

**12**  
LOCALIDAD

Localidad  
**BARRIOS  
UNIDOS**



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



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Localidad  
**BARRIOS  
UNIDOS**



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

## **CRÉDITOS**

### **ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA**

Clara López Obregón

Alcaldesa(e) Mayor de Bogotá, D.C.

### **SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**

Jorge Bernal Conde

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá

Ana Zulema Jiménez Soto

Directora de Salud Pública

### **EQUIPO TÉCNICO**

#### **Secretaría Distrital de Salud**

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

**HOSPITAL CHAPINERO E.S.E.**

Jimena Rodríguez Pedroza

María Sildana Guerrero Orozco

Victoria Eugenia Mesa Ruiz

Bibiana del Carmen Pineda Restrepo

Alex Mauricio Martínez Ramírez

## **AGRADECIMIENTOS**

**A**l equipo técnico del Plan de Intervenciones Colectivas de la Secretaría Distrital de Salud y del Hospital Chapinero ESE por el suministro de información, datos estadísticos e información especializada, con lo cual fue posible la consolidación de este documento. A todos los sectores e instituciones de la localidad que participaron en la construcción y aportes locales y territoriales para la realización del presente diagnóstico, equipo Transectorial Local y equipos Territoriales, miembros de la comunidad participantes en las Mesas Territoriales y miembros del Núcleo de Gestión de Salud a Su Casa.

**DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

Andrés León N.

Oscar Sierra

**FOTOGRAFÍA PORTADAS**

Diego Bautista

## TABLA DE CONTENIDOS

CRÉDITOS	5	1.1.3 Relaciones salud y ambiente	44
AGRADECIMIENTOS	7	1.1.3.1 Factores protectores	44
INDICE DE TABLAS	16	1.1.3.2 Factores deteriorantes	45
INDICE DE GRAFICAS	18	1.1.4 Organización político-administrativa	46
INDICE DE MAPAS	20	1.1.4.1 Junta Administradora Local	46
INTRODUCCIÓN	21	1.1.4.2 Sistema Local de Planeación	47
MARCO CONCEPTUAL	23	1.1.4.3 Consejo Local de Política Social	47
MARCO METODOLÓGICO	26	1.1.4.4 Consejo Local de Gobierno	47
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE	31	1.1.5 Equipamientos	47
1.1 Territorio y Ambiente	32	1.2 Estructura y Dinámica Poblacional	51
1.1.1 Dinámica Territorial	32	1.2.1 Dinámica demográfica	51
1.1.1.1 Reseña histórica	32	1.2.2 Indicadores demográficos	53
1.1.1.2 División político-administrativa	33	1.2.3 Poblaciones especiales	55
1.1.1.3 Territorios sociales -Estrategia Gestión Social Integral (GSI)	35	1.2.3.1 Población según identidad de género y orientaciones sexuales	55
1.1.1.4 Microterritorio programa Salud a Su Casa (SASC)	36	1.2.3.2 Etnias	57
1.1.2 Características Geográficas y Ambientales	37	1.2.3.3 Población en situación de prostitución	57
1.1.2.1 Usos del Suelo	40	1.2.3.4 Población Desplazada	59
1.1.2.2 El suelo urbano	40	1.2.3.5 Población con Discapacidad	61
1.1.2.3 El suelo de protección	41	1.2.4 Características Socio-demográficas	64
1.1.2.4 Recurso hídrico	41	1.2.4.1 Estrato Socio-Económico	64
1.1.2.5 Contaminación del agua	42	1.2.4.2 Nivel SISBEN	64
1.1.2.6 Flora	42	1.2.5 Perfil Epidemiológico	65
1.1.2.7 Residuos sólidos	42	1.2.5.1 Patrón de Morbilidad	65
1.1.2.8 Contaminación atmosférica	43	1.2.5.2 Patrón de Mortalidad	72
1.1.2.9 Contaminación por ruido	44	2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN-CONSUMO-TERRITORIO-POBLACIÓN-AMBIENTE	85
		2.1 Producción	86
		2.1.1 Organización social y productiva del trabajo en la localidad	86

2.1.1.1	Indicadores de fuerza laboral	86	3.1.4	Envejecimiento y vejez	143
2.1.1.2	Actividades Económicas	87	3.1.5	Núcleos Problemáticos	149
2.1.1.3	Unidades Económicas	88	<b>3.2</b>	<b>Territorio 2: Alcázares</b>	<b>160</b>
2.1.2	Condiciones de trabajo y su impacto a trabajadores y población circundante	90	3.2.1	Descripción de la población por Etapas de Ciclo Vital	165
2.1.2.1	Menores Trabajadores	95	3.2.2	Infancia	166
<b>2.2</b>	<b>Consumo</b>	<b>99</b>	3.2.3	Juventud	171
2.2.1	Caracterización de viviendas	100	3.2.3	Adultez	174
2.2.2	Disponibilidad de servicios públicos	101	3.2.4	Envejecimiento y vejez	176
2.2.3	Seguridad Alimentaria y Nutricional	102	3.2.5	Núcleo Problemático	179
2.2.3.1	Disponibilidad	102	<b>3.2</b>	<b>Territorio 3: Andes</b>	<b>183</b>
2.2.3.2	Acceso	102	3.2.1	Descripción de la población por Etapas de Ciclo Vital	190
2.2.3.3	Consumo	103	3.2.2	Infancia	190
2.2.3.4	Aprovechamiento biológico	104	3.2.3	Juventud	193
2.2.4	Condiciones de educación	105	3.2.4	Adultez	195
2.2.4.1	Oferta y demanda	105	3.2.5	Envejecimiento y vejez	198
2.2.5	Prestación de servicios de salud	106	3.2.6	Núcleos Problemáticos	199
2.2.6	Estado de aseguramiento de la población	106	<b>4. ANALISIS DE LA DETERMINACION DE LA RESPUESTA SOCIAL</b>	<b>205</b>	
2.2.7	Caracterización de formas de recreación, deporte y cultura	109	<b>4.1</b>	<b>Análisis de los Servicios y del Modelo de Salud</b>	<b>207</b>
2.2.7.1	Recreación y deporte	109	4.1.1	Reseña histórica	207
2.2.7.2	Cultura	110	4.1.2	Estructura	208
2.2.8	Características de servicios de transporte y movilidad	110	4.1.3	Organización administrativa	208
2.2.8.1	Malla Vial	111	4.1.4	Organización institucional	208
<b>3. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL</b>	<b>115</b>		4.1.5	Modelo de atención	210
<b>3.1</b>	<b>Territorio 1: Doce de Octubre y Salitre</b>	<b>117</b>	<b>4.2</b>	<b>Análisis de la Oferta de Servicios del Hospital Chapinero</b>	<b>213</b>
3.1.1	Descripción de la población por etapas de ciclo vital	123	4.2.1	Servicios asistenciales POS y POS-S	213
3.1.2	Infancia	126	4.2.1.1	Servicios ambulatorios.	213
3.1.2	Juventud	132	4.2.1.2	Servicio Urgencias.	215
3.1.3	Adultez	138	4.2.1.3	Atención Hospitalaria.	215

4.2.1.4	Servicios Quirúrgicos Ambulatorios.	215	4.5.3	Núcleos relacionados con el deterioro ambiental	286
4.2.2	Promoción y Prevención (PYP)	215	4.5.3.1	Respuesta del Hospital Chapinero:	287
4.2.3	Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	216	4.5.3.2	Respuesta desde otros sectores:	289
4.2.3.1	Coberturas Vacunación Año 2009-2010	217	4.5.4	Núcleo relacionado con violencias y deterioro de la Salud Mental	290
4.2.4	Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	220	4.5.4.1	Respuesta desde el Hospital Chapinero:	290
4.2.4.1	Gestión local de la salud	220	4.5.4.2	Respuesta desde otros sectores:	293
4.2.4.2	Ámbito Comunitario:	223	4.5.5	Núcleos relacionados con inadecuada clasificación de SISBEN	293
4.2.4.3	Ámbito Familiar-Salud a Su Casa (SASC)	226	4.5.5.1	Respuesta desde el Hospital Chapinero:	294
4.2.4.4	Ámbito Escolar-Salud al Colegio (SAC)	231	4.5.5.2	Respuesta desde otros sectores:	294
4.2.4.5	Ámbito de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):	247	4.5.6	Análisis de logros y dificultades de la respuesta	294
4.2.4.6	Ámbito Laboral-Salud al Trabajo.	259	4.5.6.1	Ámbito Comunitario:	294
4.2.4.7	Ámbito Institucional. Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada (IPCAE)	263	4.5.6.2	Ámbito Familiar:	295
4.2.4.8	Componente de Vigilancia en Salud Pública:	271	4.5.6.3	Ámbito Escolar:	296
4.2.4.9	Acciones desde medio ambiente	275	4.5.6.4	Ámbito IPS:	297
4.3	Análisis para la Atención Oportuna Frente a Urgencias y Emergencias	275	4.5.6.5	Ámbito Laboral:	299
4.3.1	Riesgos en la localidad	276	4.5.6.6	Ámbito IPCAE:	300
4.3.1.2	Escenarios de riesgo presentes en Barrios Unidos	276	4.6	Análisis de la Respuesta Intersectorial	301
4.3.1.2	Riesgos en Salud Pública	277	4.6.1	Red del Buen Trato	301
4.4	Análisis de la Inversión Local –Fondo de Desarrollo Local (FDL). Proyectos UEL Salud	279	4.6.2	Red Social Materno Infantil	302
4.4.1	Plan de Desarrollo Local 2009-2012	280	4.6.3	Consejo Local de Discapacidad	302
4.4.1.2	Proyectos ejecutados Vigencia 2008-Ejecución 2009:	282	4.6.4	Comité Local de Emergencias	303
4.4.1.3	Proyectos ejecutados vigencia 2009-ejecución 2010:	283	4.6.5	Consejo Local de Juventud	303
4.5	Análisis de la Respuesta Social por Núcleos Problemáticos	284	4.6.6	Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio	303
4.5.1	Núcleos relacionados con desempleo y sub empleo	284	4.6.7	Consejo Tutelar	304
4.5.1.1	Respuesta desde el Hospital Chapinero:	284	4.6.8	Comisión Ambiental Local	304
4.5.1.2	Respuesta desde otros sectores:	285	4.6.9	Comité Local de Derechos Humanos	304
			4.6.10	Consejo Local de Seguridad	305
			4.6.11	Comisión Local Intersectorial de Participación	305

4.6.12 Consejo Local de Política Social	305	CONCLUSIONES	324
4.6.13 Mesas Territoriales	305	BIBLIOGRAFÍA	325
4.7 Análisis de la Respuesta Comunitaria	306	GLOSARIO	328
4.8 Análisis de la Gestión Social Integral	311	LISTADO DE SIGLAS	330
4.8.1 Transectorialidad	311		
4.8.2 Territorio	312		
4.8.3 Participación decisoria	312		
4.8.4 Desarrollo de capacidades	313		
4.8.5 Presupuesto	313		
4.9 Propuesta PIC 2011	314		
4.9.1 Propuesta para Núcleos Problemáticos de empleo y productividad	315		
4.9.1.1 Tema Generador	315		
4.9.1.2 Propuestas de Intervención	315		
4.9.2 Propuesta para Núcleos Problemáticos de deterioro ambiental	316		
4.9.2.1 Tema Generador:	317		
4.9.2.2 Propuesta de Intervención	317		
4.9.3 Núcleo Problemático de uso del suelo	318		
4.9.3.1 Tema Generador	319		
4.9.3.2 Propuesta de intervención	319		
4.9.4 Propuesta Para Núcleo Problemático Salud Mental y Violencias	320		
4.9.4.1 Tema Generador	320		
4.9.4.2 Propuestas de Intervención	320		
4.9.5 Propuesta para Núcleo Problemático relacionado con el Nivel de SISBEN	321		
4.9.5.1 Tema Generador	321		
4.9.5.2 Propuesta de intervención	322		
4.9.6 Propuesta para Núcleo Problemático de Participación	322		
4.9.6.1 Tema Generador	322		
4.9.6.2 Propuestas de Intervención	322		



