance son algunas de las temáticas a priorizar y posicionar para la población.

Teniendo en cuenta que en este territorio no se concentran la mayoría de acciones de salud, si es vital describir como es esta situación para los y las jóvenes.

En la UPZ de Prado donde se encuentra ubicado uno de los centros de salud de hospital el cual es el más cercano al territorio se realizan actividades y programas que benefician a la población juvenil; en lo que respecta a salud oral se tienen en cuenta actividades de promoción y prevención donde se identifican necesidades tales como tratamientos quirúrgicos, simples o complejos, estos principalmente para jóvenes ya que es la población que presenta dientes retenidos, como cordales.

Así mismo en el CAMI de Prado se identifican problemáticas en jóvenes que impiden el adecuado autocuidado en lo concerniente a la salud oral como deficientes prácticas de higiene oral, ausencia de cultura de asistencia a los servicios de salud oral, falta de conciencia de que la salud oral hace parte de la salud general del individuo, barreras de acceso frente a la falta de asistencia a los servicios de salud como son, económicos, copago, falta de tiempo por razones de trabajo, entre otras; negligencia, así como falta de interés de los padres o cuidadores respecto a la salud oral.

Otro evento en salud que afecta a la población juvenil y que desde el hospital se realizan intervenciones en este territorio es el Cáncer de Cuello Uterino – CCU “estas acciones tienen como propósito que se articulen a la repuesta de otros sectores y se reorienten con énfasis en prevención y atención no fragmentada por el riesgo de una enfermedad sino, considerando el riesgo global incrementado por la presencia de más de un factor de riesgo desde edad temprana en la mayor parte de la población. Basado en ello, el Hospital de Suba en su modelo de atención promocional trabaja componentes como: prevención de los factores de riesgo, detección precoz del riesgo y diagnóstico y manejo del daño, la complicación y la rehabilitación como un continuo que garantice una atención integral e integrada”.

Dentro de las actividades más relevantes de este evento en salud es la toma de la citología; la población de 10 a 24 años constituye el 24.8% de la población total atendida en los puntos de atención que se constituye por 18.167 personas.

Respecto a la toma de citología, en los puntos de atención tales como CAMI Prado y UPA nueva Zelandia ubicada en la UPZ 18 que corresponde a Britalia, las mujeres de la etapa de juventud, según estadísticas del programa de CCU, son las que menos se hacen este procedimiento en comparación con mujeres de esta misma etapa que asisten a otros centros de atención que se encuentran en otros territorios.

Por lo tanto, es importante sensibilizar a los jóvenes del territorio en la importancia de esta problemática en salud, ya que se observa desconocimiento y desinformación frente a estos eventos que afectan directamente a la población juvenil, teniendo en cuenta que estos factores pueden a largo plazo desencadenar en enfermedades que mal cuidadas pueden causar la muerte y son evitables.

3.5.3. Etapa de ciclo vital adultez

A pesar de que este territorio alberga tres UPZ de la localidad, en lo que respecta al análisis situacional por ciclo vital no se dispone de información relacionada directamente con la salud de sus habitantes.

En lo que respecta a la población adulta que hace parte de las UPZ (Niza, Alambra, Floresta, San José de Bavaria y Britalia), según datos de la oficina de participación social de la ESE, la comunidad coincide en afirmar que los problemas más relevantes para esta población están relacionados con el deterioro ambiental al que están expuestos por diferentes causas: la contaminación ambiental del Canal Córdoba, la Cercanía del río Juan Amarillo usado como caño, la invasión del espacio público, especialmente por los vendedores ambulantes (contaminación auditiva), la tramitación ilegal o irregular de licencias

de construcción, la amplia presencia y uso de la zona comercial e industrial, la tenencia inadecuadas de animales, la invasión de las rondas de los ríos por actividades de pastoreo, la presencia de perros callejeros y de roedores, el vertimiento de residuos sólidos (basuras, cárnicos, cadáveres), los cultivos de flores que desechan químicos (Gilmar) y dejan residuos en el ambiente, la disposición de escombros, la recolección de aguas lluvias y mal uso de los sumideros, el alto nivel de humedad por desplazamiento de cultivos a zonas cada vez más cercanas a las residenciales; la presencia de insectos, roedores y demás propagadores de enfermedades infecciosas, generan en este grupo poblacional la presencia de enfermedades, problemas de saneamiento básico, estrés y por ende deterioro de la calidad de vida de las personas, especialmente de aquellos que habitan cerca al canal.

Frente a esta situación la comunidad plantean la necesidad de potenciar diálogos efectivos con las autoridades pertinentes como LIME, así como los demás actores institucionales involucrados en el proceso, a fin de realizar acciones concretas y sancionatorias contra los actores causantes por acción u omisión. Para ello, es necesario que la comunidad cuente con el conocimiento de los planes maestros en materia urbana y ambiental.

Frente a esta situación la comunidad plantea la necesidad de potenciar diálogos efectivos con las autoridades pertinentes como LIME, así como con los demás actores institucionales involucrados en el proceso, a fin de realizar acciones concretas y sancionatorias contra los actores causantes por acción u omisión. Para ello, es necesario que la comunidad cuente con el conocimiento de los planes maestros en materia urbana y ambiental.

Por otro lado, la comunidad adulta de estos territorios, manifiesta que existe desinformación en control de exámenes para enfermedades de la mujer y el hombre. Así mismo, problemas de violencia intrafamiliar; para el año 2009, se reportaron 13 casos suministrados por las bases de datos de vigilancia epidemiológica, enfermedades mentales, farmacodependencia, pero por las mismas condiciones socio económicas de estas comunidades, no existe la cultura de la denuncia y estos problemas terminan siendo no visibles al interior de las familias.

3.5.4. Etapa de ciclo vital de envejecimiento y vejez

Para garantizar un envejecimiento saludable se busca promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable. Esto supone intervenciones a través de todo el ciclo de vida para que al llegar a la etapa de vejez se pueda garantizar la salud, el empleo, las condiciones sanitarias y educativas, a promover que cada vez las personas mayores sean independientes, participativas, autónomas, con menores niveles de discapacidad por enfermedades crónicas; desmitificar la vejez como problema y crear condiciones para que las personas mayores sigan participando en la vida económica y productiva, por medio de diversos empleos, así como en la vida familiar.

En este territorio, el cual está constituido por: la UPZ 25 Floresta, UPZ 24 Niza y UPZ 20 La Alhambra, es importante evidenciar que la lectura de necesidades que se expone a continuación, es el resultado de estrategias participativas a partir de las mesas de trabajo por la salud y la vida realizadas en cada UPZ, ya que la ESE tiene una oferta institucional limitada para estas UPZ, pero que al ser construidas y priorizadas por la comunidad se considera indispensable relacionarlas a continuación.

- UPZ 25 Floresta y UPZ 20 Alhambra: El poder adquisitivo a los cuales tiene acceso la población que habita en estas dos UPZ varían en comparación con las zonas de alta vulnerabilidad en Suba, sin embargo las problemáticas evidenciadas se enfocan en el aumento de población de adultos mayores en estos sectores lo cual implica un aumento en el índice de envejecimiento del sector que en la localidad está establecida dentro de

un 21.8% del total de la población. Lo anterior implica la adecuación de nuevos espacios que generen actividad física e incentiven el proceso de envejecimiento activo dentro de estas zonas, problemática que evidencia la comunidad, en cuanto al reconocimiento de deterioro de las condiciones físicas y de salud propias de la etapa, aunado a la presencia de adultas y adultos mayores con discapacidad que poseen dificultades para acceder a espacios del territorio, pues encuentran barreras arquitectónicas que impiden interactuar en un espacio y lugar determinado.

- UPZ 24 Niza: Una de las problemáticas sentidas por la comunidad es el reconocer que el proceso de envejecimiento produce cambios físicos, psicológicos y emocionales a los cuales hay que dar respuesta oportuna para evitar problemas de depresión, sedentarismo, enfermedades crónicas y demás aspectos a los que la y el adulto mayor están expuestos, por ello la localidad y su arquitectura no está condicionada para aquellos sujetos con o sin discapacidad; generando problemas de obesidad y sedentarismo. La problemática ambiental que se hace evidente en el Canal Córdoba por su grado de contaminación, al igual que la invasión del espacio público (contaminación auditiva y ambiental) y los niveles de inseguridad aumentan gracias a la presencia de grupos de antisociales que permanecen en esta zona ambiental, ocasionando que los adultos y adultas mayores prefieran no hacer actividad física o buscar otras fuentes de actividad en casa.

Sumado a estas problemáticas, se encuentra que la participación de las personas mayores en el proceso de mesas territoriales en el marco de la gestión social integral ha sido nulo, debido a que, en este espacio la comunidad ha tenido muchos inconvenientes en los acuerdos para la concertación de agendas sociales; la población que ha tenido la voz de la comunidad son personas profesionales y con altos cargos públicos y privados, que además de residir en un territorio de estratos 4, 5 y 6 presenta una alta prevención frente a la pretensión de la estrategia de la Gestión social Integral.

Las iniciativas y el cumplimiento de metas de instituciones como el IDRD no dan alcance a las necesidades de la población y sus actividades están encaminadas a eventos masivos, no respondiendo así, a necesidades específicas de las personas mayores del sector y si ocasionan que las personas mayores busquen alternativas de recreación o distracción de forma pasiva y rutinaria acentuando aún más la presencia de enfermedades crónicas.

Es de importancia resaltar que los problemas ambientales son transversales y afectan a toda la población de la misma manera, sin embargo hay que tener en cuenta que entre las personas más afectadas con el tema ambiental se encuentran las personas mayores; puesto que las enfermedades transmisibles, continúan siendo un problema de salud pública, por el creciente número de casos que se presentan, la población que afectan y las discapacidades que quedan como secuela por un diagnóstico tardío y por el incumplimiento de las acciones previstas en las normas para el seguimiento de los pacientes con tuberculosis, lepra, enfermedades transmitidas por vectores (Dengue, Malaria, Fiebre Amarilla y Leishmaniasis) estas últimas enfermedades pueden estar asociadas al fenómeno de desplazamiento, que sigue siendo una de las principales causas, así como el ingreso de personas a zonas endémicas en la época de vacaciones.

Frente a esta situación en la búsqueda activa que desarrolla la ESE en la identificación de casos con este tipo de enfermedades, se evidencia la notificación de dos casos en la UPZ 20, ocho casos en la UPZ 24 y un caso en la UPZ 25 correspondiente a tuberculosis que afectaron a adultos mayores hombres, para el caso de las enfermedades producidas por vectores no se presentaron casos en el territorio.

No obstante, los anteriores factores mencionados, pueden ser algunos de las tantas causas para generar predisposición a las enfermedades crónicas debido a que el envejecimiento genera cambios importantes en los estilos de vida, lo cual tiene una repercusión significativa en el volumen y distribución de la carga de enfermedad. En los registros sacados de los RIPS se identificó la hipertensión como el primer motivo de consulta, presente en un 90% de la población adulta mayor atendida, seguida por un 10% con problemas de diabetes, enfermedades que se encuentran asociadas a inadecuados hábitos alimentarios y estilos de vida no saludables los cuales favorecen la presencia de enfermedades crónicas; si estos factores predisponentes fueran controlados a tiempo, se reduciría la prevalencia de patologías no transmisibles y se contribuye con una mejor calidad de vida.

En el territorio predomina población con estudios superiores lo que indica que mujeres y hombres tienen ingresos altos y se ocupan en actividades relacionadas con trabajos cualificados, empleados del sector público y privado, trabajos independientes y pensionados. De otra parte se encuentran localizadas diversas actividades comerciales e industriales.

El Decreto reglamentario de la UPZ Niza hace énfasis en que se deben delimitar las zonas específicas de comercio y servicios de escalas urbana, zonal y vecinal, que permitan prevenir su impacto negativo en las áreas residenciales; se deben concentrar y reforzar las actividades comerciales de escalas urbana y zonal, sobre los ejes viales arteriales; se deben consolidar las actividades económicas propias de la vivienda productiva para que se den dentro de un ordenamiento espacial adecuado, de forma tal, que los procesos de consolidación del espacio construido garanticen el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de la población; se deben construir los tramos faltantes de las avenidas Córdoba e Iberia; las autoridades de control urbanístico deben efectuar el seguimiento, inspección y vigilancia de los usos dotacionales existentes que no cuentan con licencia o cuya licencia solo cubra parte de sus edificaciones, a través de planes de regularización y manejo.

Niza, Alhambra y Floresta presentan una alta actividad comercial e industrial de pequeña, mediana y gran escala; así lo destaca la Referenciación geográfica del Perfil Económico y Empresarial de Suba; la mayoría de las empresas de Suba se localizan en la parte oriental de la localidad, cerca de las avenidas principales y barrios tradicionales. Los barrios que se destacaron por concentración empresarial son: Mónaco, Potosí, Julio Flores, Ciudad Jardín Norte, Puente Largo y Estoril.

También se encuentran grandes superficies comerciales como Alhambra Plaza, Bahía, Bulevar Niza, Niza, Porto Alegre, la Colina, Cafam Floresta, Floresta Outlet y Grandes Marcas y las actividades empresariales de actividad inmobiliaria de bienes propios o arrendados: arrendamiento, urbanización, subdivisión, venta, alquiler se localizan en Puente Largo, Mónaco y Julio Flores.

Las empresas de la cadena de productos alimenticios de Suba, se ubica geográficamente sobre las vías principales, barrios tradicionales y centros comerciales como Bulevar Niza, Niza, Iserra 100, entre otros.

La cadena textil y confección de Suba se ubica también sobre las vías principales y centros comerciales. Sin embargo, se distinguen tres zonas empresariales que se dedican principalmente a la fabricación y venta de prendas de vestir, especialmente en el sector aledaño a la autopista Norte entre las calles 127 y 153.

El tercer reglón de la economía en la Localidad lo constituye el sector de la construcción. Las grandes empresas de la construcción se concentran en la UPZ Alhambra y las empresas medianas se distribuye en las tres UPZ del territorio social; estas actividades se concentran en los barrios el Batán, Estoril, Mónaco, Pasadena, Puente Largo, Potosí y Andes Norte. Entre las actividades que se relacionan con sector de la construcción está la construcción de edificaciones para uso residencial, construcción de obras civiles, trabajos de demolición y adecuación de terrenos para la construcción.

En este territorio social existen 2 colegios oficiales y un gran número de colegios privados. Los niños, niñas y jóvenes que habitan este territorio asisten en su gran mayoría a entidades privadas para su educación; a los dos colegios oficiales Santa Rosa y Julio Flores asisten algunos habitantes de estrato 3, vinculando además la demanda de otros territorios más deprimidos de la localidad.

Los adultos, padres madres y cuidadores manifiestan que los niños y jóvenes del territorio asisten a colegios privados porque la calidad en la educación es muy buena, además cuentan con los medios económicos para cubrir sus costos, esto tiene relación con que la mayoría de personas económicamente activas son profesionales y tienen acceso a empleos formales y bien remunerados, lo que posibilita ofrecer mejores oportunidades de educación a sus hijos e hijas; también es importante anotar que existen niños y jóvenes del territorio que realizan su actividad académica de educación media en colegios fuera de la localidad e incluso fuera del perímetro urbano.

La localidad cuenta con la presencia de universidades como la UDCA, la CORPAS, la Universidad Agraria y Luís Amigó; existen algunos jóvenes que asisten a estos espacios académicos e igualmente otros realizan su pregrado o postgrados en instituciones fuera de la localidad.

Los habitantes manifiestan que en los dos colegios oficiales ubicados en el territorio existe consumo de sustancias psicoactivas y que es necesario realizar un trabajo de prevención para las y los jóvenes de estos colegios. Con base en esta información la subdirección para la juventud de la Secretaría Distrital de Integración Social llevo a cabo un trabajo a través del “Casino Preventivo” dando información sobre prevención del consumo de SPA y además se realizaron talleres formativos sobre el tema con estudiantes del colegio Julio Flores.

Con relación al derecho a la educación, aunque solo existen dos colegios oficiales, en el territorio, podemos afirmar que este derecho se suple en la medida que por decisión personal y/o familiar, los niños, niñas y jóvenes asisten a colegios privados, ubicados dentro del territorio o en otros sectores de la ciudad e incluso fuera del perímetro urbano. El poder económico de los habitantes de este territorio libera al Estado de atender el derecho a la educación, adicionalmente se nota como el nivel de Educación es proporcional al nivel de ingresos, ya que como se mencionó, los adultos y cuidadores, tienen un nivel profesional e incluso especializado, lo que ha posibilitado vincularse laboralmente en condiciones favorables en cuanto a ingresos y poder atender y suplir este y otros derechos que son básicos en las necesidades humanas.

A continuación se presentan las problemáticas más relevantes, sin desconocer que no son las únicas en el territorio social, identificada bajo una lectura integral con la comunidad del territorio social en las mesas territoriales de gestión social integral.

3.5.5. Núcleos problemáticos territorio social cinco (Niza, Alhambra, Floresta)

3.5.5.1. Núcleo 1

Recreación insuficiente para el goce de la recreación como derecho en la población del territorio social cinco, lo que se expresa en espacios inseguros que incrementa el sedentarismo.

En el tema de recreación se muestran elementos importantes para el territorio, la falta de escenarios adecuados y de condiciones para la práctica de deportes condicionan dicha restricción y por ende vulneran este derecho. La no garantía del derecho a la recreación está estrechamente relacionada con la calidad de vida y el sedentarismo; la falta de actividad física en la etapa del ciclo vital de vejez incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas del corazón.

Una acción de política pública dirigida a la recreación y el deporte de la persona adulta mayor, previene los riesgos asociados a la falta de actividad física y potencia la integración de esta etapa,

afectando su calidad de vida y entorno de salud mental. De igual manera, significará una reducción de la tendencia cada vez en aumento de la enfermedad crónica.

Las limitaciones para el goce de la recreación como derecho se relacionan con la percepción de inseguridad de parques y áreas verdes, la falta de programas dirigidos a las mujeres y hombres adultos mayores y el mantenimiento de estos espacios²⁰.

En la UPZ Niza, una de las problemáticas sentidas por la comunidad es el reconocer que el proceso de envejecimiento produce cambios físicos, psicológicos y emocionales a los cuales hay que dar respuesta oportuna para evitar problemas de depresión, sedentarismo, enfermedades crónicas y demás aspectos a los que la y el adulto mayor están expuestos; por ello la ciudad y su arquitectura no están acondicionadas para aquellos sujetos con o sin discapacidad; generando problemas de obesidad y sedentarismo²¹.

3.5.5.2. Núcleo 2

Baja participación de las mujeres en espacios sociales en el territorio social cinco, debido al rol de cuidador y proveedor.

Se encuentra en la zona un escaso nivel de participación en procesos sociales juveniles y en la búsqueda de incidencia en los planes y programas desarrollados para la localidad, no hay información para la participación y apropiación de la juventud en espacios de incidencia política, ante lo cual es importante el trabajo en la creación y fortalecimiento de espacios de participación juvenil; esto se hace posible en la medida que los jóvenes estén agrupados en organizaciones que canalicen su actividad y puedan representarlos; la orientación prioritaria de la inversión hacia los sectores de la población donde los jóvenes padecen de una mayor falta de oportunidades; necesidad de promover la equidad entre género; reconocimiento del joven como sujeto de derechos y deberes; participación de los jóvenes y ampliación constante de oportunidades de desarrollo a su alcance son algunas de las temáticas a priorizar y posicionar para la población²².

Derecho a la participación y la representación de las mujeres²³

- Las mujeres que participan en las JAC generalmente tienen como estado civil separadas, pero deben cumplir con los oficios antes de salir. “me tocaba corre yo, como presidenta de la JAC”.
- Trabajan mucho las mujeres; por ejemplo, en las JAC son las mujeres las que hacen todo el trabajo de gestión de recursos y son los hombres los que son reconocidos por la comunidad.
- La participación de las mujeres; no creen en ellas mismas, subvaloran su participación. Le dejan las decisiones a los hombres porque “ellos son los que saben”.
- No hay actitud crítica frente a la participación de las mujeres.

20 Documento de elaboración de narrativas de territorios sociales localidad once Suba. Convenio SDS-SDIS- GGF- CNAI julio, 2009, pág. 138

21 IBID

22 Análisis de la situación en salud de la población juvenil por ZCCVS. ESE Suba, 2009, pág. 16

23 Documento mujeres CIO-GSI, oct., 2009, pág. 33

3.5.5.3. Núcleo 3.

Inseguridad en el territorio social cinco que se expresa en fleteo, robo y atracos, situación que pone en riesgo la vida de la comunidad residente.

En el territorio social Niza – Alhambra y Floresta existe inseguridad, problemática que afecta de manera directa a la ciudadanía en general.

La ciudadanía identifica los siguientes delitos como los más frecuentes: robo de vehículos, atracos, fleteo, robo a viviendas, paseo millonario, violaciones, robos por bandas de suplantación, robos por vigilantes y servicio doméstico, atracos selectivos. Igualmente se ven afectados por la ausencia de la regulación sobre actividades de impacto social como prostitución, consumo y expendio de alcohol y sustancias psicoactivas, bares nocturnos, invasión del espacio – vendedores ambulantes, presencia de recicladores, zonas oscuras poco transitadas, presencia de Centros Comerciales, alto grado de afluencia y aglomeración.

Las Juntas de Acción Comunal de las UPZ Alhambra, Niza y Floresta y líderes de la comunidad, enfocaron sus acciones a la búsqueda de las causas generadoras de los problemas más relevantes. Se organizaron por mesas temáticas: (acciones integrales preventivas, habitante de calle, vendedores ambulantes, redes de seguridad ciudadana, acercamiento con el sector industrial y comercial. La comunidad considera que para incrementar los niveles de seguridad, la participación de la ciudadanía en la creación de redes con tecnología es primordial, lo que les permitiría a los vecinos alertar con tiempo sobre situaciones inseguras a las autoridades, con miras a la recuperación de la solidaridad y la cooperación entre vecinos como instrumento efectivo para favorecer el derecho a la seguridad.

Reconocen que los focos del problema son dinámicos y no estáticos y se mueven a diferentes sitios de la localidad, por lo que consideran se debe analizar conjuntamente con Inteligencia policial cuál es la ruta de esa movilidad y el modus operandi, para sacar conclusiones y tomar las acciones preventivas y correctivas que sean necesarias.

Otra dificultad que mencionan, es la falta de comunicación directa y permanente con la Policía ya que es imposible la comunicación con esta y al llamar al 123, el operador no responde.

3.5.5.4. Núcleo 4.

Deterioro del ecosistema en el territorio social cinco por presencia de metales pesados y escombros en la ronda de los humedales, situación que incrementa el riesgo de enfermedad para la comunidad del sector.

El derecho a un ambiente sano permite a todas las personas y sus familias disfrutar de un hábitat de calidad; el sistema ecológico del territorio está conformado por varios subsistemas ecológicos que determinan en gran parte las condiciones de ambiente; se encuentra el parque del indio o de las cometas, como patrimonio histórico local y referente para el desarrollo de actividades al aire libre; los cerros de Suba y el humedal de Córdoba, elemento acuífero importante para la localidad.

El área de influencia del humedal está amenazada por la urbanización de su área de ronda, así que el deterioro del ecosistema está estrechamente ligado a las formas en que las personas han venido ocupando el territorio. Por otra parte, el humedal como sistema, se encuentra afectado por actividades de excavación del subsuelo en la parte alta de Usaquén como lo expresa el documento “Descripción General de los Humedales de Bogotá D.C.” implicando un deterioro a lo largo de su superficie.

En este humedal confluyen los Canales Córdoba, del Norte y de los Molinos, a los que ingresan aguas lluvias y aguas contaminadas en la parte alta; la carga de aguas servidas se disponen en el Canal de los Molinos y esto hace que en el cuerpo de agua se encuentre presencia de metales pesados, alto contenido de coliformes fecales; que representan una amenaza para la salud humana y para la diversidad del ecosistema; este humedal es el que presenta mayor diversidad y presencia de especies vegetales y animales.

Este ambiente deteriorado es susceptible a la proliferación de roedores y artrópodos, además de las molestias y enfermedades ocasionadas por la descomposición de aguas contaminadas.

En su límite occidental, el territorio se encuentra con el Río Juan Amarillo; si bien este afluente hídrico se ha intervenido para el tratamiento de su contaminación, esto no ha sido suficiente ya que el río sigue presentando niveles de contaminación elevados por la descomposición del agua, hay presencia de olores fétidos y generación de plagas sin control, afectando la salud de los habitantes de los sectores más aledaños. La comunidad relaciona esta situación en las reuniones preparatorias a los encuentros ciudadanos.

En estos últimos años se ha identificado una nueva problemática relacionada precisamente con el sector de la construcción, puesto que el transporte para disposición final de estos escombros resultantes de esta actividad es contratado con zorreros, los cuales terminan arrojando los mismos en los parques, las zonas verdes y humedales de la localidad.

El Decreto reglamentario de la UPZ la Floresta hace énfasis en que debe fortalecerse su estructura interna al integrar los sectores aislados por elementos naturales como el canal de Córdoba, el humedal de Niza, la quebrada los Molinos, entre otros, por medio de la malla vial intermedia (avenidas Las Villas, Iberia y La Sirena). La mayor permeabilidad interna de esta zona permitirá potenciar, mediante su ordenamiento, nodos y ejes de actividad; tal es el caso de la avenida de La Constitución y la avenida Pepe Sierra.

Por último, la falta de mantenimiento del humedal propicia la permanencia de ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, así como el consumo de sustancias psicoactivas en el área de influencia del humedal y los canales.

La calidad del aire se relaciona con el impacto sobre la salud de los ciudadanos, especialmente de los niños y de los adultos mayores, al presentarse como eventos epidemiológicos la enfermedad respiratoria aguda en niñas y niños menores de 5 años y adultos mayores de 60 años y las enfermedades cardiovasculares en esta última población²⁴.

Las consecuencias de la contaminación del aire se extienden a largo plazo en la salud de las personas. La autopista Norte, la troncal de Suba, avenida las Villas, Avenida Boyacá y Avenida Pepe Sierra, son los corredores viales en los que se concentra una alta afluencia vehicular, las actividades relacionadas con la construcción, son otras fuentes que emiten material particulado al aire.

En la Floresta se encuentran localizadas actividades de procesamiento de pollo y pescado, produciendo olores que contaminan el aire y la actividad propia de restaurantes que se localizan en las vías principales.

Entre las causas de contaminación por ruido se cuenta el parque automotor; el uso intensivo de altavoces y equipos de sonido, asociados a la actividad comercial diurna y nocturna de la localidad; otra causa del ruido son los aviones cuyas rutas sobrevuelan la localidad.

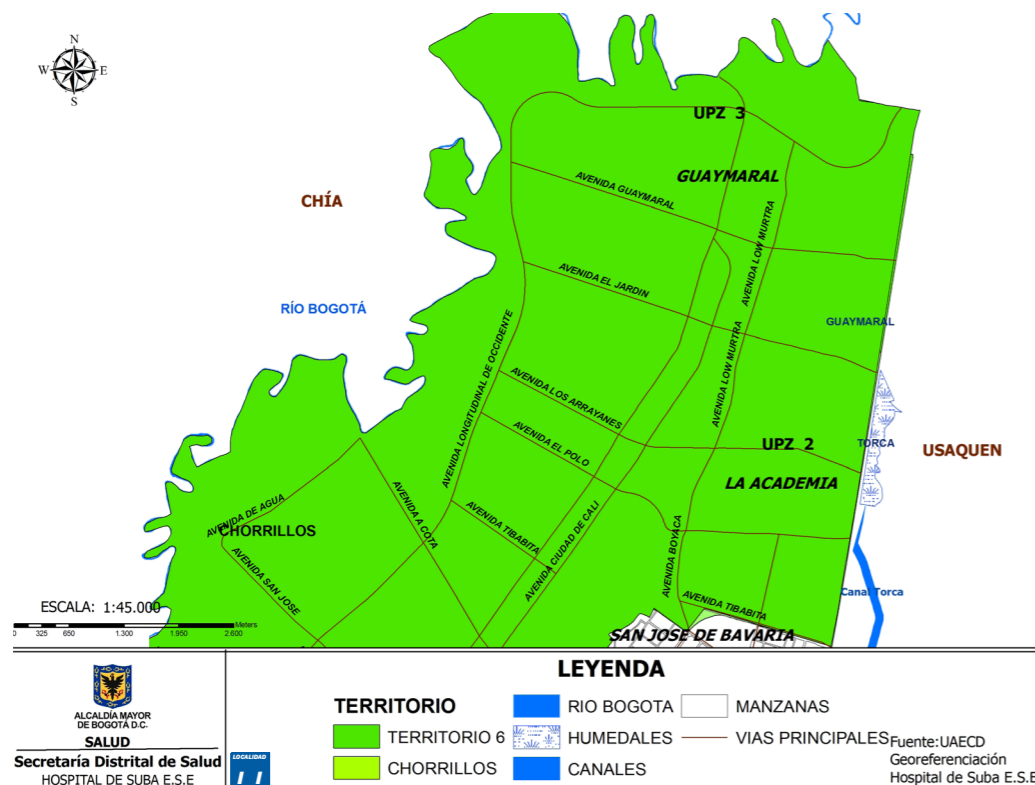
De acuerdo con información generada por la estrategia SASC, en el territorio social cinco se incluyó el micro territorio Spring I y II; estas zonas poseen condiciones adecuadas medioambientales, de habitabilidad, infraestructura, servicios públicos, espacio público y equipamientos. Recientemente se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida en sectores por invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado.

En lo que respecta al material con que las viviendas están construidas se encontró que el 0.3% son inadecuados y al observar el estado de techos, paredes y pisos se identificó que 0.4% de los casos presentaron en el momento de la caracterización cambios importantes en la estructura (grietas, humedades, agujeros, filtraciones, pozos de agua) lo cual pueden ocasionar riesgos en la salud de los habitantes de dichas viviendas.

3.6. Territorio Social Seis – Academia, Guaymaral, Zona de Reserva Forestal - Chorrillos.

El Territorio social seis lo conforman las UPZ Academia y Guaymaral y la zona de reserva forestal – Chorrillos. De acuerdo con la ubicación geográfica este territorio se localiza al noroccidente de la localidad, limita al norte con el municipio de Chía, al sur con las UPZ Rincón y Tibabuyes, al occidente con el Río Bogotá y Municipio de Cota, al oriente con la localidad de Usaquén (ver mapa 30).

Mapa 30. Territorio Social Seis – (Academia, Guaymaral, Chorrillos) localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAED. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

En el territorio se encuentra población de estratos que van de cero a seis; los habitantes de este territorio representan el 0,12% del total de la población de la localidad lo que equivale a 1 229 habitantes de los cuales 605 son mujeres (49%) y 624 son hombres (51%), según proyección DANE 2008; al desagregar por UPZ, Guaymaral aporta 13,4% de los habitantes, Academia 72,2% habitantes y Chorrillos 14,3% de los habitantes del territorio social seis.

La zona de reserva forestal, de acuerdo con la información del Plan de Desarrollo Local, concentra los suelos clasificados como sistemas de áreas protegidas, el Cerro la Conejera y el Humedal la Conejera, que conserva la biodiversidad en fauna y flora. Están ubicadas en las veredas de la localidad y el suelo rural. Existen zonas con amenaza alta de inundación: ronda hidráulica del río Bogotá y el Humedal la Conejera y amenaza media de remoción en masa en el Cerro de la Conejera²⁵.

En este territorio se caracterizó el micro territorio Chorrillos por el programa de Salud a su Casa; este se encuentra ubicado entre el barrio Compartir y el Río Bogotá con la transversal 92 y el municipio de Cota; está conformado por la vereda Chorrillos.

La conformación territorial de la vereda Chorrillos data de más de 30 años y está habitada por campesinos de la región del altiplano, dedicándose al cultivo de la tierra y actividades pecuarias. En la actualidad y a pesar del continuo desarrollo urbanístico de la ciudad, algunos de sus pobladores conservan aún estas costumbres. Su vía principal de acceso vehicular pavimentada, es la vía Suba – Cota a la altura de los kilómetros dos y siete, en sentido oriente - occidente, la cual abarca tres sectores (I, II y III). El uso predominante del suelo es de actividad industrial, agrícola, pecuaria y deportiva y en menor grado de actividades domésticas y comerciales²⁶.

La UPZ 2 - la Academia hace parte del territorio social seis con un barrio del mismo nombre; la UPZ 3 Guaymaral está conformada por los barrios Guaymaral y la Conejera. En la división administrativa, de acuerdo con las características predominantes, estas UPZ son de tipo ocho, es decir que comprenden grandes áreas destinadas para la construcción de equipamientos de nivel urbano y metropolitano que, por su extensión e importancia dentro de la estructura urbana, requieren un manejo especial.

Esta parte del territorio se caracteriza por procesos de desarrollo en transición con relación al uso del suelo, pasando de suelo de dedicación agroindustrial a uso de suelo residencial, con una urbanización incipiente, mezclado con actividades comerciales y de servicios. Por consiguiente esta zona presenta una baja densidad poblacional.

Los predios están clasificados como estratos 5 y 6, sin embargo existe una población de vivientes y cuidadores de las residencias y fincas, de escasos recursos. La mayoría de la población es flotante: alrededor de 150 personas entre estudiantes y empleados de colegios y universidades ubicados en el sector, empleados de clubes recreativos y centros comerciales. La población residente tiene en su mayoría seguridad social en salud por régimen contributivo y en algunos casos medicina prepaga.

El cambio de uso de los suelos ha generado procesos de ocupación de la ronda hidráulica del humedal de Torca y del cerro la Conejera, contaminación de las aguas debido a que esta zona no cuenta con servicios de acueducto y alcantarillado y las aguas negras domiciliarias y de algunos de los colegios, clubes recreativos y centros comerciales son vertidas directamente al humedal. Además, las fincas y explotaciones agroindustriales generan contaminación por sustancias químicas, como plaguicidas y abonos.

²⁵ Diagnóstico Chorrillos Entornos Saludables 2007.

²⁶ Chorrillos, Localidad de Suba. Diagnóstico Participativo. Narrativas Gestión Social Integral. 2010

En el área aledaña al humedal existe amenaza alta y media de inundación, con hundimientos del terreno debido a que muchos predios han sido desarrollados invadiendo y rellenando la ronda hidráulica del humedal y por la explotación sin control de aguas subterráneas por parte de las instituciones educativas y recreativas allí ubicadas.

Es un sector aislado geográficamente por la insuficiente red vial; únicamente se cuenta con la Autopista Norte que presenta congestión. En esta vía se realizan los “piques ilegales” incrementando los accidentes de tránsito y atropellamientos, pues no existen andenes en las vías internas, pasos, puentes peatonales ni señalización.

Una de los principales problemas denunciados por la comunidad es la inseguridad tipo atracos a peatones y hurtos de vehículos debido a la condición de aislamiento, falta de iluminación y escasa presencia de autoridades que controlen esta situación. Además refieren que el acceso a los barrios se dificulta porque solo se cuenta con el transporte masivo de Transmilenio y sin los alimentadores suficientes para la demanda de usuarios existentes. El transporte urbano corriente es escaso y demorado para la llegada a sus lugares de destino.

En el territorio no hay presencia de equipamientos públicos ni presencia de respuesta social organizada institucional de salud, recreación, educación, bienestar. La organización comunitaria es escasa en este sector. Siendo así, se encuentra vulnerado el derecho a la recreación: los adultos refieren la preocupación ante la situación de los niños, ya que la administración local y distrital no han gestionado espacios deportivos para ellos. “Todo lo que ha hecho la comunidad para poder implementar equipamientos recreativos en la zona ha faltado acompañarlo de lloros ante las entidades...se hace una protesta de lágrimas... pero no ha valido de nada...”

Ante lo anterior se muestran elementos importantes para el territorio, la falta de escenarios adecuados y de condiciones para la práctica de deportes condicionan dicha restricción y por ende vulneran este derecho. Se ha expresado en los documentos diagnósticos la dificultad para el disfrute de la recreación por la falta de espacios de esparcimiento comunal²⁷.

La oferta de recreación en el territorio está dirigida a población flotante de estratos medios y altos, como restaurantes campestres, clubes recreativos (Arrayanes, Guaymaral, Bogotá Fútbol Club, Canchas de Fútbol Maracaná y la Conejera). Para los estratos bajos se encuentran la tradicional cancha de tejo y tiendas para el consumo de cerveza. La no garantía del derecho a la recreación está estrechamente relacionada con la calidad de vida, el sedentarismo y la falta de actividad física, que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas del corazón.

Las limitaciones para el goce de la recreación como derecho se relacionan con la percepción de inseguridad de parques y áreas verdes, la falta de programas dirigidos a las mujeres y hombres adultos mayores y al mantenimiento de estos espacios; falta de espacios seguros para la práctica de actividad física de niños y niñas, que limita el desarrollo integral y deterioran la salud provocando sedentarismo y obesidad²⁸. Falta de parques o espacios recreativos para los jóvenes²⁹.

De acuerdo con información de Salud a su Casa, la vereda Chorrillos cuenta con 420 familias y 1.300 individuos caracterizados, con un promedio de 3 personas por hogar. Con un predominio en las mujeres 702 (54%) con respecto a los hombres 598 (46%). Al distribuir por etapa de ciclo vital el 16% (208) de los individuos caracterizados en Chorrillos son infantes, (ver tabla 56).

Tabla 56. Distribución por etapa de ciclo vital, vereda Chorrillos, localidad de Suba, 2009.

Etapa de ciclo vital	Frecuencia	%
Infancia	208	16%
Juventud	390	30%
Adulthood	533	41%
Vejez	169	13%
Total	1300	100%

Fuente: Diagnóstico Chorrillos 2009 APS en línea - Hospital de Suba.

En cuanto a los niveles de concentración de población por grupos específicos de edad, la base piramidal de los individuos caracterizados comprendida por el grupo de 0 a 4 años representa el 6.4%; el grueso de la población se concentra entre los 0 a 24 años, constituyendo el 42% del total.

El índice de dependencia económica de la población que hace parte de las familias caracterizadas para la vereda chorrillos es del 53%, lo que indica que hay 53 personas en edad de dependencia por cada 100 individuos económicamente productivos; al desagregar la dependencia se encuentra que 39% son por juventud/ Niñez y el 14% por vejez; el índice de envejecimiento es del 36%.

Según el censo realizado por la Empresa de Acueducto, y Alcantarillado de Bogotá con el propósito de conocer el número de predios y habitantes por vivienda, realizado mediante visitas casa a casa, se identificaron 142 predios. La mayoría están demarcados, pero en general no cuentan con nomenclatura oficial (placa con dirección), (ver tabla 57).

Tabla 57. Número de predios y habitantes por vivienda, Vereda Chorrillos, localidad de Suba, 2007.

Sectores de Chorrillos	Área aproximada Habitacional	Numero de Predios	Numero de Habitantes	Habitantes por Vivienda
Sector I (Buenos Aires)	2.35	35	157	4.5
Sector II (Centro)	1.16	65	263	4.0
Sector III (El Candil)	1.95	42	255	6.1
Total	5.46	142	675	4.8

Fuente: Empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá 2007

Según información de SASC, con respecto al tipo de vivienda, el 94% de las familias viven en casa, estructura que predomina en la vereda y el 6% restante en pieza. Por otro lado y en relación a la tenencia de la vivienda, el 45% vive en arriendo y el 48% tiene vivienda propia, de los cuales el 16% aún la están pagando, el 1% viven en Subarriendo y el 6% en vivienda familiar. Lo anterior infiere que la población interactúa constantemente por el número de personas, el tiempo y el tipo de tenencia de las viviendas, factor preponderante para la construcción y organización de mesas de trabajo y redes sociales al interior de la comunidad que beneficie o dé respuesta a las problemáticas del sector.

La vivienda se ha considerado una necesidad humana esencial; no solo representa alojamiento y un techo bajo el cual resguardarse de las inclemencias del clima, sino también un lugar con una representación social donde se encuentra la familia. A nivel comunitario, estas insuficiencias se acentúan más, en la medida que falta organización y participación comunitaria para mitigar

27 Documento de elaboración de narrativas de territorios sociales localidad once Suba. Convenio SDS-SDIS- GGF- CNAI julio, 2009

28 Análisis de la Situación en Salud de la Infancia, ESE Suba, Dic, 2009

29 Narrativa núcleos de gestión de SASC, 2009.

problemas de invasión de espacios públicos por residuos sólidos, como de exigir el derecho fundamental al agua, aspecto fundamental para la salud y bienestar de los habitantes del sector.

Unido a lo anterior se evidencia que el 100% de las viviendas en el área, utilizan el sistema de pozo séptico y con respecto a los servicios públicos el 100% de las familias del territorio no cuentan con el servicio de acueducto, es el servicio público que más carece la población y por el cual se le está vulnerando un derecho fundamental; son en su totalidad condiciones que agravan aun más la realidad de los habitantes del sector, en cuanto a la salubridad y mínimas condiciones que permitan asegurar y garantizar el bienestar de los niños y niñas de la zona.

3.6.1. Etapa de ciclo vital infancia

“Los niños se encuentran en una etapa del desarrollo tanto físico como psicológico muy importante y tanto fisiológica como psicológicamente son inmaduros; por esta razón son mucho más vulnerables que los adultos a la exposición a cualquier factor de riesgo. Teniendo en cuenta que los ambientes laborales presentan una gran cantidad de factores de riesgo, los niños en lo posible no deben ser expuestos a estos ambientes. La salud es un derecho de los niños y se debe propender por su promoción y por la prevención de las enfermedades”³⁰.

Según información de la caracterización de salud a su casa, Chorrillos cuenta con 208 niños y niñas, lo que equivale al 16% de la población de la vereda.

El ciclo vital de la infancia debe ser positivo en lo individual y lo colectivo y en consecuencia en lo social, para que la interiorización de valores y costumbres aporten significativamente en la construcción social de las identidades masculinas y femeninas, de tal manera que la personalidad se desarrolle con un buen grado de estima propio, de manera que se constituye en la línea del tiempo, como ciudadanos y actores sociales integrales que transforman y administran una sociedad.

Al realizar el análisis según, la condición individual de las personas caracterizadas se encontró que para las 61 gestantes captadas, el 2% eran adolescentes, el 88% asistió a consulta de control prenatal.

Con respecto a los menores de 5 años, para el año 2008 se visitaron 202 niños y niñas menores de 5 años; de éstos, 19 (9%) eran menores de 6 meses y de estos el 95% recibían lactancia materna exclusiva; por otro lado, al realizar el seguimiento a la asistencia a control de crecimiento y desarrollo se identificó que el 98% de los menores de 5 años habían asistido a control de crecimiento y desarrollo.

Según Sivigila, sistema de información para la captura de eventos de notificación inmediata, fue reportado un caso de un niño en el micro territorio por intoxicación por fármacos y se presentaron 6 casos de varicela, de los cuales 33% fueron en infantes.

3.6.2. Etapa de ciclo vital juventud

En el territorio seis se identificaron 229 jóvenes, de los cuales 35 son de la vereda Chorrillos. En relación con la conformación familiar de los jóvenes del sector de Chorrillo, se identifica que en cuanto a las composición de las familias tanto los hombres como las mujeres en su mayoría tienen una tipología de familia nuclear, es decir viven con sus padres y madres compartiendo un mismo espacio habitacional, reforzando las ideaciones culturales en lo que respecta a pautas de crianza.

De las ocho mujeres jóvenes caracterizadas, cinco tienen familia nuclear, dos familias extensas y una familia monoparental, mientras que para los hombres jóvenes entre los 15 a 17 años, tres tienen familia monoparental, cuatro jóvenes pertenecen a familia nuclear y uno familia extensa.

30 Efectos del trabajo infantil en la salud del menor trabajador, Ayala Leonardo, Pinzón Ángela, octubre 17 de 2004.

Otro factor importante que incide en la dinámica familiar de los y las jóvenes de Chorrillos es su tenencia habitacional, ya que esto incide en la realización del trabajo a temprana edad e impulsa factores como lo es el trabajar, para el mantenimiento de sus hogares; en este caso el pago de un arriendo, sin embargo se evidencia en que los jóvenes caracterizados en chorrillos en su mayoría viven en casa propia, pero esto no excluye de tener que trabajar para solventar las necesidades económicas al interior de sus familias.

De los y las jóvenes identificados desde el ámbito laboral, el 50% viven en casa propia, lo que representa 4 casos.

Por último, aunque esta zona de la localidad goza de una riqueza y espacios naturales que constituyen una fortaleza para la distracción y la exploración medioambiental, no hay un aprovechamiento de estos recursos por parte de la población juvenil que se encuentra ubicada en este territorio de la localidad; desafortunadamente las acciones que se realizan con jóvenes son muy limitadas y escasas desde el sector salud, ya que las intervenciones se centran principalmente en otra zonas de condiciones de calidad de vida. Por ello es de suma importancia empezar a involucrar a los jóvenes residentes en este sector con actividades propias de su etapa que faciliten su apropiación y pertenencia con la localidad y que permitan generar procesos desde ellos mismos, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de su comunidad.

3.6.3. Etapa de ciclo vital adultez

Los adultos representan el 55% de la población del territorio seis lo que equivales a 622 personas.

De acuerdo con la información generada desde GSI, la comunidad adulta de Chorrillos manifiesta que la situación económica es precaria, lo cual hace necesario que “la pareja trabaje, porque de lo contrario un salario mínimo no alcanza y deben privarse de muchas cosas básicas”; su percepción es que la vida es costosa, a excepción de los alimentos. Para la comunidad, “la presencia de volquetas en la vereda son las que aportan al mejoramiento del empleo, ya que la posibilidad de trabajo en los cultivos de flores es limitada”, la comunidad también refiere que “a la vereda arriban cualquier cantidad de buses con gente que es traída de lugares lejanos, de otras localidades como Ciudad Bolívar o Bosa, lo que imposibilita que la mano de obra local sea tenida en cuenta”.

Por otra parte la comunidad de este territorio encuentra vulnerado el derecho a la vivienda; este es manifestado teniendo en cuenta que no se presentan subsidios para mejora de las mismas y a la falta de acueducto y alcantarillado. De ahí que la comunidad denote la negligencia política y sobre todo del sector público. Para los subsidio de vivienda la comunidad refiere que al no haber servicios públicos, no se puede acceder a este, “además implica un sin número de papeles, que aunque se han tratado de realizar, todo queda en eso, en papeles y en proyectos”. La comunidad conoce que la Alcaldía posee una supuesta partida, la cual será destinada, para que el año siguiente se empiece la construcción del acueducto “amanecerá y veremos dijo el ciego y amaneció y no vio”.

De acuerdo con información de SASC en los adultos caracterizados se identificaron enfermedades crónicas; 223 personas (7%), padecen de Hipertensión y 48 (1.5%) de diabetes. Al evaluar la adherencia a los programas se encontró que el 3% y el 27% de las personas con hipertensión y diabetes respectivamente, se encontraban sin tratamiento y fueron canalizadas al programa en su totalidad.

Según Sivigila, sistema de información para la captura de eventos de notificación inmediata, fueron reportados dos casos de exposición rábica en hombres adultos y por otro lado en el micro territorio se identificaron 25 personas adultas en condición de discapacidad³¹.

31 Formato 4. Informe Mensual de Visitas de Mantenimiento y Seguimiento de Familias en Territorio. 2008

A partir del ejercicio conjunto de lectura de necesidades de la población en sus diferentes etapas del ciclo vital y con los referentes que participaron en las unidades de análisis y equipos técnicos poblacionales se establecieron importantes avances en la construcción de núcleos problemáticos del territorio social seis, los cuales se describen a continuación.

3.6.5. Núcleos Problemáticos en el Territorio Social Seis.

3.6.5.1. Núcleo 1

Condiciones ambientales inadecuadas por ausencia de agua potable y alcantarillado dentro del entorno familiar, comunitario y laboral, de la población general en la vereda Chorrillos, lo que ocasiona deterioro en la salud y baja calidad de vida en los habitantes.

El derecho al ambiente sano se encuentra vulnerado en la población de la zona de reserva forestal vereda Chorrillos, debido a la problemática que se presenta con los habitantes de los tres sectores de esta vereda, por ausencia de servicios públicos domiciliarios como acueducto y alcantarillado de aguas residuales y pluviales; es decir que viven en condiciones de miseria, razón por la cual sufren de una inmensa problemática sanitaria y ambiental que les está generando una baja calidad de vida, porque ninguno de los tres sectores de la vereda cuentan con este tipo de dotación básica; por tal razón se han visto en la necesidad de buscar el agua mediante la perforación de pozos freáticos (contaminados por excretas e infiltración) y compra en lugares privados.

La ausencia de sistemas de alcantarillado público y pluvial ha generado contaminación debido a que no cuentan con eficientes sistemas de evacuación de excretas, aguas negras y grises producidas por actividad doméstica, industrial, rural, comercial, entre otras, por lo que disponen de los desechos en las acequias de aguas estancadas que hay paralelas a algunas vías y que alimentan algunos pozos de agua subterránea.

- Contaminación del suelo por actividades rurales: ocasionada por actividades agrícolas, de pastoreo y especies menores, que generan olores desagradables. Baja frecuencia en recolección de residuos sólidos: la Empresa de Aseo LIME, la realiza sólo una vez por semana, lo que genera problemas de olores y proliferación de vectores y roedores debido al alto tiempo en que estos deben ser almacenados para poder ser evacuados.
- Contaminación Atmosférica: ésta se presenta en la vía Suba – Cota por donde circula todo tipo de automotores, desde el tráfico pesado, hasta el transporte urbano intermunicipal, vehículos particulares y motos que sumado a que las vías no se encuentran pavimentadas generan material particulado de manera permanente, lo que trae consecuencias para la salud, afectando principalmente el sistema respiratorio.

Existen situaciones que afectan el ambiente al interior de los hogares, lo cual puede generar mayor riesgo para la salud, como lo son las condiciones higiénicas y el estado de las viviendas, según información de SASC 2009, se identificó en el micro territorio Chorrillos, que el material con que las viviendas están construidas no es el adecuado; en el 0.8% (materiales: madera, latas) y al observar el estado de techos, paredes y pisos se encontró que en el 1.3% de los casos presentaron en el momento de la caracterización cambios importantes en la estructura (grietas, humedades, agujeros, filtraciones, acumulación de agua) lo cual puede ocasionar riesgos en la salud de los habitantes de dichas viviendas. También se identificó en el 24% de las viviendas presencia de vectores plaga.

De las familias caracterizadas, 78 viven en hacinamiento, lo que equivale al 6% de las familias del micro territorio, el 2.2% de las familias caracterizadas dan uso diferente a la vivienda. En el 100% de los casos son negocios para generación de ingresos.

Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de la vivienda se encontró que, con respecto a la batería sanitaria de las viviendas, cuatro no contaba con la totalidad de los elementos que la conforma (inodoro, lavamanos, ducha) y 1.4% del total de las viviendas caracterizadas presentaban condiciones higiénicas inadecuadas en baños y cocina. Al realizar el análisis por separado se encontró que en el 1.5% de los baños y en el 2.8% de las cocinas, el aseo no era adecuado.

Por otra parte, la comunidad de la vereda Chorrillos manifiesta que la ausencia de agua potable vulnera el derecho a la salud; “la negligencia de la parte política y sobre todo de la parte pública, ante la necesidad del agua potable, que es un derecho fundamental, necesariamente no tiene que estar aprobado o tener sanciones de orden, ya que si es un derecho fundamental, la falta de ella afecta notoriamente la salud, la vivienda y todo”.

Frente al entorno ambiental, los niños se ven afectados por diferentes determinantes según el contexto en el que se desenvuelven cotidianamente, su hogar, el barrio, el colegio y el hábitat. En el hogar, que es su entorno más cercano, se ven afectados por factores influyentes para el desarrollo o condiciones de infraestructura en donde se presentan pisos sin pavimentar, falta de barandas en escaleras, terrazas a medio construir, falta de espacios adecuados para realizar buenas prácticas de elaboración de alimentos, espacios adecuados para el descanso, la recreación, hacinamiento, falta iluminación y ventilación en las viviendas; además que en algunos hogares no se cuenta con los servicios básicos de acueducto y alcantarillado. Las anteriores situaciones aumentan el riesgo de accidentalidad en el hogar, que es una de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años; además, por la carencia de espacios suficientes en el hogar, se aumenten los niveles de intolerancia, violencia intrafamiliar y enfermedades de salud mental, con el agravante de que se presenta el consumo de agua sin potabilizar, lo que genera enfermedades gastrointestinales, enfermedades diarreicas agudas y enfermedades en la piel; todo ello acentuado por la disposición inadecuada de excretas que genera malos olores, proliferación de vectores (roedores, cucarachas, zancudos, entre otros). Otro factor determinante al interior del hogar son los hábitos inadecuados en el manejo y aseo de tapetes, muebles, cortinas que son espacios en donde se concentran el polvo y los ácaros, factores que aumentan el riesgo de contraer enfermedades respiratorias agudas, al igual que cuando se presenta cocción de alimentos con leña y no hay una adecuada ventilación; sumando a esto la presencia de fumadores en la casa o la convivencia inapropiada con mascotas, que generan sus propios desechos (pelo, excretas). La contaminación ambiental, se convierte entonces en otro factor que eleva el riesgo de presentar enfermedades en las personas.

Igualmente, la enfermedad respiratoria aguda - ERA es frecuente debido a factores alérgicos como el material particulado (ya que las vías se encuentran sin pavimentar), polen, gases vehiculares ya que la autopista norte es una vía del alto tráfico vehicular, los fungicidas y abonos utilizados en los cultivos y los malos olores del humedal y de los vallados, además de los cambios bruscos de temperatura.

Garantizar los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad en el territorio de Chorrillos, exige evidenciar las condiciones habitacionales con las que cuenta la población, pues la vivienda está directamente relacionada con las características sociales, económicas, geográficas y climáticas. Sus características se relacionan con las condiciones de salud. Según la Organización Mundial de la Salud la relación entre vivienda y salud humana se plasma en seis principios “Protección contra las enfermedades transmisibles, protección contra los traumatismos, las intoxicaciones y las enfermedades crónicas, reducción al mínimo de los factores de estrés psicológicos y sociales, mejoría del entorno habitacional, uso adecuado de la vivienda y protección de personas especialmente expuestas”.

En la población rural de la localidad, según información de la comunidad adulta del territorio, se identifican problemáticas que afectan sus condiciones de vida; una de ellas es la movilización de escombros con los cuales rellenan el suelo dentro del territorio contribuyendo así, a la contaminación de las fuentes hídricas; los actores de la comunidad identifican como parte del conflicto a los conductores de volquetas, dueños de las obras de urbanización aledañas a las veredas. Así mismo se evidencian problemáticas tales como falta de acción por parte de las autoridades en la zona, generando inseguridad causada por los mismos habitantes de la comunidad, provocando que las personas principalmente adultas generen miedo al llegar a sus casas después de salir de su sitio de trabajo.

Estos conflictos se identificaron teniendo como referencia los miembros de dicha comunidad manifestando que muchas veces ellos no se sentían pertenecientes a la localidad ya que no se recibe el apoyo requerido de las diversas instituciones; sin embargo refieren que las acciones del sector salud son muy importantes ya que les da luces para trabajar con sus inconvenientes en diferentes áreas; en lo que a medio ambiente se refiere, la información anterior se extrajo del taller de ruralidad para la etapa de adultez, organizado por las instituciones como Secretaria de Integración Social, Planeta Paz y donde el sector salud tuvo participación.

3.6.5.2. Núcleo dos

Presencia de menores trabajadores en el territorio Chorrillos debido a factores sociales, económicos y culturales, lo cual afecta los derechos de la población infantil y juvenil.

La realización de las labores domésticas y agrícolas en el sector rural están ligadas con la no visibilidad del trabajo; son actividades que no contribuyen al desarrollo social y no trascienden en la sociedad, debido a que son actividades no pagas y que solo se reconocen y valoran cuando no se realizan.

Lo anterior evidencia la vulneración de los derechos de niños y niñas, ya que estas actividades alteran las condiciones necesarias para el disfrute de la niñez el crecimiento y el desarrollo integral; esto debido a que los niños se desarrollan en un contexto donde asumen deberes para los otros y cargos y responsabilidades que sobrepasan sus condiciones físicas como es el caso de los menores entre 5 y 11 años, donde se encuentra la mayoría de los niños y niñas trabajadores en el sector rural.

Igualmente, la construcción social de las niñas y los niños está ampliamente afectada por su vinculación al mercado laboral y a las múltiples actividades agrícolas que se ven abocados a asumir en su vida cotidiana.

De acuerdo con esta situación, para la etapa de infancia, desde la intervención del ámbito laboral, para el año 2009, se realizaron 73 caracterizaciones a los niños y niñas de la vereda Chorrillos; el predominio de los niños y niñas trabajadores es significativa en el grupo de cinco a once años, tanto para el género femenino como para el masculino, con un porcentaje del 58,9% y 41% respectivamente.

Los niños y niñas que trabajan con sus familiares o son ayudantes de sus padres no reciben remuneración, siendo las niñas el 56.7% y los niños el 28.8%. Esto se presenta porque las actividades laborales que realizan están vinculadas con labores agrícolas y domésticas en su ámbito familiar.

En cuanto a la relación con el cuidador el mayor número de niños y niñas, en la mayoría de los casos no tienen cuidador ya que los padres de familia se encuentran en sus jornadas labores, por lo tanto no cuentan con una persona responsable que supervise las tareas escolares y las labores cotidianas como la alimentación; por esta razón son ellos los que se encargan de sus propios cuidados y el de sus hermanos menores. Sumado a esto existen quienes se encuentran al cuidado

de un familiar, principalmente los del género femenino; otro caso particular que se encuentra son los ocho niños y niñas que pertenecen a instituciones de protección infantil y sus cuidadores son los profesionales de las mismas.

En cuanto a las condiciones escolares, muchos de los niños y niñas trabajadores tienen una edad inadecuada de acuerdo con el grado escolar en que se encuentran, las principales razones es que ingresan a una edad tardía al colegio, repiten años o sus familias se trasladan de un lugar a otro y esto conlleva al atraso de los niños y niñas trabajadores en su proceso académico. Un total de 43 niños y niñas reportaron no asistir a la jornada escolar en el último mes, el 65% no asistieron al colegio de 1 - 3 días; de estos, el 2% no asistió porque se encontraban trabajando.

En lo que respecta a la población juvenil las condiciones familiares favorecen que inicien en actividades laborales relacionadas con la agricultura, en cierta forma por motivos culturales, ya que sus padres poseen un bajo nivel de escolaridad y consideran necesario involucrar a los jóvenes en las actividades del campo y así repetir el rol de sus progenitores.

Estas condiciones ocupacionales afectan en alguna medida la calidad de vida y salud de la población joven de la vereda y por ello se ha indagado por el pensamiento de los jóvenes frente a esta situación; de lo anterior se han encontrado diversas razones por las cuales se dedican a trabajar; una de ellas es el gusto de ser ayudante de sus padres lo que trae un componente de pautas de crianza, ya que desde jóvenes se preparan para realizar este tipo de actividades por convencimiento u obligación de sus padres, otras razones por las cuales los jóvenes trabajan (agrícola o doméstica) es por el miedo a que sus padres los reprendan verbalmente, lo cual identifica una forma de maltrato que obliga a los y las jóvenes a trabajar sin que ellos puedan opinar sobre esta situación. Y por último, la razón más fuerte es colaborar con los gastos de la casa y el mantenimiento de sus familias además de la obtención de su propio dinero.

Lo anterior hace que se dediquen a diversas actividades laborales como lo son trabajo doméstico, cuidado de menores principalmente, en menor proporción a trabajos relacionado con la ganadería y la agricultura por la misma dinámica rural de este sector; también a servicios sociales como lo es el trabajo en restaurantes con muy bajos ingresos o remuneración por sus servicios.

3.6.5.3. Núcleo 3

Barreras de acceso a los servicios de salud y educación de tipo geográfico, económico y administrativo en la población general de Chorrillos, lo que dificulta la identificación y atención oportuna, que se expresa en el aumento de factores de riesgo para la salud, disminución en la calidad de vida y menores oportunidades laborales.

La vereda Chorrillos posee un nivel alto de vulneración de derechos civiles y constitucionales, afectando el desarrollo de una vida digna; se evidencia este riesgo en la población general, en la salud física, salud mental que interviene el aspecto psicológico y emocional por la precaria atención sanitaria.

La lectura de necesidades de la población que reside en la vereda Chorrillos evidencia la necesidad urgente de intervenciones enfocadas en la particularidad y especificidad de las necesidades manifestadas, de donde se han identificado barreras para acceder al derecho a la salud, teniendo en cuenta que el territorio no cuenta con servicios de salud; para ello es necesario que la población se desplace a las UPZ cercanas (Rincón, Tibabuyes) o al municipio de Cota donde existe oferta institucional.

De acuerdo con la información del territorio, en cuanto a lecturas de realidades, la comunidad manifiesta con respecto a salud que *“lo único que han notado es la presencia de una psicóloga, que supuestamente está trabajando por la comunidad, los reúne, les echa carreta, pero no concreta soluciones ante el acueducto. Lo más curioso del tema es que en el tema de salud, se tiene más asistencia en el municipio de Cota que en el Hospital de Suba y puede comprobarse. Si en este momento nos presentáramos en el hospital, sin necesidad de estar enfermo, normal, que no sepan que usted es de la vereda, la demora en la atención es desgastante. Pero si usted va al municipio de Cota la situación es bien diferente. En la vereda hay varias personas que se están pasando al SISBEN de Cota... que tristeza porque el servicio en salud es mucho mejor en Cota, en cambio que de verdad en Bogotá...que tristeza ojala Dios quiera que no vaya a necesitar nunca de esos servicios”*.

Las dificultades para acceder a los servicios de salud de la localidad incrementa el riesgo para detectar oportunamente enfermedades en la población general y más aún en la población infantil; de acuerdo con información expuesta por la comunidad, el acceso se ve limitado por factores como la distancia, oferta institucional limitada en el territorio, bajos ingresos socioeconómicos o dificultades para la movilización hacia los lugares donde se presta el servicio de salud”, hace que sea un territorio con necesidades apremiantes, estas necesidades requieren intervención de orden transectorial.

La educación permite el progreso y nuevas fuentes de conocimiento para acceder al empleo en el futuro, sin embargo en la zona rural se encuentra limitado el derecho a la educación, debido a que el territorio no cuenta con un centro educativo especial ni hogares de paso que brinden atención y protección a niños y niñas, con necesidades educativas especiales o con algún tipo de discapacidad, aumentando así los niveles de exclusión y vulneración frente a este tipo de población.

En la vereda Chorrillos existe una Institución Educativa Distrital – “IED Chorrillos”, en esta sede se ofrece educación preescolar y primaria a 170 niños y niñas de la vereda y del municipio de Cota; la IED cuenta con infraestructura en buenas condiciones locativas, pero al no tener un sistema de alcantarillado, la presencia de vectores plaga y malos olores provenientes del vallado que rodea al colegio afecta la salud y bienestar de los estudiantes.

Por otro lado, entre los factores que impactan la vida de los jóvenes en el sector de Chorrillos está la escolaridad, ya que en ella pasan gran parte de su vida y muchas veces por la realización del trabajo impide que ejerzan este derecho a cabalidad, por ello es crucial enmarcar cómo se vive la situación de escolaridad en el sector de Chorrillos en los y las jóvenes. Son varios los factores que marcan este aspecto, ya que muchos ingresan tarde a la educación; el desplazamiento constante de sus familias hace que no tengan estabilidad escolar, afectando significativamente la vida de esta población.

Frente a este tema es importante identificar qué aspectos hacen que los jóvenes asistan o no, al colegio; por ello, según el diagnóstico que realizó el ámbito laboral con los jóvenes de Chorrillos, se identificó que de un total de 43 jóvenes caracterizados, 65% tuvieron inasistencia a clase por enfermedades, el 33% compareció que eran otras causas y el 2% su motivo de inasistencia fue por que se encontraban trabajando.

Esta inasistencia que se debe a diferentes causas, afectan el rendimiento escolar de estos jóvenes trabajadores; sin embargo se ha identificado que la mayoría de jóvenes reflejados en un 54% tiene un buen desempeño académico, 30% un regular desempeño académico, 14% un excelente rendimiento y 2% un mal rendimiento académico; esto refleja que gracias a las sensibilizaciones realizadas los padres de familia han tomado conciencia frente a la responsabilidad para con sus hijos haciendo supervisión y acompañamiento de tareas; así mismo se demuestra que los jóvenes han hecho un buen proceso de distribución del tiempo contribuyendo esto a que no se vea afectado

su rendimiento escolar; sin embargo, es de aclarar que aunque el bajo rendimiento por trabajo es mínimo, no es el deber ser el trabajo en jóvenes, ya sea por ayudar a su familia o satisfacer sus gustos.

Desde otra perspectiva, según información de GSI los y las jóvenes que cursan educación básica y media en la zona han perdido interés por la educación debido a las dificultades en materia de transporte, ya que deben recorrer grandes distancias.

El derecho a la educación que favorece el progreso y desarrollo del territorio, demarca para la vereda Chorrillos la presencia de una sola institución educativa Distrital “IED Chorrillos”, que cubre la educación primaria y no hay educación secundaria para los jóvenes de la vereda. Dentro de los informes del perfil de la situación en salud del micro territorio año 2009, se determinó, que el 2.6% de los individuos caracterizados en Chorrillos son analfabetas, con una proporción 1:2 con respecto a los sexos lo que indica que por cada hombre analfabeta hay dos mujeres en la misma situación, evidenciando así diferencia de género y derechos ejercidos en mayor proporción por el hombre que por la mujer, el 29% han logrado terminar la secundaria, el 4.3% han logrado acceder y terminar alguna carrera técnica o universitaria; estos resultados evidencian la escasa formación de la población que habita en la zona.

De otra parte en el sector de Tuna, los residentes de los tres sectores de Chorrillos establecen que son insuficientes las rutas y los costos del transporte son elevados, no hay alternativas para la movilidad como cicloruta, transporte colectivo a precios cómodos o subsidiados y tampoco alimentadores de Transmilenio para el ingreso o salida de la vereda. Las vías son destapadas y los caminos son muy estrechos lo cual incide en los accidentes de tránsito; a esta situación se suma la falta de señalización y puentes peatonales que permitan la seguridad de sus residentes³².

“Para llegar a Chorrillos hay que transitar un camino malo, que nace en el kilómetro 7 de la vía Suba-Cota” refieren los habitantes del sector.

Finalmente el territorio de la Unidad de Planeamiento Rural – UPR presenta déficit de infraestructura y saneamiento básico. Está aislado del centro administrativo que se localiza en Suba Centro; si además se suma que las prioridad en la agenda pública se ubica en los territorios de Rincón y Tibabuyes, sus situación se prologa por falta de definición en las competencias locales y distritales en el manejo del borde norte de la ciudad.

En este territorio se encuentra una gran disparidad en las condiciones socioeconómicas de sus residentes, encontrándose en el territorio residentes de estratos 6, que a través de iniciativas de organización privada han logrado la dotación de servicios y la adecuación de las condiciones para habitar en condiciones de dignidad el territorio. Por su parte se encuentran residentes en condición de pobreza que al no tener ingresos estables impiden su realización y sobreviven con los mínimos, lo cual repercute en el deterioro de su calidad de vida.

Las inequidades son evidentes: una oferta de educación y espacios de esparcimiento y recreo para estratos altos de la ciudad. Una concentración de la tierra para fines agroindustriales y de servicios, pero comunidades empobrecidas sin tierra para cultivos, sin oportunidades para la educación y servicios de salud que atiendan las necesidades de los ciclos vitales.

4.

4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

Desde las diferentes intervenciones que se adelantan dentro del Plan de Intervenciones Colectivas, la ESE en sus funciones busca afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población de la localidad de Suba, a través de la ejecución de planes, programas y proyectos enmarcados dentro del Plan Distrital de Salud.

La política actual de salud del Distrito Capital, continúa impulsando el reordenamiento del modo de atención y gestión del sector salud desde la perspectiva de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. En este sentido la ESE prioriza acciones dirigidas a promover la calidad de vida de la población y avanza en la construcción de respuestas integrales, desde los diferentes ámbitos y componentes del PIC, promoviendo la garantía del derecho a la salud de la población.

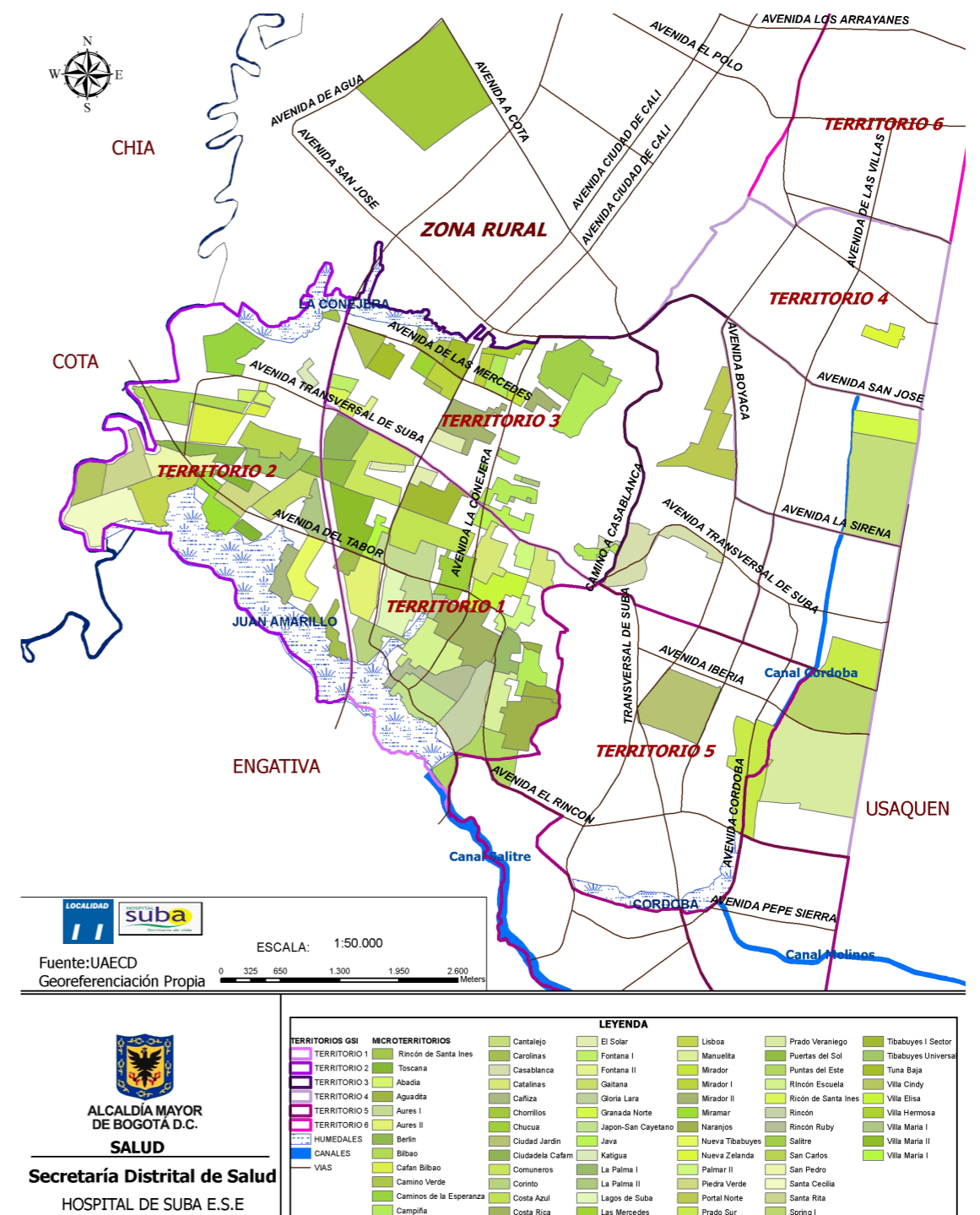
De acuerdo con la metodología de trabajo en lo local se presenta la respuesta teniendo en cuenta problemáticas específicas en la población identificada, acciones ejecutadas en el año 2009 por Ámbitos de vida cotidiana, transversalidades, Proyectos de Desarrollo de Autonomía, UEL y P y P en los territorios sociales en el ciclo vital.

4.1. Análisis de la Respuesta por Ámbitos de Vida Cotidiana

4.1.1 Respuesta desde el ámbito familiar

La respuesta desde la estrategia de Salud a su Casa - SASC se define como el espacio social de vida cotidiana en donde a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto del colectivo familiar, como de los integrantes de la misma. Es por esta razón que a través de los 140 promotores de salud, en su mayoría auxiliares de enfermería, cuya labor ha sido la de caracterizar 84.270 familias dentro de 70 micro territorios; es decir 1 204 familias en promedio por micro territorio de la localidad de Suba, esto con el objetivo de disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, orientando al usuario con calidad y calidez de acuerdo con sus necesidades y condiciones de vulnerabilidad, las cuales se establecen a partir de la lectura de necesidades, especialmente los menores de cinco años, mujeres gestantes y adultos mayores. De esta manera los micro territorios cubiertos incluyen los Territorios Sociales Rincón, Tibabuyes y Suba Centro (ver mapa 31).

Mapa 31. Micro territorios localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAEC. Bases de datos APS en línea 2009. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010

Tabla 58. Cobertura de las intervenciones de SASC por etapa de ciclo vital en los territorios sociales Uno, Dos y Tres, localidad de Suba 2009.

Etapa de ciclo vital	Territorio Uno - Rincón			Territorio Dos - Tibabuyes			Territorio Tres - Suba		
	Proyección Población DANE 2009	Personas Intervencidas SASC	% Cumbrimiento	Proyección Población DANE 2009	Personas Intervencidas SASC	% Cumbrimiento	Proyección Población DANE 2009	Personas Intervencidas SASC	% Cumbrimiento
INFANCIA	53.569	3501	6,5%	41.809	1586	3,8%	22.706	189	0,83%
JUVENTUD	80.437	5041	6,3%	62.487	2273	3,6%	35.915	280	0,78%
ADULTEZ	146.584	6706	4,6%	105.821	3105	2,9%	66.865	388	0,58%
VEJEZ	21.416	1415	6,6%	12.459	443	3,6%	9.223	93	1%
Total	302.006	16.663	5,5%	222.576	7407	3,3%	134.709	950	0,7%

Fuente: bases de datos APS en línea 2009.

La estrategia de salud a su casa se concentra en los territorios sociales que presentan mayor vulnerabilidad siendo así que para el año 2009 se realizó intervención al 5,5% de la población del territorio Rincón, de donde las personas mayores y la población infantil fueron los mayores beneficiados; igual comportamiento se encontró en el territorio Tibabuyes y Suba (ver tabla 58).

Salud a su casa es el epicentro de las acciones del ámbito, a nivel local y distrital brinda la mayor cobertura poblacional de los territorios, con acciones orientadas a las familias para generar adherencia a programas de promoción y prevención y fortalecer la educación en salud en la comunidad; en el año 2009 se realizaron 25 020 intervenciones de educación e información; canalizaciones a los diferentes programas de promoción y prevención a las familias que lo requerían; en pluri modal se logró la participación activa de 520 familias a las que se realizaron 948 seguimientos, lo que permitió conocer y abordar las temáticas de mayor relevancia e interés por parte de la población (pautas de crianza, resolución de conflicto, habilidades sociales, convivencia en pareja) favoreciendo el desarrollo de estrategias que aportaron en sus diversos roles y relaciones interpersonales.

Entre las acciones que se adelantaron durante el 2009, se encuentra la estrategia AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia), la cual está dirigida a la atención de niños y niñas menores de cinco años, en esta intervención se indaga con la madre o cuidador sobre las condiciones de enfermedad del menor y los factores protectores desde una mirada integral; con el objetivo de evidenciar si existe algún signo o síntoma que ponga en riesgo la vida del menor. Dada la dinámica de las familias, la difícil situación económica y social obliga a que las madres tengan que salir al mercado laboral y por consiguiente dejar a sus hijos al cuidado de terceros. Esta situación hace que los requerimientos de cuidado de los infantes especialmente en salud se vean aplazados por falta de tiempo de sus cuidadores, lo que genera inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo, citas médicas y desconocimiento por parte de sus progenitores de las condiciones de salud de sus hijos. Esto se traduce directamente en niños y niñas que al enfermarse no reciben la atención y los cuidados médicos que requieren para el tratamiento de sus enfermedades, entre las que se encuentran principalmente: infección respiratoria aguda, seguida de la enfermedad febril y la enfermedad diarreica aguda.

En los 70 micro territorios de salud a su casa existen 1.538 menores de un año caracterizados quienes recibieron seguimiento una vez al mes y 10 140 niños y niñas entre uno y cinco años caracterizados con visita de seguimiento bimensual; esto con el fin de disminuir

el riesgo de morbilidad y mortalidad mediante la permanente educación por parte del promotor de salud a la madre o cuidador del menor en temáticas relacionadas con signos de peligro de muerte, formas de evitar que el menor se enferme, como cuidarlo cuando está enfermo en casa, en qué momento llevarlo al médico, manejo en casa de las enfermedades respiratorias y como alimentarlo mientras está enfermo. Esta educación se ha visto reflejada en toma de medidas preventivas y protectoras que involucran a la familia y que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años. Siendo así que para el año 2009 las muertes por enfermedad respiratoria aguda disminuyeron pasando de 8 en el 2008 a 5 en el 2009.

La tasa de mortalidad infantil tanto para Bogotá como para la localidad tiende a disminuir con el paso de los años y aunque se ha logrado mantener por debajo de 14 desde el año 2006 en Bogotá y desde el 2005 para la localidad de Suba, como se plantea en uno de los Objetivos de Desarrollo del milenio, sin embargo es necesario continuar trabajando en pro de la población menor de 5 años a través de la promoción y apoyo de prácticas familiares y comunitarias que favorezcan la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil tanto por parte de las instituciones de salud como al interior de los hogares.

Desde SASC, se contribuye con la meta de reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer (Línea de base 12.1% al 2006 según el Sistema de Vigilancia Estadísticas Vitales SDS) para ello se realizó seguimiento mensual a gestantes y menores de un año, a través de estrategias de educación en deberes y derechos en salud - adherencia a programas de P y P, servicios prestados por la ESE, estrategia AIEPI con énfasis en lactancia materna, nutrición adecuada para la edad, verificación de adherencia a programas de promoción y prevención, crecimiento y desarrollo y vacunación.

Mediante el análisis de las bases de datos 2008 y la lectura de necesidades de las familias, se identificaron determinantes que afectan la seguridad alimentaria y nutricional.

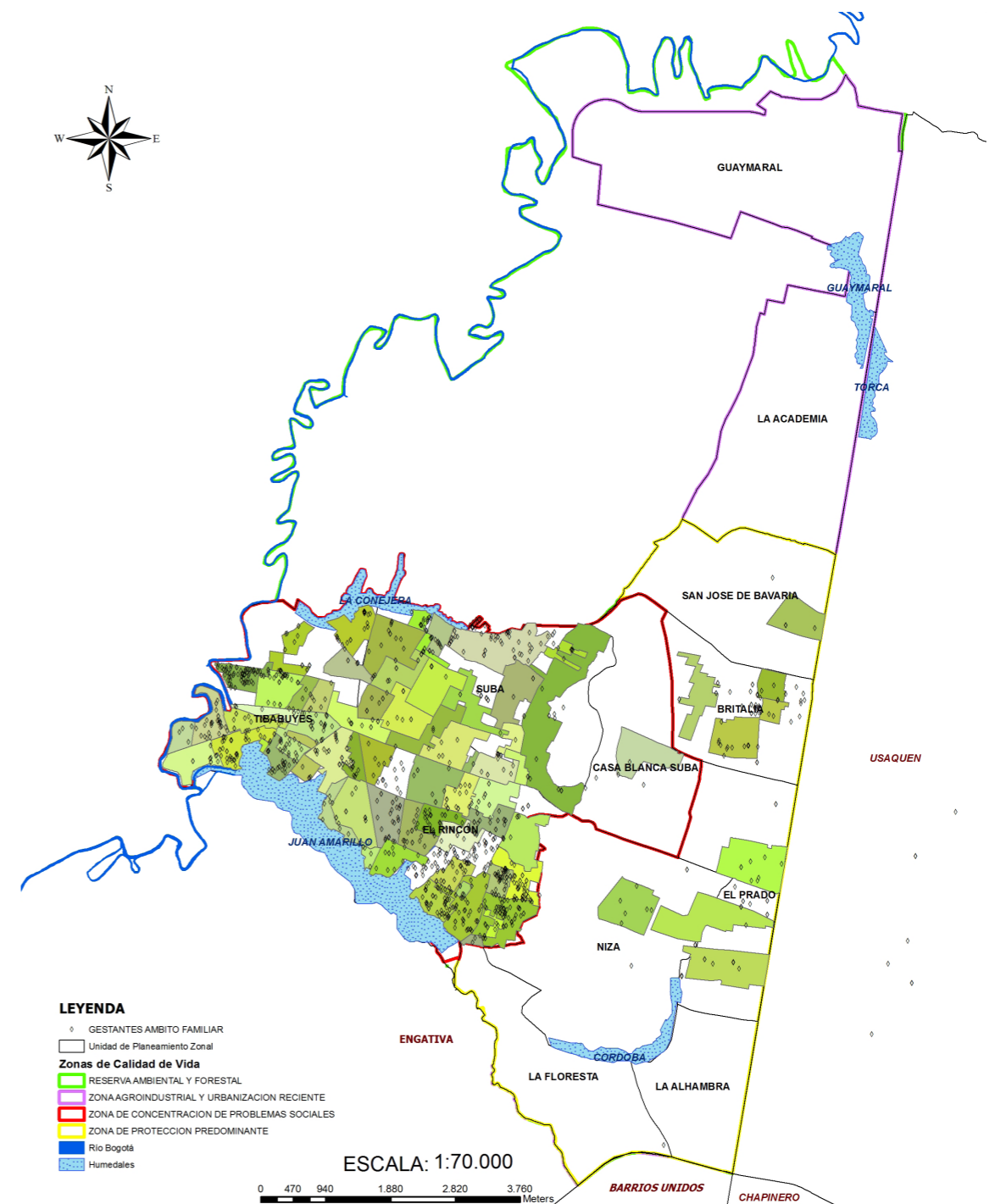
A través del plan general de capacitación se realizó sensibilización a promotores frente a educación alimentaria y nutrición a las familias caracterizadas por SASC. Se intervinieron 500 familias, seleccionadas de la base de AIEPI, gestantes de alto riesgo nutricional, familias en escala de vulnerabilidad. Con lo anterior se logró identificar la real situación de seguridad alimentaria y nutricional y se generaron alternativas para las familias.

Para el periodo 2009 se realizaron 2.064 seguimientos a gestantes de bajo riesgo en los 70 micro territorios de Salud a su Casa. La implementación de la estrategia favoreció ampliar la cobertura e incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. La principal estrategia ha sido el cruce de base de datos de las gestantes atendidas por los puntos de atención contra la base de datos de familias caracterizadas con el fin de identificar y seguir al 100% de las gestantes de los micro territorios como prioridad.

El seguimiento a las gestantes de alto riesgo en el ámbito familiar consiste en canalizar diariamente a través de los promotores, quienes han recibido educación previa respecto del abordaje de la gestante de alto riesgo y su correspondiente remisión según el problema o necesidad encontrada, para el 2009 se realizaron 423 caracterizaciones y 1.550 seguimientos.

La mayor presencia de gestantes se evidencia en los territorios sociales uno, dos y tres en concordancia con la zona de concentración de problemas sociales, sin embargo la respuesta desde el ámbito familiar se ofreció a todos los micro territorios caracterizados (ver mapa 32)

Mapa 32. Intervenciones a gestantes, ámbito familiar, 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Bases de datos APS en línea 2009. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E.

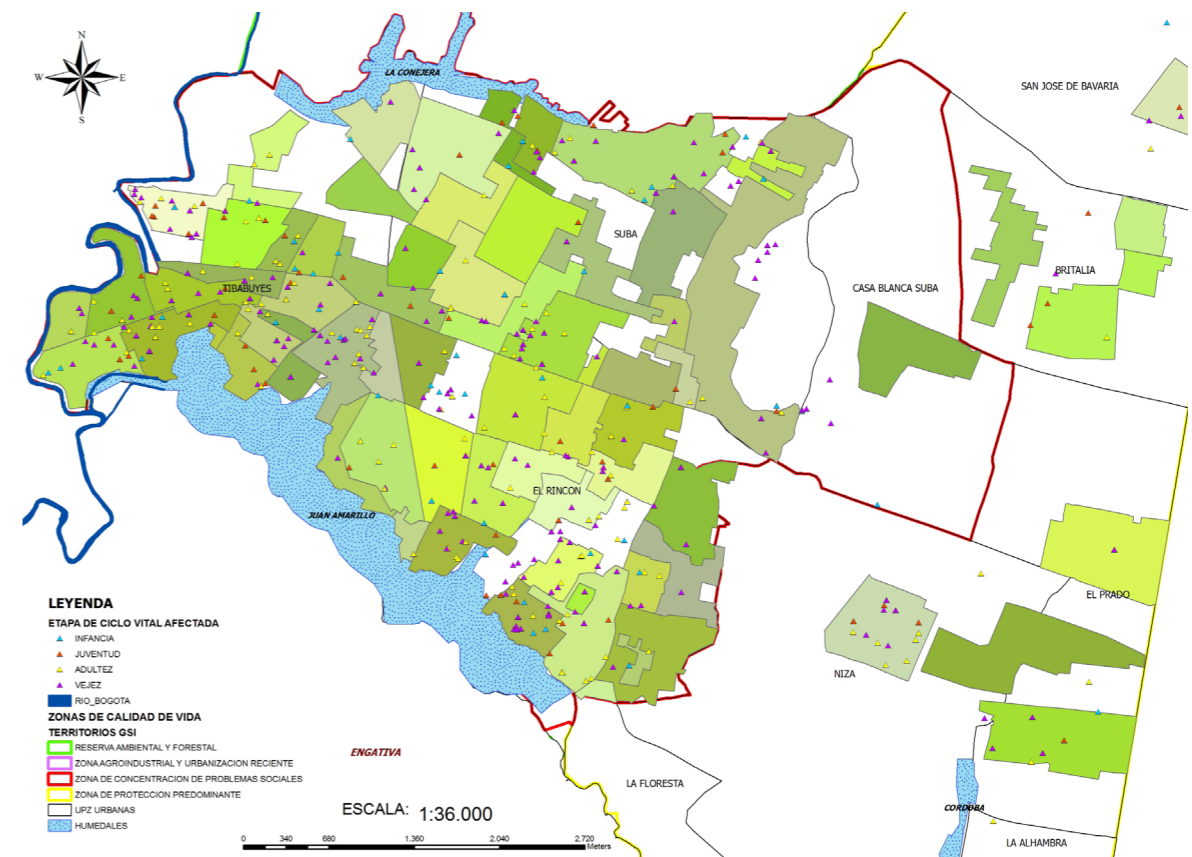
2010

Entre otras intervenciones que se ejecutan desde el ámbito familiar se encuentran las de discapacidad durante la vigencia 2009 se desarrollaron cuatro encuentros para sensibilizar a la comunidad sobre la política pública de discapacidad, deberes y derechos de la población promoviendo un trato equitativo.

Entre las metas a cumplir para el 2011 se encuentra lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad caracterizadas en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores. Desde la línea de Discapacidad en el Ámbito Familiar, se contribuyó al cumplimiento de la meta Distrital, a través de la realización de 546 asesorías domiciliarias a familias de personas con discapacidad en la Localidad de Suba. De las 546 familias de personas en condición de discapacidad a las que se les realizó la intervención, 313 usuarios pertenecían al sexo femenino (57%) y 233 personas (43%) al sexo masculino. De igual forma, cabe resaltar, que se realizó la intervención en casi la totalidad de las UPZ de la localidad, ya que las acciones se desarrollaron en las UPZ 17, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 28, 71 y también se realizaron intervenciones en 8 familias de la UPR de Chorrillos; el mayor porcentaje de personas en condición de discapacidad se encuentra en los sectores más vulnerables como lo son Tibabuyes con 208 personas (38%), Rincón con 202 usuarios (37%) y Suba con 71 personas (13%). Por medio de las acciones de la línea de discapacidad, se logró que la familia demostrara el reconocimiento de los derechos y deberes de la persona con discapacidad que tiene a cargo, que se reconozca la existencia de la Política Pública de discapacidad, Convención Internacional de los derechos de las personas en condición de discapacidad y estrategia de rehabilitación basada en comunidad, así mismo, algunas familias demostraron conocimiento y capacidad de afrontar la situación y mayor conocimiento para acceder a programas y servicios que favorecen la inclusión de la persona con discapacidad en las diferentes esferas de la vida, también, algunas familias demostraron empoderamiento para la implementación del plan de acción, en lo referente a auto cuidado y desarrollo, mantenimiento y fortalecimiento de habilidades y destrezas de la persona en condición de discapacidad.

La discapacidad se presenta en las diferentes etapas del ciclo vital; de acuerdo con la caracterización por SASH, se identificó mayor número de casos en los territorios sociales Rincón, Tibabuyes y Suba – Casablanca, los cuales conforman la zona de concentración de problemas sociales; según grupo de edad la población más afectada son las personas mayores (ver mapa 33).

Mapa 33. Intervenciones de discapacidad por etapa de ciclo vital, ámbito familiar, 2009.



Fuente: Cartografía UAED. Referenciación geográfica Hospital Suba. E.S.E. 2010

Por la línea de entornos se ejecutaron tres planes de entornos saludables y frente a visitas de la estrategia de vivienda saludable se realizaron 3 000 visitas en micro territorios de SASC. También se fortalecieron las acciones en la ruralidad a partir de la implementación de nuevos procesos como el diagnóstico pecuario, red productora de leche, biblioteca comunitaria, entre otras. Como meta distrital a 2012 se debe implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital. Para ello la localidad de Suba a través de Proyecto Integral de Entornos Saludables - PIES, formulo tres planes integrales los cuales corresponden al 43% de los micro territorios de las UPZ 27 Suba Centro, 28 Rincón y 71 Tibabuyes así: Plan de Vivienda Saludable (VS) se presenta un modelo de trabajo para la Estrategia de Vivienda Saludable (EVS) llamada Prueba Piloto donde se desarrollan acciones en el micro territorio de Miramar con el Conjunto Residencial Villa Comfenalco y Tibabuyes, con la selección de 50 familias y la intervención familiar a 700 núcleos familiares con la sensibilización de los temas de vivienda saludable, además de acciones complementarias como es la identificación de mascotas en el territorio y trabajo articulado con la línea de Emergencias y su Plan de Emergencias Familiar.

Finalmente el Plan de Tejido Socio Ambiental hace su formulación a partir de la experiencia del año 2008 durante el cual se realizó un proceso de formación de seis grupos comunitarios donde se abordan temas socio ambientales, teniendo en cuenta la priorización de problemáticas y de impacto y así dar respuesta a las necesidades priorizadas, la inclusión de formación de valores

sociales orientados hacia el respeto con el medio ambiente, trascendiendo de acciones particulares hacia la generación de compromisos colectivos generando contenidos y metodologías las cuales se adaptan a las características de la población de las UPZ anteriormente mencionadas. Todos los procesos se realizaron con el apoyo de material lúdico pedagógico y metodológico para los diferentes talleres con énfasis en herramientas de gestión.

Por la línea de trabajo mediante el desarrollo de las asesorías se logró intervenir en 149 UTI especialmente en el tema de deberes y derechos de los trabajadores y empleadores también se dio información sobre las ventajas de afiliarse al sistema de seguridad social, la legislación vigente, planes de emergencia, los pasos a seguir en emergencias médicas, en evacuación, incendio, sismo, el antes, el durante y el después de la emergencia, el riesgo priorizado para cada unidad productiva, en la segunda asesoría técnica se le informa sobre las pausas activas que deben realizar durante la jornada laboral, posturas adecuadas dependiendo de la actividad laboral que se desarrolle, la importancia de usar de forma correcta y permanente los elementos de protección personal para así evitar accidentes y enfermedades con el tiempo.

Otra de las metas a 2012 se relaciona con los procesos de participación social en salud en el 100% de los ámbitos de vida cotidiana. Para ello el ámbito familiar continúa el proceso de participación social mediante el desarrollo de 14 núcleos de gestión, donde se fortalece tanto la política pública como los mecanismos de participación, para el 2009 participaron cerca de 1140 personas de los micro territorios de SASC. Dentro de los principales logros identificados en este proceso se destacan la articulación interinstitucional que permitió el direccionamiento y generación de respuestas integrales a las familias.

En estos espacios participan representantes de las familias, organizaciones sociales, organizaciones comunitarias, instituciones sociales se resalta el trabajo persistente de las Juntas de Acción Comunal, las madres comunitarias, las asociaciones de usuarios y el Comité de Participación Comunitaria, que como mecanismo de participación social en salud, posibilitó el ingreso a los territorios, identificaron líderes comunitarios y se generaron espacios para la socialización e implementación del programa.

Se fortaleció la capacitación en mecanismos de participación ciudadana y en salud en aras de promover la exigibilidad de derechos los cuales se ven reflejados con el trabajo desarrollado por los veedores.

Los núcleos se convirtieron en un escenario representativo para conocer la percepción de la población frente al programa SASC y generar las acciones de mejora correspondientes para lo cual existe articulación y participación por parte de las diferentes líneas de intervención del ámbito así como articulación con los demás ámbitos de vida cotidiana, vigilancia epidemiológica y gestión local, a través de remisiones de casos que describen de manera clara y concisa el problema a intervenir. También se logró involucrar a los líderes de los núcleos de gestión en las mesas territoriales definidas desde Gestión Social Integral.

Con la implementación de la APIS se han logrado grandes avances en la caracterización territorial, identificación de grupos prioritarios, su seguimiento y atención con servicios integrales de salud. Así, se logra la meta en cobertura de 70 micro territorios con caracterización de 84 270 familias, que a la fecha se mantiene.

Es por esto que se considera que el modelo operativo adoptado para la estrategia de APIS en la localidad de Suba difiere del modelo Distrital en la integralidad y en la acción coordinada institucional y con otros actores sociales, además se ha logrado mantener adherencia a los programas de promoción y prevención, para el 2008 estuvo por encima del 85% y para el 2009 por encima del 90%.

En cuanto al comportamiento de la mortalidad materna, no se presentaron eventos en las familias caracterizadas y con seguimiento por parte del programa en el 2009; igualmente en cuanto a mortalidad por EDA y ERA no se presentan casos en las familias caracterizadas por el programas. En el modelo Distrital y en las diversas Localidades de Bogotá se fomenta y tiende a limitar la estrategia de APS a la operación de los equipos de salud aislados de Salud a su Casa con intervenciones fundamentalmente en caracterización de las familias y territorios, con seguimiento de actividades de promoción y prevención y acciones colectivas, con lo cual se imprime un carácter selectivo al enfoque de APS.

Con la conformación de equipos multidisciplinarios y la identificación de lecturas de necesidades con enfoque diferencial y poblacional se logró dar respuesta a múltiples necesidades de la población.

Frente a la asesoría legal, el Hospital de Suba lideró dentro de sus equipos la participación de un abogado, quien desarrolló diversas acciones frente a la restitución de derechos a las familias vulnerables, mediante elaboración de derechos de petición y tutelas, acciones legales, reparación, trámites para acceso a documentación, acceso a vivienda, salud y educación entre otros, se hicieron en total 3 317 intervenciones.

También se definieron rutas de atención integral por etapa de ciclo vital, cuyo objetivo era restablecer las capacidades y autonomía de la población, con servicios de promoción, prevención, rehabilitación, participación y organización social, dirigidas prioritariamente a infantes, gestantes, adultos y personas mayores.

El Hospital ha diseñado un sistema único de control para garantizar la continuidad, calidad y pertinencia de las acciones a las familias objeto del programa, codificando las intervenciones y diseñando planes de acción para toda la población caracterizada.

La creación de grupos funcionales agrupados por micro territorios, permitió que la comunidad reconociera a los profesionales responsables de las intervenciones y se generaran respuestas integrales.

Se destaca como otra de las características distintivas de la operación del programa en la localidad, el énfasis en la integralidad de la atención y la acción coordinada intra e interinstitucional, a través de la conformación del "Complejo de Atención Primaria" y el desarrollo de la Gestión Social Integral, que se caracteriza porque enmarca todas las acciones e intervenciones ofrecidas por la ESE para la atención de las necesidades de salud de su población, sin diferenciar los conceptos técnicos actuales conocidos como I y II nivel de atención, por el contrario las actividades e intervenciones se presentan como complementarias. A su vez, de acuerdo con las necesidades sociales identificadas en los territorios se involucran y activan las diversas redes y organizaciones sociales y comunitarias de los territorios, mediante un trabajo intersectorial coordinado con el gobierno local.

Siendo así que se realizó articulación a través de GSI y gestión del equipo de trabajo social con secretaría de integración local, IDIPROM, ICBF, Comisaría de Familia, Juzgado de Menores. El consorcio (LIME), con quien se logró acordar unas fechas para planear como desde su ejercicio en manejo de residuos pueden apoyar capacitaciones ambientales a la comunidad en general. Con Secretaria de integración social a partir de los programas de comedores comunitarios, jardines infantiles, bono de adulto mayor, bono para gestante, inclusión a habitantes de calle y emergencia social; vale aclarar que estos programas aplican para toda la localidad, pero a través de la articulación se ha logrado priorizar e incluir a la población identificada y caracterizada por SASC.

4.1.2 Respuesta desde el ámbito escolar

El ámbito escolar son aquellos espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y dinámica propia y que tienen la función social de educar a los ciudadanos en las diferentes etapas del ciclo vital. El ámbito escolar es un escenario potencial para la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida, por tratarse de un espacio social donde confluyen familias, redes de servicios, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud. Atendiendo a las distintas etapas de ciclo, el ámbito escolar desarrolla acciones propias del PIC en tres escenarios: jardines, escuelas, colegios, e instituciones de educación superior.

Las escuelas y colegios, que hacen parte de la alianza intersectorial Salud al Colegio, liderada por las secretarías de salud y de educación con el propósito de implementar al interior de las instituciones educativas del distrito, procesos de salud escolar que promuevan la participación de las comunidades educativas, potenciando el papel de la escuela como espacio de producción de una cultura de la salud, la convivencia, el auto cuidado y el afecto, en el marco de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud.

Desde salud al colegio – SAC se realizan intervenciones encaminadas al fortalecimiento de la autoestima, proyecto de vida, redes de apoyo familiares y sociales, factores protectores, acceso oportuno a los programas de promoción, prevención y mejoramiento de la atención en salud en la población estudiantil; a través de acciones promocionales y de restitución que se desarrollan en forma dinámica y con presencia interinstitucional.

Según datos de la SED 222.198 niños, niñas y jóvenes de la localidad, se encuentran clasificados como Población en Edad Escolar (PEE) y representa el 13.7% del total de PEE de la Ciudad.

Dada la necesidad de garantizar el derecho a la educación de niños, niñas y jóvenes de la localidad la SED ha ejecutado diferentes estrategias entre las que se cuentan la construcción de siete colegios nuevos, ampliación y mejoramiento de la infraestructura y optimización de la capacidad instalada en colegios distritales, arrendamientos, convenios con colegios privados a través de subsidios a la demanda (75) y colegios distritales en concesión (2); sin embargo los datos de la matrícula oficial indican que para el año 2009 fue de 70.150 estudiantes; esto significa que es insuficiente la capacidad instalada para la demanda; por esta razón la localidad remite 17.938 estudiantes a otras localidades (Engativá, Usaquén, Santa Fe, Barrios Unidos y Teusaquillo) para disminuir la necesidad manifiesta.

De los 26 colegios distritales (50 sedes) ubicados en la localidad se realizó intervención por el programa SAC al 65% de las instituciones, lo que corresponde a 17 Colegios (34 sedes), todos ubicados en la zona de concentración de problemas sociales; donde se dio cobertura a 45.446 estudiantes distribuidos en tres territorios con 12 sedes cada una, donde el territorio uno incluyó 15.450 estudiantes de la UPZ Suba, el territorio dos cubrió 13.350 alumnos de las UPZ Rincón y Tibabuyes y el territorio tres cubrió 16.649 estudiantes de la UPZ Rincón, todos con acciones promocionales y de restitución..

Desde el ámbito escolar, en articulación con el profesional de las estrategias materno - infantil del ámbito comunitario, se adelantaron procesos de apoyo a los docentes, jardineras y cuidadoras en la construcción y desarrollo de capacitaciones para el aprendizaje de la comunidad gestante, lactante y su familia, a través de este proceso se capacitaron 291 docentes y cuidadoras y 1 005 padres de familia de los menores de estas instituciones educativas.

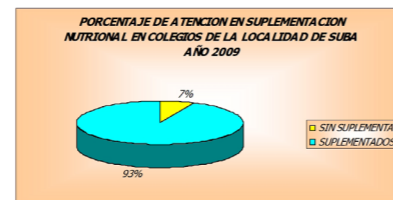
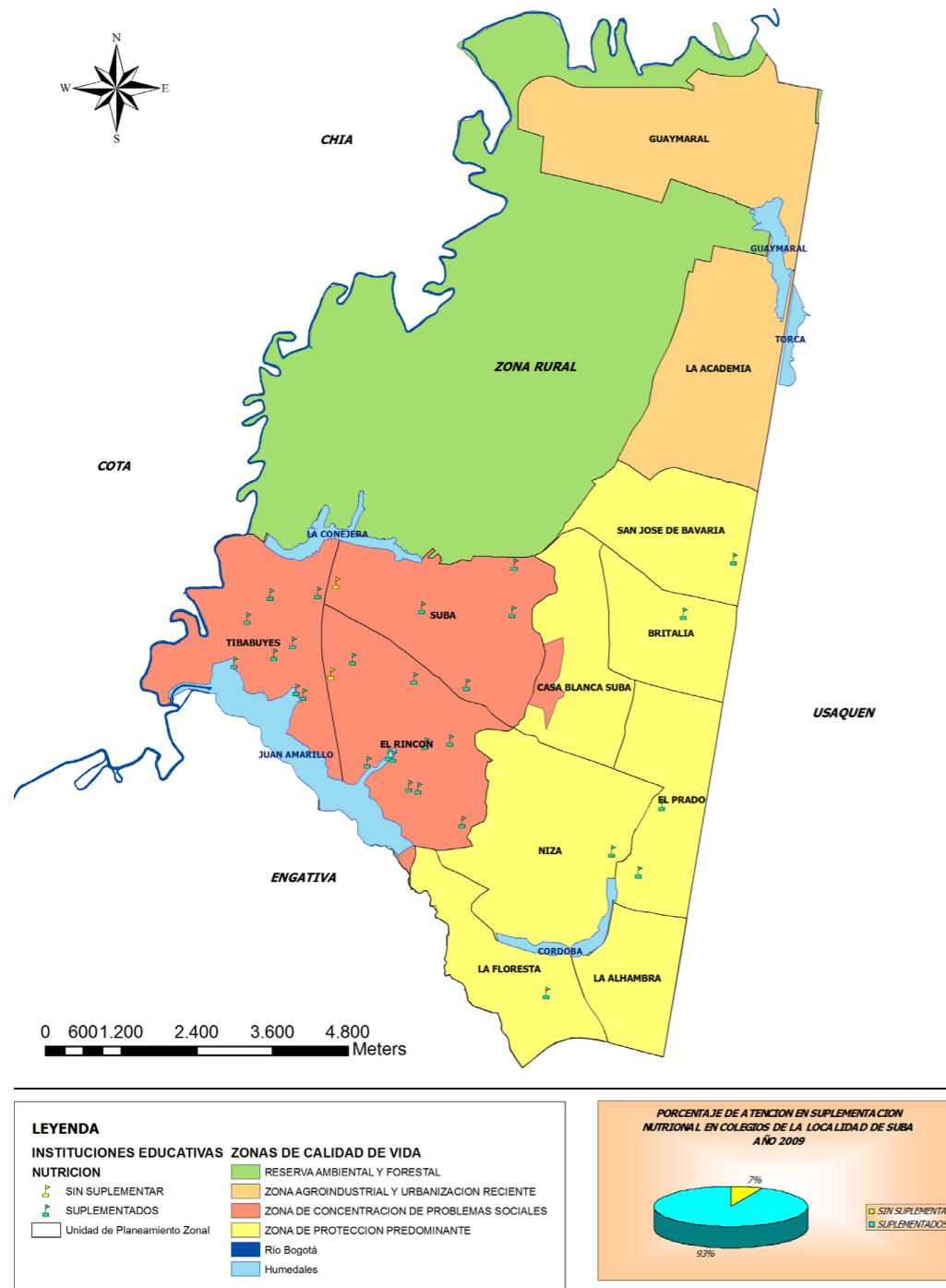
De igual manera se adelantaron acciones de información, educación y comunicación tendientes

a desarrollar habilidades y competencias en los diferentes actores locales y comunitarios para la promoción de prácticas alimentarias saludables, orientadas hacia las familias gestantes, logrando un total de 975 madres intervenidas durante el 2009. Este proceso se adelantó en articulación permanente con la Secretaría de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar y diferentes ámbitos de vida cotidiana de la ESE.

Otra de las intervenciones que se adelantó desde el ámbito escolar durante el 2009 fue la desparasitación y suplementación con hierro a los niños y niñas menores de 12 años que hacen parte de la estrategia de salud al colegio, con la intervención Suplementación con sulfato ferroso, se busca incrementar los depósitos de hierro y disminuir el riesgo de presentar anemia, de esta manera se mejora el estado nutricional y la capacidad de aprendizaje de los menores intervenidos. Este proceso se adelantó a través de la entrega, recibo y tamizaje de autorizaciones, sensibilizaciones a la comunidad educativa, valoración médica y desparasitación una vez en el año, seguida de la suplementación con vitamina A, en niños y niñas de 2 a 5 años en dosis únicas dos veces en el año y suplementación con sulfato ferroso 15 dosis consecutivas dos veces en el año con un intervalo de 3 a 4 meses; logrando suplementar a 21 160 niños y niñas de 2 a 14 años. El suministro de sulfato ferroso y una dieta adecuada, suficiente y variada favorece el estado nutricional de la población infantil. Así mismo a través de las sensibilizaciones realizadas tanto a padres como estudiantes se recalca la importancia de mantener una alimentación variada y el consumo de alimentos fuente de nutrientes como el hierro y la vitamina C. Para esta intervención se contó con el apoyo de profesionales de nutrición, medicina y auxiliares de enfermería.

El programa de suplementación se centró en la UPZ vulnerables de la localidad, dadas las necesidades de la población menor de 15 años (ver mapa 34).

Mapa 34. Suplementación en Colegios localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010.

niños y niñas de 6 a 9 años y 286 niños y niñas de 10 a 12 años. Por otra parte se suplementaron con sulfato ferroso a 75.285 mujeres de 10 a 26 años de edad en etapa de posparto, hasta los 6 meses.

Adicionalmente se realizaron procesos de acompañamiento en aula con temas de alimentación y nutrición con actividades lúdicas pedagógicas cubriendo 25 sedes de instituciones educativas distritales y 26 cursos de primaria que representan 1.525 estudiantes. Es decir, la intervención alcanzó el 74% de la población incluida en el programa de SASC, lo que evidencia el déficit de las acciones en el ámbito, teniendo en cuenta que se cubre el 65% de las IED de la localidad.

4.1.3 Respuesta desde el ámbito laboral

El Ámbito laboral se define como un territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto para la economía informal como formal. En él se expresan intercambios simbólicos y culturales, se dan prácticas de producción y de consumo que determinan la calidad de vida de los sujetos y sus familias.

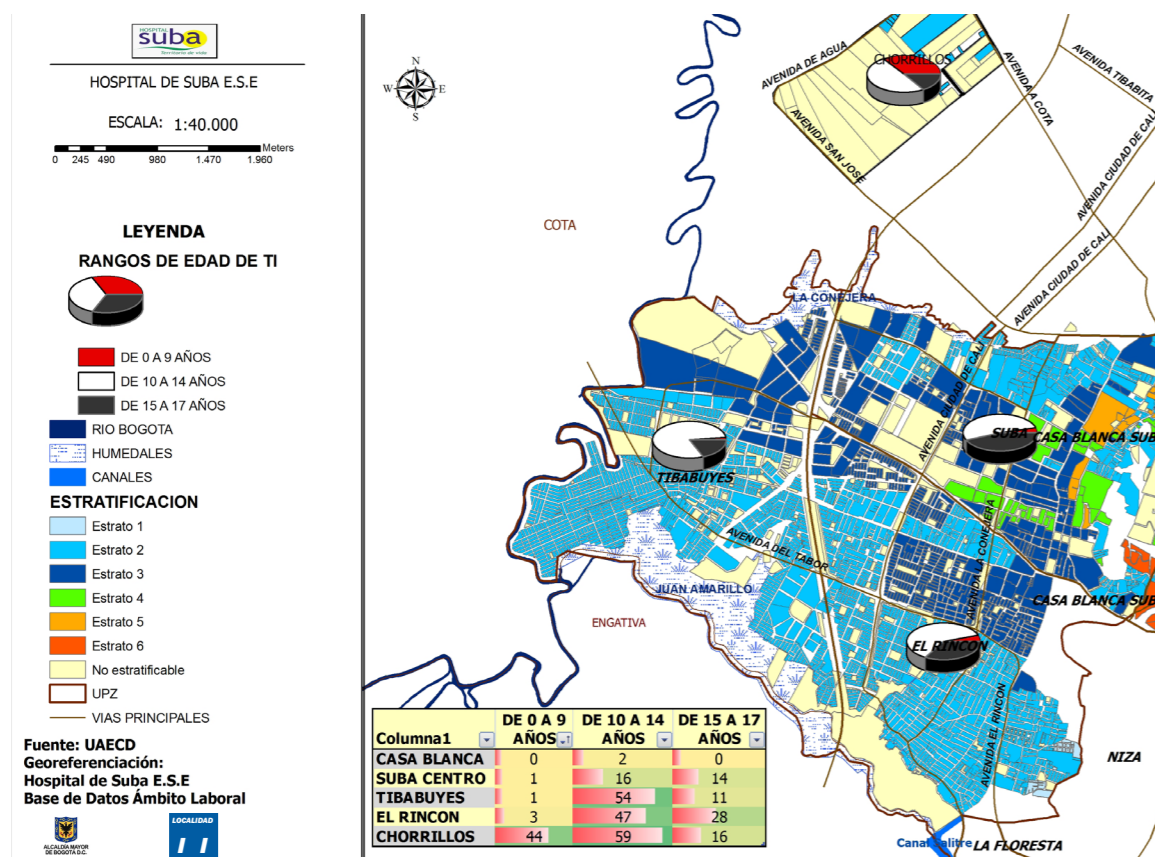
Desde el plan de desarrollo de Bogotá positiva Para vivir mejor 2008 – 2012 el ámbito laboral mantiene en sus directrices el reconocimiento y la restitución de los derechos de los y las trabajadoras dentro de las unidades de trabajo. A través de la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los y las trabajadoras y sus familias, mediante las acciones que promuevan entornos de trabajo saludables en los espacios y las garantías sociales del mismo.

Es así que el programa Salud al trabajo contribuye a mejorar la calidad de Vida de la comunidad laboral de la localidad, determinada por condiciones de trabajo riesgosas, hábitos de trabajo inseguros, desconocimiento de la cultura del auto cuidado dentro del ambiente laboral. De igual forma favorece el ejercicio de ciudadanía para la exigibilidad de los derechos relacionados con el trabajo y la búsqueda de soluciones o alternativas conjuntas que benefician la productividad en cada una de las actividades económicas. Dicha intervención mantiene dos campos de acción: A nivel Distrital donde se recogen las actividades intersectoriales que se adelantan con otros actores y sistemas buscando respuestas integrales a las necesidades identificadas en la población trabajadora del distrito y a nivel Local en el cual se desarrolla por medio de la ESE en el ámbito Laboral.

La respuesta del ámbito laboral para la línea de trabajo infantil se concentró en los territorios sociales Rincón, Tibabuyes y Suba – Casablanca donde debido a condiciones socioeconómicas vulnerables se presenta la mayor frecuencia de casos de trabajo infantil (ver mapa 35).

Estas acciones se complementaron con las consultas de promoción y prevención que se realizan por el POS a través de este servicio se logró suministrar sulfato ferroso a 59 niños y niñas menores de un año, se desparasitaron con Albendazol a 68.611 niños y niñas de uno a cinco años, 942 a

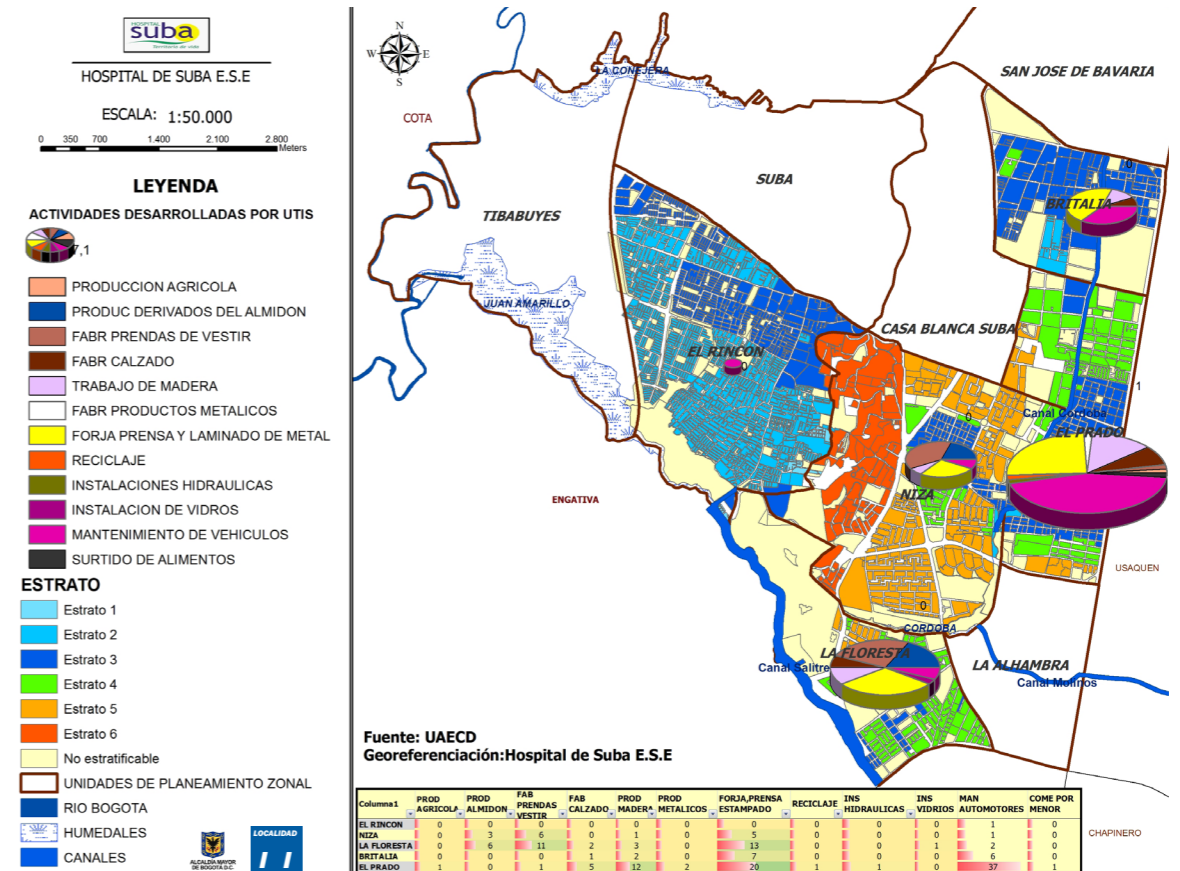
Mapa 35. Trabajo Infantil por grupos de edad, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital Suba 2010.

Para la intervención de entornos de trabajo saludable en las Unidades de Trabajo Informal - UTI se abordaron 528 UTI con un total de 1.241 trabadaejores identificados. Las actividades económicas que se incluyeron en el proceso fueron tomadas teniendo en cuenta las vigencias anteriores en cuanto a la demanda, la receptividad y los factores de riesgo predominantes. Las seleccionadas fueron automotor, cuero y calzado, maderas, metalmecánica, panadería, reciclaje, textiles y tiendas. Con relacion a las UPZ abordadas estas fueron en su orden Prado con el 35%, Britalia con el 27% y Niza con el 18% estas corresponden a los territorios sociales cuatro y cinco respectivamente, lo cual evidencia que hay deficit en la intervención porque se intervienen menos del 50% de los territorios sociales de la localidad, de acuerdo con el tipo de unidad de trabajo se identificó que la más representativa fue la de metalmecanica con establecimientos de ornamentación donde hay mayor participación de trabajadores (ver mapa 36).

Mapa 36. Actividades de trabajo Informal, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Hospital Suba E.S.E. 2010.

Se realizó articulación al interior del ámbito laboral para establecer los grupos prioritarios a abordar teniendo en cuenta las actividades económicas que pueden generar limitaciones por falta de prevención, dicha articulación contempla la implementación de la acción en unidades de trabajo informal dedicadas a la elaboración de productos en madera (carpinterías, ebanisterías), ya que los trabajadores en esta actividad económica se encuentran expuestos a riesgos físicos (exposición a ruido) y a sufrir lesiones o amputaciones en alguna parte del cuerpo por el uso de maquinaria y equipos como la sierra, sinfín, entre otras.

Para dar respuesta a la problemática se desarrollaron talleres con la participación activa de los trabajadores, se sensibilizó en cuanto a dificultades, barreras, restricciones que debe afrontar a diario una persona en condición de discapacidad, posteriormente se realizó una para dar a conocer la concepción de la discapacidad, tipos de limitaciones, accidentes de trabajo, enfermedad laboral y discapacidad, se despejan dudas e interrogantes por parte de los trabajadores, luego con la proyección de videos se abordan temáticas relacionadas con el riesgo auditivo, visual y ergonómico en el ambiente de trabajo.

Al finalizar el taller a cada trabajador se le entrega una evaluación con cinco preguntas que consolidan estrategias de prevención y autocuidado, identificación de factores de riesgo, identificación de limitaciones que pueden presentarse por falta de prevención en el ambiente de trabajo y por último cada trabajador establece compromisos para prevenir limitaciones.