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación e Información General por UPZ Localidad 12 (Barrios Unidos) Año 2009	34	Tabla 30: Indicadores del Estado Nutricional en la localidad Barrios Unidos. 2004-2008	104
Tabla 2: Densidad Poblacional por UPZ. Barrios Unidos.	51	Tabla 31: Condiciones de las viviendas caracterizadas dentro del micro territorio Doce de Octubre, hasta el año 2008	120
Tabla 3: Tasa Específica de Fecundidad según Grupo Etario. Barrios Unidos 2000-2007.	55	Tabla 32: Distribución de la población Territorio Doce de Octubre-Salitre por etapa de ciclo vital.	123
Tabla 4: Total Familias Desplazadas por Localidad.2007.	60	Tabla 33: Notificación de Violencia Ejercida en Niños y Niñas. Territorio Doce de Octubre-Salitre. 2009.	127
Tabla 5: Núcleos Problemáticos y Temas Generadores. Población en Situación de Desplazamiento. 2010.	60	Tabla 34: Notificación de Violencia Ejercida en Jóvenes. Territorio Doce de Octubre-Salitre. 2009.	133
Tabla 6: Población y Hogares por Estrato Socioeconómico. Barrios Unidos. 2009.	64	Tabla 35: Notificación de Violencia Ejercida en Adultos y Adultas. Territorio Doce de Octubre-Salitre. 2009.	139
Tabla 7. Causas de Morbilidad por Consulta Externa en Menores de 1 año. Localidad Barrios Unidos. 2010.	66	Tabla 36. Distribución de la Población Territorio Alcázares por Etapa de Ciclo Vital.	165
Tabla 8. Causas de Consulta por Urgencias en Menores de 1 año. Localidad Barrios Unidos. 2010	66	Tabla 37: Notificación de Violencia Ejercida en Niños y Niñas. Territorio Alcázares. 2009.	167
Tabla 9. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 1 a 4 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.	67	Tabla 38. Notificación de violencia ejercida en los y las jóvenes. Territorio Alcázares. 2009	171
Tabla 10. Causas de Consulta por Urgencias de 1 a 4 años. Localidad Barrios Unidos. 2010	67	Tabla 39. Notificación de Violencia Ejercida en los y las Adultos(as). Territorio Alcázares. 2009.	175
Tabla 11. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 5 a 14 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.	68	Tabla 40. Distribución de la Población Territorio Andes por Etapa de Ciclo Vital.	190
Tabla 12. Causas de Consulta por Urgencias de 5 a 14 años. Localidad Barrios Unidos. 2010	68	Tabla 41. Distribución de la Población Territorio Andes por Etapa de Ciclo Vital	191
Tabla 13. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 15 a 44 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.	69	Tabla 42. Notificación de Violencia Ejercida en los y las Jóvenes. Territorio Andes. 2009	194
Tabla 14. Causas de Consulta por Urgencias de 15 a 44 años. Localidad Barrios Unidos. 2010	69	Tabla 43. Notificación de Violencia Ejercida en los y las Adultos(as). Territorio Andes. 2009.	196
Tabla 15. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 45 a 59 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.	70	Tabla 44. Porcentaje de Coberturas Vacunales por Biológico. Barrios Unidos. 2009.	218
Tabla 16. Causas de Consulta por Urgencias de 45 a 59 años. Localidad Barrios Unidos. 2010	70	Tabla 45. Porcentaje de Coberturas Vacunales por Biológico. Barrios Unidos. 2010.	218
Tabla 17. Causas de Morbilidad por Consulta Externa. Mayor de 60 años. Localidad Barrios Unidos. 2010	71	Tabla 46. Distribución Asesorías Discapacidad. 2010.	231
Tabla 18. Causas de Consulta por Urgencias. Mayor de 60 años. Localidad Barrios Unidos. 2010	71	Tabla 47. Cubrimiento de Instituciones Locales	234
Tabla 19. Eventos Notificados al SIVIGILA según Localidad de Notificación. Año 2010	79	Tabla 48. Núcleos Problemáticos Identificados en los Territorios desde el Ámbito Escolar.	237
Tabla 20. Eventos notificados al SIVIGILA, según territorios de GSI. Localidad de Barrios Unidos. Año 2010	80	Tabla 49. Núcleos Problemáticos Identificados en los Territorios desde el Ámbito Escolar.	239
Tabla 21. Distribución de los Casos de Conducta Suicida por Trimestre. Año 2010.	80	Tabla 50 Transformación de Prácticas Culturales y Sociales por IED.	242
Tabla 22. Distribución de tipos de violencia según sexo. Localidad de Barrios Unidos. Año 2010	82	Tabla 51. Relación de Colegios que Tienen en sus Aulas Niños y Niñas con Discapacidad.	244
Tabla 23. Distribución de Tipos de Violencia según Territorios de GSI. Localidad de Barrios Unidos. Año 2010	83	Tabla 52. Necesidades Identificadas y Respuestas.	245
Tabla 24: Población Intervenida en Barrios Unidos, según Sexo y Tipo de UTI, año 2010	91	Tabla 53. Consolidado Citologías Periodo de Enero a Septiembre de 2010 en Barrios Unidos, según Tipo de Afiliación.	248
Tabla 25. Factores de Riesgo según Unidad de Trabajo, Barrios Unidos.	94	Tabla 54. Registro de Instituciones Educativas Intervenidas en SAAJ- Barrios Unidos	250
Tabla 26. Reporte de Accidentes de Trabajo, en UTI de Barrios Unidos, 2010.	94	Tabla 55. Riesgo Psicosocial.	251
Tabla 27. Reporte de Enfermedades Profesionales, en UTI de Barrios Unidos, 2010.	95	Tabla 56. Relación entre los Padres.	252
Tabla 28: Peores Formas de Trabajo Infantil presentes en Barrios Unidos.	99	Tabla 57. Total de la Población Atendida por Modalidad. Ámbito IPCAE. 2010.	265
Tabla 29: Estratificación Socio-económica, según Número de Viviendas y Hogares, por UPZ, 2009	101	Tabla 58. Plan de Inversiones del PDL Barrios Unidos 2009-2012.	281
		Tabla 59. Análisis Test sociométrico Barrio Andes. 2010.	309

## INDICE DE GRAFICAS

Gráfico 1: Pirámide Poblacional. Localidad Barrios Unidos. 2005.	52	Gráfico 25: Distribución de la Población Caracterizada y Activa en el Programa SASC según Ocupación, durante el año 2008	151
Gráfico 2: Pirámide Poblacional. Localidad Barrios Unidos. 2009.	53	Gráfico 26: Distribución de la Población Caracterizada y Activa en el Programa SASC según nivel educativo, durante el año 2008	152
Gráfico 3: Tasas de Natalidad y Fecundidad en Barrios Unidos y Bogotá, años 2008 y 2009	54	Foto 4: Estancamiento de Aguas en Época de Lluvia. Canal Salitre.	155
Gráfico 4: Porcentaje de Población por Grupo Étnico 2005.	57	Foto 5: Canal Salitre. Sector IED República de Panamá.	156
Gráfico 5: Número de Personas Registradas en el SISBEN por Nivel. Barrios Unidos.	65	Foto 6: Sector Siete de Agosto. Carrera 24	161
Gráfico 6. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 NV. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	72	Foto 7: Sector Almacenes de Artículos de Cuero en el Siete de Agosto.	164
Gráfico 7. Razón de Mortalidad Perinatal por 100.000 NV. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	73	Foto 8: Carrera 30. Av. NQS.	183
Gráfico 8. Razón de Mortalidad por EDA por 100.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	74	Foto 9: Conjunto Residencial Entreríos.	184
Gráfico 9. Tasa de Mortalidad por Neumonía por 100.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	75	Foto 10: Punto Crítico de Estancamiento de Aguas. Entreríos-Cafam La Floresta.	187
Gráfico 10. Tasa de Mortalidad por Desnutrición por 100.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	76	Foto 11. Mesa Territorial con Niños y Niñas en el Barrio Rionegro.	188
Gráfico 11. Tasa de Mortalidad Infantil por 1000 Nacidos Vivos. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	77	Gráfico 27 : Modelo de Atención del Hospital Chapinero.	210
Gráfico 12. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años por 10.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.	78	Gráfico 28: Comportamiento Cobertura Vacunación Sarampión-Rubéola. 2010.	218
Gráfico 13. Tendencia de la Notificación de Casos de Conducta Suicida. Año 2010	81	Gráfico 29. Resultados Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación Sarampión-Rubéola. 2010.	219
Gráfico 14. Distribución de los Casos de Intento Suicida por Quinquenios y Género. Localidad Barrios Unidos. 2010	82	Gráfico 30. Total de Citologías Realizadas de Enero a Septiembre de 2010 según Tipo de Afiliación	248
Gráfico 15: Indicadores de Fuerza Laboral ECV 2003-2007.	87	Gráfico 32. Porcentaje de Emergencias en Salud Pública Reportadas al Hospital de Chapinero de Enero a Octubre de 2009 - Localidad de Barrios Unidos	278
Gráfico 16: Distribución de Población Ocupada por Rama de Actividad. Barrios Unidos. 2007	90		
Gráfico 17. Distribución de la Población por Etapa del Ciclo Vital en UTIS Intervenido. 2010	92		
Gráfico 17: Tipo de Vinculación por Género en UTI Intervenido. 2010.	92		
Gráfico 18: Afiliación a Seguridad Social en UTI Intervenido. 2010.	93		
Gráfico 19: Porcentaje de Jóvenes Trabajadores, entre los 15 y 17 años, según Género, en Barrios Unidos durante el año 2010.	96		
Gráfico 20: Distribución de Población por Régimen de Afiliación al SGSSS. Barrios Unidos.	107		
Foto 1: Recicladores de la Zona Aledaña al Canal Salitre.	119		
Foto 2: Canal Salitre.	121		
Foto 3: Actividad cultural en la Alcaldía Local de Barrios Unidos.	123		
Gráfico 21: Pirámide Poblacional de Familias Caracterizadas y Activas en el Programa SASC, durante el año 2008	124		
Gráfico 22: Distribución de la Población en Condiciones Especiales Caracterizadas y Activas en el Programa SASC, durante el año 2008	125		
Gráfico 23: Distribución de la población caracterizada y activa en el programa SASC, según tipo de aseguramiento en salud durante el año 2008	125		
Gráfico 24: Demanda al Servicio de Salud Oral en Menores de 5 años, Hospital Chapinero, 2009	128		

## INDICE DE MAPAS

Mapa 1: Generalidades Localidad Barrios Unidos.	35
Mapa 2: Territorios Sociales Barrios Unidos.	38
Mapa 3: Ubicación Microterritorio Salud a Su Casa	39
Mapa 4: Problemáticas Ambientales Barrios Unidos.	45
Mapa 5: Equipamientos Localidad de Barrios Unidos.	50
Mapa 6: Distribución Espacial de población Perteneciente a Grupos Étnicos y Desplazados. Barrios Unidos. 2009.	62
Mapa 7: Población en Condición de Discapacidad. Barrios Unidos. 2009.	63
Mapa 8: Áreas con Alta Dinámica Comercial. Barrios Unidos.	89
Mapa 9: Distribución espacial de niños y niñas intervenidos desde el Ámbito Laboral Hospital Chapinero. 2010.	98
Mapa 10: Equipamiento en salud. Hospital Chapinero.	108
Mapa 11: Malla Vial y Parques. Barrios Unidos.	112
Mapa 12: Territorios Sociales Barrios Unidos.	116
Mapa 13: Territorio 1 (Doce de Octubre-Salitre).	118
Mapa 14: Núcleos Problemáticos en el Territorio 1.	150
Mapa 15: Distribución Espacial de las Violencias en la Localidad. 2009.	158
Mapa 16: Territorio 2: Alcázares.	162
Mapa 17: Núcleo Problemáticos en el Territorio 2.	181
Mapa 18: Territorio 3 (Andes).	186
Mapa 19: Núcleos Problemáticos en el Territorio 3.	201
Mapa 20: Área de influencia del Hospital Chapinero ESE.	209
Mapa 21: Gestantes Identificadas desde el Ámbito Familiar. 2010.	230
Mapa 22: Personas en Condición de Discapacidad por Territorios. 2009.	233
Mapa 23: Distribución Espacial de los Colegios de la Cobertura de SAC. 2010.	236
Mapa 24: Gestantes atendidas en control prenatal en el Hospital Chapinero por punto de atención. 2009.	253
Mapa 25: Distribución Crónicas en Barrios Unidos. 2009.	256
Mapa 26: Distribución ITS en la Localidad. Primer Trimestre. 2010.	258
Mapa 27: Distribución Espacial de UTIs Intervenidas en Barrios Unidos. 2010.	260
Mapa 28: Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada Intervenidos por el Hospital Chapinero. 2010.	264

## INTRODUCCIÓN

La estructura de este documento es reflejo de un modelo de estudio del proceso salud-enfermedad concebido como “Análisis de la Determinación Social en Salud”. Dichos determinantes se desarrollan alrededor y en todas las actividades del individuo, la relación con su entorno, con el grupo social al que pertenece, sus medios de producción y su capacidad de consumo, creando un perfil de protección y/o deterioro.

Los determinantes se han enfocado desde el punto de vista de los dominios general, particular y singular. El dominio general es lo macro dentro del ámbito social, político, cultural, económico e intersectorial, resultado del modelo de producción de la sociedad, como la situación jurídico-política, la dinámica poblacional y su situación socioeconómica, producto de las leyes que rigen el territorio. El documento se organizó conforme a la revisión metódica, sistemática y analítica de las “categorías”: TERRITORIO, POBLACIÓN, PRODUCCIÓN, CONSUMO y RESPUESTA SOCIAL, dado que las condiciones de salud de una población son el resultado de la interacción en un territorio determinado, de relaciones de producción y consumo de bienes, con acceso o limitaciones a los mismos y en el que la sociedad genera una respuesta social a nivel institucional o comunitario, frente a factores protectores o deteriorantes de la salud.

En el primer capítulo se analizan las diferentes relaciones entre el territorio, el ambiente y la población, presentando las características generales de la localidad desde el punto de vista geopolítico, la vocación cultural y productiva de cada territorio, el desarrollo administrativo y los aspectos de legitimidad institucional a nivel local, así como los aspectos relacionados con el medio ambiente como factor influyente en la salud y las dinámicas poblacionales de localidad como tamaño y distribución de la población, ritmo de crecimiento, historia de poblamiento y estilo de desarrollo social, estructura socioeconómica, caracterización de la estructura familiar y el perfil de morbi-mortalidad.

En el segundo capítulo sobre producción y consumo se revisan los aspectos relacionados con la estructura socioeconómica, los principales renglones productivos y la evolución de pobreza en la localidad frente al acceso a bienes y servicios, realizando un acercamiento a los principales aspectos de la vivienda, los servicios públicos, la alimentación y nutrición, la recreación y la cultura, los aspectos educativos, el transporte y las vías, así como su repercusión en la salud de la población.

En el tercer capítulo se realiza un análisis más profundo sobre las relaciones territorio-población y su expresión en la situación en salud de cada una de las etapas del ciclo vital, en cada uno de los tres territorios sociales, viajando a través de cada una de los proyectos de autonomía y transversalidades en salud, determinando núcleos problemáticos y temas generadores de respuesta en cada una de las etapas.

Finalmente, se hace una revisión de la respuesta social integral a nivel Institucional y comunitario. Este capítulo pretende mostrar las características, a nivel local, de la situación de respuesta PIC, el análisis de los servicios y el modelo de prestación de servicios en salud, la inversión local en salud, la respuesta en servicios de salud frente a los núcleos problemáticos priorizados en cada territorio, y la respuesta comunitaria.

En el capítulo de PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PIC 2011, se presentan propuestas para mejorar la respuesta social a problemáticas identificadas según la etapa del ciclo vital, y otras problemáticas que afectan la calidad de vida y salud en la localidad, y los núcleos problemáticos priorizados, partiendo de las intervenciones desarrolladas en cada ámbito y componente que conforma el PIC 2009, y finalizando con la enumeración de algunos proyectos propuestos para incluir en el PIC 2011 local.

## MARCO CONCEPTUAL

La especificación del marco conceptual sobre el que se sustentan las políticas de salud pública es hoy una de las bases para el desarrollo exitoso de las mismas, debido a que los modelos conceptuales, técnicos y operativos son factores críticos para orientar el enfoque de éstas, determinar los componentes esenciales que deben abarcar, dar soporte a la planeación y ejecución de las acciones y prever los resultados deseados. Es así como en el marco conceptual se debe identificar cómo se integran los avances conceptuales y los conocimientos actuales de la medicina con la salud pública, las ciencias políticas, las ciencias sociales y la epidemiología, entre otras, para dar soporte a las acciones.

Las concepciones de la salud y la enfermedad, y los avances en el conocimiento de las diferentes ciencias, en las que se apoya la salud pública como disciplina para sustentar su quehacer, han tenido cambios importantes a través de la historia y han determinado no sólo la comprensión del fenómeno, sino también las acciones que se adelantan en salud.

Una amplia corriente ha estudiado los “factores de riesgo”, los cuales explican una parte de la presencia de las enfermedades en la población, pero no son suficientes para entender claramente la diferencia de tendencias de las enfermedades entre diferentes poblaciones, ni siquiera al interior de ellas mismas. Es decir, es discutible que estas aproximaciones, basadas en hechos ocurridos a nivel molecular en los individuos, sean útiles para alcanzar explicaciones de lo que ocurre a nivel poblacional y menos para determinar las políticas de salud pública.

En este contexto, en los análisis frecuentemente se han ignorado los condicionantes de riesgo, entendidos como los elementos que en forma individual no producen enfermedad, pero que unidos a los elementos indispensables, contribuyen a la producción de la enfermedad, de tal forma que, interrelacionados, constituyen el factor causal suficiente para producir un efecto.

Teniendo en cuenta el comportamiento diferencial de los problemas de salud de las poblaciones, Castellanos<sup>1</sup> define que la situación de salud de una población está determinada, por una parte, por las necesidades y problemas derivados de su forma de reproducción social y por tanto, del modo, las condiciones y los estilos de vida y, por la otra, por las respuestas sociales organizadas en salud a dichas necesidades y problemas, que buscan reducir su magnitud o modificar el impacto de los mismos sobre el perfil de salud.

<sup>1</sup> Castellanos, Pedro Luis. *Epidemiólogo, Organización Panamericana de la Salud. 1990.*

Se plantea que estos determinantes sociales de la situación de salud pueden ser abordados, por lo menos en tres niveles, que constituyen dimensiones distintas de una misma realidad: *el nivel general*, para el conjunto de la sociedad; *el nivel particular*, para los diferentes grupos de la población; y *el nivel singular* para las variaciones individuales. Estos niveles hacen referencia a la manera de reproducción de procesos biológicos y sociales, que se expresan en todos los ámbitos de la vida humana individual y colectiva<sup>2</sup>.

En el *dominio general*, la naturaleza y la sociedad como su expresión más desarrollada y compleja, se oponen y determinan mutuamente. En los determinantes del dominio general, cabría mencionar los procesos de urbanización, industrialización y envejecimiento de la población, cada día más importantes. No en vano muchas de las enfermedades han sido denominadas las enfermedades de la civilización moderna.

En el *dominio particular*, cada grupo socio-económico desarrolla un modelo distinto y cambiante de relaciones socio-naturales, donde cada uno tiene un patrón de vida característico. En esta dimensión, es importante resaltar la relación salud-trabajo, y más allá de ésta, las relaciones salud-espacio (sean de trabajo, estudio o vida en general); así, por ejemplo, el papel preponderante del estrés como determinante de la hipertensión y los trastornos gástricos.

En el *dominio singular* ocurren procesos en la cotidianidad de los individuos, con relaciones importantes también en sus genotipos y fenotipos. En este campo, la medicina ha hecho avances notorios sobre la susceptibilidad genética individual hacia las diferentes enfermedades.

Las condiciones de desarrollo no son las mismas para todos los grupos en una sociedad. Por el contrario, asumen formas particulares dependiendo de la inserción de éstos en el proceso de trabajo o en el de reproducción social<sup>3</sup>. Las formas de trabajo adoptadas por un grupo permiten definir las características de un grupo social y determinan el modo característico de enfermar o morir, dando lugar así a lo que se ha llamado los perfiles patológicos de los grupos sociales.

Esto significa que la historia social de las personas asume importancia por condicionar su biología y por determinar la probabilidad de que enferme de un modo particular. Esta propuesta permite visualizar cómo las “formas de andar por la vida”, es decir, los estilos de vida, son comportamientos humanos sostenidos por largo plazo y expresiones de la cultura, que se dan en un contexto global, político, y económico, en tanto son modelados por poderosas fuerzas sociales y culturales que operan al nivel de la sociedad, del grupo y en el espacio doméstico y familiar<sup>4</sup>

El estilo de vida no es una categoría separada de factores, independiente del ambiente y la sociedad, ni la sociedad un conjunto de elementos indiferenciados en el ambiente. Los estilos de vida son la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social, en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos.

Existe una contradicción permanente entre los aspectos saludables y los destructivos de la vida humana, que determinan los perfiles epidemiológicos. Para Breihl<sup>2</sup>, “lo que la investigación epidemiológica trata de hacer es descubrir, jerarquizar y sistematizar todo ese conjunto de fuerzas, con la finalidad práctica de reforzar o impulsar las fuerzas protectoras de todo orden, promover el acceso de la población a los valores de uso social que operan como recursos de poder y de defensa, lo que equivale a hacer una promoción de la salud, y a la par, se trata de contrarrestar fuerzas destructivas, lo que equivale a realizar una prevención”.

De acuerdo a lo establecido en la carta de Ottawa<sup>5</sup>, la salud pública está ligada a conceptos como calidad de vida y bienestar, y constituye el pilar de las acciones de salud partiendo del concepto positivo de salud y la relación con los procesos vitales del hombre: tener un empleo digno, el acceso a los servicios sociales, la equidad de género, el buen trato, la participación comunitaria, el control ciudadano, la defensa de los derechos humanos y el respeto en todas las esferas de las relaciones del ser humano, asociado esto, a su vez, con la capacidad de respuesta del Estado frente a las necesidades y requerimientos de la población.

La promoción supera el nivel individual, lo cual enmarca su ámbito para la intervención, y tiene una perspectiva basada en grupos de población. En este sentido, trasciende las acciones del sector salud, en cuanto busca generar un impacto sobre las condiciones de salud que están estrechamente ligadas con condiciones y calidad de vida, que dependen del Estado y la sociedad en su conjunto.