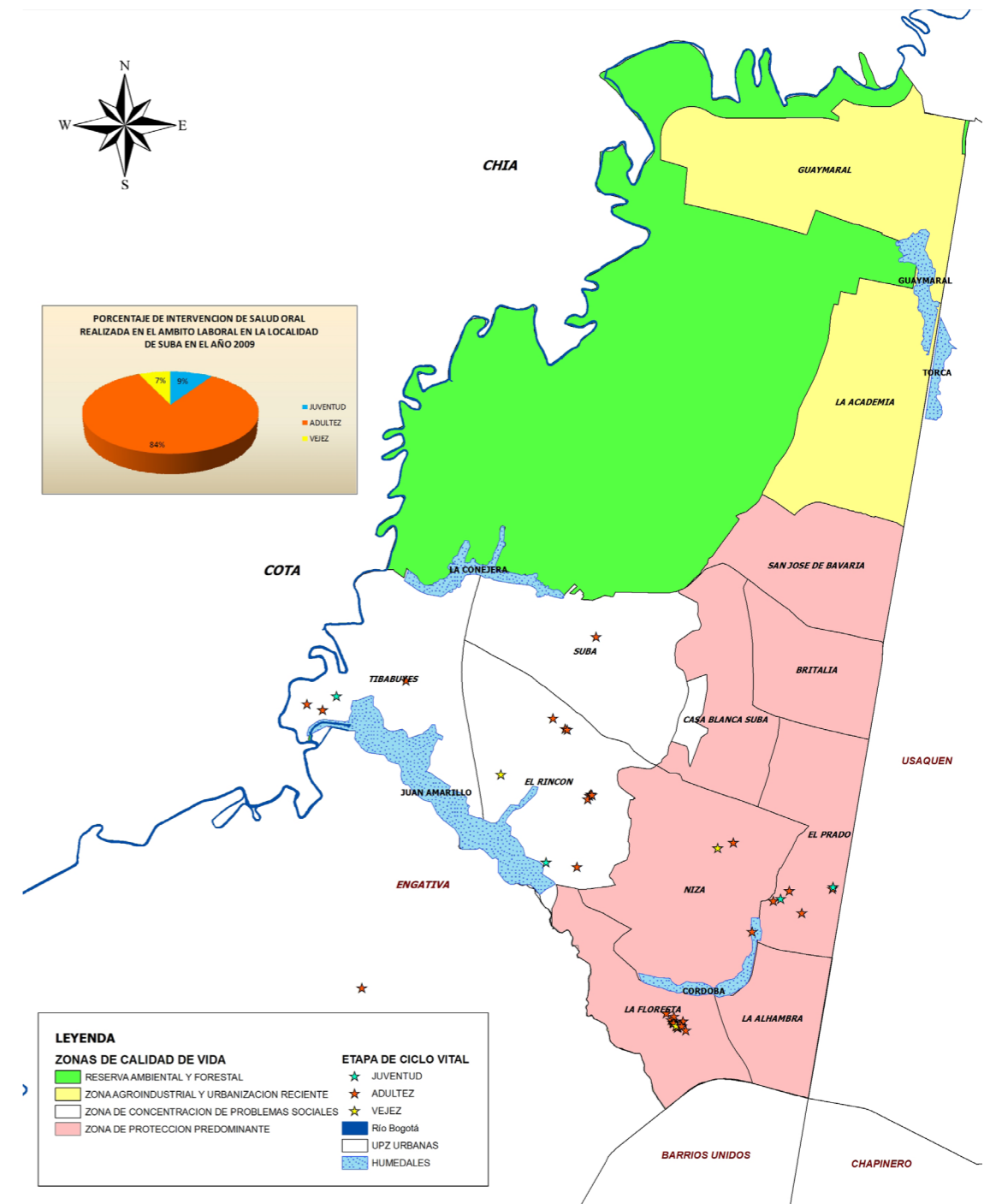
Otra de las intervenciones desde el ámbito laboral corresponde a la promoción de la salud oral dirigida a población trabajadora informal bajo el eslogan “trabajando para construir sonrisas felices” Durante la vigencia PIC 2009 se realizaron caracterizaciones y seguimientos a las UTI identificadas con necesidades en salud oral en dichas actividades se incluyó control de placa bacteriana, focalización de puntos críticos de acumulo de placa bacteriana y refuerzo individual de técnica de cepillado, teniendo en cuenta las necesidades personales de cada trabajador. Instrucciones individuales de uso e higiene de prótesis, uso de seda dental o sustituta de la misma. Así mismo se remitieron a los servicios de salud oral según necesidades de tratamiento.

Se realizó articulación y acompañamiento en salud oral a las UTI pertenecientes a Etnias, en situación de vulnerabilidad ubicadas en la localidad, a todas les fue entregado un kit para higiene oral, folletos del cuidado de la boca; se socializó la importancia del auto cuidado, la dentición temporal para prevenir alteraciones de los maxilares, higiene de prótesis dentales, deberes y derechos en salud y se dio orientación sobre las rutas de atención en salud, dado que la gran mayoría no tienen servicio de salud o traen régimen contributivo asignado en otro sitio del país.

La intervención en salud oral se queda corta, dado que se debería implementar en todas las unidades de trabajo informal caracterizadas y extenderse a todas las UPZ donde hay presencia de trabajadores informales, además si se tiene en cuenta que cerca del 80% de los trabajadores beneficiados de la intervención presentaban alteraciones periodontales asociado a prácticas deficientes de higiene oral.

Cerca del 65% de los trabajadores informales identificados no se encuentran afiliados al sistema de seguridad social en salud, lo cual hace necesario fortalecer la intervención en salud oral. De acuerdo con la respuesta desde el ámbito laboral se identificó que los adultos representan el 84% de los trabajadores beneficiados de esta intervención (ver mapa 37).

Mapa 37. Intervenciones en salud oral por el ámbito laboral, localidad de Suba, 2009.

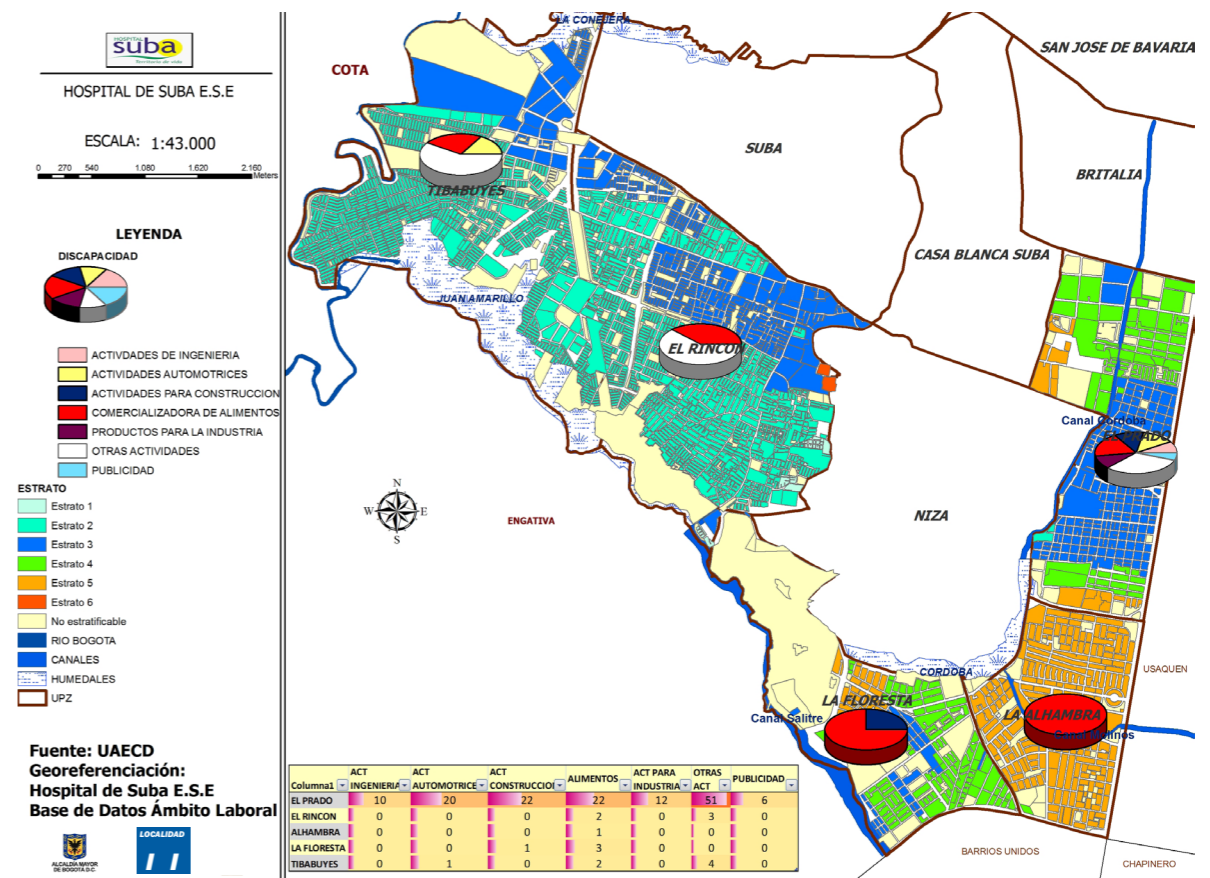


Fuente: Cartografía UAEDC. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

El ciclo vital que predomina es el adulto con 90% seguido del adulto mayor con 10% y el género que más prevalente es el masculino, pues son los hombres los que manejan las actividades económicas intervenidas.

Durante el año 2009 se implementaron acciones desde la transversalidad de discapacidad en el ámbito laboral dirigidas a los ciclos vitales juventud, adulto y persona mayor, entre los que se encuentra: asesoría a empresas para la promoción de la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad en el sector formal dentro de las acciones realizadas en esta intervención se encuentra: selección de 160 empresas a asesorar con base a los criterios de formalidad, donde se elabora y socializa un plan de acción que da cuenta del taller de sensibilización e información con respecto a la normatividad, requerimientos de accesibilidad y beneficios a las empresas que realicen inclusión laboral de personas en condición de discapacidad, se realizó el análisis de puestos de trabajo permitiendo ofrecer alternativas de inclusión laboral para las personas en condición de discapacidad. De acuerdo con las actividades que desarrollan las personas discapacitadas se identificó que se concentran en el territorio social cuatro, particularmente en la UPZ Prado una de las que concentra mayor número de trabajadores informales (ver mapa 38).

Mapa 38. Actividades realizadas con personas con discapacidad, localidad de Suba, 2009.



Fuente: Cartografía UAED. Referenciación geográfica bases de datos Hospital de Suba E.S.E. 2010.

Otra de las líneas de intervención del ámbito comunitario fue la promoción del trabajo decente en la población trabajadora informal perteneciente a los grupos étnicos, estuvo orientada a promover los entornos saludables y seguros en el marco del enfoque diferencial, se desarrollaron acciones dirigidas a los pueblos étnicos y a las comunidades afrodescendientes; es así como el derrotero fue responder a las necesidades de calidad de vida de dichas comunidades impactando las brechas de inequidad y los déficit existentes ya que las necesidades de calidad de vida de los pueblos indígenas y de las comunidades afrodescendientes son diversas y complejas por lo tanto las acciones de orientaron de acuerdo con dicha diversidad cultural, idiomática, cotidiana y desde luego en el marco de la organización social.

En el año 2009 se identificaron y se caracterizaron 30 Unidades de Trabajo Informal a las cuales se asesoró sobre el plan de saneamiento básico con la respectiva información sobre el manejo de residuos sólidos, de limpieza y desinfección en las áreas y equipos, como en el tema de control de plagas, igualmente se realizó énfasis en la importancia de socializar a la totalidad de los y las trabajadores sobre los temas tratados. En las asesorías se proporcionó una guía pedagógica de orientación de estos temas y se ejecutó seguimiento para verificar el nivel de cumplimiento del Plan de Mejoramiento, concertado en los meses anteriores; también se proporcionaron paquete de higiene oral y se realizaron charlas con la odontóloga en el marco del Proyecto Sonrisas Felices.

De otra parte se realizaron 30 asesorías en planes de evacuación y emergencias con la finalidad de establecer una estrategia sencilla, entendible y eficiente que permitió a los integrantes de las UTI responder de una forma autónoma y responsable ante una situación de emergencia que requiera una acción inmediata.

Con relación a las iniciativas productivas planteadas para este año se iniciaron dos: una con afrodescendientes y otra con cabildantes Muisca, en la primera se inició un proceso con un Jardín Infantil creado con enfoque diferencial en el Barrio Lisboa en la UPZ 71 – Tibabuyes, integrada por ocho mujeres adultas afrodescendientes, este proceso de fortalecimiento a la luz de la iniciativa productiva fue fallida debido a inconvenientes entre las integrantes del grupo, la gestión con el ICBF y el desconocimiento del enfoque diferencial por parte de dicha institución, lo que generó tensiones entre las mujeres y para evitar la ruptura total del grupo se tomó distancia del proceso.

Sin embargo se dio comienzo a un proceso de consolidación y proyección de un restaurante “El Sazón de la Negra” integrado por tres mujeres y un hombre adultos afrodescendientes. El proceso se desarrolló con el avance paulatino de las tareas concertadas con los integrantes de la iniciativa productiva, con cambios importantes en lo locativo y el uso de los elementos de protección personal.

La segunda iniciativa integrada con mujeres cabildantes tejedoras fue la iniciativa de agricultura urbana - orgánica en la cual en articulación con el jardín Botánico se realizó la asesoría técnica.

La experiencia con la iniciativa del Cabildo Indígena fue muy interesante, ya que el grupo se integró en un proceso de consolidación y se proyectó a la luz del mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes y en consecuencia de sus familias. La apropiación de los contenidos por parte de los integrantes, reflejada en los semilleros individuales y por binas instalados en las viviendas, el cuidado de la plantas sembradas y el compostaje que se elabora con residuos sólidos orgánicos son un reflejo del compromiso y responsabilidad de los cabildantes con el proceso y con los acuerdos establecidos conjuntamente. En este sentido el proyecto permitió recuperar usos y costumbres de los cabildantes en particular con la siembra de quinua y plantas medicinales y retomar otros productos como lechuga, espinaca, haba y frijol entre otros. La iniciativa se desarrolló en la UPZ 28 Rincón, está conformada por 15 personas (2 hombres y 13 mujeres). La socialización de la cartilla se constituyó en un pretexto para instalar la apuesta política del enfoque diferencial en diversos escenarios locales tanto social como comunitario y en la ESE en los Ámbitos de Vida Cotidiana; se destacan escenarios como el Comité de Derechos Humanos Local, las Autoridades Locales, Junta Administradora Local, Unidad de Atención y Apoyo a la Población Desplazada, ámbitos comunitario, familiar y sus promotores, IPS, laboral entre otros. Esta acción se realizó en los territorios sociales Tibabuyes y Suba Centro - Casablanca, con 338 personas de los cuales 120 son hombres y 268 son mujeres.

En las reuniones de la ESE en la mesa interétnica se contextualizó a nivel local el tema interétnico y sus problemáticas, como también se estableció interlocución con los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes para avanzar en el restablecimiento de los derechos y la implementación de las acciones afirmativas. La Política Pública de Salud también se instala como una carta de navegación que contribuye de manera importante en la reparación de los derechos vulnerados a las poblaciones y comunidades étnicas.

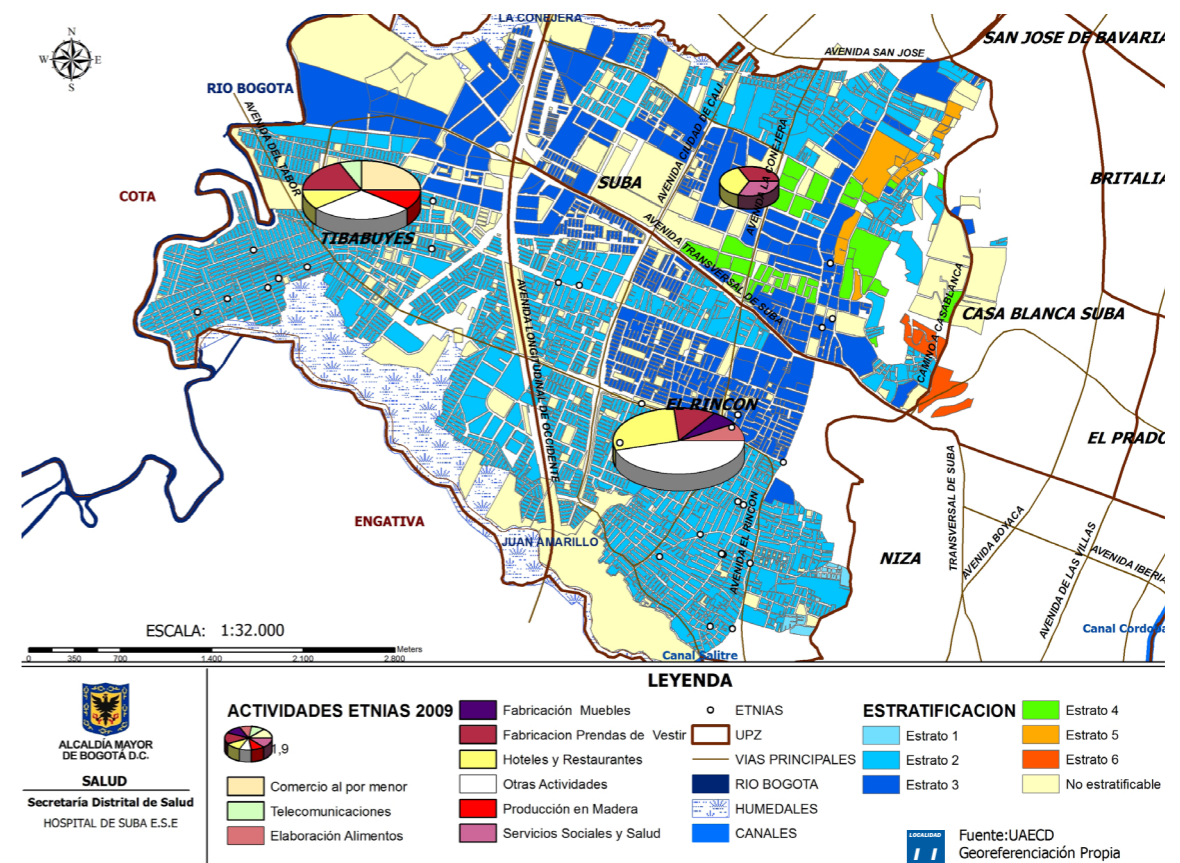
La participación de las organizaciones sociales y comunitarias de las etnias es variada de mes a mes, sin embargo se obtuvo una media de 48 personas cuatro hombres y siete mujeres afrodescendientes para un total de 11 afros, con los indígenas Muisca 10 hombres y 25 mujeres, Pijaos una mujer, Kichuas una mujer para un total de 27 mujeres indígenas, provenientes del territorio social Rincón, Tibabuyes y Suba Centro-Casablanca.

Las reuniones de la transversalidad fueron un espacio de interlocución profesional con los distintos referentes que facilitó la articulación de acciones, los espacios de capacitación contribuyeron a la cualificación de los integrantes del equipo de etnias del ámbito laboral, sin embargo no contribuyeron en la construcción del conocimiento por la falta de espacios de discusión y debate.

Las poblaciones trabajadoras informales pertenecientes a los grupos étnicos que promueven entornos saludables fueron motivadas en cada una de sus unidades de trabajo, para que integren la Red Local de Salud y Trabajo; pero esta vinculación ha estado determinada por las dificultades de tiempo, los impedimentos económicos para movilizarse y las dificultades en delegar en otros la representación.

Para el año 2009 la participación activa de la población étnica de las unidades de trabajo fue de 11 personas tres afrodescendientes un hombre y dos mujeres, ocho indígenas seis Muisca, un hombre y cinco mujeres y una mujer Kichua, localizados en los territorios sociales Rincón, Tibabuyes y Suba Centro - Casablanca (ver mapa 39).

Mapa 39. Intervenciones con grupos étnicos, por el ámbito laboral, localidad de Suba 2009.



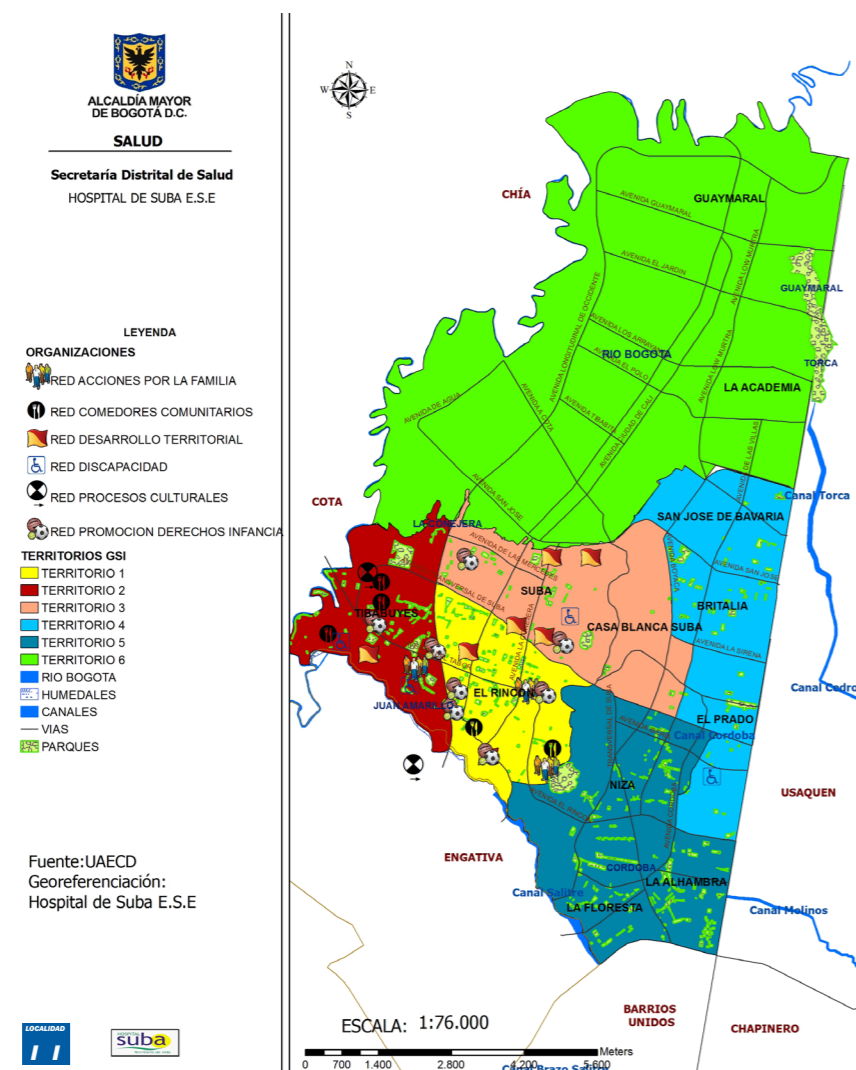
Fuente: Base Cartográfica UAECD. Referenciación geográfica Bases de datos Hospital de Suba E.S.E, Año 2010.

4.1.4 Respuesta desde el ámbito comunitario

Desde el ámbito comunitario se abordaron 72 grupos u organizaciones sociales abarcadas desde las diferentes líneas de intervención que viajan al interior del ámbito comunitario.

Dentro de los grupos u organizaciones sociales abordados desde la estrategia de comunidades saludables se ejecutan en los territorios uno, dos y tres de Gestión social Integral y en menor demanda en la UPZ Prado con 4.2%, esto dado a que las acciones comunitarias se enmarcan en la promoción, restitución y atención de población en condiciones de vida más vulnerables (ver mapa 40).

Mapa 40. Organizaciones intervenidas por el ámbito comunitario, localidad de Suba 2009.



Fuente: Cartografía UAECD. Referenciación geográfica Bases de datos Hospital de Suba E.S.E. 2010

El déficit de las acciones desde la ESE con las organizaciones sociales supera el 50% en la mayor parte del territorio, aun en las zonas con mayor predominio de grupos organizados.

Con relación a las organizaciones sociales se evidenció que el 93.1% no poseen ánimo de lucro, lo que implica que con relación al sostenimiento de cada organización, es necesario el apoyo de entidades o redes gubernamentales para su auto sostenibilidad.

Entre los procesos organizativos que presenta la localidad de Suba, se tiene que el 38.3% son grupos, mientras que el 61.7% son organizaciones de base comunitaria, lo que implica que son mas los grupos de personas que se organizan, consolidan y empoderan para el cumplimiento de derechos y deberes como sujetos participativos.

En cuanto al origen de las organizaciones sociales, se halla que el 44.7% son nacientes de sociedad civil, el 38.3% son de origen público estatal y un 17.0% que son de origen privado, lo que señala que los procesos organizativos y de integración social de los habitantes, se realizan por sus necesidades e intereses sentidos frente a las realidades sociales que aquejan su cotidianidad.

El ámbito comunitario, continua con el proceso de caracterización y diagnóstico rápido de organizaciones comunitarias que ha permitido hacer visibles actores clave, redes sociales y articulaciones con espacios locales de decisión como forma de abordaje de la dinámica social de la localidad, además de generar acercamientos que permiten que cada vez más sectores de la población se incluyan por medio de la exigibilidad y ejercicio de los derechos como puerta de entrada para la calidad de vida y salud. El proceso de referenciación geográfica de organizaciones comunitarias, demanda comunitaria, oferta institucional y del ámbito comunitario, permite generar insumos para analizar las brechas e inequidades frente al ejercicio de los derechos, así como para ubicar los focos de potencialidades que permiten el proceso de cierre de las mismas.

En las zonas de calidad de vida y salud el ámbito desarrolla intervenciones en salud mental, agentes de cambio, fortalecimiento de grupo de adulto mayor, hace el abordaje con ciudad saludable y protectora que aporta a disminuir casos de mortalidad evitable por lesiones de causa externa y accidentalidad vial, así mismo el apoyo de TU VALES por medio de acciones basadas en comunidad, también la búsqueda de conectividad del derecho humano a la alimentación, intervención en salud oral y en discapacidad.

4.1.5 Respuesta desde el ámbito IPS

Desde el ámbito IPS las intervenciones se dirigen a los funcionarios para que redunden en la atención con calidad y calidez y se disminuyan las barreras de acceso a los servicios de salud.

Las intervenciones viajan por cada uno de los proyectos de desarrollo de la autonomía como son salud sexual y reproductiva, crónicas, transmisibles, salud oral, salud mental, estrategias IAMI – IAFI-AIEPI las cuales se incluyen en el análisis por territorios.

Al interior de la ESE se realizan procesos de capacitación al talento humano asistencial en los 12 puntos de atención. Durante el año 2009 se capacitaron 23 profesionales (medicina, enfermería, nutrición y terapeutas) en AIEPI clínico, 52 auxiliares de enfermería en el curso conversando con las madres en AIEPI y 15 en la estrategia ERA (médicos, enfermeras, terapeutas, nutricionistas) y agentes comunitarios (en lactancia materna, alimentación complementaria adecuada) con el fin de aumentar la media de lactancia materna y mejorar la alimentación complementaria en los menores de un año.

4.2 Análisis por Territorios Sociales transversalidades y PDA

4.2.1 Territorios Rincón, Tibabuyes, Suba – Casablanca

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio los cuales se armonizan en el Plan Operativo Anual del hospital de Suba y que para ello ha sido necesario realizar actividades específicas para avanzar en el desarrollo de respuestas integrales que minimicen las diferentes problemáticas que se evidencian en los territorios y que afectan de manera particular a los individuos en las diferentes etapas del ciclo vital.

4.2.1.1 Análisis por transversalidades

Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN

La gestión local para la seguridad alimentaria y nutricional y el derecho a la alimentación es un proceso sistemático a través del cual el sector salud promueve y facilita la coordinación, articulación y concertación, de diferentes actores locales tanto institucionales como para la planeación, análisis, toma de decisiones, seguimiento y evaluación de planes, programas, proyectos, estrategias o acciones desarrollados en el escenario local en favor del derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional.

La Gestión Local de SAN le permite al sector salud avanzar y contribuir en la implementación de la Política Pública Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá D.C. 2007 - 2015 y especialmente el Plan local de SAN 2008 - 2012; todo mediante un ejercicio permanente de movilización de actores sociales públicos y privados, institucionales y comunitarios por la garantía del derecho humano a la alimentación en la localidad.

Desde la transversalidad de SAN se da respuesta a algunas de las problemáticas identificadas en los niños y las niñas en los territorios sociales Rincón, Tibabuyes y Suba Centro, esta población es particularmente vulnerable debido a las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales que favorecen la prevalencia de enfermedades, principalmente en los menores de cinco años, así mismo se han identificado infantes que no asisten a los controles de crecimiento y desarrollo requeridos de acuerdo con la edad y la falta de adherencia a prácticas protectoras por parte de madres y cuidadores como son los adecuados hábitos alimentarios, prácticas de lactancia materna y pautas de crianza que inciden a corto y largo plazo en el estado nutricional de la población infantil.

La transversalidad de SAN desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana a través de las diferentes intervenciones apunta a reducir la pobreza, el hambre y la mortalidad infantil.

Por su parte desde el componente de Vigilancia Epidemiológica entre las acciones desarrolladas por el programa Sisvan se encuentra la vigilancia nutricional a menores de 10 años, esta opera a través de las Unidades Primarias Generadoras de Datos - UPGD donde se captura información de los menores de 10 años que asisten a los servicios de consulta externa, pediatría y crecimiento y desarrollo, siendo así que para el año 2009 la notificación de los niños y niñas al Sisvan consolidó una base de datos de 20 995 menores de 10 años, de estos 1 465 presentaban déficit de peso para la talla, como medida de intervención se realizó Investigación Epidemiológica de Campo - IEC a 331 niños y niñas es decir al 22,6% de los casos con déficit de peso para la talla, la intervención incluye valoración nutricional, evaluación en cuanto a: consumo alimentario, prácticas de manipulación de alimentos, higiene de la vivienda, condiciones socioeconómicas de las familias y finaliza con la respectiva educación alimentaria y nutricional acorde a lo encontrado durante la visita; a través de la IEC también se identificó que el 62,5% de los menores de 6 meses recibían lactancia materna exclusiva y de los menores de 2 años el 42% recibía lactancia materna complementaria. Respecto a los hábitos alimentarios se encontró que el consumo diario de verduras alcanza el 30,2%, las frutas

el 59,5% y con relación a las carnes el 71,6% la consume diariamente, es decir que se encuentran muy por debajo de lo esperado para mantener el crecimiento y desarrollo adecuado para la población infantil, como respuesta a la situación encontrada se realiza la remisión a las instituciones que ofrecen apoyo alimentario (ICBF, SLIS, Alcaldía, ONG) en diferentes modalidades como son la entrega de mercados o bonos alimentarios, entrega de Bienestarina, acceso a comedores comunitarios, desayunos infantiles en jardines de la localidad

Con relación a la vinculación a programas de apoyo alimentario, 12,6% de los menores visitados fueron remitidos a alguna de las instituciones (ICBF ó SLIS) y de estos el 21,4% fue canalizado efectivamente.

Por otra parte el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Alimentario y Nutricional - Sisvan captura información de gestantes siendo así que para el periodo 2009 se recibió notificación de 12.998 gestantes, de estas el 23% (3.052) fueron clasificadas con bajo peso gestacional, como medida de intervención se realizó investigaciones epidemiológicas de campo a 410 gestantes, es decir al 13,4% de las madres con déficit de peso, en estas madres se identificó que el consumo de alimentos fuente de vitaminas y fibra es escaso, tal es así que las madres que refirieron consumir diariamente frutas fue del 57% mientras que la ingesta de verduras no supera el 20%, en cuanto al consumo de alimentos fuente de proteína como son las carnes y lácteos llegan al 74% en las madres encuestadas, cabe mencionar que no necesariamente consumen las cantidades suficientes, por consiguiente se favorece el déficit nutricional. En la mayoría de los casos los factores determinantes más prevalentes corresponden a los escasos recursos económicos y a los inadecuados hábitos alimentarios. Así mismo el 100% de las gestantes valoradas recibieron educación alimentaria y nutricional y 156 además fueron remitidas a programa de apoyo alimentario del (ICBF - SDIS), de estas el 10,2% (16 gestantes) fueron canalizadas exitosamente.

Entre la población objeto de vigilancia nutricional se encuentran los recién nacidos siendo así que para el año 2009 fueron notificados 846 recién nacidos de los cuales 192 casos eran residentes de la localidad con bajo peso al nacer y a término según edad gestacional, de estos el 67% se benefició de la investigaciones epidemiológicas de campo, así mismo se encontró que el 81,2% de los recién nacidos con bajo peso recibían lactancia materna exclusiva, el 18,8% restante de las madres recibió asesoría en lactancia materna con énfasis en las ventajas y beneficios que tiene para la madre y el hijo.

Adicionalmente se realiza intervención en 15 colegios centinela de la localidad, para el año 2009 se cubrieron 19.665 estudiantes, en quienes se identificó malnutrición en el 13,7% de los alumnos, de los cuales se clasificaron con enflaquecimiento 519 estudiantes y con sobrepeso 2.170. Las intervenciones del Sisvan en los colegios son colectivas, es decir que no se realizan sólo a los niños con problemas de malnutrición; sin embargo los casos fueron remitidos a las EPS correspondientes. También se brinda educación alimentaria y nutricional como parte de los estilos de vida saludable y se realiza seguimiento a las tiendas y comedores escolares.

El 100% de los colegios intervenidos realizan seguimiento a los estudiantes reportados con malnutrición, ya sea desde el servicio médico del colegio o desde la clase de educación física u orientación.

Las acciones que se ejecutan desde el programa Sisvan permiten medir los índices de malnutrición y a su vez se hace educación alimentaria y nutricional para mejorar hábitos alimentarios en la población intervenida, sin embargo las coberturas de las investigaciones epidemiológicas de campo en niños y gestantes con desnutrición se encuentran por debajo del 20% de los casos identificados, sin contar con la población excluida de la intervención por estar afiliada al régimen contributivo.

Otra de las acciones que se adelantaron durante el 2009 para dar respuesta a las problemáticas identificadas en los menores de la localidad, estuvo dada desde el componente de gestión local, a través del trabajo intersectorial que se adelanta desde Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la E.S.E, que dio lugar a la coordinación de la oferta de acciones institucionales para fortalecer los programas de seguridad alimentaria con el fin de dar respuesta a las prioridades identificadas por el comité de manera concertada, con instituciones gubernamentales como Subdirección Local de Integración Social, Secretaría de Desarrollo Económico y Bienestar Familiar, cuyas acciones se encuentran enmarcadas en la materialización de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2007-2015 y el Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2008-2015. Esto corresponde a un proceso de movilización social e institucional por el derecho a la alimentación, el cual busca incluir temas priorizados en salud en agendas locales, las cuales se articulan desde instancias como la UAT y el CLOPS.

Así mismo, se llevaron a cabo reuniones con los referentes que hacen parte de la transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la ESE para articular acciones desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana, con el objetivo de fortalecer, apoyar y desarrollar estrategias y acciones orientadas a promover hábitos de alimentación saludable, estilos de vida y entornos saludables que contribuyan a la seguridad alimentaria y nutricional de la población de la localidad.

A nivel intersectorial, en la localidad se encuentran instituciones gubernamentales que promueven el derecho a la alimentación con acciones en seguridad alimentaria y nutricional, por medio de programas de apoyo alimentario que benefician a la mujer gestante, dándoles prioridad por la vulnerabilidad de su condición; a nivel escolar la Secretaría de Educación da prioridad a la gestantes adolescentes, brindándoles acceso a desayuno y almuerzo diario en la institución educativa. También la Subdirección Local de Integración Social brinda bonos alimentarios a las gestantes, donde el 37,9% de la población beneficiada corresponde a gestantes entre 19 y 25 años y 43,9% a maternas entre los 26 y 59 años; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar también ofrece paquete alimentario a las madres gestantes y lactantes hasta el sexto mes post parto sin embargo no hay datos específicos de cobertura para el periodo 2009.

Con respecto a los menores de 6 años, estos se ven beneficiados con el programa de desayunos infantiles que ofrece el ICBF, para el año 2009 se beneficiaron 1.627 menores distribuidos en 437 unidades de atención; la subdirección local presta apoyo alimentario por medio de sus jardines infantiles y comedores comunitarios beneficiando indirectamente al cuidador del menor con este programa, para el periodo 2009 se incluyeron 4.157 niños y niñas entre los 6 y 13 años equivalente al 60,5% del total de población beneficiada de los comedores comunitarios.

En este sentido, las intervenciones estatales están focalizadas para personas y poblaciones que se consideren en fragilidad o vulnerabilidad de acuerdo con instrumentos como el Sisben o la ficha SIRBE que utiliza la Secretaría de Integración Social; estas medidas para seleccionar la población que más lo necesita deja de lado un importante número de personas, excluyendo a sectores con necesidades muy particulares pero que por diversas razones no cumplen con los criterios de inclusión para recibir beneficiarios como ocurre con población del régimen contributivo y población estrato tres, que no necesariamente tienen suficientes ingresos para sostener una familia y además si se tiene en cuenta que el salario básico difícilmente alcanza para sostener una persona, mucho menos cuando se trata de mantener una familia de tres o más integrantes.

Para la etapa de Ciclo Vital de Juventud desde la ESE la localidad cuenta con instituciones gubernamentales que promueven el derecho a la alimentación con acciones en seguridad alimentaria y nutricional para los jóvenes entre ellas la Secretaría Distrital de Educación; la cual brinda a la población escolar refrigerios y almuerzos donde se beneficia a población del ciclo vital de juventud en menor proporción que para los escolares hasta los 13 años, causando inequidad en el

acceso al apoyo alimentario escolar, el 27,9% de los escolares de secundaria recibieron refrigerio lo que equivalente solo a 10.148 adolescentes residentes de los territorios sociales Rincón, Tibabuyes y Suba - Casablanca.

El comité local de seguridad alimentaria y nutricional tiene identificada la baja cobertura para la población juvenil en los programas de apoyo alimentario en las Instituciones Educativas Distritales debido a que se priorizan los menores de 13 años. Sin embargo no se han tomado medidas para disminuir la brecha.

A través de la estrategia de movilización social, se busca sensibilizar a la población de la localidad en la reivindicación del derecho a la alimentación, se realizó un proceso capacitación a madres FAMI; donde se posicionó la política pública de seguridad alimentaria y nutricional, con el fin de promover el derecho humano a la alimentación y reconocer los mecanismos de exigibilidad de derechos para la restitución de la garantía de la alimentación adecuada, suficiente y nutritiva de la población en condición de vulnerabilidad.

Así mismo en el ámbito familiar por parte de la línea de seguridad alimentaria y nutricional durante el 2009 se dio respuesta a 300 familias intervenidas, de las cuales 46 familias tienen integrantes de la etapa de juventud y en 27 familias hay integrantes de la etapa de adultez.

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad, la problemática con los jóvenes se agudiza cuando se trata de gestantes adolescentes, generalmente de alto riesgo dadas las condiciones del entorno familiar y social, como son la inmadurez, núcleo familiar incompleto, escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, escaso o nulo apoyo económico y/o emocional por parte de la pareja, inadecuados hábitos alimentarios y por ende bajo peso materno, con consecuencias para el recién nacido (retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer).

A su vez con la familia y la madre gestante adolescente, el fruto va estar encadenado a la misma situación de la madre y la familia en todos los contextos analizados y tal vez con menos herramientas físicas, nutricionales y psicológicas para asumir la problemática multi causal y aunque salud hace su aporte se queda corto en intervenciones para resolver la totalidad de las problemáticas identificadas en los jóvenes, para ello se requiere el inmediato compromiso social y político frente a esta situación.

Esta problemática se observa principalmente en el territorio social Tibabuyes: 16 familias intervenidas con gestantes y niños y 9 familias intervenidas con personas mayores, territorio social Rincón: 19 familias intervenidas con gestantes y 3 familias intervenidas con personas mayores, territorio social tres (UPZ 27) Suba: 11 familias intervenidas con gestantes y personas mayores. Esta situación se presenta principalmente en la zona de concentración de problemas sociales.

El objetivo desde la línea de seguridad alimentaria y nutricional del ámbito familiar es llegar a las familias caracterizadas de estratos uno, dos y tres con régimen de salud indistinto, pero con una característica en común, riesgo o condición de inseguridad alimentaria y nutricional ya fuese por déficit económico permanente, desempleo, inadecuados hábitos de alimentación, falta de acompañamiento o asesoría por parte de las instituciones de salud y patologías entre otros.

Una vez identificada la necesidad por el promotor de salud, quien está permanentemente capacitado en módulos de nutrición para identificar y/o replicar sus conocimientos con las familias frente a temas de lactancia materna, alimentación complementaria, canasta básica de alimentos, alimentación en la gestación y alimentación para el preescolar, este remite el caso al ámbito familiar y se realiza la intervención por parte del profesional de nutrición; esta consiste en una visita de caracterización e identificación de las condiciones generales y específicas para seguridad alimentaria y nutricional y un seguimiento trimestral presencial o telefónico al 40% de los casos

de acuerdo con la prioridades identificadas, con el objetivo de realizar una lectura de necesidades integral, identificar los factores que condicionan la seguridad alimentaria y nutricional y por último en compañía de la familia se construye el plan de acción con el que se contribuye al mejoramiento de las condiciones de seguridad alimentaria mediante la identificación de la problemática nutricional, involucrar a la familia para el reconocimiento del problema, educación alimentaria y nutricional para la familia, recomendaciones nutricionales específicas para la gestante; si se requiere y de ser posible se realiza la canalización a programas de apoyo alimentario; sin embargo con este último el impacto no fue el esperado dada la respuesta desalentadora por parte de las instituciones de apoyo alimentario, por saturación de cupos y baja rotación de los usuarios.

A nivel transectorial se hizo articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y la Subdirección Local de Integración Social - SLIS, donde se dio a conocer la dinámica del programa de seguridad alimentaria y el objetivo con la población de Salud a su Casa, para la asignación de cupos en comedores y bonos, sin embargo con el transcurrir de los meses se observó que se crearon expectativas de apoyo alimentario en la comunidad y no se lograron beneficios, debido a la elevada demanda de usuarios y el déficit en la oferta de programas de apoyo alimentario, como también influye la asignación presupuestal para los programas y la baja rotación de los usuarios que acceden a estos beneficios. De 17 adultos canalizados, 14 fueron a comedores comunitarios y tres a canasta alimentaria (SLIS), de estas remisiones solo se canalizaron de forma efectiva el 18% que corresponde a 3 casos.

Para la etapa de ciclo vital de adultez por el componente de Gestión Local se hace la coordinación intersectorial a través del comité local de seguridad alimentaria y nutricional, con el propósito de fortalecer los programas de seguridad alimentaria y así dar respuesta a las prioridades identificadas por el comité de manera concertada, con instituciones gubernamentales.

A través de los diferentes programas de atención alimentaria las instituciones locales, realizan procesos de educación y sensibilización a la población beneficiada en hábitos y prácticas alimentarias saludables que contribuyen a disminuir las problemáticas de malnutrición y enfermedades asociadas las cuales son llevadas a cabo al interior de los programas de apoyo alimentario de comedores comunitarios de la Subdirección Local de Integración Social.

Los programas intersectoriales de apoyo alimentario solo benefician al ciclo vital de adultez cuando se encuentran individuos en condición de vulnerabilidad por ejemplo la falta de empleo y los desplazados, los cuales se ven beneficiados por el programa de comedores comunitarios de la Subdirección Local de Integración Social.

Por otra parte la línea de intervención en seguridad alimentaria y nutricional en el ámbito familiar identifica la situación de alimentación y nutrición de las familias caracterizadas, estando enfocada a tres grupos de vulnerabilidad: niños/as, gestantes y persona mayor con enfermedades crónicas; sin embargo dada la dinámica del ámbito, como su nombre lo indica la intervención aborda la familia y no el individuo; por lo cual también están inmersos los adultos, quienes cursan con la misma problemática de condiciones que propician la inseguridad alimentaria y nutricional como son: el déficit económico permanente, desempleo, inadecuados hábitos de alimentación, falta de acompañamiento o asesoría por parte de las instituciones de salud.

En las personas mayores la principal problemática se relaciona con la dificultad para acceder a una alimentación adecuada, nutritiva y suficiente debido principalmente a problema de salud, bajos ingresos económicos, factores psicosociales y afectivos que afectan el estado nutricional.

Desde el ámbito familiar, los adultos mayores fueron el grupo poblacional de menor intervención por parte de la línea de seguridad alimentaria y nutricional, ya que el lineamiento distrital inicialmente no lo contemplo, sin embargo dada la dinámica familiar era necesario

tomarlos como población objetivo, teniendo en cuenta la vulnerabilidad y la dependencia de las personas mayores para el mantenimiento de sus necesidades básicas, las cuales en su mayoría se encuentran vulneradas, ya que estas personas en algunos casos han sido abandonados por sus hijos, tanto a nivel económico como emocional, poniendo en riesgo su vida y su salud; ya que adicionalmente estas personas presentan alguna patología limitante: diabetes; hipertensión, dislipidemias, cáncer, enfermedades cerebro vasculares con o sin hemiplejía o hemiparesia, lo que ha generado un detrimento en la salud física y psicológica de las personas mayores, sumado a las negadas oportunidades en la productividad, privando así del disfrute de una vejez digna y afectando sus derechos constitucionales.

A nivel intersectorial, se realizaron acciones por parte de la Alcaldía Local de Suba a través de la entrega de Bonos por un valor de 85 000 pesos beneficiando a un total de 1 200 adultos mayores que no fueran beneficiarios de otros proyectos locales; por su parte la Subdirección Local de Integración Social, benefició a 3.308 adultos mayores con bonos tipo A, B, C y D, a través del programa de comedores comunitarios a 257 personas mayores. Finalmente, el ICBF con su programa Juan Luís Londoño de la Cuesta benefició a 1 097 adultos mayores a través de seis comedores comunitarios de la localidad.

Transversalidad de actividad física

La práctica de actividad física aporta al mejoramiento de la calidad de vida permitiendo interactuar con los demás y con el ambiente que rodea al ser humano, fortaleciendo la convivencia familiar y social, además de permitir desarrollar potencialidades no solo físicas sino psicológicas y sociales, es así, como se debe instaurar un estilo de vida que incluya mas actividades físicas al día que promuevan un sin fin de beneficios para conservar y mejorar la calidad de vida.

En este sentido, desde la Secretaría de Salud ha existido un compromiso con la ciudad para definir recursos que garanticen la participación de los actores sociales en los diferentes escenarios locales y distritales apoyando las convocatorias realizadas por la Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte en la construcción de la política pública de actividad física, recreación y deporte definiendo los alcances y acciones que promuevan el cumplimiento de los objetivos comunes.

La promoción de la actividad física a nivel local ha identificado determinantes sociales que favorecen o limitan la práctica de actividad física, donde características individuales, sociales, barriales y locales tienen un papel importante en la práctica de la misma. En este sentido desde el sector Salud, se realizan avances para posicionar la actividad física, recreación y deporte como factores que favorecen la calidad de vida y salud de la población y se proyectan acciones orientadas a generar una mayor oferta institucional en programas que promuevan la práctica de actividad física para dar respuesta a las necesidades de la población en cada etapa de ciclo vital.

Entre las principales problemáticas identificadas en la localidad de Suba se encuentran la presencia de sedentarismo, espacios físicos inadecuados e insuficientes para la práctica de actividad física, recreación y deporte, la escasa oferta de programas y la falta de divulgación que promueva la actividad física, recreación y deporte en la comunidad.

Frente a estas problemáticas la ESE desde el ámbito escolar durante el 2009 desarrollo sesiones informativas y educativas con docentes, padres de familia y estudiantes, para favorecer la práctica de actividad física desde el interior de los hogares, a través del adecuado aprovechamiento del tiempo libre. Estas acciones se adelantaron en 34 sedes de colegios oficiales que hacen parte de la estrategia de Salud al Colegio.

Las acciones que se desarrollaron en los colegios iniciaron con la fase de planeación participativa donde se beneficiaron a 35 jóvenes (22 mujeres y 13 hombres), 45 docentes (27 mujeres y 18 hombres) y 35 padres de familia adultos (28 mujeres y 7 hombres), posteriormente se ejecutaron capacitaciones sobre el programa de pausas activas, estas acciones estuvieron dirigidas a 960 niñas, 830 niños, 960 jóvenes (520 mujeres y 440 hombres) estudiantes de las Instituciones y 135 padres de familia (90 mujeres y 45 hombres), así mismo se evaluó el proceso con la participación de 1.325 niñas, 1.131 niños, 223 jóvenes (112 mujeres y 111 hombres) y 67 acudientes que corresponde a la etapa de ciclo vital de adultez (39 mujeres y 28 hombres).

Posteriormente, se llevó a cabo la organización y desarrollo de jornadas de fortalecimiento de la actividad física “aeróbicos” “juegos tradicionales”, con una cobertura de 1.215 niñas, 1.030 niños, siete jóvenes (cuatro mujeres y tres hombres) y 36 adultos (19 mujeres y 17 hombres), igualmente, se articuló la actividad física con la dinámica pedagógica beneficiando 575 niñas, 524 niños, 188 jóvenes (96 mujeres y 92 hombres) y 96 adultos (53 mujeres y 43 hombres).

Entre otras actividades se realizó el encuentro de saberes con docentes y alumnos para el fortalecimiento de la actividad física y organización del programa como meta distrital, beneficiando a 567 niñas, 578 niños, 289 jóvenes (146 mujeres y 143 hombres) y 146 adultos (81 mujeres y 65 hombres), de igual manera se adelantó un proceso de capacitación para alumnos líderes representado por 56 niñas, 42 niños, 90 jóvenes (46 mujeres y 44 hombres) y 197 adultos (103 mujeres y 94 hombres).

También se implementaron módulos propuestos con una cobertura de 385 niñas y 338 niños, además se desarrollaron estrategias de fortalecimiento para el desarrollo de la creatividad “encuentros artísticos” con la participación de 895 niñas, 995 niños, 869 jóvenes (438 mujeres y 431 hombres) y 26 adultos (12 mujeres y 13 hombres), adicionalmente se capacitó en aula sobre dinámicas lúdico pedagógicas dirigidas a 883 niñas, 797 niños, 215 jóvenes (113 mujeres y 102 hombres) y 33 adultos (17 mujeres y 16 hombres), finalmente se realizaron actividades para fortalecer los diferentes medios de comunicación de cada colegio con la participación de 27 niñas, 43 niños, 90 jóvenes (41 mujeres y 49 hombres) y 98 adultos (53 mujeres y 45 hombres).

El desarrollo de estas actividades durante el 2009 permitió lograr la sensibilización de la comunidad educativa en la conmemoración del día de la actividad física, logrando vincular a 4.000 estudiantes de cuatro sedes de los colegios Villa Elisa. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se adelantan desde el sector salud no se logró dar cobertura a todos los colegios distritales de la localidad, ya que Suba cuenta con 114 sedes de colegios oficiales y desde la ESE solamente se logró la cobertura de 34 lo que equivale al 29,8% de las sedes oficiales.

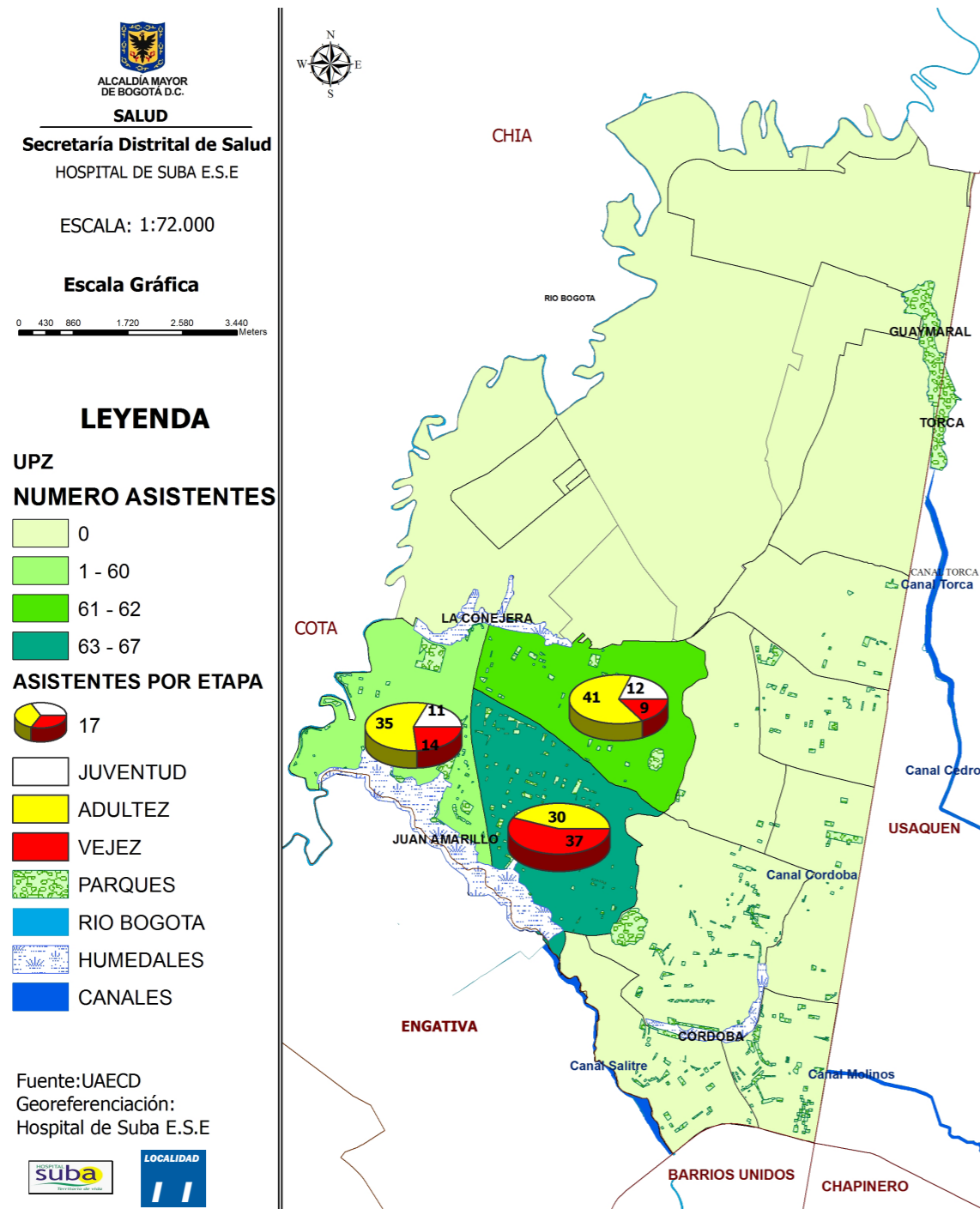
Por otro lado, a través del proceso que se adelantó en varios de los mega colegios de la localidad, se identificó que la infraestructura de estos no incluye zonas verdes, las canchas existentes son insuficientes para la comunidad educativa y en algunos se recurre a un parque cercano para hacer las actividades que muchas veces se convierte en riesgo para los estudiantes por presencia de aditamentos en mal estado, habitantes de calle y personas que venden o consumen psicoactivos en los espacios aptos para la práctica de actividad física, frente a estas dificultades se trabaja en aula temáticas relacionadas con la promoción de juegos tradicionales como pintura de golosa en pequeña zonas y promoción de aprovechamiento de espacios cercanos. Así mismo, se ofrece información relacionada con la oferta o direccionamiento a instituciones como el IDRD, para el apoyo de acciones en los colegios.

El sedentarismo o inactividad es uno de los mayores agravantes del envejecimiento tanto natural como patológico, de tal forma que repercute en el estado de salud. El ejercicio físico puede instaurarse en los hábitos y estilo de vida de las personas mayores y a su vez contribuir a recuperar, conservar y mejorar la salud y la calidad de vida.

Con base en lo anterior se podría decir que hay una relación entre la práctica regular y gradual de la actividad física y mental en la mejoría, bienestar y la satisfacción de la vida de las personas mayores.

Desde el ámbito comunitario, se desarrollaron acciones en promoción de actividad física a través del programa Tu Vales con los cuidadores de niños y niñas, logrando durante la vigencia 2009 cubrir 1.709 niños y niñas, 306 jóvenes y 107 personas mayores como beneficiarios indirectos y la participación directa de 186 jóvenes y 75 personas mayores residentes de los territorios sociales uno dos y tres. Por otro lado, el programa Muévete Comunidad, que hace parte también del ámbito comunitario desarrolló durante el 2009 dos actividades de promoción de actividad física vinculando a la población infantil, a través de carrera de bicicletas y triciclos en niños y niñas de 4 a 7 años en el territorio Rincón, con una cobertura aproximada de 25 niños y niñas, así mismo se realizó rumba aeróbica en el territorio Suba Centro beneficiando a 10 niños y niñas (ver mapa 41).

Mapa 41. Actividad física programa Muévete por el ámbito Comunitario, localidad de Suba 2009.



Fente: cartografía UAEC D. Referenciación geográfica Hospital de Suba E.S.E. 2010.

Con el desarrollo de los programas (Tu Vales y Muévete Comunidad) se ha logrado identificar a través de procesos de mapeo, los parques y escenarios físicos como alamedas, senderos peatonales, parques de bolsillo y vecinales existentes en los alrededores donde se desarrollan acciones en los programas antes mencionados, logrando identificar que el Coliseo de Tibabuyes, el parque de la Gaitana, Cataluña y Alcaparros, están en condiciones adecuadas ya que en estas zonas hay administración del IDR D o Compensar; en algunos parques la comunidad es quien tienen mayor compromiso en el cuidado de los mismos. Mientras que en algunos sectores los parques presentan problemas de basuras, excrementos de mascotas, venta y/o consumo de sustancias psicoactivas e inseguridad que limitan el uso y aprovechamiento de los mismos.

Así mismo, a través de las acciones que se desarrollan desde estas intervenciones, se orienta la oferta de programas como son los eventos del IDR D el cual ofrece eventos masivos como los festivales escolares con jóvenes de 16 a 18 años, escuelas de fomento deportivo, jornadas alternas, entre otras.

Por otra parte desde el ámbito comunitario se desarrollaron acciones en promoción de actividad física a través del programa Tu Vales con la participación de 273 adultos y residentes de los territorios sociales Rincón y Tibabuyes. Como beneficiarios indirectos se dio cubrimiento a 715 adultos y adultas.

Desde el componente de gestión local de la ESE, se realizó articulación con la Dirección Local de Educación promoviendo la contratación de educadores físicos y el establecimiento de la asignatura dentro del PEI con una intensidad horaria mínimo de dos horas, por otro lado se realiza articulación con IDR D para acompañamiento de acciones con muévete escolar e inter colegiados y gestión para el préstamo de espacios físicos para el desarrollo de actividades culturales, lúdicas y recreativas. Así mismo, se realizó articulación con Planeación Local y el IDR D a través de la gestora zonal, para priorizar espacios físicos en el proceso de adecuación, reparación y mantenimiento de estos escenarios.

A nivel intersectorial, el IDR D ofrece eventos masivos como son los torneos infantiles y festivales de patinaje con niños de 6 a 10 años, igualmente, a través del sistema local de deporte se organizan eventos deportivos para la organización de olimpiadas de fútbol, fútbol sala, patinaje, baloncesto y voleibol, así como jornadas alternas desarrolladas por fundaciones u ONGS que promueven el adecuado aprovechamiento del tiempo libre a partir de actividades culturales y lúdicas recreativas.

Desde la Alcaldía hay una responsabilidad puntual en la parte de infraestructura y arquitectura de los parques regidos por la normatividad vigente, el IDR D es el encargado de los equipamientos de los mismos como son canchas requeridas, pintura y señalización en el mismo.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se hacen desde el nivel local, aún falta mayor difusión de los mismos para lograr más participación y cobertura por parte de todos los habitantes de la localidad, el periódico local SUBANIDAD solo registra los resultados de las jornadas ejecutadas y no la programación de éstas.

A través del Sistema Local de Deporte se organizan jornadas alternas desarrolladas por fundaciones u Organizaciones No Gubernamentales - ONG que promueven el adecuado aprovechamiento del tiempo libre a partir de actividades culturales y lúdicas recreativas, con las escuelas de fomento deportivo en la organización de olimpiadas de fútbol, fútbol sala, patinaje, baloncesto y voleibol.

Transversalidad de discapacidad

En armonía con el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva para Vivir Mejor” desde el objetivo estructural Ciudad de Derechos, se definen en los programas Bogotá Sana, Garantía del Aseguramiento y Atención en Salud, Fortalecimiento y Provisión de Servicios de Salud, Acceso y Oportunidades para la Población con Discapacidad, se desarrollan acciones específicas que inciden en la promoción de la calidad de vida y en la inclusión social de la población con discapacidad.

De esta manera, en coherencia con el Plan Distrital de Salud 2008 – 2012 y desde el proyecto Gestión integral en Salud del Plan de Intervenciones Colectivas, se busca garantizar el derecho a la salud, a través del enfoque promocional de calidad de vida y de atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, la ESE Suba participa como actor en los consejos locales de discapacidad, conforme el Acuerdo 137 de 2004, artículo 4, para fortalecer su consolidación en respuesta a la propuesta que hace el Distrito para el reconocimiento de la población con discapacidad como sujetos de derecho.

Así mismo la ESE Suba socializó la política pública y social en los territorios para el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho de manera que afecte su calidad de vida y salud, a través del desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad.

Desde la transversalidad de discapacidad durante el periodo 2009 se identificaron las principales problemáticas que afectan a la comunidad en condición de discapacidad estas fueron:

- Barreras de acceso a los servicios de salud y carencias de modelos integrales que materialicen en lo local las políticas públicas diferenciales para población en condición de discapacidad.
- Debilitamiento en la práctica de la ciudadanía y la autonomía, dado por condiciones de inequidad y vulneración en la población en condición de discapacidad desconociéndolos como sujetos de derechos.
- Limitados espacios locales de participación y fortalecimiento de redes sociales que incluyan población en condición de discapacidad, desconociéndolos como sujeto de derechos.
- Falta de instituciones educativas y de rehabilitación que fomenten el desarrollo de habilidades y destrezas de la población en condición de discapacidad.
- Poca oferta de servicios integrales dirigidos a población con discapacidad

A fin de dar respuesta a las necesidades identificadas, durante el 2009, se adelantaron acciones desde los diferentes ámbitos y componentes del PIC. Por su parte desde el ámbito escolar se realizó empoderamiento frente al acceso a servicios de salud de los escolares identificados y canalizados a EPS subsidiadas o contributivas, logrando sensibilización en discapacidad y estrategias de apoyo en el aula de escolares canalizados. Para el 2009 se canalizaron a servicios en salud 347 menores de los cuales 235 son niños y 112 niñas, en este mismo proceso se adelantan acciones con los padres de familia de los menores identificados, se convocaron a 750 padres de familia de los cuales 617 asistieron, lo que equivale al 82,3%.

Así mismo, se realizan acciones encaminadas a la detección de Necesidades Educativas Transitorias (NET) en colegios públicos del distrito que hacen parte de la estrategia de salud al

colegio, logrando dar cobertura a 34 unidades de trabajo en donde se desarrollan acciones encaminadas a realizar acompañamiento técnico a docentes en la detección de signos de alarma para la identificación de NET, estrategias de trabajo en casa e inclusión escolar de personas en condición de discapacidad, logrando una cobertura del 75% es decir 524 docentes de los 700 que tienen estas instituciones, cabe aclarar que las acciones estaban dirigidas al total de docentes sin embargo 176 de ellos no asistieron.

En los escolares las acciones se orientaron a la aceptación y respeto por la diferencia, empoderamiento frente a la discapacidad conformando la red de amigos y actividades de fortalecimiento de habilidades. Durante el 2009 se convocaron a 8.000 escolares, de los cuales 5.034 fueron orientados y empoderados frente a la discapacidad, es decir el 63%.

En complemento a las acciones que se desarrollan desde la transversalidad de discapacidad, desde el ámbito IPS se adelantaron acciones con la línea IPS amigas de la discapacidad donde se busca la rehabilitación integral, la articulación entre rehabilitación basada en comunidad y rehabilitación institucional, la inclusión social, la restitución de la autonomía y los derechos de las personas con discapacidad y su familia, a través de la sensibilización a los funcionarios de ocho IPS incluidas con la estrategia, para brindar atención integral con calidad y calidez a las personas en condición de discapacidad, creando conciencia sobre un trato humanizado para los usuarios.

Desde el ámbito familiar se realizaron asesorías domiciliarias a familias en situación de discapacidad donde se hizo sensibilización en la estrategia RBC, política pública de discapacidad, deberes y derechos de las personas con discapacidad, como también se elaboró un plan de acción acorde a la lectura de necesidades y canalización a los servicios ofertados al interior de la ESE como en lo local. En este sentido para la vigencia 2009 se realizan 546 asesorías de donde el 89% pertenece a los territorios sociales uno, dos y tres es decir a la zona de problemas sociales, al disgregar la información por etapa de ciclo vital tenemos que 91 usuarios correspondían a la etapa de infancia (41 niñas y 50 niños), 51 a la etapa de juventud (15 mujeres y 36 hombres), 169 a la etapa de adultez (98 mujeres y 71 hombres) y 235 a la etapa de envejecimiento y vejez (159 mujeres y 76 hombres).

La discapacidad que se presenta con mayor frecuencia en las etapas de infancia y juventud es la discapacidad múltiple con 38 y 15 personas respectivamente, seguida de la cognitiva en 30 infantes y 11 jóvenes, discapacidad motora con 9 y 10 casos respectivamente y en menor frecuencia la discapacidad auditiva con tres y cuatro casos respectivamente.

En la población adulta la discapacidad de mayor frecuencia es la de tipo motor (84 personas), seguida de la múltiple (28 personas), la cognitiva (21 personas), la auditiva (17 personas), mental (12 personas) y visual (7 personas).

Mientras que para las personas mayores la discapacidad más prevalente es la de tipo motriz (148 casos), seguida de la de tipo auditiva (47 casos), la discapacidad múltiple (24 casos), la visual (12 casos) y la discapacidad mental (4 casos). De los casos identificados, 96 usuarios corresponden al territorio social Rincón, seguida del territorio social Tibabuyes con 88 personas y el territorio social tres, UPZ 27 se encontraron 30 usuarios.

Desde el ámbito comunitario se adelantaron acciones encaminadas al fortalecimiento de habilidades y competencias sociales en grupos de cuidando a cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad jóvenes, adultos y persona mayor, van encaminadas 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 (Centro de escucha), 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.

El fortalecimiento de agentes de cambio formados en rehabilitación basada en comunidad procesos de empoderamiento y formación a jóvenes y adultos con y sin discapacidad, cuidadores, cuidadoras y líderes comunitarios encaminados al desarrollo de las competencias ciudadanas, los posibilita como agentes de cambio en Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC impactar en las familias y personas de todos los ciclos vitales. Con esta acción se pretende formar gestores sociales con el liderazgo requerido para participar en escenarios públicos y generar acciones que promuevan la autonomía, el ejercicio de la ciudadanía, la inclusión social de la población en situación de discapacidad y la construcción de una sociedad que participa, actúa como conector entre los colectivos.

Se trabaja con organizaciones sociales por los derechos de la población en situación de discapacidad mediante la asesoría y acompañamiento a diferentes tipos de organizaciones sociales que abogan por los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad. Aunado a esto se pretende que dichas organizaciones 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.

Los grupos de jóvenes padrinos de niños y jóvenes con discapacidad comprenden la construcción de sujetos políticos desde etapas tempranas del ciclo vital orientado al desarrollo de capacidades para agruparse y organizarse hacia la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad. Este grupo está orientado a empoderar jóvenes para promover la inclusión social de niños y jóvenes con discapacidad; formar e informar a los jóvenes en conceptos de discapacidad y rehabilitación basada en comunidad centrado en las dimensiones de la persona, la familia y la comunidad y desarrollar habilidades e intereses para trabajar con población en situación de discapacidad. De los grupos de jóvenes padrinos fueron 11 alumnos del colegio República Dominicana entre los 14 y 18 años de los cuales dos son hombres y nueve son mujeres. Del colegio Celestin Freinet fueron 5 hombres y 6 mujeres entre los 13 y 16 años.

Durante el transcurso del año se realizaron tres salidas de apadrinamiento al Instituto Esperanza de Vivir, San Felipe Nery y Centro Crecer Gaitana y Rincón, en cada uno de los apadrinamientos los jóvenes realizaron un baile de bienvenida y se realizaron actividades lúdicas para fortalecer procesos de integración y el reconocimiento de la discapacidad, a través de sensibilización directa realizada con personas con discapacidad.

La prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo es una acción que busca informar y orientar a la población trabajadora informal en general para que promueva la cultura del auto-cuidado de la salud en los ambientes de trabajo y de esta manera se prevengan enfermedades o accidentes que pueden ocasionar algún tipo de discapacidad.

De igual forma en el ámbito laboral se realizó asesoría a empresas para la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector formal en igualdad de condiciones, acción dirigida a encargados del talento humano, gerentes y administradores de las empresas; para

promover el derecho al trabajo de hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva, por medio de actividades de información, sensibilización y motivación.

También se promueve el trabajador informal en condición de discapacidad el reconocimiento y el ejercicio de los derechos y se hace asesoría frente al tema de desarrollo de entornos favorables en condiciones de trabajo digno y seguro.

Debido a que no se logró conseguir la base de datos actualizada de las empresas existentes en la localidad fue necesario hacer búsqueda directa de empresas con perfil comercial en los barrios Prado, Spring y Villas, de esta forma se identifican 160 empresas de las cuales se intervinieron 140, donde se realizó el análisis de puestos de trabajo y se indagó en las empresas por el interés de incluir personas con discapacidad para lo que se encontró que: el 68.6% de las empresas demuestra alta receptividad ante la intervención, no descartan posibilidad de vinculación laboral de personas en condición de discapacidad, refieren interés por obtener base de datos de personas laboralmente activas, articulación con el hospital y otras entidades locales, dado el requerimiento de recurso humano. Se logra la vinculación de cuatro personas a las empresas (Petronas, Hacienda de Inversiones, Distribuidora Prado Veraniego), a la actividad de apadrinamiento de niños en condición de discapacidad dichas empresas gracias a su compromiso y responsabilidad social donan ropa y juguetes, permitiendo la sonrisa de estos niños de escasos recursos. De las empresas caracterizadas 20 se encontraron en los territorios sociales Tibabuyes y Rincón.

De acuerdo con los resultados del ámbito laboral el 60% de las personas con discapacidad laboran en ambientes de trabajo favorables y el 40% se encuentran expuestos a cambios de temperatura, ruido y carga física, solo una persona con limitación auditiva no hace uso adecuado de los audífonos, para lo cual se estableció el plan de mejoramiento el cual incluye las indicaciones pertinentes para mejorar las condiciones de trabajo, el uso adecuado de elementos de protección personal, el orden y aseo en el lugar de trabajo, auto cuidado en el ambiente laboral, riesgos a los que se puede estar expuesto por posturas inadecuadas y recomendaciones para mejorar las condiciones del lugar de trabajo.

Por su parte la intervención de la transversalidad desde el componente de gestión local estuvo orientada a incidir en la política pública y social de los territorios a fin de buscar el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, a través del desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, así como en la articulación de acciones con el gestor de proyectos de la Alcaldía Local y Planeación Local.

Desde el componente de Vigilancia Epidemiológica se llevó a cabo el registro para la localización y caracterización para conocer las características de la población en condición de discapacidad de la localidad, como insumo para la programación de asesorías domiciliarias.

A nivel intersectorial, se adelanta el programa de hogar gestor orientado para que un niño que este en situación de vulnerabilidad, pueda ser atendido directamente por su familia. Como parte de las metas del milenio en materia de salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) aumentó la cobertura en Hogar Gestor. La meta para el cuatrienio 2007 – 2010 es garantizar que niños y niñas tengan alimento en su escuela durante 180 días. Por su parte la Fundación Saldarriaga Concha capacita e invierte en proyectos con recursos propios en iniciativas que generen cambios estructurales, sostenibles y de alto impacto, en las condiciones de vida y la inclusión de las personas en situación de discapacidad. El Fondo de Desarrollo Local entrega ayudas técnicas para toda la población e hipoterapia con énfasis en el grupo de edad entre los 3 y los 26 años; La Secretaría de Integración Social anualmente destina programas para las personas en condición de discapacidad que generan alto impacto, pero la oferta no es suficiente para la demanda existente y la Institución San Felipe Nery brinda educación técnica especial para personas en condición de discapacidad, sin ningún costo.

Desde la Alcaldía local, a través de la ejecución de los proyectos UEL se adelantó la Atención Integral a las Personas en Condición de Discapacidad – Banco de Ayudas Técnicas, que para la vigencia 2008 hizo entrega a personas mayores de la localidad.

Transversalidad de desplazados

Desde una estrategia promocional de calidad de vida y salud y desde la perspectiva de equidad para la población desplazada apuntamos a responder a sus necesidades, cerrando los déficits de atención e impactando en las brechas de inequidad.

Las necesidades de calidad de vida y salud de esta población son variadas y complejas, por tanto, las políticas y acciones que se establezcan deben orientarse teniendo en cuenta la precariedad de las condiciones de vida y las implicaciones del desplazamiento sobre la salud para avanzar en la consecución de mecanismos que garanticen la accesibilidad, la disponibilidad, la exigibilidad y la oportunidad para el goce efectivo de este derecho. En este sentido se requiere de un posicionamiento del derecho a la salud en el escenario local en donde se visibilice y movilice la situación de las personas desplazadas, el marco normativo para su atención así como la política sectorial; de igual manera se busca fortalecer las capacidades de los individuos y las colectividades para la exigencia de ese derecho en un escenario de discusión y negociación como son las mesas de trabajo con población, comités o subcomités para la atención integral a la población desplazada.

La transversalidad de desplazados está presente en las acciones que se adelantan desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana de la ESE. A fin de dar respuesta a las necesidades identificadas para la población infantil entre las que se encuentran las siguientes:

- Violencia intrafamiliar
- Carencia de pautas de crianza
- Falta de canales de comunicación
- Extra edad en escolaridad
- Barreras de acceso al servicio de salud
- Enfermedades respiratorias y digestivas (ERA y EDA)
- No inclusión en instituciones educativas (jardines)
- Por el conflicto afectación en su salud mental
- Desnutrición

Desde el ámbito comunitario durante la vigencia 2009 se realizaron talleres dirigidos a 67 mujeres pertenecientes a los diferentes grupos y organizaciones de población desplazada en auto – concepto, auto – imagen y auto – estima; dando respuesta de forma indirecta a los menores víctimas del conflicto armado ya que si sus progenitoras se sienten bien consigo mismas así se verá reflejado el trato hacia sus hijos e hijas.

Igualmente, se sensibilizaron en la importancia de hacerse partícipes en el ejercicio de sus derechos y deberes, ya que es fundamental para eliminar aquellas barreras de acceso al servicio en salud, especialmente para sus hijos e hijas. De forma conjunta con la intervención de AIEPI se realizaron talleres de prevención en tuberculosis y virus de contagio (AH1N1) debido a la emergencia

de pandemia que se presentó a nivel Distrital, esta población por sus condiciones y estilos de vida son más vulnerables a contraerlas y en especial la población infantil. Así mismo, se trabajó con 45 mujeres pertenecientes a 2 grupos y organizaciones de población desplazada en el tema de pautas de crianza, donde se dio a conocer aspectos y herramientas importantes en la crianza de los menores, los cuales son la base fundamental para la funcionalidad de los núcleos familiares.

Por su parte desde el ámbito familiar se brinda orientación y asesoría psicológica a familias desplazadas, frente a problemáticas relacionadas con violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, cabe aclarar que estas situaciones se han reducido notablemente en nuestra población desplazada, al dar respuesta óptima a las situaciones estresantes generadas por el conflicto armado, con estas familias se adelantaron intervenciones a nivel psicosocial, de acuerdo con la problemática que se evidenció en cada grupo familiar.

Es así como la intervención se realizó directamente en la vivienda de cada familia, donde se abordan las diferentes problemáticas evidenciadas durante la visita inicial a través de charlas participativas, se realizan tres visitas una inicial, una de seguimiento y una de cierre. Es de resaltar que con esta población se abordan diferentes temas como son: fortalecimiento del vínculo afectivo, se profundiza en el manejo y resolución de conflictos a partir del correcto manejo de la tolerancia, la comunicación asertiva y manejo de la ira.

Así mismo, desde la ESE se realiza el abordaje en pautas de crianza dirigido a padres, madres o cuidadores, dejando como precedente cual es el óptimo manejo en cuanto al ejercicio de la autoridad. Durante la vigencia 2009 se brindó asesoría y orientación psicológica a 37 familias sobre pautas de crianza. Este proyecto fortalece la comunicación asertiva, ya que dentro de la intervención se evidencia problemas de comunicación a nivel intrafamiliar, perjudicando la convivencia y el adecuado desarrollo de los niños y niñas, razón por la cual se busca cambiar y convertir a los niños en miembros activos de la familia. Durante la vigencia 2009 se brindó asesoría en comunicación asertiva a 19 familias.

A nivel intersectorial la Secretaria de Integración Social, adelanta acciones dirigidas a la primera infancia, a través de las cuales busca atender integralmente a niños y niñas de 0 a 5 años de edad, de familias vulnerables y con fragilidad social, brindando apoyo pedagógico, que consiste en el desarrollo de las competencias de los niños y niñas, talleres formativos a padres y madres con temáticas como, pautas de crianza, relaciones intrafamiliares, problemas de los niños en la edad pre-escolar, también brindó atención integral a niños y niñas entre los 6 y 14 años y sus familias en situación de fragilidad social, trabajo y/o maltrato infantil, abuso sexual, niños y niñas en condición de desplazamiento, niños y niñas desvinculados del conflicto armado. Atención especializada, brindando apoyo nutricional, desayuno, refrigerio, almuerzo y comida y atención permanente por parte del equipo de profesionales. El ICBF por su parte, brinda apoyo a familias en situación de emergencia, para el pago de cuotas de participación en hogares infantiles y hogares de bienestar.

Otra de las problemáticas que genera el fenómeno del desplazamiento es la deserción escolar generada por la falta de centros educativos que reciban a la población desplazada, o por la respuesta tardía a la solicitud, afectando el pronto acceso a la educación y aumentando la extra edad en la escolaridad de los niños y niñas, durante el 2009 se identificaron tres casos de menores de 10 años.

Desde el ámbito escolar se socializó la ruta que existe para las familias desplazadas desde la estrategia de Salud al Colegio, esta actividad se realizó con los docentes para que ellos fueran multiplicadores de información con los padres de familia, que debido a los trámites que tienen que realizar ante las entidades correspondientes para la atención de niños, niñas y jóvenes se presenta un retraso para iniciar su escolaridad.

Desde el componente de gestión local se realizaron acciones de posicionamiento de la temática de desplazamiento en espacios de promoción y garantía de los derechos fundamentales de la población infantil como la Red del Buen Trato.

Otras de las situaciones que tiene que afrontar la población desplazada son las barreras de acceso a los servicios de salud. En este marco, desde el ámbito IPS se adelantaron capacitaciones de sensibilización a funcionarios asistenciales y administrativos en el reconocimiento del enfoque diferencial y normatividad vigente en seguridad social en salud; con el propósito de contrarrestar las inequidades en salud de las poblaciones especiales que acuden a los servicios de salud de las diferentes IPS o puntos de atención del hospital. Igualmente, se realizan asesorías y asistencia técnica a las IPS para realizar procesos de inducción y re inducción a funcionarios nuevos y antiguos, frente a la normatividad legal, para que los funcionarios de la salud presten un buen servicio con calidad y calidez a las poblaciones especiales.

Por su parte desde el ámbito familiar, se motiva a los padres y madres de familia a que cumplan con sus deberes en el cuidado de la salud de sus hijos e hijas. Sin embargo, dado la dificultad que se les presenta en ocasiones negándoles la atención, por la no aceptación de la carta de salud, generando en las familias inconformismo e insatisfacción, perjudicando la salud de sus hijos. De igual forma se remite a la correspondiente entidad de salud para que tome su paquete completo de promoción y prevención en los diferentes Centros de Atención Primaria de la localidad más cercanos a la vivienda. Durante la vigencia 2009 se evidenciaron 78 casos donde se presentó inconformidad de la familia por los servicios recibidos o la no atención.

Adicionalmente desde el componente de gestión local se realizan acciones para la disminución de barreras de acceso al servicio de salud, con los funcionarios de facturación, generando un plan de acción para la construcción del modelo de atención diferencial para la población desplazada.

A nivel intersectorial, desde la ESE se realiza articulación directa con la Unidad de Atención y Orientación para la población desplazada (UAO) y el cabildo indígena, con miras a identificar aquellas barreras de acceso más frecuentes que se les presenta a los usuarios que acuden a los servicios de salud, brindando asesoría y orientación a la población desplazada sobre la atención en salud, información sobre la documentación actualizada que exigen las IPS, así mismo los servicios de salud que por ley se les garantiza.

En cuanto a la presencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en menores desplazados, debido a condiciones habitacionales no óptimas se presentan problemas de salud que de una u otra forma inciden en la salud de los menores, lo cual al ser evidenciado se remite a los programas con los cuales se busca mitigar y suplir de alguna forma estas necesidades buscando mejorar su calidad de vida, como son la atención en salud, promoviendo jornadas de salud y vacunación, mejorando el acceso a los servicios requeridos, signos de alarma y de peligro en menores de 5 años, identificación de EDA y ERA. Cabe resaltar que durante el 2009 a través de las visitas domiciliarias solo se evidenció un caso de ERA.

Debido a las grandes dificultades económicas, la alimentación de éstas familias es insuficiente, ya que no cuentan con los recursos para suplir esta necesidad básica, observándose condiciones de bajo peso, desnutrición y carencias en salud, para lo cual se realiza la respectiva remisión interna al Sisvan, en el periodo 2009 se reportaron 11 casos los cuales fueron valorados por nutricionista en la IEC inicial y de seguimiento. También se asesoraron las madres y padres de familia en lo referente a la asignación de cupos a jardín para niños y niñas menores de 5 años, remitiéndoles a las entidades encargadas.

En cuanto a educación son el CADEL y la UAO los que otorgan los cupos escolares a niños, niñas que lo requieran, siempre y cuando cumplan con los requisitos mínimos para el ingreso a IED o a colegios privados que tienen convenio con el Estado. De la misma forma se busca el ingreso de los niños menores de 5 años a los jardines infantiles del ICBF.

Desde la Secretaria de Integración Social se adelantó el proyecto Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente, brindando atención a familias en gestación temprana y lactantes por medio de la entrega mensual de un bono nutricional a madres gestantes y lactantes quienes ingresan al proyecto al tener cuatro meses de gestación y salen hasta que él bebe cumpla seis meses de edad y cuando son nacimientos múltiples hasta que los bebés cumplan un año; igualmente, se brinda capacitación en desarrollo humano, educación prenatal, derechos sexuales y planificación familiar, además, se realiza intervención y seguimiento de casos, promoción y afianzamiento de redes familiares y sociales. Adicionalmente, se realiza la entrega de un bono por bajo peso a las beneficiarias que certifiquen esta condición.

Por otro lado, las condiciones sociales, políticas y económicas que generan el desplazamiento afectan no solo la salud física de quienes lo padecen, sino además su salud mental; a través del ámbito escolar se adelantó un proceso de lectura de necesidades a través del cual se diagnosticaron las afecciones más recurrentes en los niños y niñas en situación de desplazamiento; a partir de esta lectura se aplicaron talleres para trabajar autoestima, convivencia, niveles de agresividad e integración siempre manejando el enfoque de derechos y valores como el respeto por el otro.

Desde el ámbito comunitario se realizó intervención a 50 mujeres de una de las organizaciones de la localidad en la identificación de la conducta suicida en sus núcleos familiares, dada la importancia del tema en la población víctima del desplazamiento, quienes tienen mayor riesgo a presentar dichas conductas debido a las experiencias del conflicto, el cambio en sus estilos de vida y la situación que deben enfrentar en territorios desconocidos y sin posibilidades de progreso.

Desde el ámbito familiar, se brinda acompañamiento psicosocial a los niños y niñas, teniendo como precedente que el conflicto armado lleva implícito una vulneración de los derechos, siendo evidente en los niños y niñas cambios en su estado emocional y comportamental, afectando sus relaciones cotidianas, razón por la cual se intervienen desde el fortalecimiento de vínculos afectivos, expresión adecuada de emociones, habilidades sociales y manejo del duelo con el propósito de lograr el fortalecimiento de su salud mental.

Dentro de dicha transversalidad para la etapa de ciclo vital de juventud se resaltan los temas puntuales de agresividad, dificultad de expresión y discriminación estos se trabajan por medio de talleres de manejo y apropiación de la comunicación donde los estudiantes exponen los ítems más relevantes de comunicación asertiva, comunicación pasiva y comunicación agresiva; en los talleres se hace retroalimentación a los grupos participantes.

Se dio a conocer a 15 jóvenes pertenecientes a los grupos de población desplazada, la ley que rige al desplazamiento en Colombia (Ley 387 de 1997) la cual estipula los derechos que garantizan el acceso y reconocimiento de la población desplazada en el contexto social e institucional y de esta manera lograr un empoderamiento y apropiación por las víctimas del conflicto armado. Sin embargo se evidenció que la aplicación de la normatividad a la realidad es difícil ya que existen limitantes estructurales en el sistema lo cual hace que la población pierda credibilidad en la normatividad.

En el comedor comunitario San Cayetano se trabajó con nueve jóvenes desplazados y vulnerables el tema de identidad, desde el enfoque diferencial para que la alimentación que se brinda sea incluyente y participativa con los desplazados pertenecientes a grupos indígenas y afrocolombianos, los cuales se ven sometidos a adaptarse a costumbres y alimentos no apetecidos por ellos,

generando así desperdicio y desnutrición; por lo anterior se requería trabajar esta temática desde una perspectiva étnica, teniendo en cuenta sus costumbres ancestrales, sus patrones culturales y sus hábitos alimentarios.

Ante la necesidad e importancia de desarrollar el tema de Salud Sexual y Reproductiva - SSR especialmente con los 15 jóvenes pertenecientes a los grupos de población desplazada, se realizó la articulación con el PDA de salud sexual y reproductiva para trabajar temas de interés, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, cuidado del cuerpo, métodos de planificación, derechos sexuales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, sexualidad y educación sexual, Respeto y tolerancia. Y de esta manera guiar y orientar la atención a los servicios que pueden acceder de manera pública y privada, como derecho y restablecimiento de los mismos.

Dada la situación general, la intervención se enfoca en prevenir y disminuir conductas disruptivas o agresivas en los jóvenes, como consecuencia de la falta de adaptación al nuevo medio, lo cual puede ser generado por múltiples desplazamientos o el conflicto armado violento presenciado, ya que por su situación especial se encuentra expuesto a caer en conductas de no adaptación. A nivel cuantitativo durante la vigencia 2009 se encontraron ocho casos, con quienes se trabajó en el manejo adecuado de resolución de conflictos.

Es importante dentro de la transversalidad promover el desarrollo de competencias para que adolescentes y jóvenes en situación de desplazamiento generen habilidades sociales y fortalecimiento de la autoestima. Es así como los siete jóvenes manifiestan que debido a su edad sienten temor al presentarse en público, está problemática sentida es abordada a través de una charla participativa sobre comunicación asertiva, donde se brindan algunas alternativas que contribuyen de una u otra forma a mejorar esta dificultad.

También se abordaron 20 casos de bajo rendimiento académico en el colegio, con los y las jóvenes y posteriormente con los padres para identificar las causas internas y externas que generaron dicho comportamiento, posteriormente se concertó entre las partes, se realizan acuerdos, compromisos y seguimientos.

En cuanto a educación, se remitieron a 23 jóvenes desescolarizados por la falta de la documentación exigida en las Instituciones Educativas Distritales - IED, los cuales por su condición de desplazamiento no llevaban consigo dicho documentos. El DILE o la UAO son las instituciones encargadas de otorgar los cupos escolares siempre y cuando cumplan con los requisitos mínimos par el ingreso ya sea en IED o en colegios privados que tienen convenio con el Estado.

Es de resaltar que la política pública de desplazamiento no se ha posicionado oportunamente a nivel local y distrital, frente a los jóvenes, lo cual no ha permitido que se le brinden espacios propicios para su sano desarrollo biopsicosocial, se han elaborado programas como tiempo libre, educación sexual y sustancias psicoactivas, pero no han tenido mayor impacto, debido al desconocimiento de los mismos en la comunidad. De esta forma desde la intervención de desplazados del ámbito familiar, se orienta sobre la restitución de sus derechos por pertenecen a esta población especial y se aborda a la familia con una charla participativa sobre proyecto de vida, con el propósito de evidenciar cuales son las metas a corto, mediano y largo plazo que espera alcanzar el joven. Es de resaltar que son muy limitados los cupos para acceder a la educación superior y se le suma que las familias no cuentan con el recurso económico necesario para ser admitidos en las mismas, por tal motivo se remiten los casos a la UAO ya que esta entidad contribuye a brindar cupos en el SENA y en algunos casos en Universidades Distritales.

Durante la vigencia 2009 se evidenciaron 78 casos de inconformidad de la familia por los servicios recibidos o no atención. Y 139 casos en donde la oportunidad de acceder a la educación superior es nula por falta de apoyo gubernamental.

Se enfatiza permanentemente en el enfoque diferencial en los profesionales que se encargan de la atención a población desplazada, es importante sensibilizarlos y concientizarlos que son población vulnerable y que por lo tanto presentan muchas necesidades y dificultades, las cuales deben ser atendidas con el mayor respeto sin discriminarlas o rechazarlas. Se reportaron 72 casos de discriminación por su color de piel y por su alta vulnerabilidad. Cabe resaltar que su misma condición de desplazados genera rechazo (estigmatización) por parte de la sociedad.

En el ámbito familiar se brinda asesoría en la adquisición de la sexualidad responsable, alteraciones del joven, autoestima y proyecto de vida con el propósito de promover un estado de vida saludable.

Dentro de la atención dada a estas familias, se encuentran episodios de ansiedad y depresión, debido a su situación actual y algunos duelos por la pérdida de familiares cercanos y pertenencias con las que contaban en sus lugares de procedencia para tener una mejor calidad de vida; es así como esta sintomatología se ve reflejada en la mayoría de las familias intervenidas, lo cual genera problemas comportamentales que de una u otra forma presentan un desequilibrio en su salud mental, la cual es abordada en forma adecuada por esta intervención o canalizada a otra línea a nivel interno según problemática evidenciada en la visita inicial. Para el año 2009 se presentaron 36 casos de rebeldía, desobediencia y conductas de no adaptación.

El posicionamiento en la comunidad de los lineamientos de la política pública en salud para la población desplazada, permitió para el 2009 la canalización de 15 jóvenes en situación de vulnerabilidad y víctimas del conflicto armado de organizaciones comunitarias de población desplazada San Cayetano, AMORCOL I y II, CULTIBA para garantizar la atención integral en salud.

Desde los otros sectores locales de intervención la Registraduría se encarga de la documentación y derecho a la identidad garantizando el ejercicio pleno de los derechos de la población desplazada en la expedición de los documentos de identidad respectivos.

En la etapa de adultez se identificaron entre las principales problemáticas la falta de oportunidades laborales, la vulneración de derechos fundamentales, la deficiencia en las ayudas humanitarias, barreras de acceso al servicio de salud, discriminación, afectación en su salud mental por el conflicto social vivenciado.

La transversalidad desde el componente de gestión local realiza el fortalecimiento de espacios y articulación de acciones y socialización de las iniciativas productivas generadas desde PRODES las cuales se dieron a conocer en el grupo focal realizado el mes de Octubre para alimentar la narrativa, proceso realizado por la estrategia de GSI para identificar iniciativas productivas (venta de frutas al interior de la IED), en las cuales se podría vincular la población víctima de conflicto armado, las propuestas socializadas en este encuentro aún no se conocen avances de las mismas, por los diferentes requerimientos de sanidad y escasos recursos económico de la población desplazada, para la generación de oportunidades laborales de la población desplazada con iniciativas productivas, además del posicionamiento de la temática de desplazamiento en la localidad en dos reuniones de la red Local de salud y trabajo.

El establecimiento y fortalecimiento del espacio local Comité Local de Atención Integral a población desplazada (CLAIPD) mediante el Decreto 015 de 2008, para garantizar el goce efectivo de los derechos, para lo cual hubo participación en cinco mesas de trabajo, aportando a la construcción del Plan de acción del comité. Por medio de los diagnósticos, presentados por las instituciones que en la actualidad atienden a este sector, se hace necesario la creación de un Comité Local Institucionalizado, con el fin de afrontar integral y responsablemente, los retos de la atención de aproximadamente 2.500 familias correspondientes a 10.000 personas que padecen el desplazamiento forzado y se encuentran ubicadas en nuestra localidad, especialmente en las

UPZ Rincón y Tibabuyes. Dentro del marco del enfoque diferencial se logró el reconocimiento de la población desplazada de grupos étnicos y la referenciación geográfica de los sectores de mayor concentración de la población víctima del conflicto armado. Adicional a esto se logró que los actores institucionales tales como la ICBF, ESE Suba, SLIS, UAO, organizaciones de población desplazada tuvieran incidencia en la toma de decisiones para dar respuestas integrales para población. Posicionamiento de los lineamientos de la política pública en salud para la población desplazada.

Se realiza posicionamiento de la temática de desplazamiento en promoción y garantía de los derechos fundamentales de la población desplazada por medio de la utilización de piezas comunicativas como folletos, plegables y mesas de trabajo, presentaciones magistrales, entre otras metodologías, en espacios como en el Comité Local de Derechos Humanos, lanzamiento de los lineamientos de la política pública en salud para la población desplazada, en la red local de salud y trabajo, mesa local de mujer y género, equipo territoriales de GSI Tibabuyes, consejo red del buen trato, mesa interétnica, organizaciones de población desplazada como CULTIBA, equipo funcional de ciclos vitales, transversalidad de SAN, entre otros al interior de la ESE. Gestión para la disminución de barreras de acceso al servicio de salud, con los funcionarios de facturación mediante tres espacios de participación, generando plan de acción para la construcción de modelo de atención diferencial para la población desplazada.

Se realizaron dos jornadas integrales de salud para la población desplazada, beneficiando a 30 personas en situación de desplazamiento. En las instalaciones de la Unidad de Atención Integral para la población desplazada UAO, prestando los servicios de medicina general e higiene oral en articulación con los profesionales de promoción y prevención de la ESE.

Las acciones articuladas y la participación en los espacios dirigidos a la promoción y garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado se ejecutaron en la participación en tres espacios de la mesa de mujer y género, además se logró el direccionamiento de dos casos de mujeres desplazadas para servicios de promoción y prevención.

Participación y fortalecimiento en espacios donde se ha presentado la temática del desplazamiento, el enfoque diferencial y la articulación de acciones en espacios de la mesa interétnica, logrando vincular los principios de la política pública en salud para la población desplazada (integralidad, interculturalidad y participación).

A continuación se exponen las diversas acciones que se realizan en el marco de la seguridad y convivencia ciudadana para ofrecer protección local y seguimiento de casos a las personas amenazadas en Bogotá, por su situación de desplazamiento o por su condición de Líderes de Organizaciones sociales y de base.

Por su parte el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar brinda atención psicosocial y programa Unidades Móviles el cual consiste en un equipo de profesionales que brindan atención psicosocial especializada a la población en situación de desplazamiento (PSD) o que son víctimas de desastres naturales.

La Secretaría de Gobierno mediante la entrega de Bonos, verifica la entrega de un Bono o una ración alimentaria como co-ejecutores del Programa Mundial de Alimentos - PMA, priorizando las necesidades de los núcleos familiares más vulnerables.

Acción Social realiza la distribución de mercados y arriendos, para lo cual se verifica una valoración a la población desplazada para la programación del Subsidio de Arriendo, componentes de alimentación, subsidio de vestuario, paquetes de aseo y elementos de cocina.

El Hospital de Suba realiza atención inicial de urgencias conforme a la circular 006 de 2006 de la Secretaría Distrital de Salud; con la circular se garantiza la atención a la población desplazada que acaba de declarar ante el Ministerio Público, sin necesidad de estar incluido en Sistema de información de población desplazada (SIPOD), hasta por 90 días después de la fecha de la declaración. Es atendido por la red pública de hospitales sin costo alguno o cobro de cuota de recuperación.

Se da apoyo técnico de las instituciones que atienden a la población desplazada como la Unidad de Atención y Orientación al Desplazado UAO, la población étnica a través del Cabildo Indígena, donde estas ofrecen el direccionamiento y orientación que el usuario requiere; igualmente la priorización de necesidades en salud del ciudadano (a) habitante de calle por parte el Convenio 196 suscrito entre Alcaldía Local y Secretaria Distrital de Integración Social.

La Secretaría de Gobierno establece atención diferencial a la población desplazada de la localidad, se debe tener en cuenta las diferencias étnicas, generacionales, de discapacidad y género con el fin de garantizar el acceso en condiciones de igualdad a poblaciones que han sido vulneradas históricamente por su condición diferente.

Así mismo la Defensoría del Pueblo efectúa procesos de formación en derechos humanos para el empoderamiento ciudadano dirigido a víctimas, autoridades tradicionales, líderes comunitarios y autoridades locales en desplazamiento forzado, capacitación en materia de desplazamiento forzado y seguimiento a los Autos de la Corte Constitucional.

Desde el ámbito familiar es importante reconocer que el índice de desplazamiento a nivel Nacional sigue aumentando de manera vertiginosa, lo cual ha generado complejidad en el proceso de adaptación de las familias a su nuevo entorno por cuanto consideran que las posibilidades de subsistencia son muy pobres y no reconocen sus capacidades y habilidades para el desempeño laboral.

Las redes de apoyo tanto familiares como sociales son escasas. En su mayoría son familias que se dedicaban en su lugar de origen a labores del campo por lo cual es difícil ubicarse laboralmente en la ciudad, pues no se cuenta con la experiencia para desarrollar ciertas actividades. De igual forma, muchos de ellos sólo lograron acceder a la educación primaria. En el caso de los pocos bachilleres, no tienen en cuenta las jornadas laborales las cuales son extensas y la remuneración no justifica el trabajo, lo cual atenta contra su dignidad. Algunas personas se sienten motivadas e interesadas en continuar sus estudios pero las posibilidades son mínimas y no cuentan con los recursos suficientes. A nivel cuantitativo durante la vigencia 2009 desde el ámbito familiar se evidenciaron 87 casos de familias con tensiones económicas y desempleo.

Lo que realmente se busca como la visión a seguir con esta intervención es la protección y el restablecimiento de los derechos, así como el reconocimiento, goce y ejercicio de los mismos, donde es de vital importancia la priorización de las necesidades individuales y del núcleo familiar, efectúan las acciones pertinentes, para lo cual y teniendo en cuenta la remisión a los servicios intra e interinstitucionales se busca el mejoramiento de la calidad de vida, conservación y recuperación de la autonomía de las familias desplazadas, interviniendo principalmente en acciones en salud pero sin perder de vista la integralidad de las necesidades identificadas en la población desplazada, actividades en las cuales se brinda información general sobre sus derechos y deberes, las instancias a las cuales pueden acudir para hacerlos valer, se orienta en la ruta concreta para la prestación de los distintos servicios y realizar los trámites necesarios para la solución de sus necesidades jurídicas. A nivel cuantitativo durante la vigencia 2009 se evidenciaron 162 casos de familias donde no les han sido restituidos todos sus derechos y las ayudas no han sido asignadas en su totalidad. Para lo cual desde la intervención se verifica el restablecimiento de sus derechos y la veracidad

de las ayudas que el estado les brinda por ser población vulnerable, de no ser así se canaliza a las diferentes entidades que apoyan este proceso, donde la resolución a las ayudas y problemáticas evidenciadas en esta población en la mayoría de ocasiones poco efectiva.

El ámbito familiar busca disminuir las barreras de acceso de la población desplazada al servicio de salud, la estrategia implementada consistió en hacer caracterización y lectura de necesidades de una base de datos entregada por la UAO, donde los equipos de Salud a su Casa realizan la respectiva caracterización de las familias de la base de datos, una vez se tenga la lectura de necesidades se programara brigadas de salud con el fin de dar respuesta a las necesidades identificadas de la población desplazada. Las actividades mencionadas anteriormente aportarán a la construcción del modelo de atención para la población desplazada con enfoque diferencial. En cuanto a la disminución de las barreras acceso al servicio de salud se trabaja en la construcción de piezas comunicativas acerca de la normatividad y Política Pública de salud para la población desplazada con el fin de que la información sea divulgada tanto en la población desplazada como a los funcionarios de la ESE. Se evidenciaron 82 casos de familias donde no les han solucionado su carta de salud.

Desde la intervención psicosocial abordada con la población desplazada se fortalece el reconocimiento de roles en adultos y promoción de factores que potencian procesos de reconstrucción de la realidad social, favorecen competencias y nuevos aprendizajes para avanzar en la restauración de sus proyectos de vida.

Este grupo poblacional es abordado con temas evidenciados por ellos mismos como son: Duelo por muerte de familiar, convivencia en pareja, manejo y resolución de conflictos, desarraigo, proyecto de vida, desenvolvimiento de roles, pautas de crianza, dependencia afectiva.

A nivel cuantitativo durante la vigencia 2009 se evidenciaron 49 casos de mujeres a las cuales no le son reconocidas sus capacidades y los diferentes roles que desempeña en su diario vivir y se sienten vulneradas.

Frente a las organizaciones comunitarias, se dio a conocer a 52 adultos/as participantes de los grupos, el marco normativo de interés para la población como fue Ley 387 de 1997, ley 100 de 1995 las cuales estipulan los derechos que garantizan el acceso y reconocimiento de la población desplazada en el contexto social e institucional y de esta manera lograr un empoderamiento y apropiación por las víctimas del conflicto armado.

Por otro lado se brindó a 52 adultos/as participantes de los grupos un folleto informativo con los derechos y deberes que tienen frente al Estado y frente a sus propias condiciones que les permiten exigir garantías y prioridades que contribuirán a un mejoramiento de sus condiciones de vida; ni siquiera en condiciones de desplazamiento forzado las personas pierden sus derechos; por eso, era fundamental saber cuáles son y cómo se pueden exigir. Sin embargo es importante entender también que tienen deberes para utilizar bien los recursos que les ofrece el Estado.

A los adultos participantes de los grupos y organizaciones de población desplazada, se les socializó la ley 387 de 1997 respecto a las ayudas humanitarias, observándose el desconocimiento respecto a la temática lo cual genera manifestaciones en cuanto al incumplimiento y constante vulneración de sus derechos por parte del estado específicamente en las ayudas de urgencia y emergencia las cuales son insuficientes para sus necesidades básicas y complican cada vez más su calidad de vida y el retorno a sus lugares de procedencia en condiciones dignas y seguras.

Se promovieron estilos de vida saludable a los/as 52 adultos/as participantes de los grupos y organizaciones de población desplazada, mediante el reconocimiento de derechos y deberes en salud para el acceso a servicios lo cual mejora la calidad de vida individual y familiar. Por lo cual se vio la necesidad de crear un folleto informativo donde se vieran plasmados derechos y deberes en

salud, servicios que presta el Hospital y puntos de atención en salud con los que cuenta el Hospital de Suba en la Localidad, para que hagan uso de estos y de igual forma divulguen la existencia de los mismos entre las demás personas que se encuentran en la misma situación.

Ante la necesidad e importancia de desarrollar el tema de Salud Sexual y Reproductiva con los/as 52 adultos, se realizó la articulación con el PDA de salud sexual y reproductiva para trabajar temas de interés, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos cuidado del cuerpo, métodos de planificación, derechos sexuales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, sexualidad y educación sexual, respeto y tolerancia; de esta manera guiar y orientar la atención a los servicios que pueden acceder de manera pública y privada, como derecho y restablecimiento de los mismos.

En el comedor comunitario San Cayetano se trabajó con 11 personas desplazadas el tema de identidad, desde el enfoque diferencial, teniendo en cuenta sus costumbres ancestrales, sus patrones culturales y su visualización de la alimentación.

El tema del proyecto de vida se desarrolló con los 52 adultos desde el ámbito comunitario teniendo en cuenta que la situación en la que se encuentra la población desplazada afecta varios determinantes como lo son: la salud, educación, alimentación, generación de ingresos entre otras; sumado a lo anterior el temor, la soledad, los recuerdos tristes y el inicio de una nueva vida para un futuro genera incertidumbre y de alguna manera trunca procesos de adaptabilidad y la reconstrucción del proyecto de vida por lo cual se implementó una metodología que fuera participativa y lúdica, para que la población perfilara y proyectara sus vidas a los nuevos contextos a los que se ven enfrentados.

El ámbito IPS desde sus acciones para contrarrestar las barreras de acceso en salud para las poblaciones especiales (grupos étnicos, desplazados y habitante de calle), capacitó a funcionarios asistenciales y administrativos de las IPS en enfoque diferencial, perspectiva de género y normatividad vigente. Sin embargo en la actualidad se sigue presentando barreras de acceso en salud, por la alta rotación de personal asistencial y administrativo, particularmente los funcionarios de Atención al Usuario, facturación y las oficinas de Trabajo Social donde acude el usuario en búsqueda de orientación e información.

En las personas mayores desplazadas las principales problemáticas identificadas se relacionan con:

- No visibilidad de la persona mayor víctima del conflicto armado.
- No protección y restablecimiento de derechos.
- Reconocimiento de la autonomía.
- Barreras de acceso al servicio de salud.
- Falta de orientación en lo relacionado a trámites de atención jurídico legal. Falta de oportunidad laboral.

Desde el ámbito familiar, a través de la intervención de la transversalidad de desplazados se buscó dar lugar al adulto mayor como víctima del conflicto armado, con énfasis en temáticas relacionados con el desarraigo, la tolerancia, rompimiento de lazos familiares, duelo por pérdida de familiares, fortalecimiento de su autonomía y reconstrucción de su cultura, costumbres y

hábitos. Durante la vigencia 2009 se evidenciaron seis casos de adulto mayor donde no les brindo la protección pertinente y necesaria por parte de su grupo familiar (negligencia y abandono). A través de la intervención se asesoró en protección y restablecimiento de derechos básicos con las entidades encargadas de dichos procesos.

A nivel intersectorial el ICBF, adelantó un Programa de Apoyo a las personas mayores, cuyo objetivo fue mejorar el estado nutricional mediante el suministro de un complemento alimentario a adultos mayores en condiciones de desplazamiento o clasificados en los niveles I ó II del SISBEN, con la participación activa de los entes territoriales, las organizaciones religiosas, las ONG locales y la comunidad.

Desde el contexto familiar se buscó la participación activa de personas mayores en situación de desplazamiento, con el propósito de fortalecer su autonomía, capacidades y habilidades, permitiendo mayor adaptación en el contexto urbano. Durante la vigencia 2009 se evidenciaron 4 casos de adulto mayor donde se ve afectada su autonomía y desempeño psicomotor, lo cual es generado por su ciclo evolutivo.

A nivel intersectorial, a través del proyecto 496 “años dorados” de la Subdirección Local de Integración Social se destinó una modalidad para la población desplazada, para que sean beneficiarios de la entrega de bonos.

En cuanto a la disminución de las barreras acceso al servicio de salud se está en la construcción de piezas comunicativas acerca de la normatividad y política pública de salud para la población desplazada con el fin de que la información sea divulgada tanto en la población desplazada como a los funcionarios de la ESE. Durante la vigencia 2009 se evidenciaron 12 casos de adulto mayor donde no les han brindado una atención efectiva en cuanto a salud, ya que no reconocen las limitaciones propias de un adulto mayor.

Desde esta intervención se busca verificar que se esté realizando un adecuado restablecimiento de sus derechos, a través de una asesoría y orientación que promueva y establezca las garantías que el estado les debe a cualquier ciudadano, dado el caso de que esto no se esté cumpliendo o ejecutando de la manera correcta se canaliza a las diferentes entidades que apoyan este proceso.

La asesoría legal que brindaba el Hospital de Suba durante el 2009 fue positiva en la población desplazada dado que permitía una respuesta inmediata que para acceder a las ayudas.

Teniendo en cuenta las condiciones físicas y emocionales propias del adulto mayor, se le dificulta el acceso a condiciones laborales, razón por la cual, la intervención se enfoca en el asesoramiento en afrontamiento de su condición y en el direccionamiento a entidades que fomenten sus competencias de manera productiva. A nivel cuantitativo durante la vigencia 2009 se evidenciaron 28 casos de adulto mayor donde ellos manifiestan que por su avanzada edad no son contratados y si lo son no son bien remunerados, presentan insatisfacción ya que les gustaría retornar a su tierra de origen.

Transversalidad de Etnias

Desde el enfoque de equidad para la población de los grupos étnicos y la población étnica desplazada apuntamos a responder a las necesidades de calidad de vida y salud de estas comunidades, cerrando el déficit de atención e impactando en las brechas de inequidad. El desarrollo de esta transversalidad pretende construir de manera participativa y transectorial, un enfoque diferencial que pueda responder a la diversidad y necesidades de esta población.

En el año 2009 se evidenciaron como las principales problemáticas que aquejan a la población étnica de la zona de concentración de problemas sociales las siguientes:

- Falta de oportunidades para la educación y acceso a mejores oportunidades laborales.
- Barreras de acceso a la atención diferencial en salud
- Adultos mayores afrodescendientes en hogares geriátricos.

Afrodescendientes

Para la resolución de las problemáticas puntuales se cuenta con la Comisión Consultiva Distrital de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, que se reconoce como la mayor instancia de participación e interlocución de la población afrocolombiana en la ciudad y en la que tienen representación la Administración Distrital y treinta representantes de las organizaciones de base de la población afro. La Consultiva sirve de instancia de diálogo, concertación e interlocución entre las comunidades que representan y el Gobierno Departamental o Distrital. Trabaja en conjunto con la Administración Distrital en la construcción del Plan Integral de Acciones Afirmativas en favor de esta población, puesto que las políticas públicas para esta población son deficientes y hasta cierto punto ineficaces para su atención, si tenemos en cuenta la apreciación emanada de la Corte Constitucional en su Auto 005, que propende por la protección que el Estado debe proveer a las personas afrodescendientes víctimas del desplazamiento forzado por razones de conflicto armado interno.

En este sentido, la Consultiva Distrital se encuentra alejada del manejo cotidiano de las circunstancias de la población afrocolombiana que se asienta en la Localidad de Suba. La prevalencia de acciones asistencialistas que no dan cuenta de un conjunto de estrategias en la localidad puede verse fácilmente en la ausencia de una ruta de asistencia efectiva desde el momento de la movilización de las personas fuera de sus territorios de origen.

En la localidad existen asociaciones afrocolombianas que por razones de presupuesto o de continuidad organizativa han declinado sus acciones o quedaron en el papel. De igual manera, se han venido fortaleciendo propuestas que surgen al interior de las comunidades afrocolombianas, enfocadas a la consecución de mejores estándares de vida, entendiendo la dinámica de las personas y ofreciendo una respuesta efectiva, en la medida que se da importancia a la problemática de desplazamiento que se cierne sobre las familias que llegan a la Localidad de Suba.

Algunos de los líderes comunitarios que continúan el proceso indican que ha sido necesaria la intervención para señalar el comienzo de las rutas de atención para desplazados, puesto que la mayoría de ellos, no saben cuál es la institución que tiene el deber de recibirlos primero y en el caso de saberlo, se toman demasiado tiempo para reportarse en las listas, puesto que la necesidad inicial es la consecución de la vivienda y una fuente de obtención de ingresos.

La población afrodescendiente forma parte de los grupos protegidos por la Corte Constitucional en razón de las precarias condiciones que deben afrontar cuando se presenta un desplazamiento forzado.

No obstante y sin desconocer los avances efectuados en general por entidades gubernamentales para proteger a los desplazados, esta indicación por parte del juez constitucional no se ha traducido, a la fecha, en acciones integrales, concretas y especialmente diferenciadas orientadas a resolver la situación crítica que enfrenta la población afro descendiente y que, en términos generales, ha limitado el goce y ejercicio efectivo de todos sus derechos individuales y colectivos³³.

Indígenas

Entre diciembre de 2008 y enero de 2009 se llevó a cabo la recolección de la información que sirvió de base para la caracterización de 640 familias pertenecientes a la base de datos que se tiene en el Cabildo Muisca, como tamaño total de la muestra.

La recolección de los datos se llevó a cabo en los barrios en los cuales se referenciaron geográficamente las familias activas en el Cabildo, con un equipo de siete gestores, que recibieron capacitación para el correcto diligenciamiento de los instrumentos de captura. El grupo de gestores realizaron la captura del dato realizando el desplazamiento casa a casa.

Se caracterizaron 2.344 personas de las cuales 1.120 (47,8%) son hombres y 1.224 (52,2%) son mujeres.

La información por ciclos vitales se dividió de acuerdo con grupos quinquenales, donde se observa que la estructura poblacional corresponde a población joven, con predominio de la población menor de 24 años (con un 47,1 %) y de 40 a 49 años (con un 15%). Según el ciclo vital, la población en etapa de juventud, adulto joven y adulto en su mayoría, permitieron inferir las necesidades en el tema de salud materno infantil.

La transversalidad de etnias en su trabajo con la población juvenil, desde la Alcaldía Local trabaja con el programa de Alternativas Productivas para la generación de ingresos para poblaciones vulnerables que busca mejorar las condiciones de generación de ingresos con base en el desarrollo de las potencialidades de la población con especial énfasis en los jóvenes y en las mujeres.

Se trabaja con el programa Bogotá Sana que pretende coordinar con la Secretaría Distrital de Salud las acciones tendientes a garantizar el derecho a la salud a través de un enfoque de promoción, prevención de calidad de vida y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer necesidades individuales y colectivas.

Las sensibilizaciones a los servidores públicos tanto del Hospital de Suba como de las demás instituciones que tienen incidencia en el direccionamiento o la atención directa de los grupos étnicos de la localidad.

Se realizan Jornadas de salud específicas para la población afrocolombiana realizadas en el Centro de Atención Médica Inmediata ubicado en La Gaitana, constituidas por un médico afrocolombiano, una enfermera afrocolombiana, un auxiliar de enfermería afrocolombiano y el acompañamiento del gestor territorial afrocolombiano, con el fin de atender las necesidades en salud de acuerdo con los usos y costumbres de la comunidad convocada.

La transversalidad de etnias desde el componente de Gestión Local realiza apoyo técnico a las instituciones que atienden población desplazada como la Unidad de Atención y Orientación al Desplazado, Cabildo Indígena, donde se ofrece el direccionamiento y orientación que el usuario requiere; igualmente la priorización de necesidades en salud del ciudadano(a) habitante de calle por parte el Convenio 196 suscrito entre Alcaldía Local y Secretaría Distrital de Integración Social.

Se realizaron reuniones mensuales de Redes locales de trabajo para capacitar en aspectos fundamentales como el acceso a créditos, incremento de competitividad y productividad y la protección ambiental y sostenibilidad de los procesos productivos a las personas que tienen su propia Unidad de Trabajo Informal (U.T.I) respaldadas por el SENA, Bancamía y Uniminuto.

Asesoría técnica semanal y quincenal a las Unidades de Trabajo Informal (U.T.I) por parte del profesional del área social, el técnico de salud ocupacional y saneamiento básico y el gestor

comunitario, con el fin de mejorar las condiciones de salud y trabajo al interior de los negocios de las personas de la localidad.

Apoyo técnico a la población indígena para la sensibilización respecto a la generación de iniciativas para el apoyo y fomento de la agricultura urbana, mediante talleres de capacitación dirigidos por el Jardín Botánico de Bogotá. Se realiza tres veces al mes con un promedio de seis personas en cada taller.

Para contrarrestar las barreras de acceso en salud para las poblaciones especiales (grupos étnicos, desplazados y habitante de calle), se capacitaron funcionarios asistenciales y administrativos de las IPS en enfoque diferencial, perspectiva de género y normatividad vigente. Sin embargo en la actualidad se sigue presentando barreras de acceso en salud, por la alta rotación de personal asistencial y administrativo, particularmente los funcionarios de atención al usuario, facturación y las oficinas de trabajo social donde acude el usuario en búsqueda de ayuda.

También se recogieron los planteamientos de la comunidad frente problemáticas relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias. Se identificó malnutrición por ausencia de preparaciones de alimentos propios de las costumbres y hábitos de la población afrocolombiana. La caracterización se aplicó a lo largo del 2009 con un récord de 100 personas, por parte del equipo de afrocolombianos del ámbito comunitario.

A través de las reuniones que se realizan en los espacios locales que pertenecen a la agenda social se presta atención a las necesidades sentidas de la comunidad y en el marco de las acciones que tienen que ver con la Gestión Social Integral, se plantean las estrategias o los pasos a seguir en la resolución de necesidades.

Transversalidad de salud y trabajo

La promoción de la salud y calidad de vida de las y los trabajadores se adelanta a través de la conformación de redes sociales locales, como un mecanismo de trabajo transectorial que garantiza la participación de todos los actores sociales que hacen presencia en los territorios para la afectación de los determinantes sociales de la salud y la promoción de la calidad de vida de los trabajadores.

La implementación de las políticas públicas, los planes y programas en torno a la salud y calidad de vida de los trabajadores, requiere la coordinación social e institucional en la identificación de las necesidades, construcción de respuestas.

Sin embargo, la participación social y la articulación interinstitucional en torno a la salud de los trabajadores identificaron como procesos débiles que deben ser fortalecidos, los siguientes:

- Las precarias condiciones socioeconómicas de la familia de los jóvenes trabajadores caracterizados.
- El contexto social donde se desenvuelven los niños y jóvenes, conlleva a la vinculación laboral temprana para la satisfacción de sus necesidades personales.
- Barreras de acceso para la oportunidad de los servicios en salud física y mental.
- Bajo conocimiento sobre los efectos secundarios al realizar actividades laborales que sobrepasan las capacidades físicas de los jóvenes trabajadores que conllevan a presentar enfermedades que traen consigo efectos nocivos para su salud y su desarrollo integral.

En respuesta a los problemas identificados desde el ámbito laboral se realizó sensibilización a padres de familia, docentes, empleadores, niños y niñas de las consecuencias de la exposición

temprana a ambientes laborales en su desarrollo físico y mental, consumo de SPA y deserción escolar. Las visitas se realizan a todos los 120 niños y niñas por un profesional en ciencias sociales quien fortalece el proyecto de vida y su bienestar dentro del núcleo familiar. Además el especialista en salud ocupacional aborda la problemática de los riesgos ocupacionales y sus efectos en el menor tanto al empleador como al niño. Sensibilización en espacios diferentes a los colegios sobre la problemática de trabajo infantil donde se le informa a la comunidad las consecuencias del mismo y se da a conocer la ruta de trabajo de prevención y erradicación del trabajo infantil a nivel local.