Es así como la comprensión y entendimiento de los problemas de salud facilita el establecimiento de objetivos claros que permiten anticiparse a los problemas. Para esto el proceso de vigilancia en salud pública constituye un aspecto de enorme importancia. Consiste en el monitoreo crítico de los determinantes y condicionantes de la salud colectiva, para fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas y responder rápidamente a la evolución del proceso salud-enfermedad.

De igual manera, el conocimiento de la situación de salud de las poblaciones aporta para la planificación de actividades que permitan transformar realidades adversas, y para la elaboración de políticas de salud construidas con base en el conocimiento de las necesidades de la comunidad. De esta manera se entiende cómo el Estado tiene una doble responsabilidad frente a la salud pública: por un lado, el desarrollo de la infraestructura que disminuya los riesgos de enfermar y morir, a través de los mecanismos para mejorar las condiciones de vida y, por otro lado, garantizando los mecanismos de acceso de la población a los servicios de salud<sup>6</sup>. Entender la salud en este contexto permite un abordaje distinto, puesto que se requiere ir más allá de la intervención del sector para promover la participación de diferentes disciplinas y sectores, además del compromiso político para garantizar la calidad de vida de la población, enfrentando las causas reales de los problemas de salud. Por lo tanto, es condición fundamental para el diseño de los lineamientos de salud pública.

A partir de estas premisas, el enfoque conceptual trasciende la dimensión biológica centrada en el individuo y los comportamientos particulares expresados en los estilos de vida, hacia una concepción más amplia, que tiene en cuenta la dimensión social, los procesos productivos y las estructuras políticas, de tal forma que se requiere de un compromiso de toda la sociedad, en el cual el papel que juegan los servicios de salud en relación con la promoción de la salud e incluso en la prevención, debe ser ampliamente abordado por todos los sectores.

2 Breihl, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. CEAS, Ecuador, 1987.

3 Laurell, Asa Cristina. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. 1983 Policopiado, sin publicar.

4 Pedersen Duncan. Estilo de vida en: v.e. Mazzaferro (ed) Medicina en Salud Pública. Editorial El Ateneo, Buenos Aires.1982.

5 Ottawa Charter for Health Promotion - 1986. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

6 Fundamentos de Salud Pública. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1997

## MARCO METODOLÓGICO

Este documento recoge el esfuerzo del equipo del Hospital Chapinero Empresa Social del Estado (ESE), tanto en su nivel directivo como en el operativo, así como los aportes e intervenciones de los actores comunitarios claves en los diferentes espacios locales, sin los cuales la perspectiva participativa y comunitaria del mismo estaría ausente, afectando la legitimidad del proceso. Esa participación fue una herramienta tan valiosa en la elaboración del diagnóstico como lo fue el esfuerzo del equipo de Gestión Local en lo referente a Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA) y de Transversalidades (TV) que hacen parte de los ámbitos, y de los coordinadores y coordinadoras de dichos espacios.

Para la elaboración de este diagnóstico se utilizó el lineamiento emitido por la Secretaría Distrital de Salud, basado en el Análisis de la Determinación Social de la Salud y la Calidad de Vida (ASIS). El documento consta de cinco componentes básicos (Territorio, Población, Desarrollo humano y producción, Desarrollo humano y consumo, y Respuesta social a nivel sectorial), cada uno de los cuales ha sido desarrollado de forma cuantitativa y cualitativa, según su contenido, de acuerdo con el modo en que se exprese en la población y en el territorio.

El análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida, a través de unos supuestos de trabajo en la metodología de Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel de salud existente en un país, ciudad o territorio determinado, en el cual se estudian los determinantes de la calidad de vida, como los factores demográficos, económicos, sociales, culturales y ambientales, así como los recursos existentes para dar cuenta de esta situación, y las brechas e inequidades existentes en la comunidad, con el fin de optimizar el uso de los recursos en la solución de problemas, con acciones diferenciales específicas para su respuesta integral.

En el proceso de planeación de la salud en el nivel local se definieron cinco fases metodológicas:

- Fase I: Alistamiento y convocatoria
- Fase II: Recolección de la información
- Fase III: Análisis descriptivo y explicativo

- Fase IV: Análisis crítico de la respuesta social y planteamiento de alternativas de solución (PIC)
- Fase V: Evaluación y ajustes
- Fase VI: Edición y divulgación

En un primer momento, al interior de la ESE se definió la metodología a partir de las unidades de análisis, por *Proyecto de Desarrollo de Autonomía* (PDA) y *Transversalidad* (TV), incorporando el enfoque territorial y de etapa de ciclo vital, a través de información de Fuentes primarias y secundarias, recopilada a través de cada una de las intervenciones, dando como resultado información diferenciada para cada territorio, por cada etapa de ciclo vital y la expresión en cada PDA o TV. Posteriormente, esta información se trasladó a las Mesas Territoriales y a los diferentes espacios de concertación local. Dentro de los actores que participaron en la consolidación de este ejercicio se destacan el Equipo de Gestión Local, los referentes de PDA y TV, y los coordinadores de ámbitos, quienes hicieron los aportes respectivos para este proceso.

A su vez, en las Mesas Territoriales, a través del trabajo de concertación al interior del Equipo Transectorial Local y de los Equipos Territoriales, se decidió llevar a cabo un primer ejercicio de lectura de necesidades por territorio, incorporando como metodología para su recolección recorridos territoriales, diligenciamiento de la matriz de derechos y ejercicios de cartografía social adelantados en los Jardines Infantiles de la Sub-dirección Local de Integración Social (SLIS), y la revisión de información de Fuente secundaria. A su vez, también se tuvo en cuenta la priorización de necesidades hecha al interior del Núcleo de Gestión de Salud a su Casa del Hospital Chapinero durante el 2010.

Posteriormente, con estos insumos, se da paso a la consolidación y análisis de los núcleos problemáticos por territorio, de acuerdo a lo identificado desde las Unidades de Análisis del Hospital Chapinero y las necesidades que se han ido identificando en el ejercicio al interior de las mesas territoriales. Dentro de los actores que han participado en las mesas territoriales se destacan la Subdirección Local de Integración Social, el Hospital Chapinero, la Secretaría de Gobierno a través del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC) y de las Juntas Zonales de Seguridad, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Secretaría Distrital de Ambiente, la Secretaría Distrital de Hábitat, la Secretaría Distrital de Salud a través de Gestión territorial, la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte y comunidad, las Juntas de Acción Comunal de los barrios Andes, Rionegro, Siete de Agosto y San Felipe, entre otras, así como organizaciones y redes sociales establecidas en cada uno de los territorios. Aquí se destaca el aporte hecho desde el Laboratorio Social<sup>7</sup> en el territorio Andes, cuyo producto fue el *núcleo problemáticos (NP)* y el *tema generador (TG)* que más adelante se presentan para este territorio.

Posteriormente, las necesidades identificadas por cada uno de los territorios fueron llevadas a los diferentes espacios de concertación local, tales como el Consejo Local de Gobierno (CLG), el Consejo Local de Política Social (CLOPS), la Comisión Local Intersectorial de Participación (CLIP) y el Espacio Cívico Local recién constituido, para ser tenidos en cuenta en los ejercicios de territorialización de la inversión, según lo contempla el Decreto 101/2010 (por medio del cual se fortalece institucionalmente a las Alcaldías Locales, se fortalece el esquema de gestión territorial de las entidades distritales en lo local y se desarrollan instrumentos para una mejor gestión administrativa), y también como punto de partida para la definición de los temas generadores, que serán concertados a través de esta misma ruta metodológica, donde el sector salud aportará el insumo construido a partir de las unidades de análisis, con núcleos problemáticos y temas generadores concertados al interior de la ESE.

<sup>7</sup> Proyecto del Convenio Secretaría Distrital de Salud SDS-Secretaría Distrital de Integración Social SDIS-Corporación Guillermo Fergusson CGF-Corporación Nuevo Arco Iris CNAI. Año 2010.

Cabe aclarar que la expresión del daño en algunos *Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA)* y en algunas *Transversalidades (TV)* es la misma en las diferentes etapas de ciclo vital en los tres territorios, puesto que no se evidenciaron, en algunos casos, condiciones diferenciales de manifestación para cada etapa en cada territorio, aunque las lecturas de necesidades y la construcción de políticas sea diferencial.

Es importante resaltar que el presente documento es el resultado de numerosos grupos de estudio, unidades de análisis y diferentes espacios de recolección de información y de discusión, lo que permite abordar las problemáticas en salud con una mirada interdisciplinaria, intentado recoger las experiencias y las diferentes voces en el territorio.

# 1.

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



En este capítulo se pretende dar a conocer las características geográficas, territoriales y poblacionales que determinan el comportamiento general de los habitantes en la localidad doce de Barrios Unidos, realizando acercamientos en la determinación de las relaciones que tienen entre ellas y la salud de la población local, lo que podría constituir posibles factores de protección y de deterioro en la salud.

## 1.1 Territorio y Ambiente

La localidad Barrios Unidos se ubica al noroccidente de Bogotá. Limita al Norte con la Calle 100 que la separa de la localidad de Suba; al occidente, con la Avenida Carrera 68 que la divide de la localidad de Engativá; al oriente, con la Avenida Caracas, que la separa de la localidad de Chapinero, y al sur, con la calle 63 que la separa de la localidad de Teusaquillo.

La localidad tiene una extensión total de 1.190,30 hectáreas, todas ellas en el área urbana, de las cuales 181,35 corresponden a suelo protegido, y 5 a suelo por desarrollar. No cuenta con suelo en expansión, ni suelo rural, y es la quinta localidad en menor extensión del Distrito (3.22% del área urbana)<sup>8</sup>. Geográficamente se encuentra en una zona plana y suavemente ondulada. Actualmente tiene 1.122 manzanas, donde se ubican 98 barrios comunes.<sup>9</sup> La localidad de Barrios Unidos tiene un clima frío sub-húmedo y su temperatura promedio anual es de 14,2 grados centígrados, la cual oscila entre los 9 y 22 °C.

### 1.1.1 Dinámica Territorial

#### 1.1.1.1 Reseña histórica

El nacimiento de la Localidad 12, conocida como Barrios Unidos, obedece al empeño y acción de Monseñor José Joaquín Caicedo. En 1935 surgió como una invasión que, con el correr del tiempo, alcanzó niveles de organización. Durante el mismo año se constituyó la fundación de barrios obreros. Inicialmente, el territorio correspondiente a la localidad estuvo conformado por grandes y extensas haciendas, entre ellas la del ex-presidente Miguel Abadía Méndez, la finca San León (de los hermanos cristianos, en lo que hoy es el barrio Los Alcázares), la Quinta de Mutis, denominada así por haber sido en el siglo XVII un lugar de vivienda y estudio del sabio José Celestino Mutis, de propiedad del Colegio Mayor del Rosario (dicha quinta se encontraba localizada en el costado occidental de lo que hoy es la carrera 24 entre calles 63 y 66), y la Hacienda El Salitre, de propiedad de José Joaquín Vargas (la cual fue donada a una entidad oficial de beneficencia hacia 1886), entre otras.

En sus comienzos, el proceso urbanizador fue espontáneo e informal, con una invasión de los predios, sin criterios planificadores ni cobertura de servicios urbanos. A principios de la década del cuarenta, estos barrios tenían la fisonomía de comunidades organizadas, funcionales y con gran sentido cívico por parte de sus habitantes. El sector disponía del servicio de tranvía eléctrico, que lo comunicaba con el centro de la ciudad desde el terminal localizado en las inmediaciones del cementerio del barrio Siete de Agosto, subiendo a Chapinero por la Calle 68.