Se remitieron 14 menores desde la línea de trabajo infantil a salud mental del ámbito quien interviene en visitas familiares para la identificación de la problemática y seguimiento de los casos. Además el acercamiento e identificación de la dinámica familiar para examinar la dimensión del problema, explorar las soluciones posibles y la canalización a los diferentes servicios que lo requieran como: Sivim, Psicosocial y CAP San Cayetano y prevención de la salud mental a los integrantes de la familia.

Con relación a la problemática del manejo inadecuado del tiempo libre se realizó canalización a 87 niños y niñas a jornadas alternas o espacios diferentes para realizar actividades complementarias a la educación que fomenten el correcto desarrollo. De los cuales se retroalimentaron 27 casos vinculados a las jornadas alternas del Proyecto 0232 y a la Fundación Futuro, el centro amar y el club Amigo Suba este último no dio respuesta a los casos remitidos durante el 2009.

En respuesta desde la transectorialidad la Subdirección de Integración Social desde la mesa local para la prevención y erradicación del trabajo infantil apoyo con el programa de familias en acción. Además el DILE y el ICBF a través de sus acciones sensibilizan a los padres de los niños y niñas trabajadoras para la prevención y erradicación de trabajo infantil.

Con respecto a la línea de Salud y Trabajo en la etapa de juventud se canalizaron a los padres de familia identificados durante la visita familiar que se encontraban desempleados y sus condiciones laborales favorecieron que los jóvenes colaboraran con el sustento de la familia. De las 209 caracterizaciones y seguimientos realizados en el año 2009 los jóvenes colaboran en su mayoría a los padres en un 65,3% tanto para el género femenino como para el masculino, de esta manera se ahorran el pago de salario, por lo tanto los jóvenes asumen este rol, siendo trabajadores familiares sin ningún tipo de remuneración, seguido de los que reciben un salario que oscila entre 0 - 100.000 al mes.

A pesar de que el domicilio de los y las jóvenes son viviendas adecuadas, con luz día y distribución de los distintos espacios vitales (habitaciones, baños, cocina y lugares comunes) en algunas ocasiones se encuentran en situación de hacinamiento, de ausencia de orden y limpieza en algunas viviendas y situaciones económicas difíciles. Los vínculos al interior del grupo familiar son fuertes, con buenos canales de comunicación; se observa trato respetuoso entre los integrantes. Es de resaltar que en el género masculino se evidenció una transmisión de valores ancestrales en donde recae mayor responsabilidad en ellos, lo que conlleva a asumir compromisos familiares y económicos realizando actividades nocturnas en un 4% más que en el género femenino.

Se efectúa canalización de los y las jóvenes trabajadores a los servicios de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad de la ESE pero no ha sido posible el acceso al mismo debido a barreras de acceso administrativo como es la oportunidad y disponibilidad de agendas para los servicios; entre las principales manifestaciones se ha encontrado que el médico no acude a la consulta; no se conocen en las IPS los formatos de remisión que se dan a los usuarios desde la intervención. Dicha canalización pretende medir el impacto en la salud de los riesgos a los cuales están expuestos, viendo desde la línea la necesidad de solicitar el apoyo a profesionales de salud pública para poder medir en alguna medida la condición de salud de la población intervenida.

Así mismo, la realización de jornadas de salud en diferentes colegios de la localidad, favorecieron la intervención de los 209 Jóvenes caracterizados por el ámbito.

Se canalizaron 18 jóvenes por la línea de trabajo infantil a salud mental del ámbito, para la respectiva visita y seguimiento en campo a la familia, donde se identificaron problemáticas como rebeldía por parte de los y las jóvenes para con la familia; familias afectadas por duelos no resueltos ya sea por divorcios o muerte de alguno de los padres; padres que castigan de forma muy severa a los hijos; abuso sexual y jóvenes con primer consumo de SPA. Adicionalmente se realizaron las remisiones pertinentes a diferentes programas (Sivim, a salud sexual y reproductiva, a la red materno - infantil y adolescentes en estado de gestación o con niños menores de un año) de acuerdo con las necesidades identificadas.

Se realizó una charla con los padres de los jóvenes sobre formas de castigo; comunicación tanto en la pareja como con los hijos; manejo de la rabia o la frustración y correctos hábitos de estudio. Otro tema que se trató con las familias de los jóvenes fue rebeldía, siendo para los padres uno de los motivos de preocupación más recurrentes.

Durante el proceso de caracterización de los 209 jóvenes se indago sobre las condiciones de trabajo y se realizó visita de seguimiento para comprobar el estado en el cual se encuentran laborando. Se pactan compromisos con el empleador ya que los y las jóvenes menores de edad no pueden laborar en condiciones ni trabajos que pongan en riesgo su vida y su integridad. Si el joven no tiene permiso de trabajo se realiza la sensibilización en el tema para que pueda acceder al mismo.

Para afectar la problemática relacionada con los efectos secundarios de realizar actividades laborales que sobrepasan las capacidades físicas de los jóvenes que conllevan a presentar enfermedades que traen consigo efectos nocivos para su salud y su desarrollo integral. Se desvincularon 36 jóvenes trabajadores (52.6%) que realizaban actividades en construcción, trasteos, transporte público y servicio doméstico, cuidado de otros menores, trabajo en restaurantes, caddies y atención al público (cabinas y papelerías), creando una mayor conciencia en los padres o empleadores con el fin de evitar que los jóvenes desvinculados vuelvan a realizar actividades laborales o en caso de continuar vinculados al trabajo enfatizar en el uso adecuado de elementos de protección personal, estiramientos musculares o las recomendaciones dadas de acuerdo con la necesidad requerida por la actividad laboral que realizan o como ya fue nombrado anteriormente el permiso correspondiente.

Desde el ámbito laboral se intervino población adulta, durante el proceso de caracterización a 548 unidades productivas se identifican no solo los riesgos de la unidad sino el contexto social y cultural que limitan el desarrollo de una mejor calidad de vida en los trabajadores informales, es por ello que se realiza asesoría en deberes y derechos en el sistema de seguridad social y para el cumplimiento del plan de mejoramiento que conlleva a mejores condiciones laborales, familiares, sociales y culturales que redundan en el aumento de los ingresos favoreciendo una mejor estabilidad económica y de igual forma el impacto que pueden causar los riesgos en la salud de los trabajadores. A través de salud oral se intervinieron 40 unidades productivas informales afectando 90 trabajadores mejorando en ellos las prácticas de higiene oral.

En salud mental se abordaron 13 adultos, desde el ámbito laboral se realizó acercamiento a la problemática y orientación enfocada al manejo de la comunicación asertiva, resolución de conflicto y manejo adecuado de pautas de crianza en búsqueda de mejorar la autoestima, el auto concepto, auto imagen y el sentido de vida la cual es estructura del proyecto de vida y se entregó un folleto a las personas abordadas sobre el estrés y cómo manejarlo.

No existe respuesta institucional ya que los proyectos productivos de la localidad están enfocados a población vulnerable (desplazados, grupos étnicos, trabajadores ambulantes, madres cabeza de familia) no se tuvo en cuenta la población laboralmente activa ni las necesidades identificadas en las instituciones que laboran con trabajadores informales. El comité de productividad no funcionó durante la vigencia 2009.

Transversalidad de género componentes: orientaciones sexuales e identidad de género

En la localidad no existen registros confiables que den cuenta de cuantas personas corresponden a población LGBT debido a que en los instrumentos utilizados en las diferentes intervenciones no existe variables que identifiquen la identidad de género y la orientación sexual por tal razón es necesario que se incluyan con el objetivo de hacer análisis de las necesidades y las respuestas institucional dirigida a esta población. Desde la ESE se llevó a cabo el proceso de sensibilización al personal de salud con el propósito de disminuir o eliminar barreras de acceso a este grupo poblacional. Desde el ámbito escolar se realizaron charlas sobre el tema de la homosexualidad al cuerpo docente y estudiantado.

La juventud gay, lesbiana y bisexual debe además hacer frente al prejuicio, la discriminación, la conducta y mensajes violentos en sus familias, escuelas y su comunidad. Lo cual afecta la salud física y mental de este grupo poblacional. Estos estudiantes suelen reportar que faltan a la escuela debido al miedo a ser hostigados por otros estudiantes y recibir daño a su propiedad en la escuela, con más frecuencia que los estudiantes heterosexuales.

Durante el año 2009, se continúa con el trabajo en las categorías ordenadoras del componente de Gestión Local, tanto en la perspectiva de género, como en la perspectiva de identidades de género y orientaciones sexuales, atendiendo a los dos componentes de la transversalidad, a saber, Mujer y Orientaciones Sexuales e Identidades de Género.

Entre las principales acciones se encuentran la participación en el Seminario – Taller “Inclusión de las Perspectiva de Género en las Actividades de Salud Pública”, generado desde Secretaría Distrital de Salud en convenio con la Universidad Nacional de Colombia, la participación y posicionamiento de la Perspectiva de Género, de Identidades de Género y Orientaciones Sexuales al Interior de la ESE, especialmente en las intervenciones que se realizan desde Salud Pública, en los ámbitos de la vida cotidiana, en la vigilancia de la salud pública y en la gestión local, la participación y posicionamiento de la temática en espacios locales como el Subcomité Local de Mujer y Géneros, la Mesa de Sexualidad y Género y la Mesa por la Salud de las Mujeres, la Equidad de Género y la Diversidad Sexual, entre otros. Así mismo, se destaca el acompañamiento a la construcción intersectorial de respuestas integrales que atienda a las necesidades particulares de las mujeres de la Localidad y la articulación y apoyo a la agenda social de las mismas.

Desde la transversalidad, se ha avanzado en el diseño de la estrategia de inclusión de la perspectiva de género, con sus dos componentes, en el diagnóstico local, definiéndose que debe atender a la dinámica de cada Hospital, para ello se acompañaron las reuniones del equipo funcional de ciclo vital, que se realiza de manera conjunta por las cuatro etapas del ciclo vital: Infancia, Juventud, Adultez y Envejecimiento.

También se realizó un ejercicio por subred orientado al desarrollo del análisis de la situación de salud por etapa de ciclo vital así: atendiendo la línea técnica dada desde el nivel Distrital, se definieron núcleos problemáticos por cada etapa de ciclo vital y se adelantó un trabajo en grupos, en donde tomaron en cuenta cifras nacionales, distritales y locales en los casos en los cuales ya se cuentan con ellas de manera actualizada respecto a las temáticas abordadas y se realizó un análisis desde la perspectiva de género y orientaciones sexuales como categoría de análisis.

Del mismo modo, se adelantó un proceso de alistamiento metodológico con el fin de validar la información utilizada en la construcción del diagnóstico local, para lo cual se trabajó con la metodología de grupos focales con mujeres y personas de los sectores LGBT de diferentes etapas de ciclo vital; con ellas por medio del uso de preguntas orientadoras y análisis de casos, se dialogó sobre aspectos relacionados con los determinantes de la salud basados en las relaciones de género y las identidades de género y orientaciones sexuales no hetero normativas y las percepciones frente a su salud, como lo son las creencias respecto a la sexualidad, prácticas sexuales riesgosas, la relación entre la sexualidad y la reproducción, la interrupción voluntaria del embarazo, el ejercicio de la prostitución, las violencias contra las mujeres, la violencia basada en la identidad de género y la orientación sexual, el ejercicio del derecho a la salud plena y pautas de autocuidado.

A nivel Institucional y Local también se realizó seguimiento respecto a cómo se está implementando la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Auto 092 de atención a mujeres en situación de desplazamiento y la ley 1257 de violencia contra las mujeres y la situación de los derechos de las personas de los sectores LGBT, con el fin de realizar una mayor incidencia desde la transversalidad, así como tener un mayor acercamiento a la realidad de las personas objetos de la dos Políticas Públicas y no sólo de los funcionarios y funcionarias de las entidades responsables de su implementación y cumplimiento.

Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud

- Falta de patrones para adecuada higiene personal, problemáticas a nivel de comportamiento afectando el ambiente psicosocial, poco sentido de pertenencia al cuidado del entorno, presencia de brotes epidemiológicos.
- Disposición inadecuada de los residuos sólidos domiciliarios y escombros en lotes vacíos y en especial sobre las rondas de protección de los cuerpos de agua, agudizando la infestación de roedores e insectos plaga.
- Contaminación del aire por emisiones atmosféricas de fuentes móviles, por la congestión vehicular de las principales vías y por la alta presencia de transporte público que usa combustibles altamente contaminantes, además de una alta presencia de aparcaderos y talleres, que junto con el deterioro de la malla vial, determinan el elevado reporte de ERA.
- Presencia de talleres de pintura y ornamentación en vías públicas
- Inadecuada disposición de las excretas animales, contaminación con patógenos por falta de medidas sanitarias adecuadas y presencia de animales en el espacio público.
- Emergencias sanitarias por intoxicaciones con medicamentos.
- Agua no potable en áreas rurales
- Emergencias sanitarias por intoxicaciones con alimentos.

Desde el ámbito escolar a través de la intervención PAESA se diseñaron talleres para el fortalecimiento de la higiene personal en cuanto al baño diario, lavado de manos, higiene oral; y en cuanto a convivencia se fortaleció la relación del hombre y el entorno mediante la aplicación de la ficha técnica Convivencia Social Ambiental, para mejorar las condiciones de salubridad se dio asesoría sobre el plan de saneamiento básico de cada institución educativa. Estas actividades se desarrollaron en 10 jardines infantiles y 5 sedes de IEDs para un total de 561 estudiantes. Adicional

a este proceso hubo participación en el Comité Local de Educación Ambiental en el cual participan todas las instituciones de carácter ambiental realizando actividades como la Semana del medio ambiente.

Teniendo en cuenta que la intervención en el 2009 alcanzó el 2,8% de la población estudiantil lo cual muestra la escasa cobertura y la necesidad de continuar con intervenciones que reduzcan la problemática relacionada con la falta de higiene en la comunidad escolar para lo cual se hace necesario incluir estas temáticas en los currículos y además es importante que las IED exijan unas condiciones de higiene básicas en sus alumnos para mejorar la convivencia y reducir las inadecuadas condiciones de salubridad en los estudiantes de las instituciones educativas.

La presencia de factores de riesgo biológico en el medio ambiente causada por vectores plaga, caninos y felinos, con efectos negativos para la salud de los habitantes de la localidad de Suba, ha hecho que los habitantes de la localidad permanentemente soliciten el control de toda clase de plagas por ser esta una problemática sentida por las poblaciones que habitan cerca de colectores de aguas como canales, vallados, humedales, ríos y zonas verdes. Con frecuencia también se solicita la intervención en espacios comunales de conjuntos residenciales y dentro de viviendas o inmuebles, lotes privados, parqueaderos y demás lugares donde proliferan especialmente roedores casi siempre por mal manejo de residuos sólidos y bajo o ningún mantenimiento de praderas, redes hidráulicas, lotes desocupados, etc. Estas últimas peticiones en particular, no son resueltas porque la intervención vectorial solo puede realizarse en áreas públicas por ejemplo parques barriales y no en áreas privadas (casas, apartamentos o conjuntos residenciales).

A pesar de esto, se realizaron asesorías para control integral de vectores en interiores, para la vigencia 2009 fueron 121 solicitudes con igual número de respuestas, comprendidas por la visita inicial y en su mayoría con una visita de control y seguimiento. Sin embargo, al recomendar el control integral tanto en espacios públicos como privados no se está resolviendo el verdadero problema que representa el incremento en la población de plagas que ocurre en todos los barrios de todos los estratos de la localidad. No obstante para el año 2009 se atendieron 55.368 metros cuadrados en control de roedores (desratizaciones) en zonas verdes barriales afectadas y 51.201 metros cuadrados en control de insectos (desinsectaciones), desarrolladas en espacios de valor ambiental como el Canal Córdoba, Canal Callejas, Canal La Salitrosa, Canal Tibabuyes, Vallados rurales, Humedal Córdoba, Humedal Juan Amarillo y Río Bogotá, pero el recurso presupuestal asignado al programa es insuficiente para garantizar la total cobertura de la localidad.

Hacen parte de este concepto las jornadas por la calidad de vida y salud en la relación animal humano, el control a la población de caninos y felinos con recolección de animales callejeros y donados, esterilización a 620 hembras caninas y felinas, el manejo integral de la rabia con vacunación a las mascotas susceptibles utilizando estrategia extramural y de punto fijo en jornadas regulares, se dio prioridad a los estratos uno y dos en lo que respecta a esterilización particularmente en barrios de las UPZ prioritarias (27, 28, 71) acción que permitió la reducción de la proliferación de animales callejeros.

A través de los 10 años de ejecución del programa de esterilización de hembras caninas en la localidad de Suba, se ha observado disminución de caninos callejeros, por lo que se puede asegurar que la intervención debe permanecer y se requiere dar alcance a la especie felina (hembras y machos) y a los caninos (machos).

Desde salud pública, se realizan varias acciones para contrarrestar ese tipo de situaciones que implican la presencia de animales callejeros. Es así que se realizó la recolección canina a 600 animales a través de 10 operativos, por solicitud de la comunidad se capturaron jaurías que afectaban a los habitantes y al entorno de los barrios pertenecientes a las UPZ 17- San José de Bavaria, 18

- Britalia, 19 – El Prado, 23 – Casablanca, 27 – Suba Centro, 28 – Rincón y 71 - Tibabuyes. Sin embargo, esta actividad no suele representar siempre el impacto esperado, ya que surgen diversos factores adversos que afectan las jornadas, entre estas circunstancias se encuentran: la comunidad en algunos casos se torna agresiva y resistente a los operativos, esto debido a la afinidad afectiva que se tiene con los animales, lo que en algunas oportunidades ocasiona un alto riesgo de agresión, tanto para el personal operativo de la línea como para la policía de acompañamiento.

Junto con el Consorcio de Aseo LIME se desarrolla el programa zonas integrales libres de vectores que permite aportar a la comunidad, asesorías y elementos que den solución a la problemática, se trabajaron temáticas como la presencia de inservibles en el hogar, basuras y excretas de mascotas mal dispuestas en áreas comunes, y su consecuente relación con la presencia de vectores (insectos y roedores). Es así que a través del programa se realizan jornadas especiales de limpieza en los territorios priorizados de la localidad, acompañado de desratización y fumigación de áreas comunes. Sin embargo la respuesta se concentra en los sectores de mayor pobreza, dejando descubierta buena parte de los sectores de estrato (3, 4, 5 y 6) para acceder a los diferentes programas que ofrece la línea de intervención de enfermedades compartidas.

En el manejo de accidentes por agresión animal todos los estratos socioeconómicos son atendidos por ser la zoonosis de vigilancia permanente.

Dentro del campo de acción de la línea de Transporte y energía, contaminación ambiental y salud – Tecays, se desarrollan estrategias de promoción y prevención, las cuales se priorizan de acuerdo con las características ambientales, sanitarias, sociales y económicas de la población habitante y residente en la localidad. Entre los proyectos especiales para la localidad de Suba que dan respuesta a las problemáticas expuestas se encuentra: el Proyecto Especial de Vigilancia Epidemiológica del Impacto en Salud por Contaminación del Aire debido a material particulado en localidades clasificadas como áreas fuente de contaminación clase I (Decreto 417 de 2006) Este proyecto se desarrolla en las UPZ 71 - Tibabuyes, 28 - Rincón, 27 - Suba y la zona que se extiende al occidente de los cerros de Suba, hasta el perímetro urbano del Distrito Capital y entre la UPZ 27 y la calle 200.

El proyecto contempla a los menores de 5 años, población escolar en consideración y mayores de 60 años residentes en la localidad de Suba, además de vigilar las personas residentes en las áreas de estudio que se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a los bajos ingresos, al mal estado de las vías y al altísimo flujo de vehículos de servicio público. El proyecto realiza vigilancia pasiva de síntomas, por lo que el impacto en la población se ha dado a través de la capacitación a un promedio de 810 personas, esta acción se complementa con la socialización de la gestión adelantada en espacios, instituciones y organizaciones locales como el Comité Local de Educación Ambiental - CLEA, CADEL, ONG, Alcaldía Local, entre otras, a través de la articulación con la Gestión Ambiental para la Salud – GESA y los Proyectos Ambientales Escolares Ambientales - PAESA.

También se realiza difusión del resultado de la vigilancia epidemiológica pasiva por medio del boletín mensual publicado en la página Web del Hospital de Suba, Proyecto Especial de Vigilancia Epidemiológica de la Relación de Contaminantes Generados por Biocombustibles y sus Efectos en Salud, su accionar es a nivel distrital y permite el análisis del Ozono liberado por la combustión de los biocombustibles o por la conversión de otros contaminantes generados por estos y los efectos en salud que este contaminante genera.

Se aborda a toda la localidad, debido a que todas las personas se encuentran expuestas a las emisiones provenientes del uso de combustibles y en este caso en particular al uso de biocombustibles, la articulación de las acciones se da a través de las capacitaciones con la comunidad escolar, además la gestión que se realiza con diferentes entidades locales y distritales involucradas

con el tema para mejorar la calidad de la información, consecución y análisis de los datos obtenidos de la aplicación del estudio.

Para el proyecto especial de vigilancia epidemiológica de intoxicaciones por monóxido de carbono extramural y las acciones que implican el abordaje de esta temática ha permitido la articulación con diferentes actores del proceso de vigilancia epidemiológica como el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE, Corpovisionarios, Instituto Nacional de Salud, Laboratorio de Salud Pública Central y Área de Epidemiología de Salud Pública del Hospital de Suba, lo cual permitió establecer estrategias a nivel local para el mejoramiento del proceso de atención de casos tanto en la parte clínica como en la vigilancia epidemiológica, además de la difusión del análisis de casos de intoxicación por medio del boletín publicado en la página del Hospital de Suba ESE.

Para el año 2009 el campo de acción de la línea realizó su intervención en los establecimientos que manipulan, expenden y/o almacenan sustancias químicas con el fin de realizar un manejo integral y seguro de las mismas, evitando así los posibles accidentes o emergencias relacionadas. Se ha estimado que por cada intervención de la línea se tiene una cobertura promedio de 30 personas, dentro de las cuales se contempla trabajadores, clientes y visitantes en general. De esta forma se calculan una cobertura poblacional de 28.950 personas durante el año 2009. En general el campo de actividades de la línea ha estado en toda la localidad, ya que los establecimientos intervenidos no se encuentran concentrados en sectores específicos y se han desarrollado a partir de proyectos especiales como el proyecto especial, mapa de industria y ambiente (MIA), el cual se presenta como un instrumento aplicativo de funcionamiento Web para la actualización de la base de datos de las industrias, empresas y microempresas presentes en la localidad, para la referenciación geográfica con base en criterios de interés prioritario de los peligros en salud, promoviendo así dentro de los espacios de trabajo interinstitucional (SDS., DPAE, SDA, UAESP, etc.) el interés por la promoción del Sistema Global Armonizado para la clasificación y rotulado de sustancias químicas. La implementación de esta herramienta permitió visibilizar los territorios que presentan mayor incidencia de industrias, las cuales son el Prado y la Floresta.

La línea de industria y ambiente controló durante el periodo 2009 aproximadamente el 65% de los establecimientos, (fábricas, depósitos, expendios ó empresas que aplican sustancias químicas). De las 965 visitas ejecutadas durante el periodo de referencia, los conceptos sanitarios se distribuyeron de la siguiente manera: 27.7% de establecimientos logro un concepto sanitario favorable, el 69.4% de los otros establecimientos posee concepto sanitario pendiente y el 1.7% de los establecimientos restantes, tiene concepto sanitario desfavorable. Con relación al número de conceptos emitidos se tiene que el número de pendientes es mayor que el número de favorables, esto debido a la atención prioritaria de quejas y solicitudes hechas por la comunidad, además algunos establecimientos no cumplieron las recomendaciones en su totalidad, se encuentran aún dentro del proceso de control sanitario y contemplados en desarrollo de controles anuales de establecimientos ya intervenidos.

Por parte de la línea de servicios de salud - medicamentos seguros, se verificó en cada uno de los establecimientos las condiciones higiénico-sanitarias de infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos y otros de acuerdo con la normatividad vigente, con el fin de contribuir a garantizar la prevención y control de los diferentes factores que puedan afectar la inocuidad de los productos farmacéuticos, contribuyendo así al uso racional de los medicamentos, identificación de productos alterados y fraudulentos contribuyendo a optimizar la prestación de servicios de medicamentos en la localidad.

Desde el componente de vigilancia sanitaria para el año 2009 se realizan 521 visitas a establecimientos farmacéuticos, de las cuales 10 corresponden a depósitos de medicamentos, 375 droguerías de bajo riesgo, 55 droguerías de alto riesgo, cuatro Farmacias Homeopáticas, 32

droguerías con medicamentos de control, 21 tiendas naturistas de bajo riesgo, 13 tiendas naturistas de alto riesgo, 11 distribuidoras de cosméticos, un deposito con reactivos de diagnóstico, además se realizó acompañamiento a la línea de seguridad alimentaria para la visita e inspección a 13 hipermercados y 94 supermercados de la localidad. En complemento a dicha intervención se realizó muestreo de productos farmacéuticos, donde se encontró que 30 droguerías poseen concepto desfavorable, de las cuales 21 presentan faltantes correspondientes a trámites administrativos y nueve tienen medidas cautelares por presentar inseguridad en los medicamentos, productos fito terapéuticos sin adecuada rotulación, productos sin registro sanitario, productos vencidos, medicamentos de uso institucional, antibióticos fraccionados, etc. Por lo anterior se enfatiza en el hecho de que deben aplicarse los procedimientos propios para la adquisición de productos, así como para el almacenamiento adecuado que evite el riesgo de contar con productos que puedan afectar la salud de los usuarios.

A partir de estas medidas se aplicó medida sanitaria de decomiso y destrucción de productos: en el 22% de las droguerías de alto riesgo, al 45% de las tiendas naturistas de alto riesgo, al 11% de las tiendas naturistas y al 11% de las droguerías de bajo riesgo, todos ellos se encuentran especialmente en las UPZ Rincón y Tibabuyes. Fuera de estas connotaciones se nota el esfuerzo de los droguistas por dar cumplimiento a la implementación de la resolución 1403 de Mayo de 2007, teniendo en cuenta los altos costos que implican las adecuaciones locativas en los establecimientos intervenidos, mejorándose así la infraestructura física de los establecimientos farmacéuticos y en general de cada uno de los procedimientos que se realizan desde la selección y adquisición de los medicamentos y dispositivos médicos hasta la dispensación al usuario, evitando el riesgo de contar con productos que puedan afectar la salud de la comunidad. Sin embargo se presentan inconvenientes que se visibilizan en la falta de comprensión por parte de algunos droguistas y propietarios de dichos establecimientos ya que poseen un nivel bajo de escolaridad, por lo cual se adoptó la medida de realizar capacitaciones personalizadas durante las visitas de inspección y vigilancia.

Aunque se han implementado estas medidas de contingencia aun quedan establecimientos sin vigilancia lo cual genera riesgos potenciales en la salud pública. Sin embargo, dentro de los planes de gestión de mejoramiento se espera que las droguerías implementen correctamente la normatividad vigente y se garanticen medicamentos seguros en todos los establecimientos farmacéuticos.

Para el 2009 el campo de acción de la línea de inocuidad alimentaria, realizó intervenciones de Inspección, Vigilancia y Control - IVC a los diferentes establecimientos comerciales representados por 5.916 visitas de los cuales 30 fueron para depósitos de peces, 1.242 entre cafeterías, fruterías y panaderías, 1.227 corresponden a restaurantes, cevicherías, comidas rápidas, 67 a comedores comunitarios, 106 a restaurantes por concesión, seis a plazoletas de comidas, dos a fábricas de licores, 730 a expendios de bebidas alcohólicas, 1 034 a expendios minoristas, 450 a expendios de carne, 13 a depósitos de alimentos, 20 a hipermercados, 112 supermercados, ocho a IPS I y II nivel, ocho a IPS de III y IV nivel y 733.525 a vehículos operativos de alimentos, con el fin de verificar las condiciones higiénico sanitarias.

Además se realizaron capacitaciones a la comunidad de la localidad en el manejo higiénico de los alimentos teniendo en cuenta el Decreto 3075/97 con el fin de generar conciencia y evitar Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETA, donde se concientiza sobre la importancia de comercializar alimentos aptos para el consumo y a su vez la reducción de los riesgos que se presentan por la mala manipulación de los mismos. Estas actividades en el año 2009 sumaron en total 9 878 intervenciones las cuales han abarcado puntos críticos importantes de la localidad. Para tal fin se intervienen las UPZ 71 - Tibabuyes, 27 – Suba Centro, 28 – El Rincón.

A su vez se han realizado actividades de muestreo de alimentos con la toma de 195 muestras de las cuales 40 han resultado con calidad no aceptable y 155 con calidad aceptable en análisis Físicoquímicos y Microbiológicos. Las causas de no aceptabilidad fueron el recuento alto de hongos, levaduras y mesófilos. Se presentaron 5 alertas sanitarias durante el periodo 2009.

Se fortalecieron las acciones de esta línea (IVC) con las capacitación de 795 personas de los grupos de facilitadores y monitores ambientales comunitarios del Plan Integral de Entornos Saludables que en su mayoría tienen a cargo la provisión de alimento a infantes y adultos mayores. Además junto con la línea de Alimentos Seguros se han realizado visitas a 13 hipermercados y 94 supermercados.

Esta línea es de vital importancia ya que cuenta con un proyecto de vigilancia de refrigerios escolares los cuales benefician a cerca de 105.000 niños aproximadamente que estudian en colegios de las localidades de Usme, Rafael Uribe Uribe, Usaquén Engativá y Suba.

4.2.1.2 Análisis según Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA)

PDA salud mental

Como resultado de las unidades de análisis se identificaron problemáticas que afectan la calidad de vida en la población de la localidad de Suba de donde se destacan:

- Factores de riesgo psicosociales al interior de los diferentes espacios de vida cotidiana que provocan maltrato infantil, negligencia en la atención integral de niños, niñas y jóvenes que afectan su salud física y mental.
- Violencia doméstica, económica, violencia escolar, abuso sexual, trastornos mentales, ideación suicida.
- Negligencia, abandono, maltrato, abuso de autoridad, trabajos forzosos, deserción escolar, pautas de crianza.

A fin de avanzar en una atención integral que le brinde a las y los usuarios alternativas de solución a sus problemáticas, en este marco desde el ámbito IPS, a través de la intervención en salud mental se adelantaron procesos de capacitación a 335 colaboradores del hospital, distribuidos así: 153 Asistenciales, 102 Administrativos y 80 colaboradores de servicios generales y personal de vigilancia, donde se abordaron temáticas relacionadas con la importancia de la notificación frente al abordaje de las diferentes violencias, atención a eventos de salud mental, oferta de servicios desde salud pública, protocolo de atención integral a víctimas de abuso sexual.

También se llevaron a cabo de forma bimensual asesoría y asistencias técnicas al 100% de las IPS de la ESE, estas incluyeron temas frente a la normatividad legal vigente y la obligatoriedad en la respuesta en la prestación de los servicios por parte de los funcionarios y/o colaboradores del sector salud.

Desde el ámbito escolar el PDA de salud mental estaba orientado a la movilización de rutas, la promoción de la línea 106 y acciones colectivas. En cada una de las intervenciones se trabajó con estudiantes de todos los ciclos, conformando 34 grupos multiplicadores en 14 IED, se trabajaron temáticas como: apoyo para el manejo de niños y niñas indisciplinados, agresivos y que no progresan académicamente, resolución de conflictos, eventos prioritarios de salud mental, expresión de emoción y sentimientos, habilidades para la vida, proyecto ético de vida, prevención de abuso sexual, por medio de estrategias comunicativas; todo esto atendiendo a la lectura de

necesidades realizada en cada Institución. Con la línea 106 se trabajó con 34 grupos para un total de 244 infantes. En acciones colectivas se abordaron 34 grupos con un total de 115 infantes. Para movilización de rutas la población corresponde a 34 grupos con un total de 595 infantes. Así mismo se realizó la exposición de trabajos (dibujos) realizados por estudiantes en la Feria Pedagógica Local.

Frente a esta problemática, desde el ámbito escolar se realizaron sesiones educativas a grupos multiplicadores en 17 sedes de IED con el fin de que estos transmitieran la información por medio de estrategias masivas y comunicativas como por ejemplo murales, festivales, boletines, trabajo con emisoras entre otras.

Los grupos multiplicadores estaban conformados por alumnos del servicio social, consejo estudiantil con un promedio de 30 alumnos por cada grupo. Los temas fueron: valores, autoestima, expresión de sentimientos, toma de decisiones, presión de grupo, resolución de conflictos, comunicación asertiva, entre otros. La población abordada corresponde a 492 estudiantes.

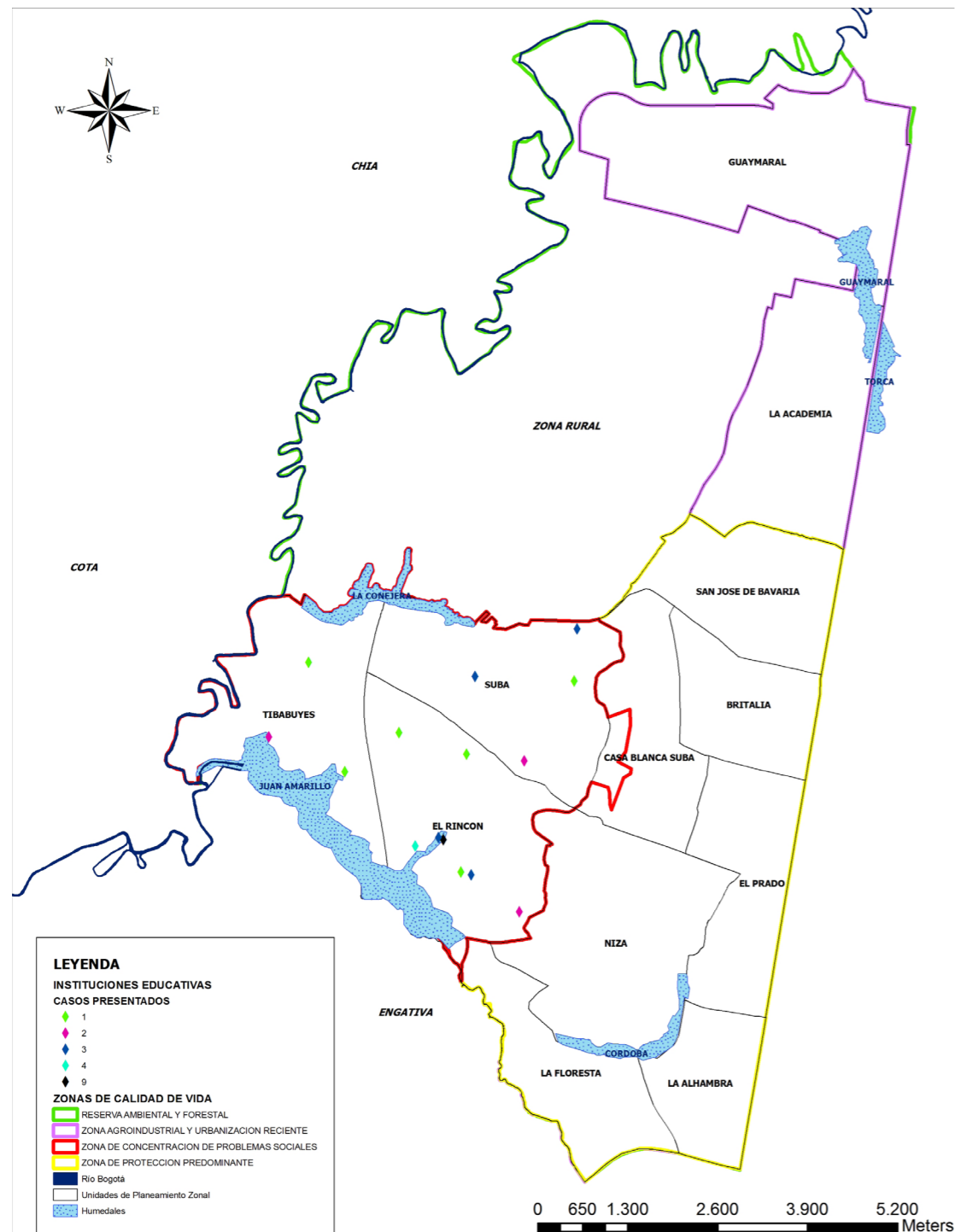
El Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Mental a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Maltrato Intrafamiliar - Sivim reportó que, el 80% (1.377 casos notificados en año 2009) corresponde a esta zona de concentración y de estos el 21% (294) pertenecen a jóvenes entre 14 y 26 años. Los tipos de violencia identificados fueron maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia sexual con eventos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono hacia los jóvenes y adolescentes de la localidad de Suba. Como respuesta a estas problemáticas la ESE brindó 40 asesorías técnicas a Unidades Primarias Generadoras de Datos - UPGD y Unidades Informadoras - UI, tanto públicas como privadas, espacios intersectoriales y otras Instituciones como las Instituciones Educativas Distritales para la identificación y notificación de los diferentes tipos de violencia y lograr así la intervención oportuna a los casos.

Se resalta en la etapa de juventud (11 a 26 años) la conducta suicida asociado a culturas urbanas como la de mayor prevalencia, (ver mapa 10) seguido del consumo de SPA e ingesta de alcohol, conflictos familiares entre padres e hijos por no aceptación de normas, duelo por separación de los padres o rupturas de pareja, falta de interacción familiar, ausencia o déficit en la expresión de sentimientos y emociones, sentimientos de soledad y tristeza, falta de dialogo adecuado al interior del hogar, abuso sexual, enfermedades terminales o crónicas que generan conflicto en el proyecto de vida, así mismo se presentaron casos con manejo inadecuado del tiempo libre y falta de supervisión de los padres.

Se llevaron a cabo Investigaciones epidemiológicas de campo con cada uno de los casos, con proceso de orientación y sensibilización en promoción del buen trato, prevención del maltrato, canalización en la red de apoyo socio legal, de salud, socio familiar y seguimiento posterior para favorecer la restitución de los derechos vulnerados del joven afectado, entrega de realimentación de los casos a las UPGD y UI.

Se realiza articulación de acciones con redes socio legales, Comisarías de Familia, I.C.B.F., fiscalías especializadas en violencia infantil, maltrato Infantil y violencia sexual; de igual forma con red de apoyo en salud, en los diferentes regímenes de afiliación al SGSSS, incluidos los proyectos locales de atención terapéutica, para la atención integral de las víctimas, según protocolos de atención, políticas de infancia y adolescencia y acuerdos distritales; por último articulación intersectorial con redes de apoyo socio – familiar, Secretaría de Integración Social, DILE, Personería, Casa de Igualdad de Oportunidades y de la Mujer; participación en comité local de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual de la localidad para hacer seguimiento y garantizar la atención integral de las víctimas y los casos atendidos en la localidad de Suba (ver mapa 42).

Mapa 42. Conducta suicida en las IED, localidad de Suba, 2009.



Fuente: cartografía Hospital de Suba E.S.E. 2010.

Del total de casos de violencia (1.714) reportados durante el año 2009 el 7,4% (127 casos) corresponde a la zona de problemas sociales, de estos casos el 11% (15) corresponden a población adulta entre 27 y 59 años. Los tipos de violencia corresponden a violencia intrafamiliar, violencia sexual con eventos de violencia física, emocional, económica, negligencia y abandono hacia los adultos de la localidad de Suba.

Se llevaron a cabo Investigaciones epidemiológicas de campo con cada uno de los casos, con proceso de orientación y sensibilización en promoción del buen trato, prevención del maltrato, canalización en la red de apoyo socio legal, de salud y socio familiar y seguimiento posterior para la restitución de los derechos vulnerados del joven afectado, elaboración y entrega de realimentación de los casos a las UPGD y UI.

PDA de Salud Sexual y Reproductiva

El desarrollo de la autonomía en la mujer gestante, los niños y las niñas no depende enteramente de los individuos sino de las condiciones y el medio que lo rodea, propiciar la autonomía en el ejercicio de la salud es generar y suministrar condiciones apropiadas y suficientes para que los individuos tenga la posibilidad de ejercerla.

La salud sexual y reproductiva adopta como principios que la inspiran y orientan, el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan la salud. Entre las principales problemáticas que predominaron durante la vigencia 2009 y que fueron identificadas por el PDA de Salud Sexual y Reproductiva encontramos:

- Embarazos en niñas
- Factores de riesgo psicosocial al interior de los diferentes espacios de vida cotidiana que provocan maltrato infantil, negligencia en la atención integral de niños y niñas que afectan su salud física y mental.

Durante el año 2009 se presentaron 10 embarazos en adolescentes entre los 10 y 13 años distribuidos de la siguiente manera, uno en una niña de 10 años, dos en dos niñas de 11 años, dos en niñas de 12 años y 5 en niñas de 13 años los cuales fueron canalizados para la ruta de la gestante, recibieron consulta de gineco-obstetricia por alto riesgo y se realizó el seguimiento respectivo.

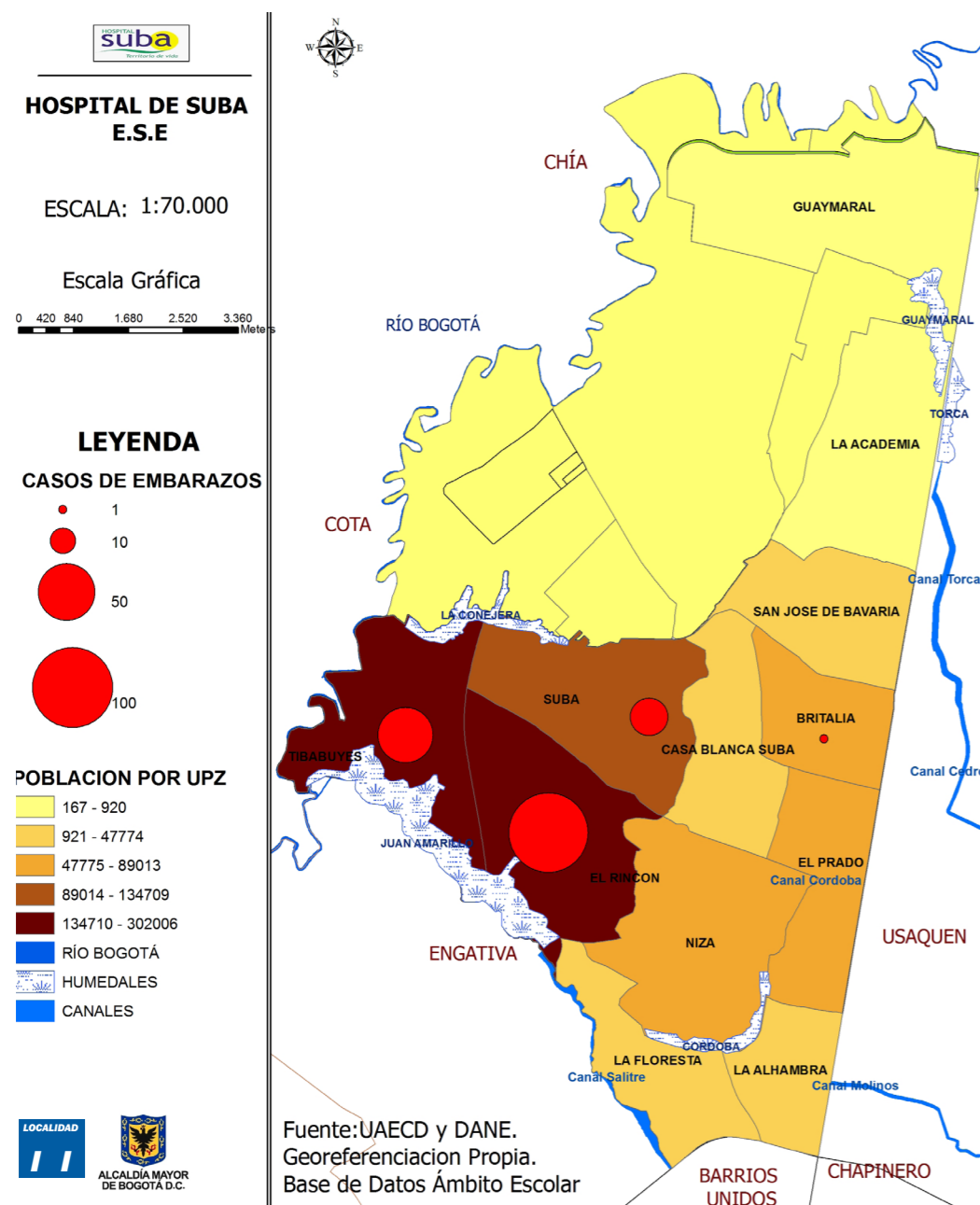
Desde el ámbito IPS se realizaron capacitaciones a 12 profesionales en temáticas de regulación de la fecundidad enfocando la asesoría en la sensibilización de jóvenes y adolescentes, también se realizaron capacitaciones en servicios amigables para el joven y el adolescente. En los diferentes puntos de atención de la ESE, se encontraban ofertados métodos de regulación hormonal.

En el primer semestre del año se contó con presencia de una representante de bienestar familiar con quien se realizó articulación desde la mesa de sexualidad y género, para generar acciones de prevención con las madres FAMI. La intervención incluía: proyecto de educación sexual, abuso sexual infantil, altos niveles de intolerancia entre compañeros, maltrato infantil, ausencia de valores, baja autoestima.

Desde el ámbito escolar se realizaron sesiones educativas a grupos multiplicadores en 17 sedes de IED con el fin de que estos transmitieran la información por medio de estrategias masivas de comunicación. Las temáticas tratadas fueron valores, autoestima, expresión de sentimientos, prevención abuso sexual infantil, toma de decisiones, presión de grupo, resolución de conflictos. La población abordada fueron 364 estudiantes. Pese a que las problemáticas en materia de salud sexual y reproductiva van en aumento las intervenciones son mínimas si se tiene en cuenta la población abordada.

Por el ámbito escolar se identificaron adolescentes en embarazo establecidas en su mayoría en la zona de concentración de problemas sociales (ver mapa 43).

Mapa 43. IED con adolescentes en gestación, localidad de Suba 2009.



Fuente: cartografía Hospital de Suba ESE, 2010

En los y las jóvenes de la localidad además del embarazo en adolescentes (14 y 19 años), se identificaron durante el 2009 problemáticas tales como enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, incidencia de casos de VIH, desde el PDA de salud sexual y reproductiva se identificaron 2 612 embarazos en mujeres entre los 14 y 19 años de los cuales 27 embarazos fueron en mujeres de 14 años; 158 embarazos en mujeres de 15 años, 312 embarazos en mujeres de 16 años, 523 embarazos en jóvenes de 17 años, 697 embarazos en jóvenes de 18 años y 895 embarazos en mujeres de 19 años, los cuales fueron canalizados a la ruta de la gestante para una atención integral, recibieron consulta por gineco-obstetricia para valoración por alto riesgo y se realizó el seguimiento respectivo.

Se identificaron 45 jóvenes con enfermedades de transmisión sexual tales como sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano y herpes. De las cuales 11 se presentaron en hombres y 34 en mujeres, en población adulta se presentaron 54 casos De las cuales 15 se presentaron en hombres y 39 en mujeres. Frente al VIH se presentaron 7 casos en jóvenes de los cuales 4 fueron en mujeres y 3 en hombres y 9 casos en población adulta, de los cuales 4 fueron en mujeres y 5 en hombres. Se tomaron muestras para procesar Elisa y Western Blot, la articulación con el laboratorio institucional permitió la identificación y el trámite de referencia oportuna de los casos y seguimiento antes de 30 días. De acuerdo con esto se ejecutan seguimientos mensuales a los pacientes con diagnóstico confirmado. La articulación con el Hospital Simón Bolívar VI Nivel, permitió que la referencia de los pacientes se lograra en espacio inferior a 30 días y de esta forma la intervención por infectología fuera en menor tiempo. Las capacitaciones en asesoría integral para VIH y enfermedades de transmisión sexual se dirigieron a 5 médicos generales, 11 enfermeras y 1 terapeuta respiratoria para un total de 17 funcionarios.

La articulación con DILE en la mesa de salud sexual permitió canalizar los casos de embarazos en adolescentes escolarizadas. El convenio con PRODES ONG efectuó las piezas comunicativas dirigidas a la población gestante con información de signos de alarma y la ruta de atención así como para la población general con estrategias para la Regulación de la Fecundidad.

Por otro lado para la toma de citologías, el hospital de Suba cuenta con 11 puntos de atención habilitados. Para el año 2009 se tomaron en total de 16 383 citologías, para un promedio mensual de 1.514. Del total citologías tomadas, 4.863 corresponden a población de la etapa de juventud, de las cuales 2 628 fueron población vinculada; 2.235 usuarias pertenecen a EPS subsidiada. En las jóvenes que se tomaron la citologías, el 11% (5.479) resultaron anormales (307 ASC-US y 232 lesiones de bajo grado, seis lesiones de alto grado y dos anomalías de células glandulares).

Del total citologías tomadas 851 correspondieron a mujeres mayores, es decir 5%, de estas 231 fueron población vinculada; 620 usuarias pertenecen EPS-S. y con relación a los resultados citológicos se identificaron 21 casos anormales es decir el 2,5% (10 ASC-US, 8 Lesiones de bajo grado, una lesión de alto grado, una Lesión de alto grado con sospecha de infiltración, un carcinoma escamocelular).

Durante el año 2009 se presentaron cinco casos de muerte materna por lo que se realizaron Unidades de análisis respectivas para mortalidad materna en las cuales se identificó según el modelo de las cuatro demoras, que estas mortalidades se asociaron a la segunda demora que corresponde a la decisión de acudir a los servicios de salud por parte de las usuarias. Para evitar los eventos de mortalidad materna se implementó en la institución una consulta integral de valoración de la paciente, definición del riesgo obstétrico y ecografía en la primera consulta con médico especialista, la cual tiene una duración de 40 minutos. Por otro lado, se implementó en el segundo semestre de 2009 la unidad de alta dependencia obstétrica brindando atención a pacientes de alto riesgo obstétrico de alta complejidad.

PDA de Salud Oral

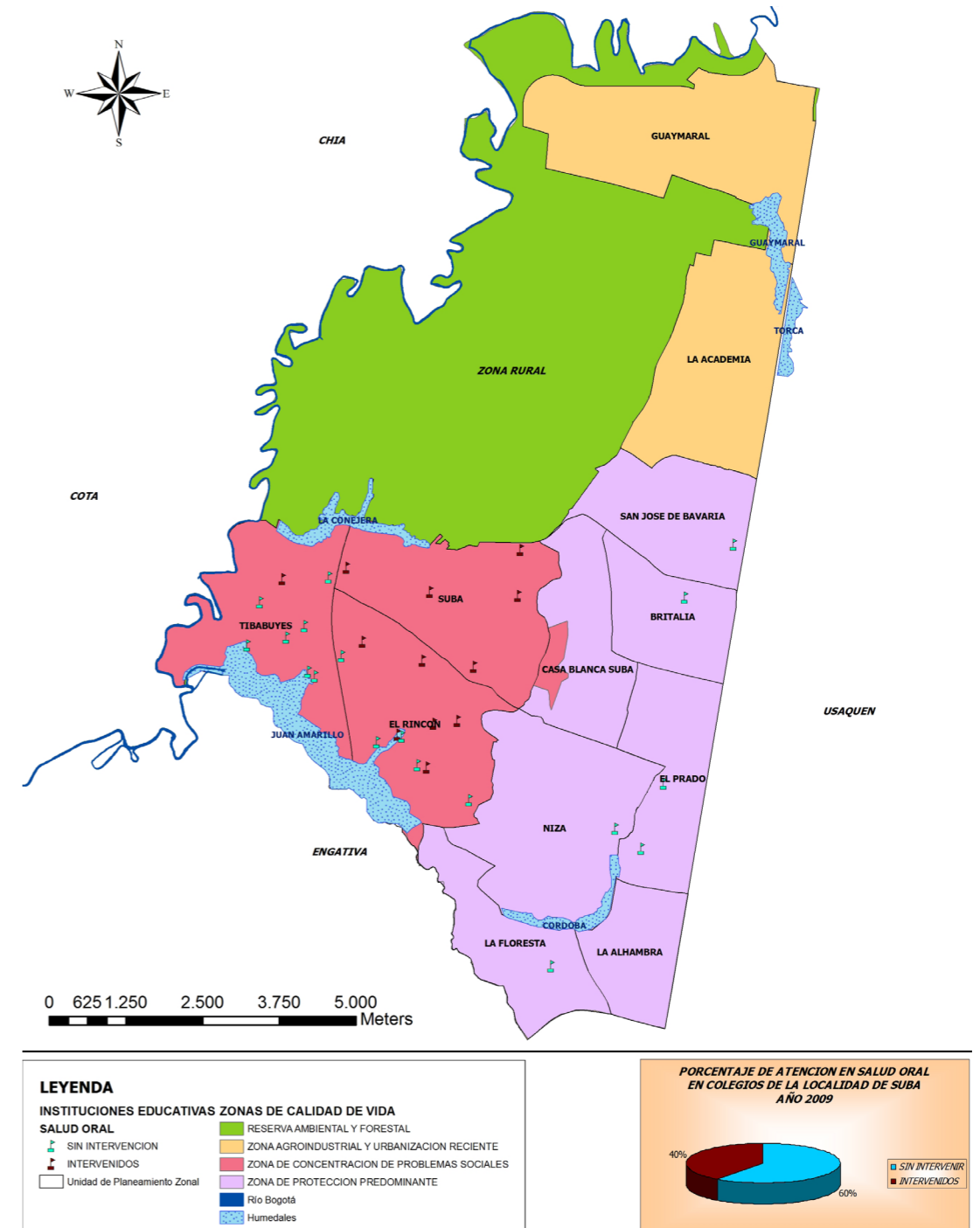
Desde el PDA de salud oral se identificaron las principales problemáticas que afectan la salud de la población en la zona de concentración de problemas sociales la cual incluye los territorios sociales Rincón, Tibabuyes, Suba y Casablanca.

- Falta de sensibilización o capacitación a profesionales para la atención integral a niños y niñas en condición de discapacidad.
- Pérdida temprana de dientes temporales, caries cavitacional por inadecuados hábitos enseñados por los padres y/o acudientes.
- Desinterés y falta de responsabilidad de algunos padres y/o acudientes en promoción de hábitos de higiene oral.
- El control de higiene oral único que se realiza en el año, no se realizan más así lo requiera

El proyecto de salud oral se desarrolla en la ESE desde diferentes ámbitos. Desde el ámbito escolar se realizó intervención en salud oral en 17 de las 34 sedes intervenidas por el ámbito escolar con 9 114 personas pertenecientes al ciclo infancia, 4.829 del género masculino y 4.285 del género femenino. Se realizó sensibilización a 9.383 personas entre docentes y padres, con objetivos como fortalecer, apoyar, crear prácticas de cuidado y autocuidado para la salud oral: actividades lúdico-educativas en salud oral a padres niños y docentes, clasificación de la situación de salud oral de los escolares, remisión a servicios y seguimiento a dicha remisión clasificación de la calidad del cepillado. Al finalizar la intervención se logró disminuir en un 50% la presencia de placa bacteriana, empoderamiento por parte de las educadoras en la instauración de un hábito favorable y como valor agregado la ESE entregó cepillos de cerda suave con tapa protectora a todos los niños participantes así como también porta cepillos en acrílico para mantenerlos higiénicamente en el salón de clases.

La intervención en salud oral se queda corta, si se tiene en cuenta que existen malos hábitos de higiene oral en el grueso de la población identificada por el ámbito escolar lo cual trae como consecuencia la pérdida de piezas dentales a temprana edad, lo cual amerita hacer la intervención en el 100% de las IED de la localidad y no limitarla a unas pocas instituciones (ver mapa 44).

Mapa 44. Intervención en salud oral, ámbito Escolar localidad de Suba, 2009.



Fuente: cartografía Hospital de Suba ESE, 2010.

Así mismo, durante el 2009 se adelantaron acciones en casas vecinales y comedores comunitarios de la localidad, abordando tres casas vecinales, de seis que existen en la localidad, logrando un cubrimiento del 50% y beneficiando a 450 menores, igualmente se atendieron 5 comedores comunitarios de 19 que operan en la localidad, logrando una cobertura del 26% y atendiendo a 850 niños y niñas. Entre las actividades que se desarrollaron se encuentran: actividades lúdicas en el uso de los implementos y técnica de cepillado, control bimensual de placa bacteriana a los menores abordados por Salud Oral en las tres casas vecinales y los cinco comedores intervenidos en la localidad, Seguimiento quincenal a las prácticas adecuadas de cepillado e higiene bucal, entrega de remisiones de acuerdo con la clasificación de riesgos en enfermedades bucales, acompañado de un folleto que contiene las direcciones, horarios y listado de profesionales adscritos para facilitar el acceso al servicio de Salud Oral en los puntos de atención de la ESE, seguimiento telefónico a la canalización al servicio. Como resultado de las diferentes actividades, se logró una disminución gradual del porcentaje de placa bacteriana del 53% entre el recuento de placa bacteriana inicial y final, logrando así mejorar las prácticas en salud oral y un mayor conocimiento de la importancia del autocuidado en higiene oral, tanto en los menores como en los padres y docentes.

En las IPS esta implementado la enseñanza de higiene oral, junto con la prevención de caries, aplicándoles sellantes y flúor a niños y niñas desde los 3 años de edad.

Continuando con el desarrollo de acciones, desde el ámbito familiar a través del proceso de caracterización a las familias, se adelantaron procesos de sensibilización tanto a los menores como a sus padres, resaltando la importancia que tienen los dientes temporales, a través de charlas sobre cepillado e higiene oral y control de placa bacteriana; así mismo, se realizó un plan casero con las familias, para el cual se realizaron dos visitas de seguimiento para observar el aumento o disminución del porcentaje de placa bacteriana, cambios favorables en hábitos alimentarios, hábitos de higiene oral (uso de implementos necesarios como la seda dental y el enjuague bucal) si mejoran o no, cuidado de los cepillos dentales y motivación para asistir a controles de promoción y prevención de enfermedades dentales.

Por el ámbito laboral durante la vigencia PIC 2009 se realizó caracterización y seguimiento a las UTI identificadas con necesidades en salud oral en dichas actividades se incluyó control de placa bacteriana, focalización de puntos críticos de acumulo de placa bacteriana y refuerzo individual de técnica de cepillado, teniendo en cuenta las necesidades personales de cada trabajador. Instrucciones individuales de uso e higiene de prótesis, uso seda dental o sustitutos de la misma. Así mismo se remitieron a los servicios de salud oral según necesidades de tratamiento.

Se caracterizaron 114 personas del ciclo de adultez, 67 pertenecientes al género masculino y 47 del género femenino. Se evidenciaron alteraciones periodontales en un porcentaje cercano al 80%, asociado a prácticas deficientes de Higiene Oral. El 15% de los trabajadores encuestados usa prótesis totales y/o removibles, desadaptadas y con más de 10 años de uso en boca, las cuales por descuido o por incapacidad económica no se han cambiado generando problemas en la cavidad oral.

En las personas caracterizadas en un 90% no existen prácticas favorables en salud oral, no asisten a consultas de tipo preventivo por falta de interés o desconocimiento, asisten en su gran mayoría a consultas de tipo resolutivo por sintomatología de dolor.