Su transformación comenzó hacia los años cuarenta, cuando fue adquiriendo dimensión de organización comunitaria, tomando como núcleo los barrios Siete de Agosto, Benjamín Herrera y Colombia, y en los años setenta se establecieron los barrios San Miguel, Modelo, José Joaquín Vargas, La Castellana y Polo Club, y con estos la construcción de las Avenidas 68<sup>10</sup> y Medellín, las

cuales se constituyeron en factor de desarrollo que motivó la edificación de nuevos barrios y conjuntos residenciales. Hacia esta década, surgió el Conjunto Residencial Entrerriós, y en la década de los ochenta la construcción del Conjunto Residencial Metrópolis, los cuales aumentaron en forma considerable la densidad poblacional en la zona.

La localidad ha presentado un desarrollo mixto en su patrón de poblamiento; muchos de sus barrios, principalmente aquellos conformados en los años treinta y cuarenta, fueron producto de invasiones, autoconstrucción y, en menor medida, los diseñados por urbanizadoras. Los barrios construidos a partir de los años setenta y ochenta (Entrerriós, La Castellana, Polo Club) reflejan un patrón diferente, incorporando nuevos conceptos en urbanismo y paisajismo. Finalmente, se dio el desarrollo del conjunto residencial Metrópolis, el cual concedió especial prelación al paisaje y al concepto de “espacio público”. Algunos barrios se han desarrollado gradualmente, mientras que los más antiguos han ido modificando su uso residencial a comercial, esencialmente en actividades industriales de pequeño y mediano tamaño, relativas a la elaboración de muebles, litografías, almacenes de calzado, compra y venta de repuestos para automóviles, y talleres de servicios automotriz, generando problemas de carácter ambiental y social, e invasión del espacio público.

#### 1.1.1.2 División político-administrativa

Según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) la localidad cuenta con cuatro Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), tres de ellas clasificadas como residenciales: Doce de Octubre (UPZ 22), Los Andes (UPZ 21) y Alcázares (UPZ 98), y una UPZ de carácter dotacional, el Parque El Salitre (UPZ 103), conformada por amplias zonas verdes y dotada con equipamiento recreacional y cultural de envergadura metropolitana. (Ver Mapa 1). La localidad fue creada en el año 1972, mediante el Acuerdo 26, el cual estableció 16 alcaldías menores en el Distrito Especial de Bogotá, correspondiéndole como nomenclatura el número 12, con límites determinados, siendo ratificada mediante Acuerdo Distrital 8 de 1977. Conforme con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) vigente, la localidad está conformada por cuatro Unidades de Planeación Zonal (UPZ), como se observa en la Tabla 1, siendo la unidad de mayor extensión la UPZ 22. En general, cuenta con una estratificación socioeconómica que va desde el estrato 3 hasta el 5. Se considera de carácter mixto, pues posee sectores eminentemente residenciales, otros de carácter comercial e industrial y un sector de parques metropolitanos o dotacional.

UPZ 21 Los Andes: Reglamentada en junio de 2005. Esta UPZ está ubicada al Norte de la Localidad. Limita al suroccidente con la Avenida Medellín (Calle 80) y con Avenida España (Calle 100); al noroccidente con la Av. España (Calle 100) y con la Avenida Paseo de Los Libertadores (Carrera 13 - Autop. Norte); al suroriente con la intersección de la Autopista Norte con Av. Ciudad de Quito, y al nororiente con la Avenida Medellín (Calle 80) y con la Av. Ciudad de Quito. Esta UPZ está clasificada como residencial, con un área de 275 hectáreas, siendo la de tercera en extensión de la localidad. En ella encontramos los barrios La Castellana, La Patria, Rionegro, Los Andes, Entrerriós y un inmueble de interés cultural de categoría monumental, que es la Escuela Militar de Cadetes José María Córdova.

UPZ 22 Doce de Octubre: Reglamentada en agosto de 2005, se localizada en la zona centro oriente de la localidad, al suroccidente con la Avenida del Congreso Eucarístico (Av. 68) y la Av. Salitre (calle 64); al noroccidente con la Av. Del Congreso Eucarístico (Av 68) y la Autopista Medellín (Av. Calle 80); al suroriente con la Av. Ciudad de Quito (carrera 30) y la Av. del Salitre (calle 64), y al nororiente con la autopista Medellín (Av. Calle 80) y la Av. Ciudad de Quito. Según el Plan de Ordenamiento Territorial, se clasifica como una UPZ de carácter “Residencial Consolidado”, con un área de 335,28 hectáreas, que posee una excelente infraestructura de servicios públicos, una malla vial principal en excelentes condiciones que le otorga ventajas en materia de accesibilidad frente a la localidad y a la ciudad. Esta UPZ está conformada por sectores diferenciados por su uso: áreas residenciales, áreas residenciales con actividad económica en la vivienda y áreas de comercio, servicios y dotacionales

<sup>8</sup> Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, Universidad Nacional de Colombia-Instituto de Estudios Ambientales-UNAL-IDEA. Agenda Ambiental Localidad Barrios Unidos. 2009

<sup>9</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP. Bogotá Ciudad de Estadísticas. Boletín No. 9 Julio de 2009

<sup>10</sup> Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, Universidad Nacional de Colombia-Instituto de Estudios Ambientales-UNAL-IDEA. Informe GEO Localidad Barrios Unidos. 2008

de escala zonal. Comprende los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San Fernando Occidental, San Miguel, Popular Modelo, José Joaquín Vargas, La Libertad, Simón Bolívar y Metrópolis.

Tabla 1. Clasificación e Información General por UPZ Localidad 12 (Barrios Unidos) Año 2009

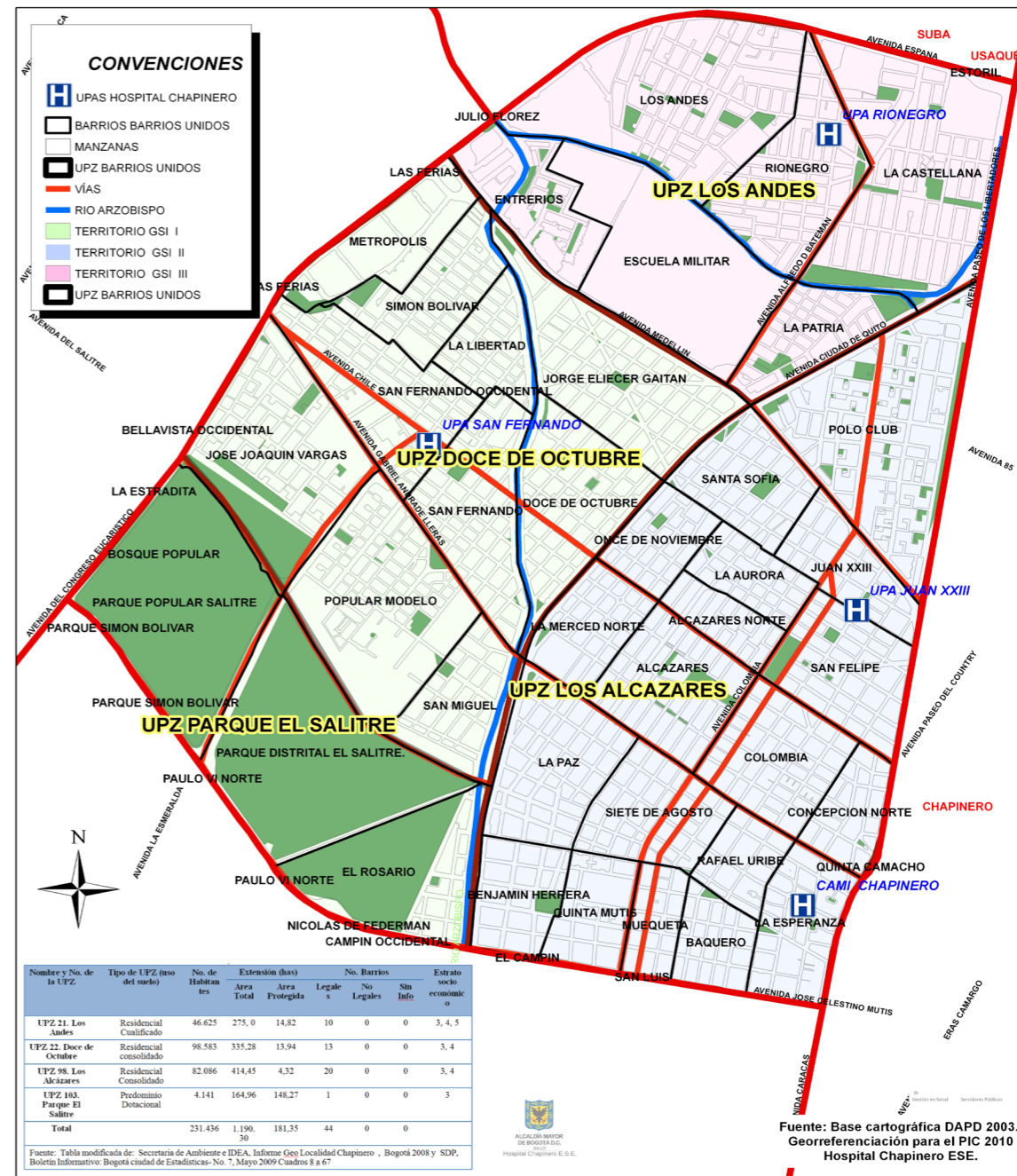
Nombre y No. de la UPZ	Tipo de UPZ (uso del suelo)	No. de Habitantes	Extensión (has)		No. Barrios			Estrato socio económico
			Area Total	Area Protegida	Legales	No Legales	Sin Info	
UPZ 21. Los Andes	Residencial Cualificado	46.625	275,0	14,82	10	0	0	3, 4, 5
UPZ 22. Doce de Octubre	Residencial consolidado	98.583	335,28	13,94	13	0	0	3, 4
UPZ 98. Los Alcázares	Residencial Consolidado	82.086	414,45	4,32	20	0	0	3, 4
UPZ 103. Parque El Salitre	Predominio Dotacional	4.141	164,96	148,27	1	0	0	3
<b>Total</b>		<b>231.436</b>	<b>1.190.30</b>	<b>181,35</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Fuente: Tabla modificada de: Secretaría de Ambiente e Instituto de Estudios Ambientales IDEA, Informe Geo Localidad Chapinero, Bogotá 2008 y SDP, Boletín Informativo: Bogotá Ciudad de Estadísticas- No. 7, Mayo 2009 Cuadros 8 a 67

UPZ 98 Los Alcázares: Está en proceso de reglamentación. Esta UPZ está ubicada al suroriente de la localidad. Comprende el territorio ubicado entre la intersección de la Autopista Norte (Av. Paseo de los Libertadores) con Avenida Ciudad de Quito (Carrera 30) "Puente de la 91", hasta la Avenida José Celestino Mutis (Av. Calle 63) entre Avenida Caracas (Cra. 14 ) y Cra. 30. A pesar de ser un sector "eminente" residencial según el Plan de Ordenamiento Territorial, la comunidad manifiesta que en los últimos años el incremento de los establecimientos comerciales ha sido notorio. A esta UPZ, pertenecen los barrios Polo Club, Juan XXIII, San Felipe, Colombia, Concepción Norte, Rafael Uribe, Muequetá, La Esperanza, Baquero, Quinta Mutis, Benjamín Herrera, La Paz, Siete de Agosto, Alcázares, Alcázares Norte, La Merced Norte, La Aurora, Once de Noviembre y Santa Sofía.

UPZ 103 Parque El Salitre: Reglamentada desde agosto de 2004. Esta UPZ se localiza al suroccidente de la localidad, ente la Carrera 30 y la Avenida del Congreso Eucarístico, y desde la Futura Avenida del Salitre hasta la Calle 63 -Avenida José Celestino Mutis. Según el decreto distrital 255 de 2004, La Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) No. 103, Parque el Salitre, se localiza dentro de un sector de Equipamientos Metropolitanos y constituye un nodo de actividad en el contexto Ciudad-Región, dado que reúne espacios de una alta representatividad y dinámica de nivel metropolitano, regional, nacional e internacional tales como el Parque Metropolitano Simón Bolívar, el Museo de los Niños, el Parque Salitre Mágico y el Centro de Alto Rendimiento. Esta concentración de grandes equipamientos deportivos y recreativos convierte a la zona en un centro de atracción de la ciudad y la región, así como de visitantes nacionales y extranjeros. Está conformada por el barrio El Rosario.

Mapa 1: Generalidades Localidad Barrios Unidos.



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero. 2010.

### 1.1.1.3 Territorios sociales -Estrategia Gestión Social Integral (GSI)

A continuación se presenta una descripción general de los territorios sociales definidos en la localidad, a partir de la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral, con la cual se busca avanzar en la construcción de un modelo de gestión de políticas públicas que permita la materialización de los derechos y la articulación de la institucionalidad, en conjunto con distintos

actores sociales y políticos de la ciudadanía, con el fin último de desarrollar políticas públicas integrales y mejorar los mecanismos de interlocución entre el Estado y la Sociedad Civil. En suma, la estrategia de Gestión social integral busca, por una parte, ejercer la transectorialidad como ordenador de las acciones, a la vez que aborda los territorios sociales con la construcción de respuestas integrales que respondan a las necesidades de la población<sup>11</sup>, dando cumplimiento al Artículo 6 del Plan de Desarrollo Distrital, “Bogotá Positiva, para Vivir Mejor”.

El desarrollo de esta estrategia parte de un proceso que comenzó a ejecutarse desde el 2008, a partir de la concertación conjunta con la Subdirección Local de Integración Social (SLIS), tomando como punto de partida la definición de los tres territorios, teniendo en cuenta las condiciones sociales, la presencia institucional y el cubrimiento total de la localidad. Para este fin se soportaron en el análisis del trabajo que se venía desarrollando desde el 2006, la problemática identificada, abordada y pendiente de atender por las diferentes entidades, así como los criterios definidos para la conformación de los tres territorios sociales.

Posteriormente se definen tres Equipos Territoriales Transectoriales, conformados por personal tanto del Hospital Chapinero como de la Subdirección Local de Integración Social, a los cuales se han venido sumando otros actores institucionales como el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, la Secretaría Distrital de Hábitat, la Secretaría Distrital de Movilidad, la Secretaría Distrital de Ambiente, la Secretaría Distrital de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), avanzando en la caracterización de cada uno de los tres territorios, a través de la revisión de información diagnóstica, caracterización de actores sociales, ejercicios de cartografía social y recorridos de reconocimiento territorial. Así mismo, para dar mayor legitimidad al proceso, tanto desde el Consejo Local de Política Social, como desde el Consejo Local de Gobierno son reconocidos y aprobados estos territorios. Los territorios definidos para la localidad son el Territorio 1: UPZ 12 de Octubre y UPZ Salitre, el Territorio 2: UPZ Alcázares, y el Territorio 3: UPZ Andes. (Ver Mapa 2)

El Territorio 1 Doce de Octubre-Salitre está conformado por los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Simón Bolívar, La Libertad, San Fernando occidental, San Fernando, José Joaquín Vargas, Doce de Octubre, Popular modelo, San Miguel, Metrópolis y Rosario.

El Territorio 2 Los Alcázares incluye los barrios Polo Club, Santa Sofía, 11 de Noviembre, Juan XXIII, La Aurora, La Merced Norte, Los Alcázares Norte, Alcázares, San Felipe, La Paz, Colombia, Siete de Agosto, Concepción Norte, Rafael Uribe, Benjamín Herrera, La Esperanza, Quinta de Mutis, Muequetá y Baquero.

El Territorio 3 Andes está conformado por los barrios: Villa Calasanz, Conjunto Residencial Calle 100, Entre Ríos, Escuela Militar, La Castellana, La Patria, Los Andes, Rionegro, Urbanización San Martín y Vizcaya.

En el Capítulo 3 se profundizará sobre las condiciones de cada uno de estos territorios y su relación con la calidad de vida de sus habitantes.

#### 1.1.1.4 Microterritorio programa Salud a Su Casa (SASC)

En la localidad de Barrios Unidos, se encuentra ubicado un microterritorio donde se desarrolla el Programa Salud a Su Casa (SASC), por ser una zona de alta vulnerabilidad. El Microterritorio Doce de Octubre, el cual se encuentra ubicado entre la calle 76 hasta la calle 68, y entre la Avenida Ciudad de Quito y hasta la antigua carrera 47, fue escogido para la implementación del programa, dadas las condiciones de vulnerabilidad encontradas en él. Durante la ejecución del programa Salud a Su Casa (SASC) desde el año 2006, se han caracterizado 757 familias, de las cuales el 78.7% (596 familias) continúan ubicadas en el microterritorio.

Las diferentes intervenciones que se han realizado en este microterritorio, han identificado problemáticas sociales similares por parte de los promotores del programa SASC, como son la baja

adherencia a los programas de prevención y promoción de la salud y el escaso poder adquisitivo, especialmente por parte de las personas mayores. De acuerdo a los promotores, a partir de la implementación de la estrategia, cada una de estas problemáticas se ha ido solucionando. Sin embargo, se resalta que al ser una situación que contempla un cambio de actitud por parte de la población, amerita que permanentemente se realicen actividades que refuercen estos comportamientos positivos. (Ver Mapa 3)

#### 1.1.2 Características Geográficas y Ambientales

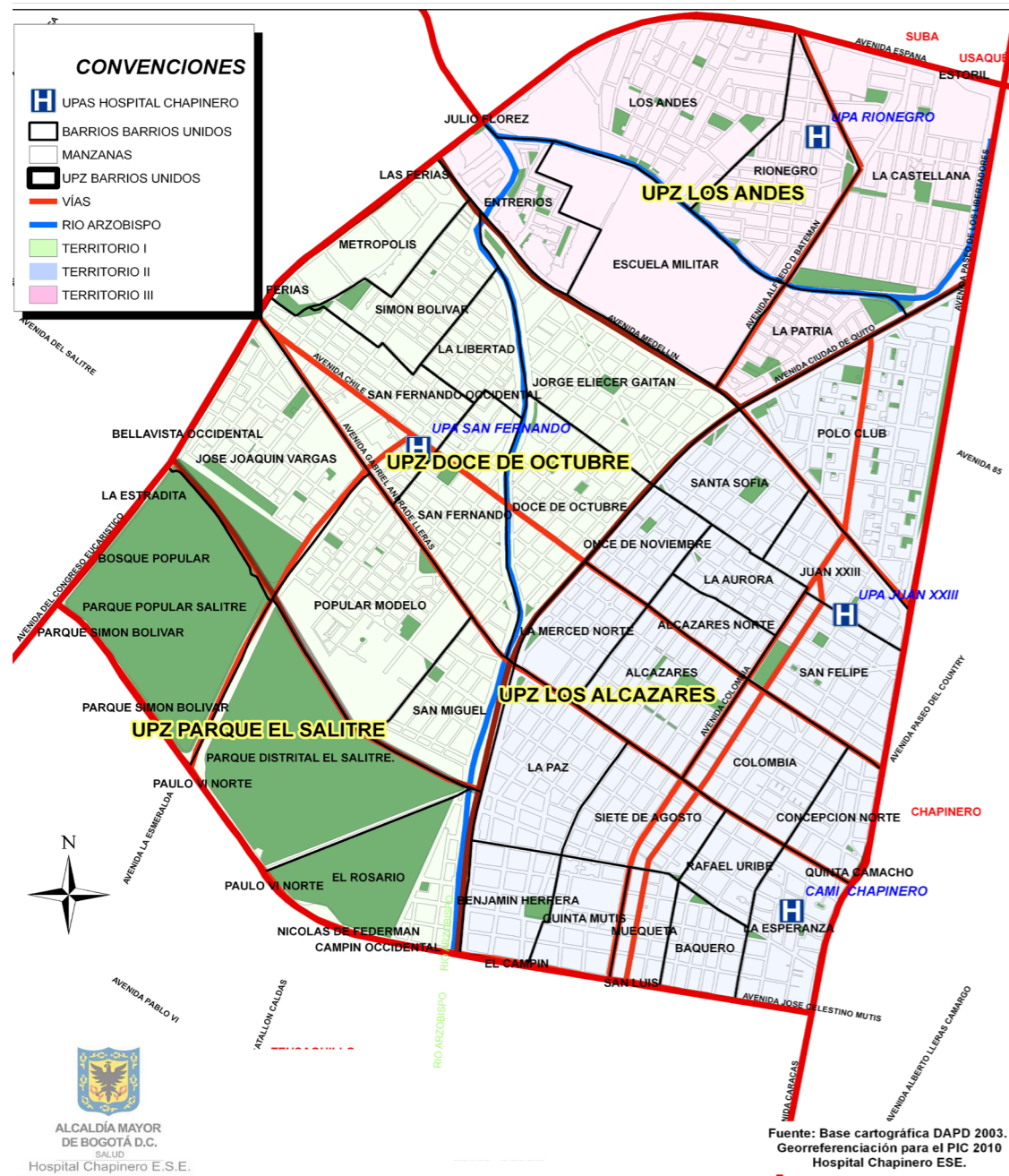
La localidad de Barrios Unidos, geográficamente se encuentra ubicada en el noroccidente de Bogotá, en una zona plana y suavemente ondulada. Está compuesta por 44 barrios con estratos del 3 al 5. Se encuentra sobre 2.600 metros sobre el nivel del mar, tiene un clima frío sub-húmedo y su temperatura promedio anual es de 14,2 grados centígrados, oscilando entre los 9 y 22°C.<sup>12</sup> Es zona plana de sabana, pero suavemente ondulada, el piedemonte de los cerros, constituida por una llanura cuaternaria de origen fluvio lacustre, la cual corresponde al suelo urbano. Comprende en total 1.234,7 hectáreas, de las cuales 198,1 son zonas protegidas; en este suelo urbano se localizan 41,9 hectáreas de áreas por desarrollar, que son terrenos que no han sido urbanizados. El suelo urbanizado es de 1.192,7 hectáreas, que comprenden actualmente 1.039 manzanas.

En esta zona plana no se dan procesos considerables de erosión hídrica superficial, pues la total canalización del río Salitre lo impide. Sin embargo, se encuentra una alta propensión a las inundaciones en las partes más planas, ya que el sector presenta un gradiente levemente negativo desde el piedemonte de la cordillera hasta la carrera 30. Los sectores de Barrios Unidos ubicados al oriente de la localidad están ligeramente por debajo de los más occidentales, como si se encontraran en una especie de cubeta. Esto incide en que su capacidad de drenaje sea más lenta; en consecuencia, en épocas de lluvia las inundaciones son frecuentes. De manera especial se evidencia este fenómeno en el territorio Andes en el sector de Entreríos, donde la acumulación de lodos y materia orgánica es alta en los canales de agua, generando altos niveles de contaminación del medio ambiente. Barrios Unidos se encuentra conformado por suelos del grupo de la zona plana, que comprenden a las vegas inundables de los ríos Salitre y Rionegro, y suelos de la serie Bogotá, de drenajes deficientes, material parental arcilloso y ligeramente ácido, lo cual tiene implicaciones para las construcciones.