Así mismo, durante el mes de Mayo del 2009, se implementó la estrategia centinela en Salud Oral, Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral – SISVESO el cual opera en CAMI Suba y UPA Rincón para dar respuesta al Decreto 3039 de agosto de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública), el cual contempla entre las prioridades nacionales la salud oral como una de ellas; el Decreto 3518 del 9 de octubre de 2006 “por el cual se crea y reglamenta la vigilancia en salud pública; la Resolución 3577 del 26 de septiembre 2006 - PNSB- (Plan Nacional de Salud Bucal); la Política Pública en Salud

Oral, año 2004 en el desarrollo de la línea tres “Monitoreo a las condiciones de salud oral y la práctica odontológica en el Distrito Capital”, en la estrategia uno “Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral”.

En concordancia con el marco legal, la ESE a través de la atención en los centros mencionados anteriormente, encontró que el 52% de la población de ciclo vital infancia atendida son del sexo masculino, paralelo al proceso que se desarrolló directamente con la población a través de los ámbitos escolar, comunitario y familiar; la ESE adelantó en los 11 puntos de atención, programas de promoción y prevención para padres e hijos con el fin de disminuir el porcentaje de enfermedades dentales en la población, para ello se realizaron charlas en higiene oral y en la primera consulta se realizó detartraje, profilaxis, aplicación de sellantes y flúor. Durante el año 2009 se realizó control único por promoción y prevención a 56 483 pacientes.

Si se evalúa la población cubierta por salud oral se evidencia una enorme diferencia entre la población atendida y la población asignada según aseguramiento para recibir los servicios de salud oral en la ESE.

PDA Crónicos

Las necesidades sentidas por la comunidad e identificadas por el PDA de crónicas son:

- Dificultad en la garantía de seguridad alimentaria y nutricional
- Condiciones de discapacidad.
- Inadecuadas condiciones de vivienda y ambiente.
- Ambientes y entornos sociales poco saludables e inseguros.
- Perdidas de piezas dentales en los adultos y adultos mayores lo que influye en algunos casos con episodios de desnutrición.
- Faltan programas educativos para dar a conocer los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento.

Frente a estas problemáticas el ámbito IPS, a través del PDA de crónicas, identificó por medio de los RIPS que existen pacientes crónicos de todas las etapas del ciclo vital. Entre las más prevalentes se encuentran la Hipertensión, obesidad, asma y cáncer.

Así mismo se llevan a cabo visitas de asesoría y seguimiento a las diferentes IPS de la ESE, para hacer seguimiento y dar línea técnica al programa de crónicos. También se realizó en el proceso de inducción y re inducción al personal que ingrese a la ESE socialización en la tema de clasificación de riesgo en el paciente crónico. Y se capacitaron 21 profesionales en la temática de riesgo cardiovascular.

Se realiza gestión desde la parte administrativa para verificar insumos para el programa y realizar auditoria de historias clínicas en cuanto al paciente con diagnóstico de cronicidad.

La capacitación asistencial en temáticas relacionadas con enfermedades crónicas no alcanza el 1% de los funcionarios asistenciales lo cual evidencia una debilidad importante en el proceso.

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas se originan incluso desde la gestación es evidente que se deben generar estrategias para fomentar estilos de vida saludable para disminuir

la prevalencia de enfermedades crónicas en personas en edad productiva y disminuir costos en salud en la etapa de envejecimiento.

Desde el ámbito comunitario con la intervención de Muévete Comunidad en la vigencia 2009 se realizaron acciones dirigidas a la promoción de actividad física con 3 grupos comunitarios, ubicados en las UPZ 27,28 y 71, para disminuir los riesgos de enfermedades crónicas en las etapas de adulto y persona mayor, sin embargo no se evidenciaron acciones que permitieran la identificación, direccionamiento, intervención y seguimiento con la población, debido a que fue un programa nuevo en la vigencia anterior.

Frente a la intervención de fortalecimiento a organizaciones de persona mayor desde ámbito comunitario se abordó un grupo de personas mayores en el territorio conformado por 70 integrantes aproximadamente, los temas que se desarrollaron fueron: Taller de trabajo en equipo, gestores sociales en salud, enfermedades frecuentes de la persona mayor, actividad física y nutrición, envejecimiento activo, autocuidado y salud mental, estos temas fueron priorizados con el fin que la población mayor mejorara su autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social y que les permitiera crear alternativas de desarrollo que cualificaran y dignificaran la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo. Es importante tener en cuenta que los temas que se abordaron no dieron respuesta a todas las problemáticas que se identificaron y además no se contó con una cobertura significativa si se tiene en cuenta que la población mayor intervenida es menor al 1% de las personas mayores de la localidad.

Desde el ámbito escolar se realizaron acciones que permiten mejorar la calidad de vida de niños y adultos a través de reuniones con padres de familia de 25 sedes incluidas en la intervención de promoción de la alimentación, donde se incluyeron temas de hábitos alimentarios saludables, higiene y manipulación de alimentos, conservación de alimentos, problemas nutricionales en los niños y niñas, selección de alimentos adecuados de acuerdo con los siete grupos de alimentos, con un aproximado de 13.000 padres de familia a través de notas informativas.

A nivel intersectorial desde la Alcaldía Local y la Subdirección Local de Integración Social la respuesta se enfoca en la entrega de bonos a las personas mayores que se encuentran en fragilidad social.

PDA de transmisibles

- Malaria – Dengue - Leishmaniasis – Tuberculosis – Lepra

Las enfermedades transmisibles, continúan siendo un problema de salud pública, por el creciente número de casos que se presentan, la población que afecta, las discapacidades que quedan como secuela por un diagnóstico tardío y la mortalidad evitable con sus consecuencias sociales.

De hecho, de no seguir un tratamiento, alguien que sufra de tuberculosis activa puede llegar a infectar a entre 10 y 15 personas cada año. La estrategia “Alto a la Tuberculosis” es la norma internacional recomendada para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, e incluye indicaciones sobre cómo actuar con respecto a la tuberculosis en personas que viven con el VIH. Por ello, es fundamental realizar fuertes inversiones para prevenir el desarrollo y la expansión de la tuberculosis resistente a los medicamentos, mejorar la identificación de casos en la comunidad y el apoyo para la observancia, así como lograr un control de la infección más eficaz. La alianza Alto a la Tuberculosis ha desarrollado un Plan Mundial para Detener la Tuberculosis que abarca el periodo 2006-2015, basándose en el primer plan de la Alianza para 2001-2005. El plan describe las actividades que tendrán un impacto en la carga mundial de tuberculosis. Ese impacto se traducirá en una reducción de la incidencia de la enfermedad – en consonancia con los Objetivos

de Desarrollo del Milenio (ODM) – y en el logro de las metas de la Alianza, fijadas para 2015, de reducir a la mitad la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa.

Durante el año 2009 se trabajó con 15 Unidades Primarias Generadoras de Datos y tres laboratorios clínicos. Se realizó capacitación a 86 funcionarios de las UPGD, en el proceso de notificación, tratamiento, diligenciamiento de los documentos, controles de los pacientes y sobre la circular 058 del 11 de Septiembre de 2010.

Así mismo se desarrolló la sensibilización en el proceso de diagnóstico, la notificación y tratamiento a 45 personas de todo el hospital frente a la lepra, malaria, dengue y leishmaniasis.

Frente a la malaria se dio el tratamiento farmacológico a los cuatro casos que se presentaron en la localidad durante el año 2009.

A través del Comité local de vigilancia Epidemiológico - COVE se socializó la Alerta Amarilla generada por la Secretaría de Salud por el aumento de los casos de Dengue y se presentó el protocolo de atención en la enfermedad de Chagas generado por el Instituto Nacional de Salud a los participantes los cuales son representantes de las diferentes IPS públicas y privadas de la localidad.

Estrategias IAMI, IAFI, AIEPI, ERA.

Son el conjunto de acciones integradas, orientadas a fortalecer las alianzas colaborativas, direccionamiento y operación de los procesos a fin de contribuir a garantizar la atención con calidad y calidez de la población materna e infantil en las IPS, de la ESE en el marco de las estrategias IAMI-AIEPI-IAFI - ERA.

IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Esta dirigida al apoyo de la lactancia materna y el cumplimiento del código internacional de sucedáneos.

AIEPI: Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia. La estrategia AIEPI busca la valoración Integral del menor bien resolutivamente como en promoción y prevención de las enfermedades prevalentes (ERA, EDA, fiebre, problemas de oído y garganta; DNT/anemia) medidas preventivas, cuidados en casa con el menor enfermo y signos de alarma para acudir a urgencias.

ERA: Enfermedad Respiratoria Aguda. Promoción y Prevención de la enfermedad respiratoria, primera causa de morbilidad y mortalidad del menor de 5 años.

IAFI: Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia. Enfocada a la atención a la población materno e infantil, con calidez, calidad y amigabilidad.

Las estrategias materno e infantiles y componente ERA, están direccionadas desde nivel central en la formación de un equipo de trabajo conformado por referentes de los diferentes ámbitos donde se implementa las estrategias: Familiar, escolar, Comunitario y IPS liderado por este último.

Para la vigencia 2009 se identificaron problemáticas relacionadas con las estrategias en la población materna e infantil, estas fueron:

- El desarrollo integral de niños y niñas se ve afectado por el desconocimiento, falta de empoderamiento y corresponsabilidad de las familias debido a inadecuados hábitos de vida.
- Déficit de la capacidad instalada en los picos epidemiológicos por ERA.

- Alta prevalencia de enfermedades respiratorias y diarreicas en la población infantil y desconocimiento en la identificación de signos de alarma que afectan la oportuna atención.
- Dificultad en el fomento y continuidad de la práctica de la lactancia materna exclusiva en familias con menores de seis meses.
- Maltrato infantil y negligencia en el cuidado de los menores.
- Barreras de acceso a los servicios de salud, principalmente barreras de tipo económico y de aseguramiento.

Durante el 2009, se logró la implementación de las estrategias materno - infantiles de AIEPI-IAMI-IAFI-ERA, en los 12 puntos de atención de la ESE, en cuanto a calidad, calidez y amigabilidad en la atención, para disminuir barreras de acceso; sin embargo persisten barreras de acceso por contratación con las diferentes EPS y normatividad del sistema general de salud.

La estrategia por el ámbito IPS no tiene actividades directas con la población infantil, sin embargo en aras de prestar un servicio con la calidad y la calidez a los usuarios, se adelantaron procesos de capacitación a los profesionales en cuanto a los derechos y deberes de los niños y niñas; a fin de lograr una mejor canalización a los servicios que requieran aquellos menores que se identifiquen en alguna situación o condición de vulnerabilidad. Durante el año 2009 se capacitaron 23 profesionales (medicina, enfermería, nutrición y terapeutas) en AIEPI clínico, 52 auxiliares de enfermería en curso conversando con las madres en AIEPI y 15 en la estrategia ERA (médicos, enfermeras, terapeutas, nutricionistas).

Así mismo, para el funcionamiento a máxima capacidad instalada del Hospital, durante los picos epidemiológicos por ERA e incluso la utilización de la capacidad instalada en niveles por debajo de las posibilidades de oferta, desde el ámbito IPS se elaboraron e implementaron planes de contingencia que incluye: reconversión de camas, aéreas de expansión, redistribución del talento humano, capacitación y entrenamiento, priorización en consulta externa, establecimiento de filtros en urgencias y consulta externa, Reforzamiento de insumos, suministros y establecimiento de medidas de bioseguridad.

Por su parte desde el ámbito escolar se realizaron procesos de prevención y manejo de la ERA en 11 jardines que hacen parte de la estrategia de Salud al Colegio, el trabajo estuvo dirigido a docentes, estudiantes y padres de familia de estas instituciones; a través de procesos de sensibilización a los padres de familia para que acudan con sus hijos a los centros de salud para la atención de los programas de crecimiento y desarrollo y para que inicien o completen el esquema de vacunas; igualmente se hace énfasis en los riesgos y peligros que genera la automedicación y la importancia de seguir las recomendaciones del médico.

Adicionalmente, se capacitaron a las jardineras del curso de agentes comunitarios para la replicación de esta información y de esta manera llegar a las familias. Durante el 2009 se capacitaron 100 jardineras y 150 padres aproximadamente.

Desde el ámbito comunitario, se realizaron procesos de prevención y manejo comunitario de la ERA a los diferentes actores sociales caracterizados de la localidad. Desde el sentir y la percepción de las más de 100 agentes comunitarias capacitadas, entre las que se encuentran (12 jardineras y 15 madres FAMIS del ICBF) las cuales intervienen a 3501 niños y niñas, 109 gestantes y 209 lactantes; y desde la visión de los actores sociales locales (12 personas de Copaco y 36 personas de cabildo indígena). Además se sensibilizó en la importancia de remitir a tiempo esta población por medio de la remisión de referencia y contra referencia de los agentes de AIEPI.

Dentro de las acciones que se adelantaron durante el 2009 por la estrategia de Salud a su Casa, se encuentra la estrategia AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia), la cual está dirigida a la atención de niños y niñas menores de cinco años, esta atención consiste en indagar con la madre o cuidador las condiciones de enfermedad del menor, los factores protectores desde una mirada integral; con el objetivo de evidenciar si existe algún signo o síntoma que pongan en riesgo la vida del menor.

Desde el ámbito familiar, se realizaron actividades educativas realizadas por el promotor de salud, encaminadas a mitigar el impacto de la ERA en las familias caracterizadas. Así mismo, se fortaleció la notificación y vigilancia de la enfermedad respiratoria con el objetivo de dar alertas epidemiológicas.

A nivel intersectorial se desarrollan acciones de educación continua en las unidades de trabajo de agentes comunitarios como son: jardines privados, hogares de bienestar y madres FAMI en medidas preventivas e identificación de signos de alarma de enfermedades respiratorias y diarreicas diferenciando cada una de ellas, además de la articulación, notificación y seguimiento a los casos desde las unidades intervenidas.

Frente a la dificultad para el fomento y continuidad de la práctica de la lactancia materna exclusiva en familias con menores de 0 a 6 meses. Desde el ámbito escolar se realizaron sesiones educativas en lactancia con padres y docentes de 11 jardines. Además en el mes de lactancia materna se apoyan las actividades promocionales.

Por su parte desde el ámbito comunitario se buscó conformar y acompañar a dos grupos de apoyo en la lactancia materna en la localidad de Suba, además de apoyar constantemente al grupo de madres FAMIS del ICBF, adicionalmente desde el proceso de capacidades ciudadanas se hace énfasis en el componente de alimentación en el menor desde el fomento de la lactancia materna exclusiva y sus beneficios, así como técnicas de amamantamiento y generalidades.

A nivel intersectorial se desarrollaron acciones en la identificación, conformación y acompañamiento a grupos de apoyo de la lactancia materna en la localidad a través del ICBF, jardines con salas amigas de SLIS y ONG que intervinieron población gestante y lactante en conjunto con las referentes de IAMI y promoción de la lactancia materna comunitaria.

Por otro lado, desde las intervenciones que se adelantan desde la ESE frente a las problemáticas identificadas para los menores de la localidad, como lo es el maltrato infantil y la negligencia en el cuidado de los menores; las acciones de intervención de la estrategia se basaron en la capacitación, sensibilización y acompañamiento de acciones de los agentes comunitarios, por medio de estos se fomentan prácticas de buen trato y sobre todo fomento de la denuncia y notificación obligatoria de violencias en esta población por medio de las fichas de notificación obligatoria de Sivim y Vigilancia Epidemiológica Comunitaria.

Así mismo, se realizan continuas sensibilizaciones en espacios locales para el fomento de la notificación obligatoria de violencias desde las unidades de trabajo de los agentes comunitarios locales.

Paralelo al proceso que se desarrolló con los menores de la localidad, la ESE adelantó acciones desde la implementación de las estrategias dirigidas a las mujeres gestantes, durante el 2009 se atendieron 70 casos de gestantes en riesgo psicosocial, que no asisten a controles prenatales o con barreras de acceso a los servicios. Dando cumplimiento al 90% de estos casos, se les realizó visita domiciliaria, donde se evaluó la situación de las gestantes y los niños, se proporcionó orientación respecto a la ruta de atención de la ESE, educación en el 100% de los casos en señales de alarma, derechos y compromisos de las familias gestantes.

Posterior a las visitas se realizó la remisión de los casos a SASC para caracterización de las familias, seguimiento por promotor de salud e Intervención por psicosocial, pues en los casos atendidos los embarazos no son planeados y las gestantes tienen dependencia económica de sus parejas o padres, presentan en el 100% de los casos estrés o depresión por la situación económica pues estas familias viven con salarios mínimos que impiden tener un adecuado nivel nutricional e incertidumbre respecto al futuro. A nivel local se remitieron casos para apoyo nutricional a SLIS y a las orientadoras FAMI.

Los casos detectados con barreras de acceso por aseguramiento, por descuido o por oportunidad en las citas con especialista y dificultades con la entrega de resultados de laboratorio especialmente de VIH, estas dificultades fueron resueltas con el trabajo articulado con atención al usuario y coordinadores de servicios, las gestantes fueron ingresadas a los controles prenatales y se agilizó la atención de ginecología para los casos que lo requirieron.

Adicionalmente se dio la orientación pertinente posterior a la comprobación de derechos para atender a gestantes provenientes de otras ciudades o municipios; se hizo visita a cinco casos de mortalidad materna y dos casos de mortalidad por ERA en menores de cinco años; por último se atendieron seis casos de menores en riesgo. En estos casos se indaga sobre las causas de la muerte desde el relato de las familias, todas accedieron de forma tardía al control prenatal, en uno de los casos la familia desconocía que la mujer estaba en embarazo y en otro la gestante desconocía su estado lo que evidencia las fallas en la demanda inducida a los servicios de salud.

En estos casos la red indaga por la situación de aseguramiento y salud del recién nacido, dando las indicaciones pertinentes para identificar señales de alarma en la infancia, en aquellos casos que no hubo acompañamiento del profesional de psicología la red realizó la respectiva remisión para manejo del duelo. El resultado de las visitas se llevó a los comités institucionales en donde se evalúan las muertes maternas, según el modelo de las tres oportunidades.

Adicionalmente, se realizaron circuitos institucionales para mujeres gestantes al Centro de Servicios Especializados, al CAMI de Suba en donde se cuenta con servicios de ginecología y ecografías y fueron efectuados con gestantes adolescentes caracterizadas por CADEL y Salud al Colegio y aquellas vinculadas a programas de SLIS. Es importante resaltar que uno de los circuitos se realizó de forma articulada con el Hospital de Chapinero en donde las gestantes realizaron el reconocimiento de los servicios de I, II y III nivel de la Subred Norte. Respecto a circuitos territoriales para esta población se efectuaron inicialmente con grupos de facilitadores y en el segundo semestre con la estrategia PAI casa a casa; gracias al desarrollo de estos circuitos se logró la captación de gestantes sin controles prenatales o con barreras de acceso. Todas recibieron educación en derechos, compromisos de las familias gestantes y orientación en la ruta de atención institucional.

Respecto a circuitos institucionales para niños se realizaron en CAP Aures y CAMI Suba, dos de los centros de atención de primer nivel más grandes de la ESE. Los menores participantes en estos circuitos pertenecen a instituciones como el ICBF y a IED Delia Zapata, UPZ Suba Centro de estratos 1 a 3, de los cuales el 50% aproximadamente eran población objeto de la ESE.

Los circuitos territoriales se desarrollaron básicamente en la UPZ del Rincón en donde según lo encontrado se encuentran en su gran mayoría con esquema de vacunación completo para la edad pero hay una gran inasistencia a los programas de crecimiento y desarrollo, pues la gran mayoría de cuidadores no ven la importancia de la consulta. Con estos circuitos se realiza remisión a los servicios faltantes y se detectaron gestantes y menores que no asistieron a los servicios o con barreras de aseguramiento.

Se tuvo una cobertura de 199 gestantes, de las cuales fueron captadas 94 en circuitos territoriales y 105 en circuitos institucionales. En cuanto a niños y niñas menores de 5 años se captaron 136

menores en circuitos territoriales y 159 en circuitos institucionales, para un total de 295 menores.

Se realizaron diversas acciones de movilización social: Iniciativa del día de la mujer en el mes de Marzo, Jornada local de promoción de la salud materna perinatal en el mes de mayo, Jornada del hombre en el mes de Junio, iniciativa de lactancia materna en el mes de agosto, jornada de salud sexual y reproductiva en el mes de septiembre, feria nutricombo en el mes de octubre e iniciativa ecológica en el mes de noviembre. En las actividades de movilización participaron: 274 gestantes, 127 menores de 12 años y 82 lactantes.

Con la aplicación de los paquetes educativos de salud materna infantil, se logró educar, orientar e informar a las familias gestantes sobre derechos y compromisos de la familia gestante, señales de alarma en la gestación, portafolio de servicios y como cuarto tema se trabajó curso de preparación para la maternidad y la paternidad, embarazo de alto riesgo y violencia intrafamiliar y emocional con una cobertura de 265 mujeres en estado de gestación.

Coordinación de los nodos en salud materna infantil con la participación de actores comunitarios y actores institucionales generando acciones a nivel local que permita el mejoramiento de la calidad de vida de las familias gestantes, encuentros que se desarrollaron de manera mensual. A través de la reunión de nodos se organizaron circuitos, jornadas e iniciativas, sirvió como un espacio para dialogar respecto a la situación de las mujeres gestantes de nuestra localidad y contó con espacios de formación para los asistentes. Es importante resaltar la asistencia de agentes educativas FAMI a lo largo del año con quienes se tuvo el apoyo constante para el desarrollo de todas las actividades propuestas por la red, que se ve reflejada en las coberturas de las diferentes jornadas de movilización social. Aunque en estos espacios no participaron otras entidades si se logró el contacto con estas para el desarrollo de actividades y el apoyo para la población materna infantil de la localidad, estos contactos se hicieron a través del Comité Local de Infancia y Adolescencia y el Consejo Red del Buen Trato.

4.2.1.3 Plan Ampliado de Inmunización (PAI)

- No cumplimiento de coberturas útiles de vacunación (93%) en la población objeto (menores de un año y niños de un año).

Durante el 2009 a través de las acciones que se adelantaron dentro del Plan Ampliado de Inmunización (PAI), se realizó búsqueda activa de la población objeto a través de estrategias extramurales como: seguimiento a cohortes de recién nacidos, vacunación por concentración, vacunación casa a casa, vacunación por concentración, vacunación en hogares de protección infantil, jornadas nacionales y distritales de vacunación, toma de la localidad. Vacunación institucional en horarios regulares y extendidos. Capacitación y actualización al talento humano encargado de la ejecución del programa, fortalecimiento del sistema de información de PAI en conectividad (actualización y sistematización de la información), fortalecimiento de la investigación de ESAVI y casos probables de EIP.

A nivel intersectorial se cuenta con el apoyo de instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Subdirección Local de Integración Social y la Dirección Local de Educación, para el desarrollo de las actividades de vacunación en población escolarizada.

4.2.1.4 Unidad Ejecutora Local (UEL)

En complemento a las acciones del PIC se encuentran los proyectos de la UEL en la localidad con las siguientes intervenciones a saber: proyecto de vacunación contra el Neumococo dirigido a población infantil entre los 2 y 23 meses, residentes de la zona de concentración de problemas

sociales y que fueron caracterizadas a través del modelo de atención y centros IPS de las E.S.E. de la localidad distribuidos de la siguiente manera: 150 niños menores de 6 meses quienes recibirán 3 dosis y un refuerzo; 100 niños de 7 a 12 meses quienes recibirán dos dosis y un refuerzo y 50 niños de 13 a 23 meses los cuales recibirán una dosis y un refuerzo (esquema recomendado por el laboratorio fabricante).

Para el desarrollo de este proyecto se realizó convocatoria, registro y canalización de la población, seguida de la sensibilización a la población beneficiaria frente a la importancia y cuidado de las enfermedades respiratorias.

Durante la vigencia 2009, se llevó a cabo la ejecución del proyecto de salud No. 229 Fortalecer Programas de Atención Integral al Adulto Mayor de la Localidad de Suba, cuyo objetivo fue promover el envejecimiento activo a través de la implementación de proyectos de atención integral para la persona mayor, que permitieran el fortalecimiento del desarrollo de la autonomía, el auto cuidado integral y la inclusión en los procesos de participación social, promoviendo la inclusión de prácticas saludables en la vida cotidiana y procesos psicoeducativos.

La población vinculada al proyecto corresponde a 1.162 adultos mayores de 32 Clubes de la Localidad 11 de Suba focalizados en las UPZ prioritarias 23, 27, 28 y 71, y/o vulnerables de la localidad, que se encuentren en grupos formados (clubes de persona mayor), de sexo masculino y femenino, del régimen de salud subsidiado, contributivo o vinculado, preferiblemente de estratos 1 y 2.

El proceso se adelantó a través de la implementación de módulos de envejecimiento autónomo que permitió fortalecer los conocimientos adquiridos de los participantes en temas propuestos y concertados con ellos (autoestima, sexualidad, estrés y espacios libres de humo, manejo del duelo) dando así el autoconocimiento de los diferentes cambios adquiridos durante el proceso de envejecimiento psicológico. El porcentaje de asistencia de los participantes sesión tras sesión fue aproximadamente del 80%.

Así mismo, se llevó a cabo un encuentro intergeneracional, contando con el 93% de los clubes participantes los cuales fueron convocados por medio de los líderes de cada grupo quienes apoyaron la organización de dicho evento cuyo lema fue Jóvenes Trabajando en Pro de la Persona Mayor de Suba, donde se logró el disfrute de las diferentes actividades diseñadas para ellos. Dicho evento se desarrolló en dos jornadas dentro del Coliseo de Tibabuyes con la participación de 500 adultos en la mañana y 465 en la tarde, este evento necesito de la elaboración de plan de contingencia el cual fue asesorado por el DPAE del Hospital de Suba quien dio la orientación sobre el plan de evacuación en caso de alguna emergencia, a lo largo de todo el evento se contó con un equipo médico conformado por una médica, enfermera jefe, brigadista y la comunicación constante con la ambulancia la cual se encontraba en el área.

Este encuentro permitió la integración de los diferentes grupos facilitando la conformación de redes, además los adultos refirieron “sentirse muy orgullosos por que los jóvenes aún se preocupan por ellos”, mejorando su autoestima.

El módulo de envejecimiento saludable, contó con el trabajo de un equipo interdisciplinario (psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, gerontóloga) los cuales desarrollaron 16 sesiones de dos horas en los treinta y dos grupos; abordando temas relacionados con el manejo del duelo, el manejo del perdón, el consumo de frutas y verduras, junto con estos temas también se dio a conocer la importancia de la alimentación en adultos mayores con obesidad, hipertensión, diabetes y osteoporosis brindando así el conocimiento y las herramientas necesarias para una alimentación sana dependiendo de dichas patologías cambiando hábitos de vida alimentarios y permitiendo que los adultos mayores se informen sobre la importancia de llevar una dieta acorde.

Otro factor importante dentro del envejecimiento saludable son las sesiones desarrolladas por la fisioterapeuta donde muestra la importancia de realizar actividad física donde se sensibilizo a las personas mayores para que tomaran la actividad física como parte de su diario vivir y tuvieran e hicieran de esto un hábito.

El módulo de envejecimiento protegido, fue ejecutado en cinco sesiones de dos horas cada una en los treinta y dos grupos por los diferentes profesionales donde se buscó que los temas aportaran para la protección de la integridad física y psicológica de las personas como se hizo con psicología y redes de apoyo las cuales se practicaron en los dos grandes eventos del proyecto dando como resultado la integración de los diferentes grupos y por ende de los líderes que no se conocían y fortaleciendo así las redes existentes tanto dentro del núcleo familiar como en la familia.

Finalmente, el módulo de envejecimiento productivo, se desarrolló en cuatro sesiones de cuatro horas cada uno donde inicialmente se aplicaron encuestas de preferencias a los treinta y dos grupos participantes del proyecto donde escogían que actividad manual o de laborterapia deseaban dando como resultado adornos navideños en porcelanicrom los cuales fueron expuestos en el evento de clausura. Así mismo, se realizó una sesión de envejecimiento productivo donde se explicó a los adultos mayores que es productividad y la importancia de esta durante el transcurso del ciclo vital, corrigiendo conceptos errados que se tenían de productividad desligándolo del factor lucro económico, para así continuar con las sesiones de laborterapia donde el producto fue arreglo y como valor agregado se enseñó que por medio de la actividad manual se está ejercitando músculos y motricidad fina entre otros beneficios.

Adicional a este proceso se adelantó un componente de salud oral el cual inicio con la valoración de trescientos cincuenta adultos mayores de los cuales ciento treinta se les realizo tratamiento protésico el cual evidencia muchos resultados mejora el autoestima, la deglución de los alimentos y la autoimagen, además de esto se dictaron sesiones de educación para el auto cuidado e higiene oral pre y post prótesis dental, seguido de esto se realizaron los controles necesarios para el acoplamiento a la prótesis dental, junto a la entrega de cincuenta kits orales. Paralelo a esto se dictaron talleres de higiene oral y auto cuidado y divulgación del sistema general del sistema de seguridad social en salud a los integrantes de los treinta dos grupos participantes en el proyecto, iniciando cambios y costumbres que favorezcan la salud oral.

4.2.2 Territorios social cuatro (Britalia, Prado, San José de Bavaria) y territorio social cinco (Niza, Alhambra, Floresta).

En estos territorios las intervenciones aplicaron para las etapas de juventud, adultez y vejez.

4.2.2.1 Análisis por PDA

PDA de Salud Mental

- Maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia sexual con eventos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono hacia los jóvenes.
- Carencia de modelos integrales para la atención en salud (no solo física sino emocional) en las personas mayores con alternativas concretas y de amplia cobertura.

Desde el componente de vigilancia por el subsistema Sivim se identificaron 127 casos en los territorios sociales que hacen parte de la zona de perfil de protección, de los cuales 29 fueron jóvenes entre 14 y 26 años y 15 fueron adultos entre 27 y 59 años reportados por violencia, lo

que representa el 7,4% del total de casos (1.714) reportados en el 2009. Los tipos de violencia corresponden a violencia intrafamiliar y violencia sexual con eventos de violencia física, emocional, económica, negligencia y abandono hacia los jóvenes y adultos de la localidad de Suba.

Se llevaron a cabo Investigaciones epidemiológicas de campo con cada uno de los casos, con proceso de orientación y sensibilización en promoción del buen trato, prevención del maltrato, canalización en la red de apoyo socio legal, de salud, socio familiar y seguimiento posterior que favorece la restitución de los derechos vulnerados del joven afectado, elaboración y entrega de retroalimentación de los casos a las UPGD y UI.

Se realizó articulación de acciones con redes socio legales, comisarías de Familia, ICBF, Fiscalías especializadas en violencia y maltrato infantil y violencia sexual; de igual forma articulación con la red de apoyo en salud en los diferentes regímenes de afiliación al SGSS incluidos los proyectos locales de atención terapéutica, para la atención integral de las víctimas según protocolos de atención, políticas de Infancia y adolescencia y acuerdos distritales; por último articulación intersectorial con redes de apoyo socio - familiar Secretarías de Integración Social, DILE, Personería, Casa de Igualdad de Oportunidades y de la Mujer. Participación en Comité local de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual de la localidad para hacer seguimiento y garantizar la atención integral de las víctimas y los casos atendidos en la localidad de Suba.

Con el fin de avanzar en una atención integral que le brinde a las y los usuarios alternativas de solución a sus problemáticas, en este marco desde el ámbito IPS, a través de la intervención en salud mental se adelantaron procesos de capacitación a 335 colaboradores del hospital, distribuidos así: 153 asistenciales, 102 administrativos y 80 colaboradores de servicios generales y personal de vigilancia, donde se abordaron temáticas relacionadas con: importancia de la notificación frente al abordaje de las diferentes violencias, atención a eventos de salud mental, oferta de servicios desde salud pública, protocolo de atención integral a víctimas de abuso sexual.

Así mismo, se realizaron procesos de sensibilización a 15 colaboradores del hospital; también se realizó asesoría y asistencia técnica de forma bimensual al 100% de las IPS de la ESE; durante las asesorías se socializaron temas frente a la normativa legal vigente y la obligatoriedad en la respuesta en la prestación de los servicios por parte de los funcionarios y/o colaboradores del sector salud.

PDA de Salud Sexual y Reproductiva

- Embarazo en adolescentes entre 14 y 19 años.
- Incidencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Prevalencia de cáncer de cuello uterino.
- Incidencia de casos de VIH en jóvenes.

Las intervenciones fueron las mismas que se desarrollaron en la zona de concentración de problemas sociales por los PDA de transmisibles, Salud Sexual y Reproductiva.

Para dar respuesta a las necesidades identificadas desde el ámbito IPS se realizaron capacitaciones a 12 profesionales en temáticas de regulación de la fecundidad enfocando la asesoría en la sensibilización de jóvenes y adolescentes, también se realizaron capacitaciones en servicios amigables para el joven y el adolescente. En los diferentes puntos de atención de la ESE, se encontraban ofertados métodos de regulación hormonal.

En el primer semestre del año se contó con presencia de una representante de bienestar familiar con quien se realizó articulación desde la mesa de sexualidad y género, para generar acciones de prevención con las madres FAMI. La intervención incluía: proyecto de educación sexual, abuso sexual infantil, altos niveles de intolerancia entre compañeros, maltrato infantil, ausencia de valores, baja autoestima.

Desde el ámbito escolar se realizaron sesiones educativas a grupos multiplicadores en 17 sedes de IED con el fin de que estos transmitieran la información por medio de estrategias masivas de comunicación. Las temáticas tratadas fueron valores, autoestima, expresión de sentimientos, prevención abuso sexual infantil, toma de decisiones, presión de grupo, resolución de conflictos. La población abordada fueron 364 estudiantes. Pese a que las problemáticas en materia de salud sexual y reproductiva van en aumento las intervenciones son mínimas si se tiene en cuenta la población abordada.

En los y las jóvenes de la localidad se identificaron durante el 2009 problemáticas tales como son el embarazo en adolescentes, incidencia de enfermedades de transmisión sexual, prevalencia de cáncer de cuello uterino, incidencia de casos de VIH en jóvenes, desde el PDA de salud sexual y reproductiva se identificaron 2.612 embarazos en mujeres entre los 14 y 19 años, los cuales fueron canalizados a la ruta de la gestante para una atención integral, recibieron consulta por gineco-obstetricia para valoración por alto riesgo y se realizó el seguimiento respectivo.

Se identificaron 45 jóvenes con enfermedades de transmisión sexual tales como sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano y herpes, de las cuales 11 se presentaron en hombres y 34 en mujeres; en población adulta se presentaron 54 casos, de las cuales 15 se presentaron en hombres y 39 en mujeres. Frente al VIH se presentaron siete casos en jóvenes, de los cuales cuatro fueron en mujeres y tres en hombres y nueve casos en población adulta, de los cuales cuatro fueron en mujeres y cinco en hombres. Se tomaron muestras para procesar la prueba de Elisa y Western Blot; la articulación con el laboratorio institucional permitió la identificación y el trámite de referencia oportuna de los casos y seguimiento antes de 30 días. De acuerdo con esto, se ejecutan seguimientos mensuales a los pacientes con diagnóstico confirmado. La articulación con el Hospital Simón Bolívar VI Nivel, permitió que la referencia de los pacientes se lograra en espacio inferior a 30 días y de esta forma la intervención por infectología fuera en menor tiempo. Las capacitaciones en asesoría integral para VIH y enfermedades de transmisión sexual se dirigieron a cinco médicos generales, once enfermeras y una terapeuta respiratoria para un total de 17 funcionarios.

La articulación con DILE en la mesa de salud sexual permitió canalizar los casos de embarazos en adolescentes escolarizadas. El convenio con PRODES ONG efectuó las piezas comunicativas dirigidas a la población gestante con información de signos de alarma y la ruta de atención así como para la población general con estrategias para la Regulación de la Fecundidad.

Por otro lado, para la toma de citologías, el hospital de Suba cuenta con 11 Puntos de atención habilitados. Para el año 2009 se tomaron en total de 16.383 citologías, para un promedio mensual de 1.514. Del total citologías tomadas, 4.863 corresponden a población de la etapa de juventud, de las cuales 2.628 fueron población vinculada; 2.235 usuarias pertenecen a EPS subsidiada. En las jóvenes que se tomaron la citología, el 11% (5.479) resultaron anormales (307 ASC-US y 232 lesiones de bajo grado, seis lesiones de alto grado y dos anomalías de células glandulares.

Del total de citologías tomadas, 851 corresponden a mujeres mayores, es decir 5%, de estas 231 fueron población vinculada; 620 usuarias pertenecen EPS subsidiada. Con relación a los resultados citológicos, se identificaron 21 casos anormales es decir el 2,5% (10 ASC-US, ocho lesiones de bajo grado, una lesión de alto grado, una lesión de alto grado con sospecha de infiltración, un carcinoma escamocelular).

Durante el año 2009 se presentaron cinco casos de muerte materna por lo que se realizaron unidades de análisis respectivas para mortalidad materna, en las cuales se identificó según el modelo de las cuatro demoras, que estas mortalidades se asociaron a la segunda demora que corresponde a la decisión de acudir a los servicios de salud por parte de las usuarias. Para evitar los eventos de mortalidad materna se implementó en la Institución una consulta integral de valoración de la paciente, definición del riesgo obstétrico y ecografía en la primera consulta con médico especialista, la cual tiene una duración de 40 minutos. Por otro lado, se implementó en el segundo semestre de 2009 la unidad de alta dependencia obstétrica brindando atención a pacientes de alto riesgo obstétrico de alta complejidad.

PDA Transmisibles

- Malaria – Dengue - Leishmaniasis – Tuberculosis – Lepra

Durante el año 2009 desde el ámbito IPS por el programa de transmisibles se realizó asesoría técnica en 15 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y tres laboratorios clínicos. Se realizó capacitación a 86 funcionarios de las UPGD y se realizó sensibilización en tuberculosis, proceso de notificación, tratamiento, diligenciamiento de instrumentos de captura, controles de pacientes y sobre la circular 058 del 11 de Septiembre de 2010.

Para la leishmaniasis, se presentó una persona diagnosticada por las unidades de la localidad; frente al chagas se notificaron 19 casos, los cuales tienen residencia en la localidad, todos los casos fueron intervenidos oportunamente.

Se realizó sensibilización a 45 profesionales del hospital en el proceso de diagnóstico, notificación y tratamiento en lepra, malaria, leishmaniasis, dengue y chagas.

PDA de Crónicas

En el año 2009 no se tiene ninguna información de actividades que se hayan realizado con la población juvenil desde la referencia de crónicas. Sin embargo se hallaron datos de los RIPS del año 2009 donde se evidencian enfermedades crónicas en este grupo poblacional como son la hipertensión, obesidad, asma y cáncer.

A nivel intersectorial no existen programas específicos para jóvenes que padecen enfermedades crónicas.

4.2.2.2 Análisis por transversalidad

Transversalidad Red de Salud y Trabajo

- Factores familiares, sociales, culturales y económicos que afectan la calidad de vida y salud de la población adulta, limitando el desarrollo de su proyecto de vida.
- Escasas posibilidades de formación, capacitación y apoyo crediticio a iniciativas productivas para la población adulta limitando su acceso a un mercado laboral formal generando condiciones de inequidad social y económica.
- Falta de promoción de la salud mental de los trabajadores informales identificados.
- Desconocimiento y poco interés en la participación de espacios públicos para la toma de decisiones.

Durante el proceso de caracterización a 548 unidades productivas, se identificaron no sólo los riesgos de las unidades sino el contexto social y cultural que limitan el desarrollo de una mejor calidad de vida en los trabajadores informales; es por ello que se realiza asesoría en deberes y derechos en el sistema de seguridad social y para el cumplimiento del plan de mejoramiento que conlleva a mejores condiciones laborales, familiares, sociales y culturales que redundan en el aumento de los ingresos favoreciendo una mejor estabilidad económica y de igual forma el impacto que pueden causar los riesgos en la salud de los trabajadores. A través de salud oral se intervinieron 40 unidades productivas informales afectando 90 trabajadores mejorando en ellos las prácticas de higiene oral.

Durante el proceso de caracterización a las 548 unidades productivas se identificaron necesidades en capacitación y acceso a crédito para lo cual se realizaron las remisiones respectivas a la Red de Salud y calidad de vida de los trabajadores, pero existen grandes limitaciones dado que en la localidad los proyectos son dirigidos a población vulnerable y los trabajadores informales no cuentan para recibir este apoyo. Las entidades con las que cuenta la localidad como el SENA dictan cursos en otras localidades y los trabajadores de Suba encuentran una limitante al tener que invertir en transporte, además los horarios son poco atractivos.

En salud mental se abordaron 13 casos con problemáticas de depresión, problemáticas familiares, dificultades económicas, comunicación no asertiva entre los miembros del núcleo familiar, no hay un proyecto de vida y sentido de vida, relaciones distantes y conflictivas entre los progenitores, dificultades en el manejo, pautas de crianza asertiva y estrés, donde se realizó un acercamiento a la problemática y orientación a la misma. Además se realizó intervención psicológica enfocada al manejo de la comunicación asertiva, resolución de conflictos y manejo adecuado de pautas de crianza en búsqueda de mejorar la autoestima, el auto concepto, auto imagen y el sentido de vida lo cual es estructura del proyecto de vida, además se entregó un folleto a los asistentes sobre el manejo del estrés.

El espacio de participación al cual se remiten los trabajadores es la Red de salud y calidad de vida, sin embargo los trabajadores no muestran interés por asistir al espacio (una vez al mes de cuatro horas) pero si quieren beneficiarse del mismo.

4.2.3 Territorio Social Seis Academia, Guaymaral, Reserva forestal – Vereda Chorrillos.

En este territorio social las intervenciones se concentraron en la vereda Chorrillos.

4.2.3.1. Etapa de ciclo vital de infancia

Transversalidad de Red de Salud y Trabajo

Desde la transversalidad de salud y trabajo se identificaron las principales problemáticas a saber:

- Precarias condiciones socioeconómicas de la familia de los niños y niñas trabajadores caracterizados.
- Barreras de acceso para la oportunidad de los servicios en salud, física y mental
- Manejo inadecuado del tiempo libre
- Barreras de acceso frente a las esferas personal, educativa, familiar, económica y social que obstaculizan el desarrollo del proyecto de vida.

Durante el año 2009, a través del ámbito laboral se caracterizaron 150 niños y niñas trabajadoras en la vereda Chorrillos, los cuales fueron canalizados a los servicios de Promoción y Prevención de la ESE pero no fue posible su atención debido a que según refiere la comunidad “no hay agenda” y en algunos casos no cuentan con dinero para transportarse hasta los puntos de atención de la ESE, lo cual hace evidente la necesidad de un centro de salud en la vereda; por tanto para cumplir la meta de contra remisiones de salud que se exige por la SDS se solicitó apoyo de una profesional médica y de odontología quienes realizan la revisión pertinente de acuerdo con las necesidades de los menores.

Adicional al proceso que se adelantó con los menores, se realizaron acciones con los padres y madres de los 150 niños y niñas caracterizados, a fin de indagar acerca de las condiciones socio económicas de las familias, logrando determinar que la mayoría tienen trabajo ya sea en flores, cuidando las fincas, o atendiendo tiendas o restaurantes, sin embargo, algunos de estos trabajos no producen suficientes ingresos haciendo que los niños y niñas deban colaborar con el sustento de la familia o producir para los gastos personales. Se les comenta a los padres sobre la recepción de hojas de vida pero lo cual no muestran interés dado que durante la vigencia no solicitaron este servicio.

En la sensibilización realizada a los padres y a los 150 menores identificados se incluye el proyecto de vida para que los padres motiven a sus hijos a construir un adecuado proyecto de vida que les permita establecer metas educativas y profesionales superiores a la de sus padres.

Se realizaron talleres de proyecto de vida para los menores del colegio Chorrillos, donde no solamente se sensibilizaba a los niños y niñas caracterizados, sino a todos los estudiantes del colegio, logrando aplicar a 100 menores aproximadamente; el taller de proyecto de vida incluye la identificación de fortalezas, habilidades, talentos y cualidades. Así mismo la identificación y consolidación de pasos para conseguir una meta trazada. Para dar a los menores una visión más allá de la labor realizada por sus padres en el sector agrícola. Durante el 2009 desde la intervención de salud mental se abordó un caso en chorrillos donde se realizó intervención del proyecto de vida, para generar en la familia apropiación de su bienestar común y mejorar en la construcción de ambientes saludables.

Desde la intervención de salud mental que se realizó en el ámbito laboral, durante el 2009 se adelantaron 6 remisiones para la identificación de la problemática y seguimiento de casos a través de visitas familiares donde se realizó acercamiento e identificación de la dinámica familiar, se examinó la dimensión del problema, se exploraron las soluciones posibles y se realizó la canalización a los diferentes servicios como fueron Sivim y psicosocial; como elementos protectores para la promoción de la salud mental de los integrantes de la familia.

Dentro de la vereda no se encuentra ningún espacio diferente al colegio, jornadas alternas o centros recreativos por esta razón se buscan programas de apoyo a esta comunidad y se realiza la canalización de los menores al programa de Gestión Sanitaria Ambiental para la salud (GESA) del Hospital de Suba quienes realizaban acciones en la vereda, este programa es de gran ayuda ya que incluye asesoría de tareas y reconocimiento de espacios ambientales, logrando la vinculación de 22 niños y niñas.

A nivel local con la Subdirección de Integración Social, desde la mesa local para la prevención y erradicación del trabajo infantil se exponen los casos críticos para que reciban apoyo a través del programa de canasta familiar. Así mismo, esta entidad creó una jornada alterna para la UPR Chorrillos ubicada en el colegio la cual funciona en la jornada de la tarde.

4.2.3.2. Etapa de ciclo vital de juventud

PDA Salud Mental

Maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia sexual con eventos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono hacia los jóvenes.

En la vereda Chorrillos se identificaron un menor y dos jóvenes reportados por violencia intrafamiliar, aunque el total de casos representa el 0.17% del total de eventos reportados a Sivim desde los diferentes territorios no significa que se reporten la totalidad de los casos dado que no existe la cultura de la notificación en la comunidad y los casos identificados fueron por funcionarios de salud.

Como respuesta a estas problemáticas desde la ESE se realizaron 40 asesorías técnicas a Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD y unidades informadoras UI, tanto públicas como privadas y también se realizó la actividad en las Instituciones educativas con el fin de promover la identificación y notificación de casos de violencia Intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual y así garantizar la notificación oportuna, pertinente, confiable y veraz que permita realizar la intervención de manera oportuna y adecuada.

Transversalidad de Ambiente

- Disposición inadecuada de los residuos sólidos domiciliarios y escombros en lotes vacíos y en especial sobre las rondas de protección de los cuerpos de agua, agudizando la infestación de roedores e insectos plaga.
- Quemas a cielo abierto, que favorecen la presencia de enfermedades respiratorias agudas.
- Inadecuada disposición de excretas animales, contaminación con patógenos por falta de medidas sanitarias adecuadas.
- Agua no potable en aéreas rurales.
- Emergencias sanitarias por intoxicaciones de alimentos.

En el campo de acción de la línea de transporte y energía, contaminación ambiental y salud – Tecays, se desarrolla estrategias en las que se realiza promoción y prevención, las cuales se priorizan de acuerdo con las características ambientales, sanitarias, sociales y económicas de la población habitante y residente en la localidad. Con estas claridades se destacan los proyectos especiales para la localidad de Suba entre los que se enmarcan y dan respuesta a las problemáticas expuestas así: proyecto especial de vigilancia epidemiológica del impacto en salud por contaminación del aire debido a material particulado en localidades clasificadas como áreas fuente de contaminación clase I (Decreto 417 de 2006) Este proyecto se desarrolla en la UPZ 71 - Tibabuyes, 28 - Rincón, 27 - Suba y la zona que se extiende al occidente de los cerros de Suba, hasta el perímetro urbano del Distrito Capital y entre la UPZ 27 y la calle 200. El proyecto contempla a los menores de cinco años, población escolar en consideración y mayores de 60 años residentes en la localidad de Suba, además de vigilar las personas residentes en las áreas de estudio que se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a los ingresos bajos, al mal estado de las vías y al altísimo flujo de vehículos de servicio público. Hasta ahora el proyecto solo realiza vigilancia pasiva de síntomas, por los que el impacto en la población se ha dado a través de la capacitación a un promedio de 810 personas, complementado esta acción con la socialización de la gestión adelantada en espacios, instituciones y organizaciones locales como el Comité Local de Educación Ambiental - CLEA, CADEL, ONG, Alcaldía

Local, entre otras, a través de la articulación con la Gestión Ambiental para la Salud – GESA y los Proyectos Ambientales Escolares Ambientales - PAESA.

También se realiza difusión del resultado de la vigilancia epidemiológica pasiva por medio del boletín mensual publicado en la página web del Hospital de Suba E.S.E. proyecto especial de vigilancia epidemiológica de la relación de contaminantes generados por biocombustibles y sus efectos en salud, su accionar es a nivel distrital y permite el análisis del ozono liberado por la combustión de los biocombustibles o por la conversión de otros contaminantes generados por estos y los efectos en salud que este contaminante genera. Se aborda a toda la población del Distrito Capital, debido a que todas las personas se encuentran expuestas a las emisiones provenientes del uso de combustibles y en este caso en particular al uso de biocombustibles, sin embargo y debido a razones físicas dentro de la población a estudiar se cuentan los menores de cinco años y los adultos mayores de 60 años. La articulación de sus acciones se da a través de las capacitaciones con la comunidad escolar local, además de la gestión que se realiza con diferentes entidades locales y distritales involucradas con el tema para mejorar la calidad de la información, consecución y análisis de datos de los datos obtenidos de la aplicación del estudio. Como acción importante para el año 2010 se considera que se debe implementar el sistema de vigilancia epidemiológica con la Relación de Contaminantes Generados por Biocombustibles en el Distrito Capital.

Para el año 2009 el campo de acción de la línea realizó su intervención en los establecimientos que manipulan, expenden o almacenan sustancias químicas, con el fin de realizar un manejo integral y seguro de las mismas, evitando así los posibles accidentes o emergencias relacionadas. Se ha estimado que por cada intervención de la línea se tiene una cobertura promedio de 30 personas, entre las cuales se contempla trabajadores, clientes y visitantes en general.

De esta forma se calcula una cobertura poblacional aproximada de 28.950 personas durante el 2009. En general el campo de actividades de la línea ha estado en toda la localidad, ya que los establecimientos intervenidos no se encuentran concentrados en sectores específicos y se han desarrollado para el año en curso a partir de: proyectos especiales, generación del mapa de industria y ambiente (MIA), se presenta como un instrumento aplicativo de funcionamiento WEB con la cual se realiza una actualización de la base de datos de las industrias, empresas y microempresas presentes en la localidad, con la cual se busca referenciar geográficamente la información capturada, con base en criterios de interés prioritario de los peligros en salud, promoviendo así, entre los espacios de trabajo interinstitucional (SDS, DPAAE, SDA, UAESP, etc.) el interés por la promoción del Sistema Global Armonizado para la clasificación y rotulado de sustancias químicas.

Son de importancia también las explotaciones ganaderas en el área rural que, aunque han disminuido notablemente en la localidad, si se presentan en el área urbana por la problemática relacionada con la presencia de caballos asociados con vehículos de tracción animal especialmente dedicados al reciclaje.

En el desarrollo del plan de intervenciones colectivas del año 2009, la línea contó con dos proyectos especiales que buscan determinar los posibles riesgos en salud de la comunidad rural de Suba por consumo de agua. Estos proyectos especiales son IVC en acueductos comunitarios y determinación del nivel de exposición a plaguicidas por consumo de agua de pozo así como la relación con los posibles efectos en la salud de la población expuesta. Además la línea realiza acciones interdisciplinarias, siguiendo los criterios de transversalidad con los diferentes equipos de intervención, especialmente en el acompañamiento a la vigilancia epidemiológica en casos de escabiosas (enfermedad de la piel), Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA y Enfermedad Diarreica Aguda - EDA.

Para las acciones que se realizaron de forma intersectorial se contó con el Consorcio de Aseo LIME se desarrolla el programa Zonas Integrales Libres de Vectores que permite aportar a la comunidad, asesorías y elementos que den solución a la problemática de presencia de inservibles en el hogar y basuras y excretas de mascotas mal dispuestas en áreas comunes, y su consecuente relación con la presencia de vectores (insectos y roedores). Es así que a través del programa se realizan jornadas especiales de limpieza en los territorios priorizados de la localidad, acompañado de desratización y fumigación de áreas comunes.

Para el Proyecto especial de vigilancia epidemiológica de intoxicaciones por monóxido de carbono extramural y las acciones que implican el abordaje de esta temática ha permitido la articulación con diferentes actores del proceso de vigilancia epidemiológica como el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE, Corpovisionarios, Instituto Nacional de Salud, Laboratorio de Salud Pública Central y Área de Epidemiología de Salud Pública del Hospital de Suba, lo cual permitió establecer estrategias a nivel local para el mejoramiento del proceso de atención de casos tanto en la parte clínica como en la vigilancia epidemiológica, además de la difusión del análisis de casos de intoxicación por medio del boletín publicado en la página del Hospital de Suba E.S.E

Con el Consorcio de Aseo LIME se implementa los parques para mascotas que permiten aportar a la solución de problemáticas como las excretas de mascotas mal dispuestas en áreas comunes, y su consecuente relación con la presencia de vectores (insectos y roedores).

Además se realizaron capacitaciones a la comunidad de la localidad en el manejo higiénico de los alimentos teniendo en cuenta el Decreto 3075/97 con el fin de generar conciencia y evitar Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETA, donde se sensibiliza sobre la importancia de comercializar alimentos aptos para el consumo y a su vez la reducción de los riesgos que se presentan por la mala manipulación de los mismos. Estas actividades en el año 2009 sumaron en total 9 878 intervenciones las cuales han abarcado puntos críticos importantes de la localidad. Para tal fin se intervino las UPZ 3 – Guaymaral.

4.2.3.3. Etapa de ciclo vital de adultez

PDA Salud Mental

- Violencia intrafamiliar, violencia sexual con eventos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono hacia los adultos.

El 0.05% (un caso) de un total de 1 714 casos notificados en año 2009 corresponden a ésta zona de concentración y a la etapa de adultez. El tipo de violencia corresponde a violencia intrafamiliar. Se llevó a cabo la respectiva investigación epidemiológica de campo, con proceso de orientación y sensibilización en promoción del buen trato, prevención del maltrato, canalización en la red de apoyo socio legal, de salud y socio familiar y seguimiento para favorecer la restitución de los derechos vulnerados del adulto afectado.

Se realiza articulación de acciones con redes socio - legales, comisarías de Familia, ICBF, Fiscalías especializadas en violencia infantil, maltrato infantil y violencia sexual. De igual forma articulación con la red de apoyo en salud, en los diferentes regímenes de afiliación al SGSS, incluidos los proyectos locales de atención terapéutica, para la atención integral de las víctimas según protocolos de atención, políticas de infancia y adolescencia y acuerdos distritales. Y por último articulación intersectorial con redes de apoyo socio- familiar Secretarías de Integración Social, DILE, Personería, Casa de Igualdad de Oportunidades y de la Mujer. Participación en Comité local de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual de la localidad para hacer seguimiento y garantizar la atención integral de las víctimas y los casos atendidos en la localidad de Suba.

Programa salud a su casa

Con el fin de promover las transformaciones necesarias para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y atención temprana de las enfermedades que afectan la población materna e infantil por medio de abogacía, información, educación, formación y por parte de gestores de salud y equipo profesional, se realiza seguimiento concertado a la población identificada y caracterizada. Igualmente se realiza articulación con actores y sectores claves de la localidad desarrollando actividades conjuntas institucionales como lo son la Red Social Materna Infantil, Ámbito Familiar, IPS, Coordinación de Promoción y Prevención entre otras y actores comunales como ICBF, Subdirección Local de Integración Social, Juntas de Acción Comunal entre otras para garantizar la integralidad de la respuesta a las necesidades identificadas en esta población.

El total de seguimientos a menores de cinco años realizados es de 17.229; con respecto a los determinantes que pueden llegar a influir en la morbilidad y mortalidad de los menores de 5 años caracterizados, se encontró que no se cuentan con acueducto, ni recolección de basuras; cabe aclarar que el 100% de estos menores habitan en la zona rural vereda de chorrillos; por parte de la línea de entornos saludables se trabajaron diferentes proyectos como purificación del agua y manejo de residuos sólidos, se realizó con la familia una evaluación de la situación y se definió la vulnerabilidad según la metodología de semaforización establecida, se refuerzan los temas de forma puntual según lo encontrado a partir de los manuales diseñados desde la OPS y se ejecutaron los seguimientos respectivos.

Relacionado con los factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda, el promotor de salud educa y refuerza temas relacionados con estilos de vida saludable en los seguimientos realizados. Acerca de las acciones de información, educación, canalización y verificación realizadas a los menores, el programa Salud a su Casa hace seguimiento con el fin de brindar educación a las familias sobre temas importantes en el ciclo vital como: vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención de accidentes en el hogar, entre otros, es así que para los años 2008 al 2009 se ha mantenido un promedio de dos visitas de seguimiento por promotor a los menores de cinco años y una mensual para los menores de un año.

Haciendo referencia al control de crecimiento y desarrollo se evidencia un aumento significativo en las coberturas del mismo, es así que para el 2008 fue del 89% y para el año 2009 fue de 93%. Desde otra perspectiva, las coberturas de asistencia a control de crecimiento y desarrollo en micro territorios se encuentran por encima de las locales e incluso por encima de las Distritales. Comportamiento y crecimiento que se han venido presentando en conjunto con el trabajo realizado en el seguimiento a las familias y a las acciones de información, educación, canalización “demanda inducida” y la verificación frente a la importancia de la asistencia ha dicho control desde programa de SASC.

El seguimiento a las gestantes de alto riesgo en el ámbito familiar es canalizado diariamente a través de los promotores en la realización de sus diferentes actividades, las remisiones que llegan de los diferentes ámbitos y las solicitudes efectuadas a nivel de los puntos de atención de la ESE. Dichas remisiones se registran en el formato de remisión de eventos de interés colectivo y/o la planilla utilizada en Micro territorios para registro. Teniendo en cuenta esta guía, cuando se identifica a una mujer gestante que presenta cualquiera de los criterios de riesgo biopsicosocial incluidos en el lineamiento y la ficha técnica son población objeto de la intervención para el fortalecimiento de su red primaria, por parte de las enfermeras del equipo.

Durante la ejecución de esta intervención se lleva a cabo articulación interinstitucional e intersectorial, con el fin de favorecer la integración de recursos en la respuesta a necesidades identificadas y articular las acciones de protección a la población gestante y de recién nacidos.

El desarrollo de las acciones de la línea de Gestantes de Alto Riesgo se dio a partir del proceso de referencia institucional, principalmente por el programa Salud a Su Casa, como también desde el ámbito comunitario con el apoyo de grupos focales como fueron las Madres FAMI.

A todas las gestantes visitadas (100%) se les brindó educación y se fortalecieron conocimientos en salud respecto a acceso a la salud, deberes y derechos, signos de alarma, hábitos alimentarios, aseo e higiene, importancia de la toma de los micro nutrientes, importancia de los programas en salud brindados, tales como curso de preparación para la maternidad y paternidad, planificación familiar, cuidados del recién nacido y post parto, lactancia materna, entre otros.

A través del programa Salud a Su Casa se desarrollan las acciones de participación social, las cuales son transversales a las demás líneas de intervención del Ámbito Familiar. A continuación se presenta el análisis comparativo de los núcleos de gestión: la estructura de los núcleos de gestión en el programa de salud a su casa opera con la dinamización de la participación social en los territorios, a través del mantenimiento y conformación de los mismos, teniendo en cuenta los 70 micro territorios; en este caso, para la localidad de Suba, corresponden 15 reuniones, tomando como referencia los puntos de atención del hospital. En estos espacios de participación concurren en forma sistemática la totalidad del equipo de salud familiar y comunitaria, las trabajadoras sociales, el profesional de apoyo operativo, los referentes de gestión territorial de la Dirección de Participación Social y Atención al Ciudadano, las organizaciones comunitarias, las y los ciudadanos y las instituciones locales.

El proyecto *Fomento de Redes de Salud Mental* tiene como fin promover o fortalecer herramientas en la salud mental de acuerdo con las necesidades identificadas en los grupos en los que se interviene, generando procesos que fomenten condiciones de autonomía y liderazgo de la población, forjando a la vez agentes multiplicadores de la salud mental capaces de sustentar su rol y de intervenir en procesos que lo ameriten, los cuales además cuenten con redes de apoyo social que sustenten su andamiaje pragmático y conceptual. En el año 2009 se atendieron en el periodo de febrero a septiembre a 1.115 familias identificadas en la Localidad de Suba. Por otra parte también se identificaron otras categorías como problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y problemas relacionados con la crianza de los menores.

Identificar en la dinámica familiar y en su entorno inmediato, los determinantes que influyen en la seguridad alimentaria y nutricional, con el fin de determinar conjuntamente con los miembros de la familia y otros actores sociales las necesidades en materia de Seguridad Alimentaria y Nutricional, organizar de manera integrada la respuesta sectorial, abogar para la respuesta transectorial y movilización de los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y la adopción de prácticas alimentarias saludables en las familias pertenecientes a los micro territorios.

Desde la línea de entornos saludables se lleva a cabo el Plan de Ruralidad; éste se formuló a partir de la experiencia del año 2008, planteando tres componentes: 1) Saneamiento ecológico: asesoría para la construcción de sanitarios secos, seguimiento técnico a 40 filtros lentos de arena y 4 unidades alternativas de saneamiento. 2) Componente Socio-Ambiental: se hace la planeación de la feria Rural con la comunidad de la Vereda Chorrillos y la conformación del Club Niños Defensores del Agua y la Ruralidad con los niños de la vereda. 3) Componente pecuario: con la conformación de la red pecuaria.

Finalmente, el Plan de Tejido Socio Ambiental hace su formulación a partir de la experiencia del año 2008 durante el cual se realizó un proceso de formación de seis grupos comunitarios donde se abordan temas socio ambientales, teniendo en cuenta la priorización de problemáticas y de impacto y así dar respuesta a las necesidades priorizadas, la inclusión de formación de valores sociales orientados hacia el respeto con el medio ambiente, trascendiendo de acciones particulares hacia la

generación de compromisos colectivos generando contenidos y metodologías las cuales se adaptan a las características de la población de las UPZ anteriormente mencionadas. Todos los procesos se realizaron con el apoyo de material lúdico pedagógico y metodológico para los diferentes talleres con énfasis en herramientas de gestión.

4.2.4 Componentes

4.2.4.1 Vigilancia en Salud Pública

Desde el componente de vigilancia se evidenciaron debilidades en el proceso de SIVIGILA durante el año 2009, pese al constante trabajo con las UPGD y el cumplimiento del plan de acción desde los diferentes subsistemas.

- En algunas UPGD no se realiza de forma adecuada el proceso de socialización de los protocolos al interior de la institución, existe inadecuado o incompleto diligenciamiento de las fichas de notificación, lo que dificulta la realización de la intervención en la comunidad.
- Fallas en el proceso de referenciación geográfica de los eventos.
- No hay socialización de los temas revisados en los COVE al interior de algunas instituciones, como tampoco se realiza el proceso de búsqueda activa institucional de eventos de salud pública.
- Desconocimiento de los eventos de notificación obligatoria en algunas UPGD

Para afectar las anteriores problemáticas desde VSP el componente desarrolla capacitaciones y seguimientos a las UPGD que forman parte de la red de vigilancia de la localidad; así mismo atendió los eventos prioritarios reportados, los cuales cumplían con la información completa de lugar de residencia y sistematizó los eventos notificados de donde se encontraron como los de mayor frecuencia la varicela con 3 484 casos y la exposición rábica con 1 045 eventos, entre otros casos.

En las UPZ, 28, 71, 23 y 27, que corresponden a los territorios sociales uno, dos y tres respectivamente se encontró que los eventos de mayor notificación son varicela, exposición rábica, VIH, parotiditis, intoxicación por fármacos, ESI-IRAG, intoxicación por otras sustancias químicas, casos probables de tos ferina, ETA individual, dengue clásico, tuberculosis pulmonar, tuberculosis extra pulmonar, sospecha de rubéola, hepatitis A, virus H1N1.

Con relación a los eventos de mayor notificación se encuentra en primer lugar la varicela seguida de la exposición rábica en niños, jóvenes y adultos.

El tercer evento reportado en niños y niñas lo ocupa la ESI-IRAG, en cuarto lugar están los casos probables de tosferina y en quinto lugar está la parotiditis.

En la etapa de juventud el tercer evento de notificación corresponde a la parotiditis, seguido de la intoxicación por otras sustancias químicas y en quinto lugar se encuentra la intoxicación por fármacos.

En el ciclo vital adultez el evento que ocupa el tercer lugar corresponde al VIH, en cuarto lugar la parotiditis y en quinto lugar la intoxicación por otras sustancias químicas.

En el ciclo vital de vejez, el evento de mayor notificación es la exposición rábica, seguida del

ESI-IRAG, en tercer lugar la Tuberculosis pulmonar, seguida de la varicela y la tuberculosis extra pulmonar.

Como respuesta a la notificación se realizaron las siguientes actividades:

- Socialización continua del Decreto 3518 de 2006 en las UPGD lo que genera compromiso para el cumplimiento por parte de cada uno de los actores de los lineamientos establecidos.
- Socialización de los protocolos en los Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE, con la participación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD.
- Capacitación y sensibilización en SIVIGILA a profesionales de las UPGD lo cual evidenció mejoría en el proceso de notificación.
- Implementación del proceso de búsqueda activa institucional mensual de eventos SIVIGILA y de diagnósticos diferenciales de Sarampión, Rubéola, Rubéola Congénita, Parálisis Flácida y Tétanos Neonatal en las UPGD de la localidad de conformidad con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud. Los cuales son enviados por las UPGD a la Secretaría Distrital de Salud con copia al Hospital de Suba.
- Seguimiento a la calidad de fichas de notificación y retroalimentación mensual a las UPGD sobre el proceso de notificación e implementación de Plan de Mejoramiento institucional en cada UPGD con el respectivo seguimiento.
- Implementación de nuevo tablero de control de calidad de datos con UPGD de la localidad de Suba.
- Seguimiento al proceso de búsqueda activa institucional de eventos de interés en salud pública en las UPGD de la localidad.

4.2.4.2 Gestión Local

Desde el componente de Gestión local de la ESE, el ciclo vital interviene en lo local en el posicionamiento de la etapa desde salud; es así como desde la etapa de infancia teniendo en cuenta las problemáticas que se presentan e identifican en la población infantil en la localidad y a fin de lograr el posicionamiento de la etapa en el ciclo vital, mediante la promoción y fortalecimiento de la política pública de infancia y adolescencia en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque de derechos; se ha venido participado en diferentes espacios de discusión y reflexión local, tales como: Comité Operativo de Infancia y Familia, Comité de Seguridad Alimentaria, Consejo Red del Buen Trato, Cove, Covecom, Nodo Cif, Red Social Materno Infantil, permitiendo posicionar acciones encaminadas a la niñez, en lo que respecta a cada una de las temáticas que se abordan, buscando visibilizar a los niños y niñas como sujetos de derecho con participación social.

Así mismo, se ha participado en los espacios convocados para la articulación de instituciones para la socialización y ejecución de la estrategia de gestión Social Integral en el marco de las Mesas Territoriales de Calidad de Vida, cuyo objetivo es seguir validando el histórico de cada territorio y el trabajo de las comunidades en la identificación de necesidades y en la búsqueda de respuestas integrales para una mejor calidad de vida de las comunidades de cada territorio, haciendo evidente la población infantil de la localidad. Igualmente se ha trabajado en la visibilización de esta población,

dentro de la construcción del análisis situacional en salud de este grupo poblacional, tomando como referente las intervenciones que se adelantan desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

El fortalecimiento a organizaciones y grupos juveniles, pretende propiciar la consolidación de grupos cuyo interés contribuya al desarrollo de la política pública de juventud, a través de procesos de construcción colectiva en sus territorios sociales acorde a las necesidades e intereses identificados por los mismo de igual forma posicionar las necesidades de los y las jóvenes en agendas sociales para generar estrategias de movilización social que permitan su reconocimiento y avanzar en la generación de acciones intersectoriales para su respuesta.

La población objeto son jóvenes entre los 14 y 26 años constituidos en organizaciones y grupos de la localidad; principalmente se intervienen jóvenes en la zona de condición de problemas sociales, donde se tienen caracterizadas 98 organizaciones, de las cuales se fortalecen en el desarrollo de iniciativas e intereses compartidos dos organizaciones compuestas por 30 jóvenes aproximadamente y una en el subcomponente de territorios afectivos y sociales de la cual hacen parte 20 jóvenes.

Esto hace evidente una baja cobertura por parte de la institución frente a la gran participación y organización de jóvenes en este sector, que en términos porcentuales se muestra una cobertura del 0.3%, se participa en espacios locales como el Equipo Local de Apoyo Interinstitucional (ELAI) dentro del cual se realizan acciones de apoyo al Consejo Local de Juventud (CLJ) en el plan de acción establecido anualmente para la realización de iniciativas juveniles, se realizan revisión de los diferentes proyectos formulados a nivel local desde la Alcaldía Local, proyectos UEL, proyectos de la SLIS, Hospital de Suba ESE II Nivel y el Instituto Distrital de Recreación Cultura y Deporte (IDRCD) y se realizan diferentes sugerencias frente al ajuste de los mismos de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población juvenil, se realiza apoyo y asesoría a las diferentes organizaciones, grupos y jóvenes de la localidad en la construcción de propuestas de proyectos e iniciativas.

El trabajo de la institución con dichas organizaciones les permite identificar y reconocer diferentes procesos a nivel local, como son espacios de participación juvenil, inserción en diferentes proyectos y convenios para el desarrollo de iniciativas y propuestas juveniles que les permita reconocer la política pública de juventud e inmersa en esta sus derechos y de esta forma apropiar a los jóvenes para que hagan valer los mismos, lo cual hace pertinente e integral las acciones institucionales frente a esta población.

El desarrollo de las metodologías institucionales para el trabajo con organizaciones juveniles han sido construidas a partir de sentidos compartidos por parte de los y las jóvenes y la institución, lo que ha permitido el desarrollo y construcción de iniciativas y respuestas a algunas de las necesidades identificadas por este grupo poblacional, particularmente se ha trabajado en la promoción de la actividad física, en la generación de escenarios de reflexión y debate en torno a la vulneración de derechos civiles y políticos contemplados en la política pública de juventud y en la promoción de los Derechos sexuales y reproductivos para fortalecer la vivencia de la sexualidad en los y las adolescentes. La implementación de las metodologías conjuntas ha permitido dar continuidad a los procesos lo que facilitado el cumplimiento de los objetivos propuestos con cada organización desde la Secretaria de Salud. Sin embargo es de resaltar dentro de la capacidad instalada, el recurso humano en la ESE no es suficiente para la cobertura de las organizaciones y grupos juveniles de la zona, además del poco presupuesto para la realización de las acciones propuestas por los y las jóvenes, limitando así procesos de construcción social y fortalecimiento de los mismos, de igual forma el reconocimiento e implementación de la política pública de juventud.

Desde el componente de gestión local, a través de las intervenciones que se adelantan desde la etapa de ciclo vital adultez se adelantan acciones de posicionamiento y construcción institucional e

intersectorial como insumo fundamental para la construcción de la política pública de adultez desde el enfoque del desarrollo humano integral y en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Bajo esta premisa, la ESE ha venido adelantando acciones a nivel institucional y local, a través de las cuales se busca visibilizar a las y los adultos de la localidad como actores sociales y políticos desde un marco de garantía de sus derechos.

Con el fin de visibilizar a los y las adultas, se ha venido construyendo el análisis situacional en salud de este grupo poblacional, a través de las diferentes intervenciones que se adelantan desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), como insumo base para el diseño de los lineamientos generales de la política pública de adultez. Así mismo, se adelantó un trabajo de articulación con la Subdirección Local de Integración Social, desde el programa Adultez con Oportunidades, para posicionar el tema dentro de la agenda de discusión del CLOPS, con el propósito de generar un espacio propio de participación como el Comité Local de Adultez, a través del cual se visibilizan las necesidades y problemáticas, para lo cual se realizó un trabajo intersectorial que permitió brindar respuestas integrales a esta población.

Las acciones realizadas desde gestión local con la población adulta mayor están enfocadas a la participación del comité de adulto mayor en el cual se hace articulación con otras instituciones locales que actúan y atienden diferentes necesidades y problemáticas de la persona mayor, se generaron procesos articulados desde el accionar propio de la ESE y nuevas estrategias para el abordaje de las necesidades del adulto mayor. A la vez se complementa con la participación en distintas reuniones como la red de buen trato, Subcomité de Alimentación y Nutricional, Consejos, redes, mesas y comités, Equipo territorial de Tibabuyes, y reunión subred norte, la participación en estos espacios permitió posicionar la etapa de ciclo vital de vejez y envejecimiento en el ámbito local, lo anterior se complementó con la participación en los grupos funcionales y reuniones de análisis desarrolladas para construir de manera articulada el diagnóstico local.

4.3. Análisis de los Servicios y el Modelo de Salud

- El Hospital de Suba II Nivel E.S.E, creado mediante la Ley 10 de 1990, transformado en Empresa Social del Estado por el Ministerio, Acuerdo 17 de 1997 y ascendido mediante Acuerdo 136 del 2004 emanado del Consejo de Bogotá, forma parte de la Red Distrital de Urgencias y está ubicado en la localidad once al Norte del Distrito Capital. Está conformado por, tres CAMIS: Suba, Gaitana y Prado Veraniego, Dos UPA: Rincón y Nueva Zelandia, Ocho puntos de APS (Atención Primaria en Salud) y un Centro de Servicios Especializados donde también se ubica la sede administrativa, en cada uno se da cumplimiento a los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad integralidad, complementariedad, subsidiariedad e integración funcional.
- La atención de Urgencias se presta durante las 24 horas del día, en las instalaciones de los tres Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI): CAMI Suba, CAMI Gaitana, CAMI Prado Veraniego, UPA Rincón y en el Centro de Servicios Especializados.
- Este servicio incluye la disponibilidad de ambulancias básicas y medicalizadas, las cuales están adscritas al Centro Regulador de Urgencias, lo que permite tener respuesta inmediata frente a los eventos que se presenten durante las 24 horas. Actualmente contamos con cuatro ambulancias habilitadas ante la Secretaria Distrital de Salud, con tripulación altamente calificada en el manejo de atención Pre - hospitalaria.
- En consonancia con las tendencias internacionales, es que se ha propuesto un enfoque que hace de la familia un ámbito clave para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población de los territorios de la localidad se propuso un modelo que comprende un

conjunto de acciones integradas, tendientes a promover comportamientos que propicien estilos de vida saludables entre los miembros de una familia. Se orienta, a generar las capacidades necesarias en la familia para mejorar su salud, la vivienda y el entorno. El Modelo fomenta la construcción de una cultura de salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios.

- En tal sentido, un modelo de atención de salud describe el tipo de respuesta de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Es la “imagen-objetivo” de la atención de salud deseable o satisfactoria.
- Se define como la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque familiar, quienes trabajan como equipo de salud, coordinado y contando con la participación de la sociedad.
- Con relación a los servicios de salud, el Modelo de Atención Integral constituye una tecnología para organizar la provisión de cuidados en salud de modo que se cumpla el objetivo de cubrir las principales necesidades de salud de la persona en todas las etapas de su ciclo vital (desde su nacimiento hasta su muerte natural), en el contexto de su familia y comunidad.
- Con relación a la acción sobre las prioridades sanitarias, el Modelo de Atención Integral articula la movilización del Hospital de Suba como Empresa Social del Estado con el objetivo de modificar los principales determinantes de la falta de salud en sus territorios y así mejorar la calidad de vida de la población y alcanzar impacto sobre los principales problemas de salud pública tanto a nivel local como a nivel Distrital.
- La Familia es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario y es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, debido a que en esta se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable.
- La promoción de la salud en las familias, se orienta a que se generen en ellas las capacidades que les permitan mejorar el autocuidado de la salud, desarrollar estilos de vida saludables y un mayor nivel de empoderamiento, tanto a nivel de la familia como de la comunidad a la cual pertenecen.
- El modelo de atención integral prioriza para sus acciones a las familias en la localidad de Suba, en UPZ priorizadas, de acuerdo con los criterios empleados en el Proyecto Integral de Salud. Es bien reconocido que la mayor parte de los problemas de salud de las personas tienen que ver con las condiciones de vida de las mismas que determinan la salud de la familia (el bajo grado de instrucción de las personas, los niveles nutricionales inadecuados, la baja disponibilidad y acceso a los servicios básicos, la precariedad en la calidad de la vivienda, los altos niveles de violencia y exclusión social).
- Para la implementación de dicho modelo se diseñó una línea de base que contribuye a conceptualizar y describir la situación de salud en un territorio determinado, identificando y priorizando los problemas de salud locales, para la implementación de estrategias sanitarias oportunas que generen impacto positivo en los indicadores de salud.

Insumos para la construcción de la línea de Base.

- La ficha de caracterización.
- El perfil epidemiológico del territorio.
- El análisis del medio ambiente.

Del análisis epidemiológico surgen datos para elaborar y analizar los indicadores necesarios para medir las variables e identificar los problemas relevantes de cada territorio. Implementar el modelo de atención integral estructurado en el análisis de los problemas priorizados, como instrumentos para la programación local de las actividades.

La información debe permitir en cada territorio:

- Definir los grupos de la población según edad, sexo y localidad.
- Las causas de morbilidad y mortalidad.
- Recopilar datos de salud fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica y entrevistas familiares.
- Interpretar y difundir la información en salud de cada uno de los territorios.
- Definir los problemas prioritarios de salud en cada territorio.
- Emplear la información en salud para la selección de alternativas de intervención.
- Estimar incrementos en la accesibilidad y cobertura.
- Evaluar la efectividad de los programas de salud para reducir los problemas de salud, la morbilidad y mortalidad en los territorios.

Para la implementación del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria es importante tomar en cuenta algunas condiciones necesarias, para facilitar los procesos de cada una de las fases de implementación.

Para ello la unidad funcional de salud pública se ha estructurado en tres grupos básicos fundamentales para ejecutar las intervenciones de manera integral, continua y eficaz.

- Grupo funcional territorial.
- Grupo funcional de atención integral a la familia.
- Grupo funcional de medio ambiente y entornos saludables

Estos grupos funcionales trabajaran de manera integrada con equipos multidisciplinarios y

poli funcionales realizando intervenciones con los programas de atención integral y lineamientos técnicos, los cuales se orientaran a conseguir la cobertura de las principales necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de daños, recuperación y rehabilitación.

4.3.1. Ejes del modelo de atención integral.

Los ejes permiten ordenar la respuesta socio-sanitaria ante la complejidad de las necesidades de salud, con la participación de las unidades funcionales. Ellas incorporan las diferentes modalidades de intervención orientadas a restablecer, conservar y mejorar la vida y la salud de la persona, la familia y la comunidad, promoviendo cambios de actitudes y comportamientos, mejorando el acceso a los servicios y facilitando información que permita a las personas tomar mejores decisiones en relación a su salud de acuerdo con su dignidad humana.

4.3.1.1. Eje de las necesidades de salud

Este se aborda mediante estrategias sanitarias locales y distritales, los temas prioritarios de salud que emergen del análisis y estudio de la ficha de caracterización, perfil epidemiológico y medio ambiente, permitiendo un mejor abordaje de las necesidades de salud que a la vez son prioridades sanitarias.

Los Grupos Funcionales identifican y priorizarán las necesidades de salud de la población mediante estudios específicos basados en las fuentes de información antes descritas. Pero también aquellas necesidades sentidas y concertadas con la comunidad.

- Necesidades de salud formuladas para los programas de atención integral a la familia.
- Necesidades de desarrollo incorporan los requerimientos para lograr un adecuado clima familiar, que contribuya al desarrollo pleno de las funciones que sus miembros requieren para constituirse en una familia saludable.
- Necesidades de mantenimiento se relacionan fundamentalmente a aquellos riesgos físicos que para su control requieren un hogar y microambiente saludables para la familia.
- Necesidades derivadas del daño, incorporan aspectos relacionados a familias con problemas que son consecuencia directa de una inadecuada dinámica familiar, contribuyendo a los esfuerzos de las familias por cumplir adecuadamente sus funciones roles y preservar una adecuada funcionalidad familiar.
- Necesidades derivadas de una disfuncionalidad aquellas que al resolverse, permiten enfrentar fallas en el funcionamiento sistémico de una persona o familia, así como compensar las discapacidades, que requieren procesos de rehabilitación.

4.3.1.2. Eje de las prioridades sanitarias

El propósito de la unidad funcional de Salud Pública del Hospital de Suba Nivel II ESE es asegurar que las Unidades Básicas de Atención en Salud, optimicen la utilización de los recursos institucionales y comunitarios en las intervenciones para tratar de impactar los problemas que son más relevantes en la población territorial de referencia; y que con un detallado análisis epidemiológico, se tomen las decisiones de intervención más acertadas para la solución o control de los problemas de salud,

además de invitar a la participación comunitaria en la gestión.

4.3.1.3. Eje de la participación social

Transversal a la estructura de los grupos funcionales, se encuentran además de los mecanismos de participación normados, las redes sociales y líderes naturales entre otros, que se identifican en los diferentes territorios, se constituyen en el soporte fundamental para la autogestión y viabilidad del modelo de la localidad.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2012 aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo No. 006 de Abril 21 de 2009, la Política de Desarrollo de Servicios contempla el cumplimiento de los indicadores de impacto en salud alineados al plan nacional de salud pública, plan de desarrollo distrital, plan de salud distrital y plan de desarrollo local, como compromiso institucional para dar respuesta a las necesidades de la comunidad de la localidad de Suba y a los usuarios del Hospital teniendo así resultados de cero casos para los indicadores relacionados con: mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda, solo se presentó un caso de mortalidad por infección respiratoria aguda el cual tuvo como causa básica septicemia.

4.3.2. Evaluación de la calidad en la prestación de los servicios

El grupo de indicadores agrupados en el ítem de salud pública responde a las obligaciones institucionales frente a las problemáticas locales, de acuerdo con los recursos asignados para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas en la localidad de Suba, encontrando que se cumplieron las metas y para algunos indicadores se identificó que superaron lo establecido inicialmente, Sin embargo, para las actividades de Inspección Vigilancia y Control no se alcanzó la meta establecida (ver tabla 59).

Tabla 59. Indicadores de resultado Salud Pública, I semestre 2009

POLITICA DE PRESTACION DE SERVICIOS				
INDICADORES SALUD PÚBLICA	META 2009	I SEMESTRE DE 2009		
		NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADOS
% de adolescentes asignados al Hospital con consulta de planificación familiar	45%	5.668	7.342	77,20
Cobertura del programa de atención preventiva en salud bucal	55%	222.974	366.560	60,83
% de los casos nuevos positivos de TBC diagnosticados en la institución curados	35%	4	5	80
% de cumplimiento de la meta asignada de vacunación antirrábica en la localidad	100%	7.670	8.089	105,5
% de realización de las actividades contratadas para la atención de personas en condición de discapacidad	100%	378	378	100
% de Unidades de Trabajo Informal contratadas por el PIC ejecutadas	100%	528	528	100
Coberturas útiles de vacunación en triple viral	95%	5.675	5.851	97
Coberturas útiles de vacunación polio	95%	5.491	5.709	96,18
% de ejecución de las actividades contratadas de IVC ambiental	100%	7.160	7.271	98,47

Fuente: Vigilancia en Salud Pública – Hospital de Suba E.S.E II Nivel de atención.

Otro grupo de indicadores de alto impacto en la salud pública corresponden a los marcadores del desarrollo de la etapa de ciclo vital de infancia, los cuales no alcanzaron las metas establecidas a nivel institucional para el primer semestre de 2009.

La lactancia materna exclusiva se encuentra en 3.3 meses, cuando lo esperado son 6 meses; desnutrición global en 9.8%, se había establecido un máximo de 8.6%, bajo peso al nacer en 10.8, se esperaba en 7,5%, la resolución en salas ERA se ubicó en 82,2% cuando la meta establecida correspondía a 85%, es necesario continuar fortaleciendo acciones que contribuyan a incrementar la lactancia materna y reducir el bajo peso en los menores de 10 años a través de actividades de

promoción y prevención en cada una de las IPS y además a través de las actividades que se realizan desde salud pública como son los seguimientos al bajo peso al nacer, al déficit de peso para la talla a través del sistema de vigilancia epidemiológico y alimentario y nutricional - Sisvan - como también en los programas del ámbito familiar (código de sucedáneos), seguimiento a gestantes de alto riesgo y a través del ámbito IPS con la red materno infantil.

De acuerdo con la encuesta de satisfacción realizada durante el año 2009 el instrumento evaluó las variables de accesibilidad, oportunidad, amenidades, calidez y trato adecuado, obteniendo resultados sobre el 80% para un total de 18 311 encuestas aplicadas en todos los centros y servicios de la Institución (ver tabla 60).

Tabla 60. Encuesta de satisfacción, Hospital de Suba 2009.

SERVICIO	Encuestados	% de Satisfacción
Centro de servicios Especializados	6457	74%
Servicios Básicos (CAMI – UPA)	7406	86%
Centros de Atención Primaria	3928	89%
TOTAL	18.311	82%

Fuente: Centro de Servicios Especializados - Atención al Usuario 2009.

Los resultados encontrados son fruto del trabajo realizado en torno a las acciones de mejora que se han identificado e implementado por cada una de las áreas, especialmente enmarcadas en el proceso de acreditación de los servicios, los cuales se describen a continuación.

Disponibilidad de orientadores en todos los centros de atención, que se encargan de brindar acompañamiento al usuario desde su ingreso hasta su egreso.

El fortalecimiento de atención oportuna para población especial mediante la estrategia de “Súbita Luminosa” que permite identificación y priorización en la atención para gestantes, adulto mayor y discapacitados. Implementación de proyectos de humanización como: ludoteca, acompañamiento espiritual, plan padrino que permiten brindar al usuario y su familia una acogida amable, cálida y oportuna.

Implementación de estrategias para satisfacer las necesidades de información que requiere el usuario y su familia, mediante el diseño de volantes informativos, guiones y protocolos de bienvenida, rutas de acceso que permiten una mejor y mayor orientación e información al usuario, en el abordaje se realiza a través de actividades lúdico pedagógicas para divulgación y adherencia a los derechos y deberes.

Dando cumplimiento a lo establecido en el proyecto Distrital de gratuidad de la atención en salud a los grupos poblacionales de menores de cinco años, mayores de 65 años y personas en condición de discapacidad severa, el Hospital monitoreo desde el área de atención al usuario los pacientes que accedieron a esta política durante el primer semestre del año 2009, encontrando un total de 5.486 beneficiarios.

4.3.4. Análisis de aseguramiento

En cuanto al aseguramiento, el comportamiento de la población ha mostrado un aumento de la población afiliada a las EPS subsidiadas y disminución en la población pobre sin seguridad social o usuario participante vinculado.

En el hospital se ve reflejado con la asignación de 128.834 personas al régimen subsidiado seleccionados para la atención en promoción y prevención y de 62.000 personas sin seguridad social en salud, identificadas en los territorios mediante la estrategia de salud a su casa. En éste nuevo marco, el resultado de la gestión desarrollada frente a la aplicación de la Norma Técnica de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años, primer semestre de 2.009, muestra un incremento de 13 puntos porcentuales en el componente de consulta de primera vez, pasando de 5.024 menores captados e incluidas en el programa a 5.742 menores captados durante el primer semestre de 2008 y primer semestre de 2009 respectivamente pasando de un indicador de cumplimiento del 91.3% al 104.3%, acompañado éste incremento de la consolidación de los equipos de salud a su hogar, los cuales caracterizan, captan y siguen a este grupo de población y al aumento de la oferta con oportunidad de servicios en los Centros de Atención Primaria en Salud, las Unidades Primarias de Atención, los Centros de Atención Médica Inmediata y el Centro de Servicios Especializados, además de un fuerte énfasis en el abordaje extramural en IED, jardines y hogares de bienestar.

El impacto final de las políticas del distrito se manifiestan en el ingreso disponible y en la estructura de consumo de los hogares, lo que trae como consecuencia que los pobres gasten en salud menos que los ricos, esta estructura favorece la progresividad y se explica porque el régimen subsidiado ha aumentado su participación frente al contributivo y el vinculado.

Al evaluar el comportamiento de la población afiliada de acuerdo con el sexo, se identifica que es mayor la población de sexo masculino afiliada al régimen subsidiado esto se presenta en parte debido a que los hombres tienen mayores posibilidades de ingresar al mercado laboral (ver tabla 61).

Tabla 61. Distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado (activos y suspendidos) según sexo localidad de Suba.

LOCALIDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SUBA	69.877	58.957	128.834
	54,2%	45,8%	100%

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de Mayo de 2009 Dirección de Aseguramiento - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Así mismo, al evaluar la población por grupos de edad son los menores de edad los que representan el mayor número de afiliados, esto en concordancia con la población menor de edad que depende económicamente de sus padres y que además, en cumplimiento a las normas legales es prioritaria la atención para este grupo poblacional (ver tabla 62).

Tabla 62. Distribución de la población afiliada en el régimen Subsidiado (activo y pasivo) según grupos de edad, localidad de Suba.

LOCALIDAD	Grupo de Edad					Total
	0 a 18 años	19 a 26 años	27 a 59 años	60 años y más	Sin Información	
Suba	50.748	19.304	47.647	10.614	521	128.834
	39%	15%	37%	8%	0,4%	100%

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de Mayo de 2009 Dirección de

La población beneficiada del subsidio total representa el 95,8%; esto muestra el aumento de la participación de los subsidiados, porque refleja las dificultades que enfrentan las familias en el mercado laboral lo que trae como consecuencia además el incremento en el gasto público destinado a salud (ver tabla 63).

Tabla 63. Distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado (activos y pasivos) según tipo de subsidio, localidad de Suba.

LOCALIDAD	TIPO DE SUBSIDIO		
	SUBSIDIO PARCIAL	SUBSIDIO TOTAL	TOTAL
Suba	5.416	123.418	128.834
	4,2%	95,8%	100%

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de Mayo de 2009 Dirección de Aseguramiento - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

De acuerdo con el nivel de Sisben, la población de nivel uno y dos son los que representan el mayor número de beneficiados al régimen subsidiado, siendo a su vez la población con mayores necesidades económicas y situación de vulnerabilidad; por consiguiente ha sido una medida favorable para dicha población, que necesita acceder a la seguridad social, siendo este un derecho y una manera de identificar las prioridades en la salud de estos grupos poblacionales (ver tabla 64).

Tabla 64. Distribución de la población afiliada al régimen Subsidiado (activo y suspendido) según nivel de SISBEN, localidad de Suba

Localidad	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Otro nivel SISBEN	Poblaciones Especiales	Sin Información	Total
Suba	34.438	78.519	7.135	12	8.251	479	128.834
	26,7%	60,9%	5,5%	0,01%	6,4%	0,4%	100%

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de Mayo de 2009 Dirección de Aseguramiento - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

La cobertura de afiliación al régimen Subsidiado ha favorecido a población especial principalmente a los indígenas y desplazados (ver tabla 65).

Tabla 65. Distribución de las poblaciones especiales afiliadas al régimen subsidiado (activos y pasivos) localidad de Suba

POBLACION ESPECIAL	FRECUENCIAS	%
Desplazados	2.994	36,3%
Afrodescendientes	116	1,4%
Ciudadano habitante calle SDIS	113	1,4%
Menores en protección ICBF	880	10,7%
Cabildos indígenas	3.496	42,4%
Madres comunitarias	238	2,9%
Desmovilizados	414	5,0%
TOTAL	8251	100%

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de Mayo de 2009 - Dirección de Aseguramiento - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

4.3.5. Análisis para la atención oportuna frente a urgencias y emergencias

Frente al Plan de Emergencias, el Hospital de Suba actualizó y adicionó protocolos de atención por contingencia de la pandemia de influenza tipo A H1N1.

Entre las actividades está la coordinación con las diferentes áreas del Hospital, en organización y preparación para atender el evento, disponiendo de áreas independientes (carpas) para el triage diferencial de pacientes sintomáticos respiratorios, rutas y cuartos de aislamiento, elementos de protección personal, seguimiento a casos, capacitación al personal de la institución y comunidad.

Relacionado con la brigada de emergencias, ésta apoyó las visitas en seguridad industrial y actividades especiales del hospital. Se capacitaron 180 brigadistas y con el Comité Local de Emergencias (CLE) se capacitaron funcionarios del Hospital en Sistema Comando de Incidentes (4 participantes), rescate liviano en estructuras colapsadas (3 participantes), Bomberos Forestales (4 participantes), primera respuesta a emergencias con materiales peligrosos (4 participantes), bases administrativas para gestión del riesgo (4 participantes), evaluación y análisis de necesidades (4 participantes). Estos cursos fueron financiados por la Secretaría de Gobierno y el Fondo de Desarrollo Local, dentro del presupuesto del CLE.

Durante el primer semestre del año 2009, el hospital registró una oportunidad en la atención de urgencias de la población que acudió a los servicios de urgencias del CSE, CAMI Suba, Prado y Gaitana de 21,6 minutos, encontrándose dentro de los estándares de calidad esperados.

De acuerdo con la diferenciación por prioridad de atención, la prioridad uno está a seis minutos (ver tabla 66).

Tabla 66. Comportamiento de la atención por Urgencias primer semestre, 2009.

PRIORIDAD I. ATENCIÓN INMEDIATA	PRIORIDAD II. ATENCIÓN URGENTE	PRIORIDAD III. ATENCIÓN PRIORITARIA
6,0 minutos	10,4 minutos	11,9 minutos

Fuente: Hospital de Suba E.S.E

De igual manera se ha realizado acompañamiento de acciones relacionadas con Ola Invernal, PMU para atención de eventos o situaciones de emergencia, fortalecimiento en capacitación de aglomeraciones complejas, en el marco del CLE, apoyo Minga Indígena participación durante su estadía en la Universidad Nacional, por medio del control permanente de condiciones higiénico – sanitarias, capacitaciones a diferentes actores institucionales en lo referente a prevención de emergencias y desastres desde el componente de salud pública, referenciación geográfica de eventos de interés en Salud Pública y emergencias atendidas, atención de eventos relacionados con la disposición inadecuada de residuos hospitalarios en vía pública, asesoría y acompañamiento para la elaboración de planes de emergencias escolar, familiar, comunitario, de aglomeraciones complejas de público e industriales, divulgación de protocolo de disponibilidad al interior de la ESE, construcción de protocolos enmarcados en el Plan de Respuesta por Terremoto – PRT en el distrito (saneamiento básico, manejo de cadáveres, promoción y prevención, manejo de alimentos y medicamentos, salud mental), unificación de criterios e instrumentos a nivel interinstitucional, frente a las cartillas de Plan de Emergencia Escolar, Plan de Emergencia Familiar, Plan de Emergencia Comunitario y Plan de Emergencia Industrial; de manera conjunta con DPAAE y SDIS, se realizó fortalecimiento de la línea a través de capacitaciones: Sistema Comando de incidentes - SCI, Primer respondiente, Modulo de Principios Epidemiológicos para el Control de Enfermedades – Mopece, Primera Respuesta para Incidentes con Materiales Peligrosos – Primap, Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades – EDAN, Bases Administrativas para la Gestión del Riesgo – BAGER, implementación de sistemas de comunicación Avantel para cubrir los eventos semanales de disponibilidad y mantener un enlace eficaz con el nivel central, de manera que se dé respuesta oportuna a todos los eventos; aplicación de Plan de Emergencia Familiar en articulación con entornos saludables, por medio de la estrategia Vivienda Saludable y Plan de Emergencia Escolar articulado con PAESA.

4.3.5. Análisis de la inversión local

4.3.5.1. Fondo financiero distrital de salud

El contrato de prestación de servicios suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud tiene como objeto la prestación de servicios de salud a la población participante vinculada en actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y actividades resolutivas.

El hospital de Suba tiene contrato con ocho EPS Subsidiadas, con un modo de contratación de capital de promoción y prevención y I nivel de atención con: Unicajas, Caprecom, Colsubsidio, Ecoopsos, Humana Vivir, Salud Total, Salud Cóndor y Sol Salud. Adicionalmente tiene un sistema de operación mixto a través de un operador, el cual tiene a cargo siete IPS Primarias CAPS - Centros de Atención Primaria en Salud (Aures, Aguadita, Rincón, Lisboa, San Carlos, Gaitana, Escalabrín) y una UPA (Nueva Zelandia) con el fin de minimizar barreras de acceso de tipo geográfico en accesibilidad y logrando la cobertura de toda la población; adicional a esto el hospital cuenta con cuatro centros propios (CAMI Suba, CAMI Prado, CAMI Gaitana, UPA Rincón) donde se prestan los servicios de promoción y prevención.

El operador, como los centros propios, tienen un sistema de prestación de servicios a través de rutas de atención integral que benefician a la población gestante, infantil, juvenil y personas mayores; en cada uno de los centros se realiza la valoración y seguimiento por parte de enfermera y médico en el servicio de crecimiento y desarrollo, consulta de detección temprana, asesoría en alimentación y nutrición, consejería pre y pos VIH, toma de citología, regulación de la fecundidad, salud oral y salud visual.

La población infantil fue atendida por el servicio de crecimiento y desarrollo de primera vez con un cubrimiento de 4.327 consultas por el FFDS y 3.729 consultas por parte de las EPS subsidiadas

durante el 2009. Mientras que 9.827 gestantes recibieron atención de parto desde FFDS y 1.219 desde la EPS subsidiada. El seguimiento en micro territorios y unidades de atención primaria, permitió dar cumplimiento a la meta establecida a través de la demanda inducida en los ámbitos de vida cotidiana, centros de atención y grupos concentrados de mujeres en edad fértil con jornadas de información y comunicación.

La ruta institucional de la gestante garantiza la prestación de los servicios de acuerdo con las actividades planteadas por promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el control prenatal, la identificación del riesgo obstétrico, la preparación para la paternidad y la maternidad, atención del parto y del recién nacido, con actividades como:

- Educación grupal a través de la cual se sensibiliza acerca de la importancia de los controles prenatales, utilización del carné materno, reconocimiento de deberes y derechos de los usuarios.
- Consejería en VIH
- Toma de citología vaginal.
- Vacunación.
- Toma de laboratorios
- Higiene oral.
- Consulta de enfermería.
- Consulta de riesgo obstétrico
- Consulta por gineco-obstetra
- Control prenatal de bajo y alto riesgo
- Curso de preparación de la maternidad y la paternidad
- Atención del parto
- Adaptación neonatal y atención del recién nacido
- Control post-parto

El programa de planificación busca mejorar la adherencia a los métodos anticonceptivos por parte de la población que recibe la consulta; acompañada por las decisiones gubernamentales de ampliar la oferta anticonceptiva y por la parte institucional garantizar los métodos anticonceptivos, fortalecer el programa de asesoría en métodos de planificación familiar en todos los centros de atención, incluyendo la mujer en su periodo de puerperio, para el año 2009 se realizaron 20.373 consultas de regulación de la fecundidad, de las cuales 65% fueron por el FFDS y 35% por las EPS subsidiadas.

Con relación a los indicadores de cumplimiento de la Norma Técnica de Detección Temprana de Alteraciones del Joven se realizaron 10.127 consultas; de éstas el 61% fueron atendidos por contrato del FFDS y el 39% por las EPS subsidiadas; estos resultados obedecen a las actividades implementadas en los micro territorios de salud a su casa, aumento de la oferta con oportunidad

de servicios en los Centros de Atención Primaria en Salud, Unidades Primarias de Atención, Centros de Atención Médica Inmediata y Centro de Servicios Especializados, adicional a un fuerte énfasis en el abordaje extramural.

Con respecto a la detección temprana de alteraciones del adulto se realizaron 16.842 consultas de donde el 90,7% corresponde al FFDS y el restante 9,3% a las EPS subsidiadas.

Frente a la cobertura de toma de citología se realizaron 19.848 en el año 2009, de estas el 90% fueron costeadas por el FFDS, la demanda inducida por parte de los diferentes ámbitos de vida cotidiana, los equipos de programas en los centros de atención, equipos de SASC y la iniciativa propia de las usuarias para la realización del procedimiento permitieron el resultado encontrado.

Otra de las actividades de promoción y prevención corresponde a la detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, para prevenir enfermedades oculares y reducir la ceguera prevenible o curable y posible intervención a través de la toma de agudeza visual a personas de 4, 11, 16, 45, 55, 65 y más años y del examen oftalmológico en personas mayores de 55 años, en el periodo 2009 se logró realizar 45.302 consultas de las cuales el 76% fueron por el FFDS.

Por otra parte los proyectos del Fondo de Desarrollo Local - UEL están enfocados por líneas de intervención acorde con las necesidades identificadas en la localidad y las directrices de la Alcaldía local para dar cumplimiento a los objetivos y metas propuestas en el Plan de Desarrollo Local.

De esta manera para el año 2009 se ejecutaron proyectos que complementaron acciones realizadas desde el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC.

Para la etapa de ciclo vital de infancia se desarrollaron jornadas de vacunación para menores de 6 a 23 meses contra el neumococo, para la etapa de juventud se incluyeron intervenciones relacionadas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas, mientras que para los adultos mayores se dio atención integral a la persona mayor, lo que permite el desarrollo de la autonomía y el autocuidado integral. También se realizaron acciones de atención a la persona con discapacidad, componente hipoterapia y ayudas técnicas (ver tabla 67).

Tabla 67. Proyectos Fondo de Desarrollo Local 2009.

PROYECTOS FONDO DESARROLLO LOCAL VIGENCIA 2009				
COMPONENTE	NOMBRE DEL PROYECTO	OBJETO DEL PROYECTO	POBLACION OBJETIVO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
DISCAPACIDAD	ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMPONENTE AYUDAS TÉCNICAS - HIPOTERAPIA	Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas en condición de discapacidad, su familia, cuidadora y cuidador, potenciando la Hipoterapia como terapia complementaria al proceso de rehabilitación integral.	100 personas en condición de discapacidad, entre los 2 y 35 años, que de las UPZ priorizadas y que han sido caracterizadas a través del nuevo modelo de atención y la aplicación de la segunda fase del Registro para la localización y caracterización de la	Fortalecimiento y formación de 10 grupos de cuidadores Realización de 5500 sesiones de Hipoterapia a 100 beneficiarios Compra y entrega de elementos necesarios para desarrollar las actividades.
	ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMPONENTE AYUDAS TÉCNICAS	Promover el ejercicio y la restitución de la autonomía de las personas con discapacidad a través del otorgamiento de ayudas técnicas desde una perspectiva de derechos humanos que permita la inclusión social en las diferentes acciones de la vida diaria	300 personas en condición de discapacidad	Planeación y concertación Visita de verificación de la vulnerabilidad de la persona con discapacidad y su familia Preinscripción e inscripción de usuarios al Banco de Ayudas Técnicas Compra y entrega de ayudas técnicas Asesoría y acompañamiento para el manejo adecuado de la ayuda técnica.
OTROS	PROGRAMA INTEGRAL EN SALUD ORAL, VISUAL Y AUDITIVA CON ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y ATENCIÓN A LA POBLACION	Mejorar la calidad de la salud visual, oral y auditiva en cada uno de los individuos pertenecientes a la población de Jardines Infantiles del ICBF y de Secretaría de Integración Social, Colegios Oficiales y comedores del programa Bogota bien alimentada.	3500 personas entre población infantil de 3 a 10 años, jóvenes y adultos	Concertación con las instituciones Talleres de caracterización en salud oral, visual y auditiva Valoraciones optométricas (Diagnostico y Formulación) Entrega de ayudas ópticas Seguimientos de la ayuda técnica Tratamiento de ambliopía Entrega de kits para amblio
	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL CON TRABAJO COMUNITARIO	Brindar atención psicolegal integral a familias víctimas de Violencia Intrafamiliar, Maltrato a la Mujer, Maltrato a los niños, niñas y adolescentes y Delitos Sexuales, a través de la promoción de pautas de interacción, crianza y roles familiares.	463 Familias (compuestas mínimo por 4 miembros) por niñas, niños, jóvenes, personas adultas y sus núcleos familiares habitantes de la localidad de Suba	Fase inicial Organización Fase de gestión operativa
	PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADICTIVAS.	Brindar atención familias con jóvenes con abuso y uso de sustancias psicoactivas y adictivas.	300 Jóvenes con uso y abuso de sustancias adictivas.	

Fuente: Informe Unidad Ejecutora Local - Fondo de Desarrollo Local 2009.

4.3.5.2. Análisis de la respuesta comunitaria

La localidad cuenta con una historia de organización comunitaria y participación social significativa, así lo demuestra el trabajo realizado en relación a los encuentros ciudadanos, sin embargo según lo evidenciado en los talleres de línea de base y en el grupo focal, la participación según los asistentes está dada por los escenarios institucionales.

Son los sectores salud, educación, integración social, IDPAC, ambiente, cultura, recreación y deporte los que dinamizan y ordenan la participación al interior de la localidad y en este escenario institucional confluyen líderes tradicionales. Al margen se encuentran otros actores, procesos e intereses de grupo que no logran incidir en los asuntos públicos con relación a sus grupos de interés casos como: la comunidad indígena, afrodescendientes, campesinos, jóvenes, porque su base social, o no reconoce el escenario institucional, o no cuenta con una estructura organizativa que les de soporte a las iniciativas.

Otra razón de la precariedad de la participación lo determina la segmentación territorial y concentración de las acciones de las instituciones en las zonas prioritarias, la comunidad y pobladores

no se reconocen como pertenecientes a lo local, se consideran al margen porque históricamente la atención se dirige al sector “Occidental”, lo cual no permite visibilizar a los actores, problemáticas, procesos y potencialidades del “Nororiente”, zona rural y reserva forestal de la localidad. Subyace a esto un problema de falta de conocimiento e información acerca de los escenarios de participación impidiendo una efectiva relación entre comunidad e instituciones locales en los territorios.

La comprensión de la movilización social adquiere diferentes significados según sea la unidad territorial que se valore. Las deficiencias en la participación están dadas por las características de poblamiento y relaciones sociales, económicas y culturales. En los ejercicios de mesas de trabajo inspiradas en los encuentros ciudadanos, se indicó que la participación en estratos 5 y 6 está ligada a la falta de lazos de solidaridad y cooperación, mientras que en los estratos 1 y 2 se hace hincapié en los problemas de interacción entre comunidad e instituciones pues los grupos sociales no logran incidir en los asuntos que les afectan.

A esto se suma que, aunque se identifican intereses comunes, no se conjuga una visión de conjunto de la localidad que permita a los diferentes actores, desde una percepción e interacción histórica, una definición de prioridades desde un ejercicio de la autonomía de las organizaciones, de tal forma que sus iniciativas son relegadas y se establecen distancias insalvables entre la lógica y acción institucional y las dinámicas y expectativas comunitarias.

La participación en Suba se amalgama con la diversidad local que caracteriza a esta localidad; por un lado biodiversidad ambiental, étnica y cultural, riqueza ecológica, procesos de urbanización y crecimiento económico y por otro pobreza y problemáticas sociales, concentradas en los territorios de alta densidad poblacional, lo que expresa una alta inequidad social, deterioro ambiental y falta de políticas públicas que distribuyan de manera más justa las riquezas y el poder en la localidad. En este escenario, la participación social y su relación con los principios de política pública y de acción que orientan el Plan de Desarrollo Local “Suba reconciliada y positiva para vivir mejor” generan preguntas respecto a la disposición de las instituciones por avanzar en el quehacer de la Gestión Social Integral y de otra parte el rol de las comunidades y sus organizaciones.

Además, el marco normativo dispuesto para regular el proceso de planeación y participación social antes que potenciarla la restringe o limita, al considerarla fundamentalmente de consulta. Los grupos de intereses y la comunidad así concebida no afectan el conjunto de políticas locales y antes que profundizar la participación está presente el escepticismo, pues se considera que las decisiones ya están acordadas de antemano.

De esta manera, algunos retos que afronta la participación social y comunitaria son:

- Superar la fragmentación y ausencia de formas organizativas
- Incentivar la movilización de sectores sociales y poblaciones históricamente marginadas como lo son las personas en condición de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, sector informal, jóvenes, mujeres etc.
- Prevaler los fines sociales y colectivos para transformar la lógica del liderazgo individual aislado.
- Promover el desarrollo humano de las poblaciones en el territorio a través de las transformaciones propias de un esquema normativo de participación para la consulta hacia un esquema social de incidencia en los asuntos de lo público.

Es en este contexto, se destacan formas, espacios y actores de la participación que a continuación se describen, con el propósito de explorar los elementos rectores de los procesos de participación y planeación en función de las asimetrías de poder existentes en la localidad de Suba, a través de los espacios de participación y formas de interrelación de los actores, para mostrar si la dinámica de participación garantiza la modificación equitativa de los determinantes de la calidad de vida.

El mecanismo de participación comunitaria en salud a través del comité de participación comunitaria Copaco - Suba cuenta con representantes de 53 organizaciones sociales y comunitarias de base en donde se encuentran incluidos grupos de interés, como cabildo Muisca, adulto mayor, discapacidad, ambiente, mujer y géneros, que trabajan por los procesos de salud, ambiente y calidad de vida de la localidad.

A través de la formulación y ejecución de proyectos financiados por la SDS y el FDL se ha potenciado la visibilidad del espacio con la constitución de las mesas de salud y calidad de vida por UPZ, para dar continuidad al procesos desarrollado desde el año 2007, en donde Copaco Suba ha sido el pionero como forma de participación en salud, reglamentada en este proceso que se adecua a la dinámica del territorio planteada en las diferentes políticas propuestas desde el nivel central.

Dada la dinámica del espacio desarrollada por Copaco se ha consolidado el trabajo local en las mesas, a saber, Mesa de persona mayor con la constitución del Acuerdo para el Consejo Local de Persona Mayor; y la mesa por la Salud de las mujeres, equidad de género y diversidad sexual visibilizada en diferentes espacios locales y distritales con la celebración del “Primer Foro Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres” y el desarrollo de ferias artesanales “Reciclarte”, dentro de este escenario se ha acompañado la construcción y divulgación de la política pública LGBT, la sensibilización de los y las funcionarias públicas en temáticas referidas a este grupo poblacional con enfoque diferencial.

Las mesas fueron constituidas desde el año 2008 y cuentan con la participación de los líderes y las lideresas integrantes de Copaco y personas naturales interesadas en trabajar por las temáticas referenciadas.

Las limitantes de estructura del mecanismo de participación, al igual que de otros procesos, obedecen a las mismas debilidades identificadas en el sistema de salud, como, la escasez de recursos para los líderes participantes en el proceso, la instrumentalización de la participación por la institucionalidad y la limitada participación de los ciclos vitales de juventud y niñez.

El Cabildo Muisca de Suba, es uno de los principales actores sociales en cuanto a procesos desarrollados en salud y ambiente de la localidad; han visibilizado y posicionado la medicina tradicional, la interculturalidad y los determinantes ambientales de la localidad, convocando actores institucionales para potenciar y gestionar recursos.

Siendo Suba una localidad diversa, es pertinente resaltar la presencia de conjuntos de propiedad horizontal y la disposición de la administración local por realizar el acompañamiento, apoyo y asesoría técnica en procesos de carácter normativo, para la socialización de procesos de participación y decisión a nivel local que fomenten y muestren las necesidades e inquietudes de estos ciudadanos habitantes de conjuntos.

Otra forma de participación organizada en la localidad la constituye Asojuntas, quienes agrupan las Juntas de acción Comunal y a su vez plantean una estructura organizacional a través de comisiones de trabajo; es así, como se ha adelantado un ejercicio piloto en el distrito, con las comisiones de salud de las UPZ Rincón y Suba Centro, con las cuales se implementó una estrategia tendiente a la formación, información y gestión en temáticas relacionadas con la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y fortalecimiento de procesos de participación.

Los procesos de incidencia a nivel local de planeación participativa, continúan siendo percibidos por parte de la comunidad como espacios consultivos, sin la incidencia en la toma de decisión que contribuya al mejoramiento de las condiciones de vida del ciudadano, a pesar de que en la localidad de Suba existen procesos, espacios, escenarios, dinámicas de participación, en donde la institución ha contribuido en su fortalecimiento y visualización.

Como alternativa necesaria para el fortalecimiento de la apropiación ciudadana y la articulación con la institucionalidad, se debería pensar en los procesos de planeación con la mirada ciudadana y comunitaria, siendo ésta la base para el desarrollo de estrategias, planes, programas y proyectos de la administración pública; igualmente los ejercicios de planeación deben tender a un ejercicio de pares entre el servidor público y la comunidad para ejercer sus derechos, sin desconocer los avances logrados en la actual administración distrital por promover y fortalecer las herramientas de Gestión Social Integral que contribuyen a darle otro enfoque a los procesos de planeación y toma de decisiones de lo público.

Se hace necesario seguir trabajando en los procesos de descentralización, presupuestos orientados a resultados consensuados y en la cualificación de recurso humano en torno a los procesos de participación, que contribuyan a dar una mayor relevancia a ejercicios institución - organización social - comunidad.

En lo referente a los mandatos ciudadanos se ha evidenciado que las diferentes exigencias en las asambleas locales y distritales, obedecen a problemáticas estructurales que no han tenido una respuesta efectiva por parte de la institucionalidad local, distrital y nacional.

Por otra parte desde el componente de gestión local se llevó a cabo el análisis social con la comunidad de la UPZ Tibabuyes; este análisis tiene como finalidad localizar los actores clave para el ejercicio de movilización social, así como el grado de cohesión en la participación local, conocer el nivel de aceptación de las personas sobre la institucionalidad y la administración local e identificación de nuevos líderes, determinando niveles de participación y de representación en la localidad.

De esta manera se lleva a cabo la socialización con el equipo del componente de gestión local que lideran o participa en espacios como mesas, consejos, redes y comités, donde se define el territorio social de Tibabuyes, teniendo en cuenta las lecturas de necesidades desde los diversos ámbitos de vida cotidiana, así como el proceso de narrativas y lectura de realidades construidas desde los espacios de la Gestión Social Integral.

El territorio social de Tibabuyes presenta dificultades y problemáticas sociales y ambientales, las cuales afectan la calidad de vida de la población que reside en este territorio; así mismo a través de los diversos diagnósticos que dan a conocer la alta presencia desde los sectores a través de programas y proyectos que se orientan al restablecimiento de derechos y cumplimiento de los mismos a través de las políticas pública orientadas al mejoramiento de la calidad de vida y visualización de la población.

Es importante resaltar la importancia de la participación como proceso de reconocimiento de los derechos, los cuales son socializados en los diversos espacios locales, donde es importante resaltar la corresponsabilidad de la población frente a la construcción de procesos metodológicos y herramientas de solución para el mejoramiento de la calidad de vida enmarcados en el enfoque de derechos y la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

Para el proceso se lleva a cabo la lectura metodológica y ajustes a la misma, en la cual se tiene en cuenta la dinámica local e institucional para el desarrollo del proceso; el cual se desarrolla a través de cada una de las intervenciones realizadas desde el componente de gestión local con enfoque diferencial y por etapas de ciclo vital, para lo cual se presentaron los siguientes resultados desde cada uno de las intervenciones del componente.

4.4. Análisis de la Respuesta por Ciclo Vital

4.4.1. Etapa ciclo vital infancia

De acuerdo con el test realizado a los niños, se puede evidenciar que la referenciación que se hace de la participación está muy ligada a la inmediatez del contexto, bien sea en el colegio o en el comité local de niños, niñas y adolescentes, lo cual indica que los escenarios de participación local no están claros para ellos.

Esto no es del todo negativo, en tanto tradicionalmente la participación se hace por y para gente adulta, lo que excluye en el manejo simbólico a otras poblaciones, es decir, que los códigos que se manejan no siempre están al alcance de todo el mundo. En esta medida, se puede plantear que podría ser agresivo involucrar a un niño o niña en espacios de participación relacionados con lenguaje técnico.

Sin embargo, de parte del Comité de Niños, Niñas y Adolescentes (CNNA) se nota una mayor cultura política, quizá debido al trabajo que desde las instituciones y desde las organizaciones sociales se ha venido desarrollando con ellos, en tanto se tiene claridad de la importancia de la participación y la movilización social; se trabaja con sentido de solidaridad.

De acuerdo con el mapa de actores y los instrumentos diligenciados, se nota una relación fuerte con las instituciones, en tanto se ha llevado proceso con niños y niñas, lo mismo que desde el colegio, que sería la institución como tal para algunos casos. En el caso del Consejo, los niños han interactuado con autoridades locales, por lo que no ven a la institucionalidad tan lejana.

Se evidencia además, una disposición de interacción para la participación, lo cual puede explicarse por el poco tiempo en estos asuntos, ya que se mantiene la hipótesis según la cual la falta de incidencia de los espacios de participación mina en gran medida este ejercicio ciudadano.

De otra parte, la interacción con instituciones ha servido para acciones concretas para la calidad de vida, lo que legitima el que hacer del Estado ante los niños y las niñas.

4.4.2. Etapa de ciclo vital juventud

A través del análisis social se pretende conocer el grado de cohesión en la participación social de las organizaciones comunitarias, así como el nivel de aceptación de las personas sobre las instituciones y la administración local, por lo cual desde la etapa de ciclo vital de juventud, en el componente de Gestión Local, Hospital de Suba II Nivel ESE, se realizó la aplicación de un test a 5 miembros de la Organización Juvenil Guerreros de Guerreros, ubicada en la UPZ de Tibabuyes, puntualmente en el barrio Villa María, territorio que se prioriza para la localidad debido a su dinámica social, sus características de desarrollo y la vulnerabilidad de la población habitante.

La Organización Guerreros de Guerreros pertenece a la red local de organizaciones juveniles Z11 y cuenta con un trabajo comunitario desde el año 2002; cuenta con aproximadamente 20 a 25 miembros y su tema principal de trabajo ha sido la realización de ejercicios de barras, como actividad que busca el manejo de tiempo libre además de mejorar la condición física y deporte de competencia. Frente al desarrollo de la organización en los espacios locales, se evidencia una participación en reuniones de articulación de iniciativas y actividades con otras organizaciones y redes juveniles locales, con proyectos de instituciones locales, tales como el Hospital de Suba, Subdirección Local de Integración Social e Instituto Distrital de Participación y Acción Comunitaria IDPAC; también se evidencia un interés en la participación de Encuentros Ciudadanos y la Junta de Acción Comunal. Sin embargo, se considera importante la participación en espacios de formulación de proyectos de recreación y deporte y planeación local, espacios en los cuales no se hace presencia por desconocimiento de estos o porque no se conocen los tiempos en los cuales se realizan las reuniones.