11 Documento: Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas. Secretaría Distrital de Salud. 2009.

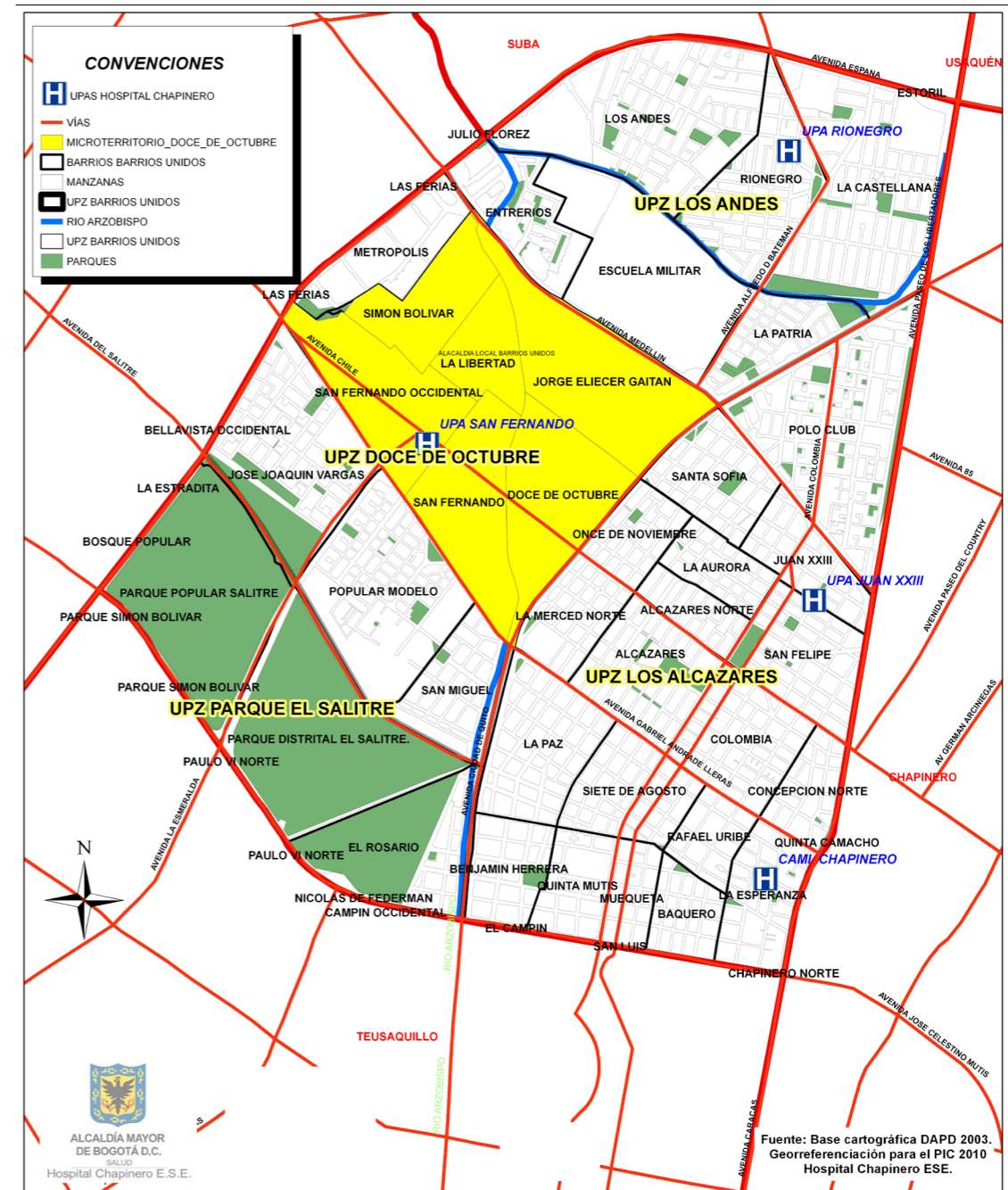
12 Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, UNAL-IDEA. 2008. Op. Cit.

Mapa 2: Territorios Sociales Barrios Unidos.



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación bases de datos. Hospital Chapinero ESE. 2010.

Mapa 3: Ubicación Microterritorio Salud a Su Casa



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación bases de datos. Hospital Chapinero ESE. 2010

### 1.1.2.1 Usos del Suelo

El uso del suelo<sup>13</sup> ha ido cambiando a través de los años, ya que sectores eminentemente residenciales se han convertido en sectores industriales, especialmente en los barrios de estratos 3 y 4; muestra de ello es el barrio Siete de Agosto. Además, Barrios Unidos se encuentra conformado por suelos del grupo de la zona plana, que comprenden las vegas inundables de los ríos Salitre y Rionegro, y suelos de la serie Bogotá, de drenajes deficientes, material parental arcilloso y ligeramente ácido, lo cual tiene implicaciones para las construcciones.

Barrios Unidos tiene cuatro UPZ, de las cuales dos son de tipo residencial consolidado (Tipo 2), la UPZ Doce de Octubre y la UPZ Los Alcázares. La UPZ Andes es de tipo residencial cualificado (Tipo 3) y la UPZ Parque El Salitre es de tipo predominantemente dotacional (Tipo 8). Existen diversos equipamientos (1.508 equipamientos) relacionados con bienestar, salud, educación, cultura, recreación y deporte (Parque El Salitre) y administración, entre otros. Según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), la localidad tiene un área total de 1.190,30 hectáreas, de las cuales 5 son áreas por desarrollar, y 181,35 hectáreas, son áreas protegidas.

UPZ 98 Alcázares: esta UPZ se encuentra en proceso de reglamentación. Según el POT, esta zona es de carácter “residencial consolidado”, sin embargo, muchos barrios tienen destinación comercial, principalmente Siete de Agosto, Juan XXIII y Once de Noviembre, presentándose un patrón mixto de desarrollo y de las características de la UPZ. El uso comercial es visible en la Av. Caracas, y en la Carrera 24, desde la Av. Cl 80 hasta la Cl. 63, principalmente por parte de almacenes de ropa, y calzado. El sector comprendido entre la Cl 68 con Cr 30 está dedicado a los servicios automotrices. Esta UPZ tiene una zona ligada al ejercicio de la prostitución.

UPZ 22 Doce de Octubre: Esta UPZ se encuentra en relación directa con sectores que alojan actividades dotacionales y comerciales de escala metropolitana y urbana, como las centralidades de integración urbana Siete de Agosto y Las Ferias, y las de integración nacional e internacional entre las calles 72 y 100. Esta UPZ se encuentra diferenciada en dos sectores, uno de áreas residenciales y otro de áreas residenciales con actividad económica en la vivienda y área de comercio, dotacionales y de servicio de escala zonal.

UPZ 21 Los Andes: está totalmente urbanizada, predominando los conjuntos residenciales de edificios de cuatro y cinco pisos, y las casas habitacionales. El desarrollo urbanístico ha sido planteado con un adecuado trazado de calles y zonas de recreación, y pese a que su clasificación por el POT es “residencial cualificado”, existe una fuerte presión por la tendencia al desarrollo comercial e industrial de pequeña escala.

UPZ 103 Parque El Salitre: es sede de múltiples escenarios destinados a la recreación, tanto activa como pasiva, y al deporte, constituyendo un nodo de actividad en el contexto ciudad-región, dado que tiene espacios de una alta representatividad y dinámica del nivel metropolitano, regional, nacional e internacional, como el Parque el Lago, El Coliseo de los Deportes, el Centro de Alto Rendimiento Deportivo, la Plaza de los Artesanos, el Museo de los Niños, y el Parque Salitre Mágico. Aquí sólo se localiza un barrio (El Rosario).

En general, los conflictos por uso del suelo están ligados a la ocupación de zonas netamente residenciales con usos comerciales o de servicios, de manera paulatina, conllevando al deterioro de áreas tradicionales. Entre 1994 y 1997, la relación de participación de las áreas aprobadas para la construcción indicaban que la mayor parte del suelo local se dedicaba a la vivienda; sin embargo, en el año 1997, los usos comerciales aumentaron a más del 30%, mientras que en el periodo de 1999 las áreas industriales y de oficinas representaban entre el 9 y 10% del área total.

### 1.1.2.2 El suelo urbano

El suelo urbano<sup>14</sup> del territorio distrital lo constituyen las áreas que, por contar con infraestructura vial, redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado, hacen posible la urbanización o edificación. El suelo urbano de Barrios Unidos comprende un total de 1.189,52 hectáreas, de las cuales hay 181,35 que son áreas protegidas; en este suelo urbano se localizan 5 hectáreas de áreas por desarrollar, que son terrenos que no han sido urbanizados. El suelo urbanizado corresponde a 1.184,52 ha., que resultan de restarle a la superficie de suelo urbano el área de los terrenos sin desarrollar. En este suelo urbano se localizan 1.129 manzanas, que ocupan un total de 632,1 ha.

### 1.1.2.3 El suelo de protección

El suelo de protección<sup>15</sup> es una categoría de suelo constituido por los terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural o de expansión, que tienen restringida la posibilidad de urbanizarse. Esta restricción se puede justificar por sus características geográficas, paisajísticas o ambientales, o por formar parte de las zonas de utilidad pública donde se sitúa la infraestructura que provee los servicios públicos domiciliarios, o por ser áreas de amenaza y riesgo considerables para ser habitadas. Corresponden a esta categoría las áreas de estructura ecológica principal, las zonas declaradas como de alto riesgo no mitigable, las áreas reservadas para la construcción de las plantas de tratamiento en la desembocadura de los ríos Fucha y Tunjuelo, y el suelo destinado a su amortiguamiento y protección ambiental.

El Sistema de Áreas Protegidas del Distrito Capital es un conjunto de espacios con valores únicos para el patrimonio natural del Distrito, de la región o de la Nación, y cuya conservación resulta imprescindible para el funcionamiento de los ecosistemas, la conservación de la biodiversidad y el progreso de la cultura en el Distrito Capital.

En Barrios Unidos se localizan los espacios ecológicos conocidos como el Parque Canal Salitre y el Parque Canal Rionegro, que forman parte del suelo de protección del Distrito Capital. El total de áreas protegidas en suelo urbano de la localidad son 181,35 ha., que corresponden al 15% de la superficie total de la localidad.

### 1.1.2.4 Recurso hídrico

La localidad es recorrida por el río Salitre, que se encuentra totalmente canalizado y conforma una de las redes de captación de aguas negras y lluvias más amplias de la ciudad. El Sistema Natural de El Salitre está compuesto por las subcuencas de los ríos Arzobispo, Rionegro y Córdoba, y por los aportes de numerosas quebradas de los cerros orientales; el caudal de estas quebradas se ve alterado por las aguas lluvias y negras en su volumen y calidad<sup>16</sup>.

El canal de El Salitre corresponde a la canalización del antiguo cauce del río, desde la carrera quinta, en las localidades de Chapinero y Santafé; drena una importante área de canales de amortiguación que reciben los aportes de los canales limitantes de los cerros: por el norte, el Sistema Canal del Norte (barrios Paraíso y San Martín de Porres) y por el sur, el Canal de La Perseverancia. Continúa por las avenidas 39, 40 y 22 hasta la carrera 30, y paralela a ella hasta la calle 62, para desviarse en sentido occidental hasta alcanzar la carrera 68, después de recibir los canales de los ríos Nuevo y Rionegro. Este sistema es de tipo combinado, es decir, recibe aportes conjuntos de aguas negras y lluvias.

El canal del río Nuevo nace a la altura de la carrera 56, entre la Autopista Medellín y la calle 83, para ir de allí directamente a El Salitre. Es un sistema final de aguas lluvias. Dadas las condiciones de drenaje natural del río Salitre, este canal permanece constantemente remansado. El canal del Rionegro se inicia en la carrera séptima con calle 88. Luego de recibir los colectores de aguas lluvias de los cerros orientales, que conducen aguas del canal limitante del Chicó, sigue por la calle 88 hacia el occidente y recibe, a la altura de la carrera 30, los aportes del canal de La Castellana, para verterlas a El Salitre, aguas arriba de la carrera 68, frente a Entreríos; al igual que el canal del río Nuevo, se ve afectado por el deficiente drenaje.