La participación en los diversos espacios locales generalmente la efectúa el líder de la organización, el cual se encarga de socializar la información en las reuniones de grupo y es allí donde se toman las decisiones de trabajo del grupo, lo cual ha permitido posicionar el trabajo del mismo, dar a conocer sus acciones y participar en otras iniciativas y acciones juveniles locales, ya sea realizadas por las instituciones u otras organizaciones.

Como inconvenientes en estas acciones de participación, se encuentra que el tema de barras de ejercicio no es muy sobresaliente en la localidad y no hay muchas instituciones que cuenten con programas dirigidos a deportes y actividad física; así mismo no se tienen relaciones con la Alcaldía ni personas del gobierno Local.

Entre los avances de la organización a lo largo de su constitución, se encuentra el fortalecimiento del trabajo y ampliación del grupo, difusión del grupo mediante la realización de eventos y salidas, inclusión en el trabajo local, participación en iniciativas y ampliación de alternativas de trabajo grupal, realización de 2 escritos de caracterización del grupo y método de trabajo, articulación con las instituciones locales, trabajo con derechos humanos; se realizó el primer reto de Guerreros (iniciativa del grupo) y trabajo con jóvenes como alternativas de uso de tiempo libre.

La organización en el desarrollo de su trabajo evita que haya inconvenientes con otros actores; no se deja de participar en espacios locales, por evitar encontrarse con otras personas; sin embargo, se considera importante lograr una mayor articulación con el IDRD para el desarrollo del trabajo, ya que esta es una institución poco visible en la localidad y con la cual no es fácil hacer acuerdos. También es importante para la organización desarrollar articulación de trabajo con la Alcaldía Local y la Policía como instituciones de apoyo en su trabajo.

Por otra parte, manifiestan que las instituciones que más le han colaborado en el desarrollo de su trabajo han sido los diferentes gestores de juventud del Hospital de Suba, IDPAC y la Subdirección Local de Integración Social.

De acuerdo con lo anterior, se deben considerar estrategias institucionales que permitan la articulación de trabajo, no sólo en temas de interés particular de la organización, sino el fortalecimiento de la articulación de las organizaciones sociales con otras instituciones y entidades, para lograr aumentar la participación e impacto de las organizaciones en la comunidad; de igual forma, desde los espacios de participación social, se debe fortalecer la difusión del espacio que permita aumentar la cobertura de comunidad en éste, de acuerdo con el tema de interés.

4.4.3. Etapa Ciclo Vital Adultez

A través del análisis social se pretende conocer el grado de cohesión en la participación social de las organizaciones comunitarias y revisar el conocimiento de las personas frente a los espacios de participación local, así como el nivel de aceptación de las personas sobre las instituciones y la administración local; por lo tanto, desde la etapa de ciclo vital adultez, en el componente de Gestión Local del Hospital de Suba II Nivel ESE, se realizó la aplicación de un test a 4 miembros adultos de la Organización Comunitaria Sueños de Antaño y a un miembro de la Junta de Acción Comunal del barrio Aures II, ubicados en la UPZ de Tibabuyes, territorio priorizado para la localidad, debido a su dinámica social, sus características de desarrollo y vulnerabilidad de la población habitante.

Al realizar el análisis de dichas encuestas, se encuentra que los adultos tienen una participación muy baja en espacios locales debido a la asignación de los diversos roles que asumen (proveedor, cuidador, productivo) y no cuentan con el tiempo suficiente para asistir a dichos espacios; en general, la participación se basa en la asistencia al grupo u organización y en algunas ocasiones a espacios como las reuniones de la Junta de Acción Comunal; se evidencia un desconocimiento de los espacios locales de participación y un desinterés por participar en los mismos; sin embargo

hay una preocupación por su comunidad (vecinos, amigos y familia) y una motivación de realizar acciones que beneficien a los mismos.

Las relaciones con las demás organizaciones comunitarias no se evidencian y en algunas ocasiones se manifiesta indiferencia frente a estas; así mismo, con las instituciones hay muy poco conocimiento del trabajo realizado por éstas y las posibles articulaciones con las mismas, lo cual conlleva a realizar acciones siempre en un mismo círculo de trabajo.

Como logros en el trabajo realizado, hay una gran percepción frente a la satisfacción propia de ser más sensibles con las realidades de la comunidad y de esta forma con las acciones que se realizan por la misma, lo cual permite la búsqueda de acciones que beneficien a su comunidad. Las relaciones con la Alcaldía Local en general son pocas y no se evidencia gran interés por realizar articulación con el gobierno local; sin embargo se manifiesta el desarrollo de un buen trabajo con Instituciones como la Subdirección Local de Integración Social y el Hospital de Suba, así como el interés por dar continuidad o iniciar procesos con dichas instituciones.

Lo anterior, permite corroborar la baja participación de los adultos en los espacios de participación local, ya sea por las múltiples funciones o roles que desempeñan en la sociedad o por desconocimiento frente a la importancia de abordar acciones colectivas e incidir en estos espacios; esto permite considerar estrategias institucionales que permitan la articulación de trabajo, no sólo en temas de interés particular de la organización, sino, de igual forma, fortalecer la articulación de las organizaciones sociales con otras instituciones y entidades, para lograr aumentar la participación e impacto de las organizaciones en la comunidad; igualmente, desde los espacios de participación social, fortalecer la difusión del espacio que permita aumentar la cobertura de comunidad en éste, de acuerdo con el tema de interés.

4.4.4. Etapa Ciclo Vital Envejecimiento y Vejez

De acuerdo con la información captada desde los instrumentos implementados (test), se pretende hacer un análisis de los resultados de los mismos para la etapa de ciclo vital vejez. Al respecto vale la pena aclarar que en general, se trabajó con los consejeros de vejez de la localidad, quienes son representantes de clubes de persona mayor de la localidad y otros líderes de clubes.

En general se observa que hay un desconocimiento de los espacios de participación por parte de las personas en general, ya que, en el caso de las consejeras, reconocen el Consejo Local de Persona Mayor y las líderes el Comité local, en parte porque está relacionado directamente con el proyecto Años Dorados, con el cual tiene una relación indirecta, si se permite el término. Se resalta que el Copaco es referenciado como espacio de participación por las consejeras, pero no se reconoce al CLOPS, ni siquiera se asimila bien la labor de un comité operativo del CLOPS, ya que se relaciona este tipo espacios con el tema de los subsidios de SLIS.

Se afirma que hay una ilegitimidad de los espacios de participación, ya que si bien hay conocimiento de algunos de ellos (sobre todo Comité, CLPM y Copaco), se tiende a pensar que las instancias son inoperantes; además, muchas personas manifiestan estar cansadas del ejercicio de participación, en tanto no se evidencia en un impacto sobre las condiciones de vida de las personas, por lo que hay reticencia a involucrarse en otros espacios, e incluso a seguir en los mismos en los que tienen proceso.

Entre los logros se evidencia el posicionamiento del tema y la consecución de algunos insumos como espacios para practicar actividad física, vestuario entre otros. De otra parte, la falta de incidencia de los espacios de participación es una razón con la que se expresan las dificultades, así como la interlocución con autoridades locales, aunque en general sí existe relación con la institucionalidad, sobre todo con Alcaldía, SLIS y Hospital.

A partir del mapa de actores se evidencia que hay conflicto con las instituciones, a quienes se les puede ver como las responsables de los espacios de participación, ya que es común la referencia a la incidencia de los mismos. Esto se interpreta como un cierto contenido de la cultura política, que se asume desde la asimetría y se ve en la institucionalidad, la proveedora de garantías, pero no se ve el espacio como propio de la ciudadanía, desde el cual puedan ellos hacer exigencia de derechos.

4.5. Análisis de a Respuesta por Transversalidad y PDA

4.5.1. Transversalidad discapacidad

Desde la transversalidad de discapacidad, se realizaron cinco test a líderes comunitarios y a personas de la comunidad partícipes de algún programa local, quienes se encuentran ubicados en la UPZ 71 en el barrio Bilbao y pertenecen a los ciclos vitales de juventud, adultez y persona mayor.

Entre las organizaciones locales a las que pertenecen se encuentra: Copaco, superando barreras, colegio Reina de Gales y organización tierna juventud, donde participan en las reuniones locales del consejo local de discapacidad, agricultura urbana, red de superando barreras, grupo de jóvenes padrinos de jóvenes con personas con discapacidad, consejo de juventud, PRAES, reuniones de Junta de Acción Comunal, Alcaldía y Hospital de Suba; en todas ellas, representando a las personas con discapacidad y a la organización e institución a la que pertenecen. La información recogida en cada una de las reuniones es socializada y divulgada a los grupos participantes y a la comunidad mediante charlas y capacitaciones.

En la localidad de Suba, existen numerosos programas y proyectos de los cuales cada uno tiene sus propias reuniones; a algunos les hace falta realizar divulgación e información a la comunidad y dentro de ellos se encuentran líderes a nivel Bogotá y programas de Alcaldía y Policía Nacional.

El trabajo con comunidad ha generado resultados positivos y logros tales como inclusión escolar a niños y niñas de la localidad, inclusión laboral a personas en edad productiva, reconocimiento de la discapacidad, cuidado de las personas con discapacidad y del medio ambiente, los cuales motivan a las personas para continuar luchando en beneficio de la población con discapacidad y aunque se presenten dificultades como falta de conciencia en el cuidado de las personas con discapacidad y atención oportuna de este grupo poblacional, éstas no hacen que se pierdan las ganas y el interés por continuar trabajando por los derechos de la población con discapacidad.

Los líderes comunitarios refieren que para lograr resultados positivos es necesario tener relaciones amistosas, conciliadoras y de trabajo con la Alcaldía Local de Suba y con instituciones locales que permitan trabajar en beneficio de esta población. Se reconocen personas de la Alcaldía frente a la articulación y trabajo. En cuanto a personas o instituciones locales que reconocen como colaboradoras en los procesos se encuentran juntas locales, Hospital de Suba, Policía Nacional y Ediles de la localidad.

Estos líderes ven la necesidad de convocar a la comunidad a reuniones donde se trabajen temas de discapacidad y para esto utilizan estrategias de divulgación como la vía telefónica, citaciones, carteleras y comunicación directa con la comunidad en espacios masivos. En promedio se convocan aproximadamente 20 personas.

En el trabajo comunitario, los líderes disfrutan cuando la comunidad participa, se integra y muestran alegría por lo que hacen dentro del grupo. Afirman que es necesario tener relaciones de carácter amistoso, conciliador y de trabajo con los vecinos para así poder lograr más beneficios en pro de las personas con discapacidad. Les gustaría trabajar con vecinos que demuestren actitudes de colaboración y compromiso. En cuanto a instituciones se encuentran el Colegio Galán Martínez,

la Dirección de Salud Pública del Hospital de Suba, la Organización Tierna Juventud, la Secretaria de Educación y el Colegio Reina de Gales. Por último, en las instituciones locales a los participantes les gustaría realizar trabajo comunitario con la Policía y la Alcaldía Local.

4.5.2. Transversalidad de género

La metodología sociométrica fue aplicada a 5 mujeres líderes de la UPZ Tibabuyes, cuatro integrantes de la Asociación de FAMIS vida del mañana (ASOVIM) y una líder comunal, quienes se encuentran ubicadas en los barrios: Gaitana, Sabana de Tibabuyes, Cañiza y Lisboa y tiene una trayectoria de trabajo comunitario de 2 a 17 años aproximadamente.

Las líderes participan en estos espacios con el objetivo de incidir, desde su entorno, su realidad y sus posibilidades, en aquellas decisiones que influyen en las condiciones y la calidad de vida de sus comunidades

En el caso de la líder del barrio Lisboa las reuniones a las cuales asiste son: Comité de Derechos Humanos, Clubes de Adulto Mayor, Comité local de Mujer y Género, Comité Red del Buen Trato, comité de infancia y familia; en el caso de la asociación de FAMIS éstas al interior han realizado una distribución de reuniones a las cuales asisten, entre las cuales se encuentran las tres últimas mencionadas anteriormente, aunado a la Red Materno Infantil, Reuniones de Gestión Social Integral del territorio, CLOPS, consejo de infancia y adolescencia, Veeduría, consejos tutelares, comité de discapacidad.

Los procesos de interacción entre la institucionalidad y las lideresas en la mayoría de los casos, es buena, ya que se da el apoyo y acompañamiento a los procesos que se adelantan desde lo comunitario y les han permitido obtener los siguientes logros:

- Adquirir conocimiento en diferentes temas de interés para la comunidad
- Establecimiento de nuevos contactos que permiten la construcción de redes sociales
- Obtener información sobre la oferta institucional y a su vez realizar el direccionamiento adecuado de los y las usuarias a los servicios que ofrecen las instituciones, dando respuesta a las necesidades que tiene las personas de la comunidad
- Conocer la inversión de los recursos
- Con relación a la administración local se puede decir que: la mayoría de las mujeres encuestadas no tiene ningún tipo de relación con la Alcaldía y las pocas que la tiene es a través del punto focal de mujer y género que participa del COLMYG; con respecto al gobierno local la relación de trabajo y articulación se realiza con Ediles de la zona.

4.5.3. Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

A través del desarrollo de la metodología sociométrica realizado en los diferentes espacios en los cuales asiste la comunidad vinculada en los procesos de Seguridad Alimentaria y Nutricional específicamente en el territorio social de Tibabuyes, se evidencia que la participación se caracteriza por conformar reuniones convocadas por las instituciones de la localidad como Secretaría de Integración Social, en el caso de comedores comunitarios, ICBF con las madres FAMI, la ESE con los diferentes programas de salud pública o cuando alguien o la entidad les ofrece algún tipo de beneficio, como por ejemplo un refrigerio, lo cual limita la asistencia.

Asisten a reuniones convocadas por el Hospital de Suba, fundaciones, comités locales y algunas veces a asambleas de juntas de acción comunal cuando hay que elegir o es más frecuente que asistan a la reunión anual del consejo de administración del conjunto residencial en el cual habitan para evitar la sanción por inasistencia a la reunión o cuando hay problemas en el conjunto, o en las áreas comunes de los barrios, lo cual hace que su participación sea de carácter obligatorio y en las juntas directivas del barrio, la asistencia es mínima lo que hace que las decisiones no sean conjuntas sino tomadas por unos pocos.

Los espacios a los que la comunidad generalmente no asiste, son los encuentros liderados por las juntas de acción comunal los fines de semana, reuniones de toma de decisiones en cuanto a las problemáticas del territorio, el cual es un tema delicado ya que muchos temas tienen que ver con seguridad y algunas personas por temor no asisten.

A lo anterior, los miembros de la comunidad manifiestan que no asisten a este tipo de reuniones por la falta de información y la falta de convocatoria por los mismos miembros que las conforman, desconociendo la hora y fecha de las reuniones, lo cual evidencia que no existen canales de comunicación asertivos y además existe mucha discrepancia entre las JAC, el presidente y la comunidad en algunos sectores.

También se evidencia que no existe un interés colectivo en cuanto a sus problemáticas sectoriales o locales, ya que priman los intereses individuales y son pocos los interesados por las problemáticas comunes, lo cual hace que el trabajo en equipo tenga dificultades y en ocasiones el líder comunitario es el que más problemáticas representa o conoce y además, es quien mayor discrepancia tiene con los individuos de su comunidad.

Entre los líderes quienes respondieron el test HAY algunos de ellos asisten a las reuniones de la comunidad que pertenecen a fundaciones u ONG, siendo parte de contrato laboral o simplemente son convocadas por diferentes sectores o instancias a los cuales no asisten, donde manifiestan la falta de interés en los espacios de participación.

Muchos de los representantes de las comunidades que asisten a los diferentes espacios de participación ciudadana, bien sea por parte de las JAC de los barrios o por ONG, fundaciones o instituciones locales, no transmiten la información a otros miembros, lo cual hace difícil que la comunidad tenga acceso a toda la información correspondiente, lo que dificulta la asertividad conversacional en espacios participativos y de toma de decisiones.

Algunos de los líderes entrevistados manifiestan que por más problemáticas que la comunidad presente, ven también que el trabajo con el individuo en ocasiones es gratificante, ya que cuando hay eventos o situaciones que el presidente, el líder o lideresa acompaña, sus miembros se ven beneficiados, generando satisfacción en la persona, enriqueciendo su aprendizaje y por dicha razón pertenecen a esos espacios.

4.5.4. Transversalidad de Gestión Sanitaria y Ambiental

En la localidad de Suba se encuentra el territorio de Tibabuyes, enmarcado por el Río Bogotá y la localidad de Engativá; allí se destaca un lugar especial: el humedal Juan Amarillo o Tibabuyes, que en lengua chibcha significa “Tierra de labradores”, lugar que es defendido por organizaciones comunitarias, como Fundación GUAIAICHA y su combo y la FUNDACIÓN SUGAMUXI, espacio en el cual se lleva a cabo el desarrollo del proceso metodológico sociométrico.

De esta manera se evidencia la participación en los diferentes espacios locales como la CAL (Comisión Ambiental Local), CLEA (Comité Local de Educación Ambiental), Copaco (Comité de Participación Comunitaria desde el 2005 al 2009 como coordinador ambiental) y el Clan (Comité

Local de Derechos Humanos). Aunque se destacan varios espacios locales importantes, también se refiere a aquellos a los que cree debería asistir y no lo está haciendo, como las redes locales, los Comités de Control Social y al CLP (Concejo Local de Planeación), lo cual se relaciona con la participación del líder de la fundación.

La representatividad del líder se resume en la rendición de informes a las organizaciones cívicas que le convocan y en otros actúa como comunidad. De la información que recibe, asume su difusión y anualmente preparan un documento resumen de la labor para la cual fue asignado y elegido.

Al evaluar y repensar en los resultados positivos y los logros de los espacios locales a los cuales asisten, destacan en primera instancia el conocimiento del territorio y sus problemáticas, la actitud propositiva y con prospectiva con que se presenta, la incidencia tanto local como distrital de la labor ambiental, la articulación interinstitucional y comunitaria que logran para alcanzar sus objetivos, sin dejar de lado el mayor sentido de pertenencia local que hace que la recuperación y significación de la memoria histórica se refleje en la realización, ejecución y evaluación de los planes de acción.

De las dificultades y obstáculos, que han impedido logros y avances en sus objetivos, no los dan a conocer; sin embargo la falta de compromiso por parte de la comunidad y las instituciones locales en la ausencia de corresponsabilidad con el ambiente, la carencia de recursos económicos para cumplir con todos los planes de acción, así como la falta de planeación y articulación interinstitucional, impiden que las acciones de la fundación obtengan los resultados deseados.

De las relaciones con las autoridades como la Alcaldía Local de Suba, las refiere como amistosas, con todas sus dependencias, claro, sin dejar de lado, a los ediles, la personería, la contraloría, la dirección de salud pública, la casa de la justicia, el DLE, entre otros. Con respecto a sus relaciones con la comunidad, tema relevante en el accionar diario, se resalta que la creación de estrategias de convocatoria que estimulen a través de temáticas que interesen a la mayoría dentro del campo ambiental, para lo cual se requiere una excelente logística, donde reconocen no tener capacidad de convocatoria donde se reitera que depende el tema a tratar, así como el compromiso comunitario, que no se evidencia.

4.5.5. *Transversalidad de Actividad Física*

La Asociación Vida del Mañana reúne a los FAMI, Familia, Mujer Infancia que desempeñan su labor brindando atención a las familias en desarrollo con niños y niñas desde su gestación hasta los dos años en el territorio Tibabuyes (UPZ 71 - zona de concentración de problemas sociales), el cual presenta algunos tipos de relaciones existentes con las instituciones públicas y redes comunitarias que tienen presencia en la localidad:

- Hospital de Suba: Desde las acciones del Ámbito Comunitario el programa “Tu Vales” ha venido promoviendo la práctica de la actividad física, espacios libres de humo, consumo de frutas y verduras en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana; así mismo el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, visita permanente a las familias con el propósito de eliminar, controlar y erradicar las enfermedades inmuno prevenibles en niños y niñas menores de 5 años, entre otros programas.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF: Con el fin de mejorar la función socializadora de la familia, propiciar el desarrollo integral de sus miembros y fortalecer la responsabilidad de los padres en la formación y cuidado de sus hijos, el ICBF ejerce la coordinación y acompañamiento a estos hogares comunitarios para que ejecuten a cabalidad las acciones estipuladas en el Artículo Tercero del Acuerdo 039 de 1996.

- Secretaria Local de Integración Social SLIS: Con el propósito de garantizar condiciones de calidad de vida y potenciar las capacidades humanas de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, dirigidas a promover su desarrollo pleno, la protección integral y el ejercicio de sus derechos, en todos los escenarios donde transcurre su accionar, teniendo como referencia la Política de Infancia y Adolescencia en donde las madres lactantes y gestantes en situación de vulnerabilidad que asisten a estos FAMI son beneficiarias de un bono que les provee alimentos para mantener un estilo de alimentación saludable.
- Red del Buen Trato y Red Materno Infantil: las líderes de las FAMI son participantes activas en los procesos de generar estrategias que promuevan la convivencia pacífica a favor de la unidad familiar y comunitaria; así mismo asumen un compromiso directo en cuanto a reducir las probabilidades de enfermar o morir de la población de mujeres, niños, niñas a través del programa comunitario que ellas lideran.
- Consejo Tutelar: tienen como base el principio de que la conducta antisocial de los menores de edad no necesita castigo, sino tratamiento; de esta manera se modifica de raíz la idea de punibilidad e imputabilidad de los delitos cuando se trata de niños o adolescentes, por ello las líderes asisten a estos espacios que les permiten abordar temas que son importantes de tratar con las usuarias, a través de la orientación o consejería, en cuanto a pautas de crianza y demás temas que influyen en el desarrollo psicosocial de los infantes.
- Junta Administrativa Local, si bien uno de los propósitos de la JAL es vigilar y controlar la prestación de los servicios locales propuestos en el Plan de Desarrollo, también uno de sus deberes es promover la participación ciudadana, de allí que los Ediles residen en la localidad y tienen permanente contacto con los líderes de los micro territorios que de alguna u otra manera manifiestan sus inquietudes y solicitan su intermediación para agilizar procesos que son fundamentales para el desarrollo de una colectividad.

No pasa lo mismo con las Juntas Acción Comunal JAC, en el entendido que son organizaciones civiles que propenden por la participación ciudadana en el manejo de sus comunidades y que sirven como medio de interlocución con el gobierno local y buscan la creación de espacios de participación que ayuden al desarrollo en barrios; esto no se refleja en la realidad de algunos micro territorios ya que las líderes FAMI manifiestan que es evidente que los que presiden dicha junta buscan soluciones a situaciones particulares, las convocatorias a la reuniones son selectivas, en otros casos no tienen tiempo para atender a la comunidad o no hay espacios disponibles o adecuados para realizar las reuniones.

4.5.6. *Transversalidad de Salud y Trabajo*

Para la elaboración del análisis sociométrico se contó con la participación de adultos pertenecientes al programa TU VALES del ámbito comunitario así como la red de trabajadores del Hospital de Suba, teniendo en cuenta que estos grupos están en proceso de formación como líderes y se están preparando para ser multiplicadores de la información y la educación recibida por parte del Hospital de Suba; para así, mejorar las condiciones de vida de su comunidad, de ellos mismos y de su familia.

Es de resaltar que este grupo no pertenece a ninguna institución o asociación; este grupo es de base netamente comunitaria, que se ubican en el territorio de Tibabuyes de la localidad de Suba, específicamente en el sector de Ciudadela Tibabuyes.

En lo relacionado a la aplicación del test se pudo identificar en un balance de las respuestas a las 5 personas entrevistadas, que no se tienen claridad de cuáles son los espacios locales ni su significado para la dinámica comunitaria; esto puede ser a causa de que las personas entrevistadas no tienen un bagaje en el campo de la participación comunitaria, pero sin embargo están empezando a recorrer un camino para ello, participando en los diferentes programas que ofrecen las instituciones locales.

Así mismo, en la aplicación de la encuesta se percibió por parte del encuestador que las personas son reacias a contestar instrumentos extensos con gran número de preguntas, ya que prefieren dejar de contestarlas y se incomodan cuando se les pregunta por nombres direcciones y teléfonos.

De esta misma forma, se identifica indiferencia en lo relacionado con estos espacios, por lo tanto no se preocupan por conocer qué espacios existen en su comunidad aparte de la Junta de Acción Comunal, que es el espacio de participación más cercano que tienen, por lo tanto la sensación de incredulidad frente a estos espacios es notoria, ya que manifiestan que estos espacios no le apuntan a sus necesidades más inmediatas.

Por último es importante tener en cuenta que las personas a las que se aplicó el instrumento mencionan que les gustaría tener un contacto más directo con la Alcaldía y que las estrategias de divulgación para enterarse de los programas que esta institución maneja, sean más cercanas a la comunidad para poder participar de los espacios locales.

4.5.7. Proyecto de desarrollo de autonomía red social materno infantil

El grupo abordado es un grupo de mujeres emprendedoras FAMI, Familias Amigas de la Mujer y la Infancia; estas mujeres constituyen un núcleo social donde las relaciones que tienen con la comunidad están basadas en torno a las gestantes y lactantes, a donde son atraídas por los servicios que prestan.

Las mujeres FAMI tienen una red social que representa una serie de complejas interrelaciones que unen entre sí los diferentes actores sociales que están en la comunidad, constituido por una estructura interna o informal que se evidencia en la conformación que tiene cada una de las FAMI con las 12 gestantes y lactantes, donde ellas son las líderes del grupo y sus vínculos son fuertes porque tienen gran contacto entre ellas, basada en las atracciones personales, en los sentimientos, preferencias, simpatías, antipatías y rechazos de los miembros que forman el grupo y se reúnen semanalmente siendo multiplicadoras de las reuniones a las cuales asisten.

En cuanto a la estructura externa o formal es débil y superficial, ya que consideran que les gustaría estar en más reuniones locales en las cuales manifiestan que deberían asistir y no lo están haciendo; también comentan que es imposible dialogar o hacer acuerdos con el Alcalde para hacer cosas en la comunidad; sin embargo las FAMI manifiestan que no les gustan los políticos que prometen cosas y nunca cumplen, no les gusta que las hagan convocar personas y no les reconozcan su labor, manifestando que son las instituciones que quedan bien; les gustaría tener más contacto con los funcionarios de la Alcaldía para poder llevar a cabo más acciones por la comunidad.

Son reconocidas a nivel local junto con los comités del buen trato, en la Red Social Materno Infantil, con el hospital de Suba, Secretaría de Integración Social y como funcionarias del Instituto Nacional de Bienestar Familiar.

Las FAMI en general tienen relaciones con los ediles para realizar actividades en su comunidad donde muestran apoyo y preocupación por la situación que solicitan; sin embargo les gustaría fortalecer más las relaciones con la Alcaldía, hablando con el alcalde para que conozca más acerca de las necesidades que tienen en su comunidad.

Se evidencia el poder de convocatoria pero se hace necesario motivarlas para que la realicen, es importante mostrarle cosas concretas tales como eventos en los que ellas pueda aprender y aportar sus conocimientos y no convocar políticos que no les van a cumplir en lo que ellos prometen.

En conclusión, la identificación de espacios locales frente a la participación, son importantes para el reconocimiento y apropiación de los habitantes de la localidad, así como para el reconocimiento del territorio social que habitan y las interacciones con el territorio y los diversos contextos, como lo son la familia, la comunidad, la institucionalidad, entre otros, lo cual permite la construcción de redes sociales como procesos de fortalecimiento para la gestión y construcción de herramientas de solución desde las bases comunitarias en la interacción con lo institucional.

De esta manera, es importante reconocer las redes como procesos de participación, identificación y fortalecimiento de los diversos espacios locales, lo cual es importante; los procesos de cualificación, activación y movilización de los diversos sectores poblacionales y etapas de ciclo vital en los diversos territorios, en lo que concierne a esta investigación y acercamiento de la participación realizado en el territorio social de Tibabuyes, con el fin de contribuir al mejoramiento y desarrollo de la localidad y grupos poblacionales que habitan en los contextos o territorios identificados y que hacen parte del desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior la participación social ocupan actualmente el centro de las estructuras sociales, como base de la transformación de las necesidades identificadas y a la vez de la realidad que se vivencia. La mirada dirigida hacia los sistemas de relaciones sociales se ha tornado cada vez más importante por su significación para contribuir al bienestar y el desarrollo familiar y social; de igual forma, los cambios en la situación social y económica conllevan a optimizar las redes existentes para sostener los proyectos de vida y los procesos de desarrollo social.

Lo cual se gesta en los espacios de participación e interacción es las diversas instituciones locales, donde se generan procesos y metodologías que en la realidad deben liderar por la comunidad ya que son las que experimentan las realidades de los contextos.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar la lazos invisibles que se entretajan entre las instituciones locales y la comunidad por medio de las relaciones de comunicación que se logran establecer en los espacios locales, donde en ese ir y venir de información el lenguaje que en últimas sostiene las vivencias y sentimientos de quienes están inmersos en los procesos, donde se deben establecer objetivos y metas, donde se resalte la voz de los participantes evidenciados en propuestas y tomas de decisiones, lo cual se verá reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones que habitan los territorios, teniendo en cuenta las características y particularidades de estos contextos.

4.6. Análisis de la Gestión Social Integral

La Gestión Social Integral en la localidad de Suba cuenta con la participación en diferentes espacios institucionales y comunitarios para el fortalecimiento del proceso, con el fin de dar cumplimiento al Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, en su Art. 6, en el cual contempla que la GSI será la Estrategia para la implementación de la política social en el distrito, promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios.

De esta manera en la localidad de Suba y a través de ejercicio de articulación transectorial se llevó a cabo la definición de territorios sociales, que obedecen a unos criterios de proximidad espacial, experiencias de trabajo institucional e intersectorial, a una oferta y presencia institucional, los territorios sociales con condiciones de vida similares, presupuestos asignados por sector, procesos de participación comunitaria, características territoriales y poblacionales, los cuales se mencionan a continuación:

- Rincón
- Tibabuyes
- Suba Centro - Casablanca
- Prado – San José de Bavaria – Britalia
- Niza – Alhambra – Floresta
- Ruralidad: Chorrillos – Guaymaral – La Academia

A continuación se presenta de manera detallada los diferentes escenarios de gestión, información, formación, articulación y evaluación de la GSI.

4.6.1. Consejo Local de Gobierno

Espacio en el cual se reúnen líderes institucionales, en el cual se presentan, avances, dificultades y proyección de la GSI en los territorios y de esta manera se discuten y se generan acuerdos en el avance y aval de la metodologías construidas en diversas instancias y espacios para el fortalecimiento y continuidad de la metodología de la GSI, en concordancia con el Decreto 101 de 2010.

Debido a la necesidad de ampliar la participación institucional en el proceso, establecer compromisos y voluntades, lograr la articulación de acciones y procesos y la definición de planes de acción integrales, se moviliza a los doce sectores al Consejo Local de Gobierno - CLG, en el cual se socializa el proceso de gestión social integral y se presentan las propuestas y proyecciones en donde se ve la continuidad y participación de los sectores de educación, salud, integración, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Centro Zonal Suba y Alcaldía Local; como resultado de la gestión realizada, se articulan al proceso con recurso humano la Secretaria de Movilidad, Secretaria de Desarrollo Económico, Secretaria de Cultura, Secretaria de Educación.

4.6.2. Equipo conductor para la GSI - Suba

El equipo conductor cuenta con la participación de referentes institucionales de: Alcaldía, Subdirección Local de Integración Social - SLIS, Instituto Distrital de Participación Comunitaria - IDPAC, Gestión Territorial de la Secretaria Distrital de Salud, ESE Suba, Hábitat, DEL, Cultura y Movilidad. Con el objetivo de ser el apoyo técnico, conceptual y metodológico para la implementación del proceso de GSI; su articulación ha sido en doble vía con los integrantes de CLG, UAT, Equipo Asesor, reflejado con los equipos territoriales que fortalecen las mesas en cada uno de los territorios.

Así mismo se dan a conocer los avances, proyecciones y dificultades de la GSI, a través de las metodologías construidas y propuestas para el fortalecimiento de la estrategia, espacio en el cual se da continuidad a las metodologías y acuerdos por cada uno de los sectores en las propuestas, para ser socializadas posteriormente y presentadas en el CLG.

Equipo asesor para la GSI Suba

Este espacio se lleva a cabo a través de la participación de diversos sectores, con el fin de generar análisis a los procesos locales – territoriales con el propósito de llevar a cabo metodologías, técnicas y herramientas que permitan el cumplimiento de la Metodología de la GSI y los componentes en los diversos territorios, los procesos que se lideran y se gestan en este espacio son llevados a cada uno de las instancias decisorias, para la modificación y fortalecimiento de las propuestas que recogen las experiencias y desarrollo por cada uno de los equipos territoriales transectoriales y de esta manera dar continuidad al proceso.

Dentro de las acciones desarrolladas se encuentra el apoyo en la cualificación y formación de los referentes institucionales que conforman cada uno de los equipos territoriales en cuanto a: Cualificación en GSI sus componentes, lectura integral de necesidades enmarcado en el enfoque de derechos y calidad de vida, construcción de la agenda social territorial, generación de estrategias y propuestas para ampliación de base social, metodologías para la cualificación de líderes y comunidad en las mesas territoriales transectoriales, seguimiento, evaluación y análisis a los equipos y mesas territoriales realizadas, articulación de acciones con el proceso de GSI planteado desde el nivel Distrital, además de la gestión específica con el equipo conductor Distrital de GSI para necesidades específicas acorde a la dinámica de cada territorio, Identificación y análisis de los recursos establecidos por cada uno de los sectores para el proceso, con el fin de fortalecer la formulación y desarrollo de respuestas integrales, así como la asignación de recursos, según las características de los territorios sociales.

Equipos territoriales transectoriales

Los equipos territoriales se configuran mediante la definición de grupos de servidores y servidoras públicos, delegados por sus sectores con la intencionalidad de establecer un trabajo colectivo en los territorios sociales definidos por acuerdos de gobierno local.

En la dinámica local se cuenta con seis equipos territoriales conformados entre 10 y 15 servidores y servidoras públicos de los sectores que se reúnen semanalmente para realizar acciones de información, formación y gestión, a estos equipos asisten referentes del equipo asesor que apoyan técnicamente el proceso como: socialización y construcción de metodologías a trabajar con la comunidad, definición de agendas y cronogramas de trabajo, socialización de las decisiones tomadas en el equipo conductor, CLG y actividades de formación específica.

De acuerdo con su oferta de servicios, al territorio donde hacen presencia, al recurso humano disponible para el ejercicio territorial, a su nivel de descentralización, participan en todos o algunos de los territorios establecidos los siguientes sectores: ESE Suba, Gestión Territorial de la Secretaria Distrital de Salud, Subdirección local de Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Centro Zonal Suba, Dirección Local de Educación, IDPAC, Alcaldía local de Suba, Casa de Igualdad de Oportunidades - CIO, Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD.

El que hacer de los equipos territoriales de acuerdo con la dinámica territorial consiste en establecer una dinámica para la construcción y el trabajo en equipo, en donde confluyan los intereses institucionales y la intencionalidad del proceso, Construcción de línea de base e identificación de actores sociales y comunitarios para el fortalecimiento y ampliación de la base social para el proceso, generar los documentos e informes que permitan el seguimiento y la acción del proceso en los territorios, apropiar herramientas conceptuales y metodológicas que orienten los ejercicios a realizar con la comunidad, plantear herramientas comunicativas permanentes en los territorios y la localidad sobre la GSI como modelo de gestión pública, generar estrategias para la apropiación, mantenimiento y gestión de las acciones concertadas en la comunidad, socializar

al equipo conductor los logros, dificultades y avances del proceso en el territorio asignado para la definición de acciones de mejoramiento, definir espacios, recursos, cronogramas de trabajo interinstitucional y con la comunidad, asistir a espacios locales y distritales para la concertación de lineamientos, acciones y metodologías que permitan el desarrollo de las acciones planeadas con líderes y organizaciones comunitarias.

Mesas territoriales transectoriales.

Son escenarios que hacen parte de la metodología de Gestión Social Integral en la localidad, establecidos para la interlocución entre las instituciones y las organizaciones sociales y comunidad en unos territorios previamente establecidos que obedecen a unos criterios y características del contexto.

Contempla un eje institucional compuesto por los referentes institucionales que potencian el desarrollo de acciones acorde a los objetivos y componentes que plantea la GSI y un Eje comunitario, el cual se nutre con nuevos actores en la medida en que avanza la GSI, por lo tanto la ampliación, empoderamiento, fortalecimiento y cualificación de los GGC se construyen en los mismos escenarios denominados mesas territoriales transectoriales.

Entre las funciones contempladas para las mesas territoriales acorde a la dinámica local se encuentran: Conformar, ampliar y mantener la base social en cada territorio, empoderar la comunidad asistente, en torno a las temáticas relacionadas con los procesos de calidad de vida y garantía de derechos, fortalecimiento y cualificación de los participantes de las mesas en cada territorio, constitución de los grupos de control y veeduría ciudadana en cada territorio, convalidación de la lectura de necesidades, núcleos problemáticos, temas generadores, que den cuenta de las realidades de los territorios, consolidación de la propuesta y/o agenda comunitaria e institucional por territorio, construcción de Agendas Sociales Territoriales, consolidación de la Agenda Social Local, Creación de mecanismos para el Seguimiento de la Agenda Social Local y posicionamientos en los espacios políticos frente a la construcción de respuestas integrales.

Avances de Gestión Social Integral

Continuando con el proceso adelantado en la localidad de Suba de la Gestión Social Integral se resalta la construcción de los territorios sociales en la localidad, definida a través de seis territorios, lo cual fue avalado por el CLG y posteriormente entregado a los equipos territoriales como insumo base de documento de la realidad territorial. De igual manera, se definió que los equipos territoriales iniciarían un proceso por pares, cuyo objetivo era la ampliación de la base social que asiste a las mesas territoriales, con el fin de fortalecer la participación en el proceso.

Posteriormente se llevó a cabo el proceso de las mesas territoriales, en las cuales se construyeron metodologías de trabajo con el fin de conocer las realidades territoriales en relación al territorio y la población, de lo cual se obtiene como resultado las narrativas, documentos que contienen información documental diagnóstica institucional y comunitaria, información del equipo territorial basada en su experticia e información de la comunidad. Se deben identificar convergencias y conflictos, que aportan la ruta para implementar la respuesta y transformar la realidad.

De esta manera se define que, para la localidad de Suba, la narrativa se entiende como un acto de comunicación que para la GSI es la confluencia de las voces institucionales y comunitarias, cuyo objetivo es comprender los fenómenos sociales que viven los sujetos poblacionales en sus territorios, siendo sus elementos: tiempo, actores, lugares, situaciones. La estructura de la misma es: introducción, descripción de los participantes, metodología implementada por cada grupo poblacional y matriz de derechos por núcleos; para el desarrollo de este documento, los equipos territoriales transectoriales, transcribieron literalmente las relatorías y actas recopiladas en el

ejercicio de las mesas territoriales desarrolladas, realizaron un cronograma de trabajo y un mapeo de los servicios institucionales por territorio. Así mismo, los equipos territoriales desarrollaron metodologías para la consecución de narrativas, de acuerdo con el enfoque poblacional en los territorios abordados.

El proceso de GSI, ha contribuido a una articulación efectiva de las instituciones locales, distritales y nacionales con presencia en lo local, para el desarrollo de estrategias y acciones que contribuyen a las respuestas integrales, teniendo en cuenta las necesidades identificadas en las diferentes mesas territoriales propuestas desde esta dinámica. Dada la dinámica de GSI, se gestiona un convenio interadministrativo de cooperación con recursos, que pretenden dar respuestas concretas a las necesidades de los territorios de Rincón, Tibabuyes, Prado y Chorrillos.

La dinámica propuesta en la GSI plantea una metodología, la cual busca respuestas sociales integrales a través de la complejidad de la problemática basada en un marco de derechos, como bien lo plantea el plan de desarrollo distrital y la política social establecida por la actual administración distrital. En este sentido, la GSI se articula con el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, en la medida en que, los procesos planteados desde el sector salud obedecen al enfoque dado por la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud - EPCVS, que no redundante y tiene similitudes con lo planteado a nivel transectorial, en el cual, la localidad de Suba se ha apropiado del proceso y ha avanzado en desarrollo de capacidades de la institucionalidad y la comunidad; transectorialidad; ampliación de la base social y participación comunitaria; división territorial, de acuerdo con las dinámicas sociales y avances en la gestión para la disponibilidad de recursos que garanticen su continuidad.

Así mismo, se llevan a cabo diversos encuentros programados con la comunidad (mesas territoriales), espacios en los cuales se han convalidado los núcleos problemáticos donde se implementó la cartografía social que permite evidenciar en qué lugar del territorio social la comunidad identifica con mayor presencia la problemática evidenciada en las narrativas como lectura de la realidad social; así mismo, en procesos de articulación se ha llevado como proceso de la GSI, la construcción de las agendas comunitarias, que permiten evidenciar las propuestas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida del territorio social; en el proceso se lleva a cabo la construcción de respuestas institucionales que permiten evidenciar de manera transectorial las repuestas integrales desde los sectores, con el fin de mejorar los procesos; se proyecta, en el plan de acción, la construcción de la agenda social local, teniendo en cuenta los anteriores insumos por territorio, con el fin de posicionar en espacios políticos y de toma de decisiones que permitan generar respuestas y presupuestos integrales, en el mejoramiento de la calidad de vida de los territorios; cumplimiento de los componentes de la GSI.

Se proyecta dar continuidad del proceso de la GSI, a través del fortalecimiento participativo de la comunidad en el desarrollo de capacidades frente al desarrollo de la metodología de GSI, al igual que la presencia y continuidad de la participación de los sectores en los diversos espacios de construcción y desarrollo de metodologías en el desarrollo de procesos; además la movilidad e invitación de los sectores ausentes en el desarrollo de la metodología, con el fin de generar procesos de participación y mejoramiento de la calidad de vida en los territorios sociales, en los cuales se tienen en cuenta los sectores poblacionales con relación al territorio.

Espacios de fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional frente al fortalecimiento de la GSI

Alternando al ejercicio realizado por el equipo conductor y asesor del proceso, se continúa con los encuentros de trabajo intrainstitucional como reuniones de equipo gerencial de participación, reuniones de articulación de Gestión Local, ámbito y comunitario y participación social ESE y SDS,

reuniones de articulación con procesos de participación como núcleos de gestión del programa salud a su casa con el proceso realizados en GSI, reuniones con referentes de la ESE, participantes en las mesas, redes, consejos y comités locales para la promoción, divulgación y fortalecimiento del proceso de GSI. Trabajo conjunto en el proceso de los referentes de Gestión Local, participación social de la ESE y gestión territorial de la SDS para la definición de lineamientos y estrategias de acción del sector con el fin de posicionarlas en los diferentes espacios de toma de decisión y acción de la GSI.

Los procesos de información y cualificación a nivel intersectorial se continúan realizando al talento humano que ha ingresado a los diferentes componentes y ámbitos de vida cotidiana relacionados principalmente con la estrategia promocional de calidad de vida y Gestión Social Integral.

- Desde las acciones a nivel interinstitucional que conllevan a reuniones con otros actores partícipes en la GSI se realizaron mesas de trabajo con equipo de comunicaciones del convenio GGF-CNAI para definir estrategias pedagógicas, comunicativas e informativas para la divulgación y ampliación de la base social que fortalezca el proceso de GSI, llevando a promover artículos del desarrollo del proceso de GSI en la localidad de Suba en el boletín del convenio, divulgación en medios masivos, elaboración de piezas comunicativas como afiches, volantes y videos para los diferentes espacios y escenarios de trabajo institucional y comunitario.
- Socialización y generación de compromisos para el proceso en las reuniones realizadas por la Comisión Local Intersectorial de Participación – CLIP, con referentes institucionales que apoyan procesos comunitarios de IDPAC, CADEL, SLIS, Cultura, Hábitat, IDIPRON, ESE Suba, SDS, Alcaldía Local, CIO.
- Participación en encuentros distritales enmarcados en la Gestión Social Integral Encuentro distrital que ha permitido reconocimiento de otros actores articulación del proceso con otros sectores, conocimiento de lineamientos y acciones a seguir en el proceso, los compromisos distritales y locales definidos para el proceso, experiencias locales a tener en cuenta para su fortalecimiento y adecuación a la dinámica local.

Bibliografía

- 1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007.
- 2) DAPD. www.dapd.gov.co (UPZ reglamentadas, consultada el 30 de agosto de 2009). Dirección de Estudios e Investigaciones de la CCB. POT. Decreto 190 de 2004
- 3) Secretaria Distrital de Planeación. Proyecciones de población e indicadores demográficos de Bogotá. Abril 26 de 2009 información institucional periódico el Espectador.
- 4) Hospital de Suba II Nivel E.S.E. Perfil de la Situación en Salud de los Micro territorios de la Localidad de Suba. Sistema de información APS en Línea 2009.
- 5) Departamento Distrital de Planeación Proyecciones de Población para Bogotá 2000 – 2015 a junio 13 de 2008.
- 6) Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Estudios Ambientales (IDEA). Plan de manejo ambiental del Humedal Torca-Guaymaral, componente diagnóstico. Abril de 2007.
- 7) Cámara de Comercio. Perfil Económico y empresarial de la Localidad de Suba. LEGIS S.A. Bogotá 2007.
- 8) Hospital de Suba II Nivel E.S.E. Diagnóstico de salud 2007.
- 9) Ministerio de la Protección Social. Plan reducción de la mortalidad materna 2004.
- 10) DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá. 2007: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 17, Pág. 28.
- 11) DANE, SDP-DICE: Proyecciones de población de Bogotá por localidades 2005-2015. Decretos 176 de 2007 (zonas urbana) y 304 de 2008 (zonas rural). Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 7, Mayo 2009 - Cuadros 5,6 y 7, Pág. 6 y 7)
- 12) DANE – Censo General 2005. Cálculos SDP – SIEE – DICE Boletín Informativo: sistema de información estadístico con información relevante de ciudad - Número 1, Noviembre 2008 - Pág. 10

- 13) Hospital de Suba II Nivel E.S.E., Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS. Base de datos 2008.
- 14) Base de datos Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU). Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS.
- 15) DANE - Sistema de Estadísticas Vitales. Certificado de defunción, Bases de datos 2007.
- 16) Boletín informativo Bogotá ciudad de estadísticas. Boletín número 7 mayo de 2009.
- 17) Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C., 2008.
- 18) Departamento Administrativo del medio ambiente Agenda ambiental de la localidad 11, Suba. 2007.
- 19) Alcaldía mayor de Bogotá, D.C., Secretaria de hacienda, Departamento Administrativo de Planeación, Recorriendo Suba, Diagnóstico Físico y socioeconómico de las localidades 2004.
- 20) Decreto 619 del 2000. Plan Ordenamiento Territorial. Decreto 469 de 2003. Decreto 190 de 2004. Bogotá D. C.
- 21) Secretaria Distrital de Salud. Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Coordinación de Estadísticas Urbanas. 2008.
- 22) Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública. Dirección de salud pública - área vigilancia en salud. Certificados de nacido vivo. Nacimientos en adolescentes por localidad 1999 – 2007.
- 23) Secretaria Distrital de Salud - Salud Pública Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar - Sivim Casos Identificados de Violencia Intrafamiliar. Bogotá, D.C. 2007 – 2009.
- 24) Secretaria Distrital de Salud- Salud Pública. Porcentaje de cumplimiento vacunación por biológico. 2009.
- 25) Secretaria Distrital de Salud - Salud Pública, Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - Sisvan. Bogotá, 2009.
- 26) Secretaría Distrital de Salud. Base de datos caracterización. - Estrategia Atención Primaria - Salud a su Hogar. 2006
- 27) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Aseguramiento, Situación de Aseguramiento Bogotá, Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de Mayo de 2009.
- 28) Secretaria Distrital de Planeación, Bogotá Ciudad de Estadísticas Documento No. 5. La Ciudad Verde Cuenta y se Cuenta. 2008.
- 29) DANE, SDP-DICE: Bogotá Ciudad de Estadísticas Boletín No. 7. Proyecciones de población, Viviendas y Hogares de Bogotá por localidades y UPZ. 2005-2015.
- 30) DANE, SDP-DICE: Bogotá Ciudad de Estadísticas Documento No. 4. Como es la población Bogotana. Proyecciones de población, 2005-2015.
- 31) DANE, SDP-DICE: Bogotá Ciudad de Estadísticas Boletín No. 9. Conociendo las localidades. Junio de 2009.
- 32) DANE, SDP-DICE: Bogotá Ciudad de Estadísticas Documento No. 6. Actividad edificadora. Abril de 2009.
- 33) DANE, SDP-DICE: Bogotá Ciudad de Estadísticas Documento No. 1. Género. Noviembre de 2008.
- 34) DANE, SDP-DICE: Bogotá Ciudad de Estadísticas Documento No. 3. Vocación Productiva, enero de 2009.
- 35) Secretaría de Educación - Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Plan Sectorial de Educación 2008-2012 Educación de calidad para una Bogotá positiva.
- 36) Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo - PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2008.
- 37) Alcaldía Mayor de Bogotá, Agenda ambiental localidad 11 de Suba 2008.
- 38) Secretaria Distrital de planeación. Unidades de Planeación Zonal – UPZ reglamentadas 2009.
- 39) CAMACOL, Estudios Económicos, Cómo Van Los Indicadores de Calidad de Vida en Bogotá Reportes de Construcción No. 9 JULIO DE 2008.
- 40) Cámara de Comercio de Bogotá, Evaluación de los Cambios en la Calidad de Vida en Bogotá Durante 2008. Sector Seguridad
- 41) Cámara de Comercio de Bogotá, Observatorio Social de Bogotá. Indicadores de calidad. 2007.
- 42) Alba Cortés Alfaro Monografía, Conducta suicida en adolescentes y riesgo. 2003
- 43) PLAN DE DESARROLLO Económico, Social y de Obras Públicas Localidad de Suba D. C., 2009 – 2012 “SUBA UNA LOCALIDAD POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR”.
- 44) DANE, boletín de prensa, Encuesta de Calidad de Vida 2008, marzo 18 de 2009.
- 45) Evolución de la calidad de vida en Medellín 2008, mesa de trabajo con el alcalde 23 de abril de 2009.
- 46) DANE. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, Bogotá septiembre 2007.
- 47) Organización Panamericana de la Salud. determinantes sociales y enfermedades crónicas: oportunidad para coordinación de actividades conjuntas 10 de octubre de 2007.
- 48) Cámara de Comercio de Bogotá como vamos, Línea de Base Calidad de Vida Local 2007.
- 49) Secretaria Distrital de Planeación. División de asuntos de genero de la CEPAL Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bogotá D.C., propuesta de indicadores con enfoque de género marzo 2010.
- 50) Secretaria Distrital de Planeación. Bases Cartográficas 2003.
- 51) Hospital de Suba, informe transversalidad de Seguridad alimentaria 2009.
- 52) Hospital de Suba, informe transversalidad de ambiente 2009.
- 53) Hospital de Suba, informe transversalidad de discapacidad 2009.

- 54) Hospital de Suba, informe transversalidad de desplazados 2009.
- 55) Hospital de Suba, informe transversalidad de mujer y género 2009.
- 56) Hospital de Suba, informe transversalidad de etnias 2009.
- 57) Hospital de Suba, informe transversalidad de actividad física 2009.
- 58) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía de cáncer de cuello uterino 2009.
- 59) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía salud oral 2009.
- 60) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía estrategias 2009.
- 61) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía transmisibles 2009.
- 62) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía salud sexual y reproductiva 2009.
- 63) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía salud mental 2009.
- 64) Hospital de Suba, informe proyecto de desarrollo de autonomía crónicas 2009.
- 65) Hospital de Suba, informe consolidado ámbito familiar 2009.
- 66) Hospital de Suba, informe salud al trabajo por etapas de ciclo por el ámbito laboral 2009.
- 67) Secretaria de Integración Social, Gestión Social Integral, Mesa Territorial Prado – Britalia – San José de Bavaria narrativa final 2010.
- 68) Secretaria de Integración Social, Gestión Social Integral, Mesa Territorial Niza – Alhambra – Floresta narrativa final 2010.
- 69) Secretaria de Integración Social, Gestión Social Integral, Mesa Territorial Rincón narrativa 2010.
- 70) Secretaria de Integración Social, Gestión Social Integral, Mesa Territorial Tibabuyes narrativa 2010.
- 71) Secretaria de Integración Social, Gestión Social Integral, Mesa Territorial Suba Centro – Casablanca narrativa 2010.
- 72) Secretaria de Integración Social, Gestión Social Integral, Mesa Territorial Ruralidad, narrativa 2010.
- 73) Alcaldía Mayor de Bogotá, Decreto 043 de 2010. Plan de ordenamiento zonal del norte.

GLOSARIO

Las definiciones que se dan a continuación son válidas, según su empleo, dentro de este documento; sin embargo, definiciones distintas a estas pueden ser empleadas en otros contextos.

Ambiente: lo constituyen las interacciones e interrelaciones entre la sociedad y la naturaleza representa el espacio donde convergen las dinámicas y los procesos naturales y humanos y donde se afectan y evolucionan mutuamente.

Años perdidos de vida potencial. Es una medida del impacto de la mortalidad prematura en una población, calculada como la suma de las diferencias entre un mínimo predeterminado o la esperanza de vida y la edad de muerte de los individuos que fallecen a edades más tempranas.

Colecho: padres que duermen con los hijos en la misma cama.

Contaminación: es la alteración del medio ambiente por sustancias o formas de energía puestas allí por actividad humana o de la naturaleza en cantidades, concentraciones o niveles capaces de inferir con el bienestar y la salud de las personas, atentar contra la flora y/o la fauna, degradar la calidad del medio ambiente o afectar los recursos de la nación o de los particulares.

Determinante. Cualquier factor, ya sea evento, característica u otra entidad definible, que produce cambios en el estado de salud o en otras características definidas.

Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud: Se define como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales.

Morbilidad. Cualquier alejamiento, objetivo o subjetivo, de un estado de bienestar fisiológico o psicológico.

Población. El número total de habitantes de un área o país determinado. En el muestreo de poblaciones, la población puede referirse a las unidades de las que se obtuvo la muestra y no necesariamente a la población total de personas.

Prevalencia. El número o proporción de casos, eventos o condiciones en una población dada.

Residencial Consolidado: Sectores consolidados con uso residencial predominante, de estratos medios y altos, que cuentan con infraestructura, espacio público, equipamientos comunales y condiciones ambientales y de habitabilidad adecuados.

Residencial Cualificado: Sectores consolidados, de estratos medios, con uso residencial predominantemente, en los cuales su dinámica actual presenta una densificación no planificada y cambios de usos.

Residencial de Urbanización incompleta: Sectores periféricos no consolidados, con uso residencial predominantemente, de estratos 1 y 2 que presentan deficiencias en infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público.

Salud. Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o patología.

Tasa. Una expresión de la frecuencia con la cual ocurre un suceso en una determinada población.

Tasa Bruta de Mortalidad (por mil): Cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento.

Tasa Bruta de Natalidad (por mil): Número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de período. (30 de Junio)

Tasa de Mortalidad. Una medida de la frecuencia de muertes en una población definida durante un intervalo específico de tiempo.

Tasa de Mortalidad Infantil (por mil): Cociente entre el número de defunciones de niños menores de un año ocurridas en un determinado período y los nacidos vivos en ese mismo momento.

Tasa General de Fecundidad (por mil mujeres): Es el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Esta medida no se encuentra influenciada por la estructura ni la composición por sexo de la población objeto de estudio.

Tasa Global de Fecundidad (por mujer): Número promedio de niños nacidos vivos que habría tenido una mujer o cohorte (hipotética) de mujeres durante su vida reproductiva, si sus años de reproducción hubiesen transcurrido conforme a las tasas específicas de un determinado año.

Vulnerabilidad: factor de riesgo de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser susceptible a sufrir una pérdida.

ABREVIATURAS

AIEPI: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales

AVPP: Años de vida Potencialmente Perdidos

BAGER: Bases administrativas para la Gestión del Riesgo

BCG: Bacilos de Calmet Guarín

CADEL: Centro Administrativo de Educación Local

CAMI: Centro de Atención Médica Inmediata

CIE- 10: Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión

CIO: Casa de Igualdad de oportunidades

CLE: Comité local de emergencias

CLOPS: Consejo Local de Política Social

Copaco: Comité de Participación Comunitaria

CRBT: Consejo Red del Buen Trato

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

DAPD: Departamento Administrativo de Planeación Distrital

D.C. : Distrito Capital

DILE: Dirección Local de Educación

DPAE: Dirección de Prevención y Atención De Emergencias

DPT: Difteria Pertusis y Tos ferina

EAAB: Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá

ECV: Encuesta de Calidad de Vida

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EDAN: Evaluación de daños y análisis de Necesidades

Ensin: Encuesta Nacional de Situación Nutricional

EPCVS: Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ERA: Enfermedad Respiratoria Aguda

ESE: Empresa Social del Estado

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESP: Empresas de Servicios Públicos

FAMI: Familias Amigas de la Mujer y la Infancia

GSI: Gestión Social Integral

IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

IAFI: Instituciones Amigas de la Familia y la Infancia

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

ICV: Índice de Calidad de Vida

Idpac: Instituto Distrital de Participación Comunitaria

IDRD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte

IPS: Institución Prestadora de Salud

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

ITS: Infección de Transmisión Sexual

JAC: Junta de Acción Comunitaria

JAL: Junta de Acción Local

LGTB: Lesbianas, Gays, Transgeneristas y Bisexuales

LIME: Limpieza Integral y Mantenimientos Especiales – Limpieza Metropolitana

Mopeco: Modulo Epidemiológico para el Control de Enfermedades

MP: Material Particulado

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

NEE: Necesidades Educativas Especiales

NNJ: Niñas Niños y Jóvenes

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAB: Plan de atención Básica

Paesa: Programa Ambiental Escolar en Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PDA: Programa de Desarrollo de Autonomía

PEA: Población Económicamente Activa

PET: Población en Edad de Trabajar

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

POMCA: Plan de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hidrográficas

POS: Plan Obligatorio de Salud

POT: Plan de Ordenamiento territorial

POZ: Plan de Ordenamiento Zonal

Primap: Primera respuesta para incidentes con materiales peligrosos

PRT: Plan de Respuesta por Terremoto

PYME: Pequeña y Mediana Empresa

RBC: Rehabilitación Basada en Comunidad

SAAB: Sistema de Abastecimiento de Alimentos de Bogotá

SASH: Salud a su Hogar

SCI: Sistema Comando de incidentes

SCRD: Secretaría de Cultura y Recreación y Deporte

SDIS: Secretaria Distrital de Integración Social

SDP: Secretaria Distrital de Planeación

SDS: Secretaria Distrital de Salud

SED: Secretaria de Educación Distrital

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SLIS: Subdirección Local de Integración Local

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

Sisben: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios

para Programas Sociales

Sisvan: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional

Sivigila: Sistema de Vigilancia

Sivim: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar, Maltrato infantil y delitos sexuales.

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

SPA: Sustancias Psico - Activas

TAES: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

Tvs: transversalidad

UAO: Unidad de Atención y Orientación a Desplazados

UAECD: Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital

UEL: Unidad Ejecutora Local

UPA: Unidad Primaria de Atención

UPR: Unidad de Planeación Rural

UPZ: Unidad de Planeación Zonal

UTI: Unidad de trabajo informal

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

www.saludcapital.gov.co