Estos aportes tienen un fuerte impacto sobre la localidad ya que los caudales manejados por el río, al ser desviados grandes volúmenes de aguas en sectores en donde las condiciones de drenaje de la cuenca no son muy buenas, hacen que se presenten constantes estancamientos en El Salitre, entre las carreras 46 y 68; este hecho afecta sensiblemente a la población que habita en áreas cercanas al canal y se torna aún más grave debido al uso como basurero que le han dado algunos recicladores. Por ello se percibe la necesidad de mejorar las condiciones de mantenimiento, limpieza, remoción de lodos, mejoramiento de arborización y mantenimiento permanente de estos canales. Esta problemática implica la necesidad de acuerdos inter locales para realizar acciones tendientes a disminuir los factores de riesgo como inundaciones, contaminación, taponamiento de los canales y los consecuentes problemas de salud.

<sup>13</sup> Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, UNAL-IDEA. 2009. Op. Cit.

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

### 1.1.2.5 Contaminación del agua

El sistema natural de El Salitre es un sistema de tipo combinado, es decir, recibe aportes conjuntos de aguas negras y lluvias, pese a lo cual presenta un elevado nivel de contaminación, lo cual genera problemas de salubridad, deterioro del paisaje y desvalorización de las zonas aledañas<sup>17</sup>. El problema de salubridad generado a partir de la contaminación de este cuerpo de agua es de especial cuidado, debido a la cercanía de varios centros escolares, por lo cual incide sobre la salud de los niños y jóvenes que acuden a los mismos. La contaminación de esta Fuente tiene fundamentalmente dos tipos de orígenes: un origen externo, que surge a partir del vertimiento de aguas lluvias y negras que son depositadas en él, provenientes de cuerpos de aguas de otras localidades como Usaquén y Chapinero, y un origen interno, que se deriva de las basuras arrojadas a él, provenientes de microindustrias de madera, comercio de alimentos y desechos de la comunidad en general.

A pesar de la labor de empedrado de los costados del canal, que ha reducido la posibilidad de inundaciones y la presencia de roedores, se perciben olores ofensivos en algunas épocas del año, ocasionados por la acumulación de lodos y residuos sólidos y por la falta de obras hidráulicas para la canalización y separación de las aguas negras que allí se descargan. Adicional a ello, la existencia de conexiones erradas de alcantarillado, la producción e inadecuado manejo, disposición temporal y final de residuos sólidos, y la presencia de habitantes de calle en la ribera de los canales, acarrea problemas sociales, ambientales y sanitarios.

### 1.1.2.6 Flora

Debido al proceso urbanístico de la ciudad, los ecosistemas han sido transformados y fragmentados, alterando así su dinámica natural, presentando pérdida de flora y fauna. En Barrios Unidos la proporción de arbolado es de 54.2% en los Parques El Salitre y los Novios, y el 37.9% de los árboles en el sistema de circulación urbana (principalmente en los barrios J.J. Vargas, Popular, Modelo, San Miguel, Polo Club, y Castellana). Sin embargo, el sistema hídrico sólo cuenta con el 5.5% de los árboles, y el sistema de protección con un 2.4%, siendo necesario mejorar la arborización local. Entre las especies se cuenta con el Urapán, el Sauco, el Guacamaya de Manizales y el caucho sabanero.<sup>18</sup>

En general, en la localidad el arbolado presenta un buen estado. Sin embargo, hay 219 árboles con susceptibilidad de volcamiento, de los cuales 106 se encuentran en la UPZ Parque El Salitre. El indicador de árboles por habitante pretende resaltar el estado actual del arbolado urbano en la localidad de Barrios Unidos, con base en el número de habitantes allí presentes, ofreciendo una cifra exacta soportada en los estudios realizados por el Jardín Botánico de Bogotá José Celestino Mutis (2007) y el Censo de Población de Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año 2005. Según este indicador la localidad cuenta con 0,14 árboles por habitante.

### 1.1.2.7 Residuos sólidos

La localidad genera 6.307 toneladas mensuales de residuos sólidos, aproximadamente (28 Kg/hab/mes), de las cuales 4.053 son residenciales, 1.476 escombros, 628 barrido de vías y 150 de la industria.<sup>19</sup> Los escombros domiciliarios corresponden a 363 y 1.113 (t/mes) residenciales y clandestinos respectivamente; éstos últimos se localizan en barrios como El Rosario (calle 64 debajo de la carrera 30), San Fernando (calle 73 con carrera 45, y calle 74 con carrera 48) y las rondas y alrededores del Canal río Salitre. Existe recolección adecuada de basuras en el 91% de las viviendas. Hay dos zonas que por su dinámica tienen atención especial: una se ubica entre las carreras 22 y 26, entre calles 68 y 63 del barrio Siete de Agosto, y la segunda zona está comprendida entre la Avenida Caracas y la carrera 17, entre calles 64 y 63. La recolección y en el barrido se

dificultan por la invasión del espacio público en los barrios Siete de Agosto, Colombia y Concepción;<sup>20</sup> esto se confirma con la percepción comunitaria respecto al mal manejo de las basuras por parte de pobladores, establecimientos comerciales e industriales, y recicladores. Existen algunas zonas críticas por la indisciplina de los mismos residentes en los barrios Colombia, Concepción, el Polo, y de las calles 63 a la 72, entre carreras 14 a 30, y en la calle 68 entre las carreras 14 y 68.

Por otra parte, existen deficiencias en el servicio de recolección en las plazas de mercado del barrio Doce de Octubre (carrera 39 con calle 72) y del Siete de Agosto (carrera 24 con calle 68), a las cuales acude población de todo el distrito; así mismo, hay deficiencias de recolección en los separadores de las avenidas, el canal del río Salitre —especialmente en el tramo entre las calles 72 y 80— y en los barrios Siete de Agosto, Doce de Octubre, y las intersecciones de la carrera 53 con calle 72 y la carrera 53 con calle 80 en San Fernando, Simón Bolívar e Inmaculada.

Hay disposición de residuos industriales y domiciliarios en la ronda del canal del río Negro (barrio Entreríos), producto de actividades de separación realizada por recuperadores. En el canal Salitre, aunque ha mejorado el servicio de recolección, se presentan algunas acumulaciones de basuras de origen doméstico (barrio San Miguel). También hay disposición inadecuada de residuos sólidos en el barrio El Polo (carrera 31 con calle 80), Río Negro (carrera 40 calle 95) y cerca al Colegio República de Panamá, considerado como uno de los principales puntos críticos de la localidad. La presencia de basuras en el espacio público genera riesgos sobre la salud pública por posible presencia de desechos infecciosos, proliferación de insectos y roedores, y otros animales transmisores de enfermedades.

### 1.1.2.8 Contaminación atmosférica

La contaminación del aire se ha convertido en una de las principales preocupaciones en salud pública en muchas ciudades de América Latina y el Caribe, donde las concentraciones de partículas y de otros contaminantes atmosféricos exceden las concentraciones permisibles para la salud. El deterioro en la calidad del aire en esta localidad es generado principalmente por Fuentes móviles como el alto tráfico vehicular que transita por vías principales como la avenida 68, la calle 63, la Avenida Caracas, las carreras 17, 19, 24, 30 y 68, y las calles 100, 80, 72, 68, 66 y 63, especialmente en horas pico, aunque podría considerarse que este tipo de contaminación se atenúa por la existencia de amplias zonas verdes como el Parque el Salitre. En segundo lugar, esta contaminación se debe a Fuentes fijas, relacionadas con actividades comerciales e industriales.<sup>21</sup>

Otro tipo de contaminación atmosférica, por partículas en suspensión (PTS), se origina especialmente por industrias de refacción y fabricación de muebles de madera, particularmente en la zona comprendida entre la avenida carrera 30 y la carrera 40, entre las calles 80 y 72. Dentro de los límites de la localidad de Barrios Unidos existe una estación de monitoreo de calidad del aire en el parque El Salitre, y otra cercana en la estación Carrefour de la calle 80, que determinan una concentración de ozono O<sub>3</sub> de 50 ppb y 32 ppb respectivamente; la primera sobrepasa los límites de la norma (41 ppb). En 2006 la concentración de O<sub>3</sub> en periodos de 8 horas, fue superada en 38 veces (de 3927 promedios) en el Parque el Salitre, mientras que en 2005 sólo fueron 35 veces.<sup>22</sup> En general, se ha observado en los últimos cinco años un aumento del PM<sub>10</sub> en la localidad y niveles de dióxido de nitrógeno por encima de lo permitido. El término “partes por billón” (ppb) es una unidad de medida que hace referencia a concentraciones extrema pequeñas, trazas de una sustancia extremadamente diluida en otra.

Si bien la Secretaría Distrital de Ambiente realiza monitoreo de la calidad del aire en la ciudad, este problema no será resuelto en forma eficiente hasta tanto no se garantice la continuidad en las políticas públicas que obliguen a la modernización del parque automotor, el uso de combustibles

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, UNAL-IDEA. 2008. *Op. Cit.*

<sup>19</sup> Tovar, Nancy. Aseo Capital S.A. ESP. Diagnóstico del manejo de los residuos sólidos localidad de Barrios Unidos. Diciembre de 2005.

<sup>20</sup> Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, UNAL-IDEA. 2008. *Op. Cit.*

<sup>21</sup> Secretaría Distrital de Ambiente. UN-HABITAT, UNAL-IDEA. 2009. *Op. Cit.*

<sup>22</sup> Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAT, UNAL-IDEA. 2008. *Op. Cit.*

menos contaminantes, la implementación de tecnologías que garanticen un tránsito más fluido en la ciudad, la disminución de la necesidad de movilidad de las personas y/o el desestímulo al uso del vehículo particular. Infortunadamente no existen actualmente intervenciones específicas del sector salud, ni estudios de monitoreo que permitan evaluar el impacto y los costos en salud generados por la contaminación del aire en la ciudad. Sumado a esto, en este territorio es frecuente observar a menores trabajadores en las principales vías, como vendedores ambulantes.

### 1.1.2.9 Contaminación por ruido

La contaminación por ruido es otra problemática que viene en aumento. Entre las causas de contaminación se cuenta el parque automotor, y el uso excesivo de parlantes y equipos de sonido asociados a la actividad comercial diurna y nocturna de la localidad, así como los aviones, cuya ruta atraviesa la zona. Las intensidades más altas del ruido se perciben en las intersecciones viales de mayor congestión, como son las calles 72, 68, 63 y 80, y las carreras 14, 17, 24 y 30, y la Av. 68, entre los sectores comerciales del Siete de Agosto, Rionegro, y Doce de Octubre. En el Mapa 4 se relacionan las principales problemáticas ambientales que presenta la localidad.

### 1.1.3 Relaciones salud y ambiente

La localidad de Barrios Unidos presenta problemáticas ambientales sentidas en los tres territorios sociales, así como problemáticas sociales y de vulnerabilidad. Adicionalmente, tiene grandes características dotacionales para la ciudad y la región; así mismo, contamos con grandes brechas a nivel socioeconómico, y en un mismo territorio podemos encontrar diferentes niveles SISBEN y estratificaciones sociales. Aunque tiene una baja densidad poblacional, es receptora de gran cantidad de habitantes del distrito que desarrollan sus actividades económica en la localidad, o acceden a bienes y servicios, o que, por lo menos, deben cruzar su malla vial para movilizarse en el distrito (población flotante).

Podríamos resumir la relación salud y ambiente de esta localidad en dos grupos:

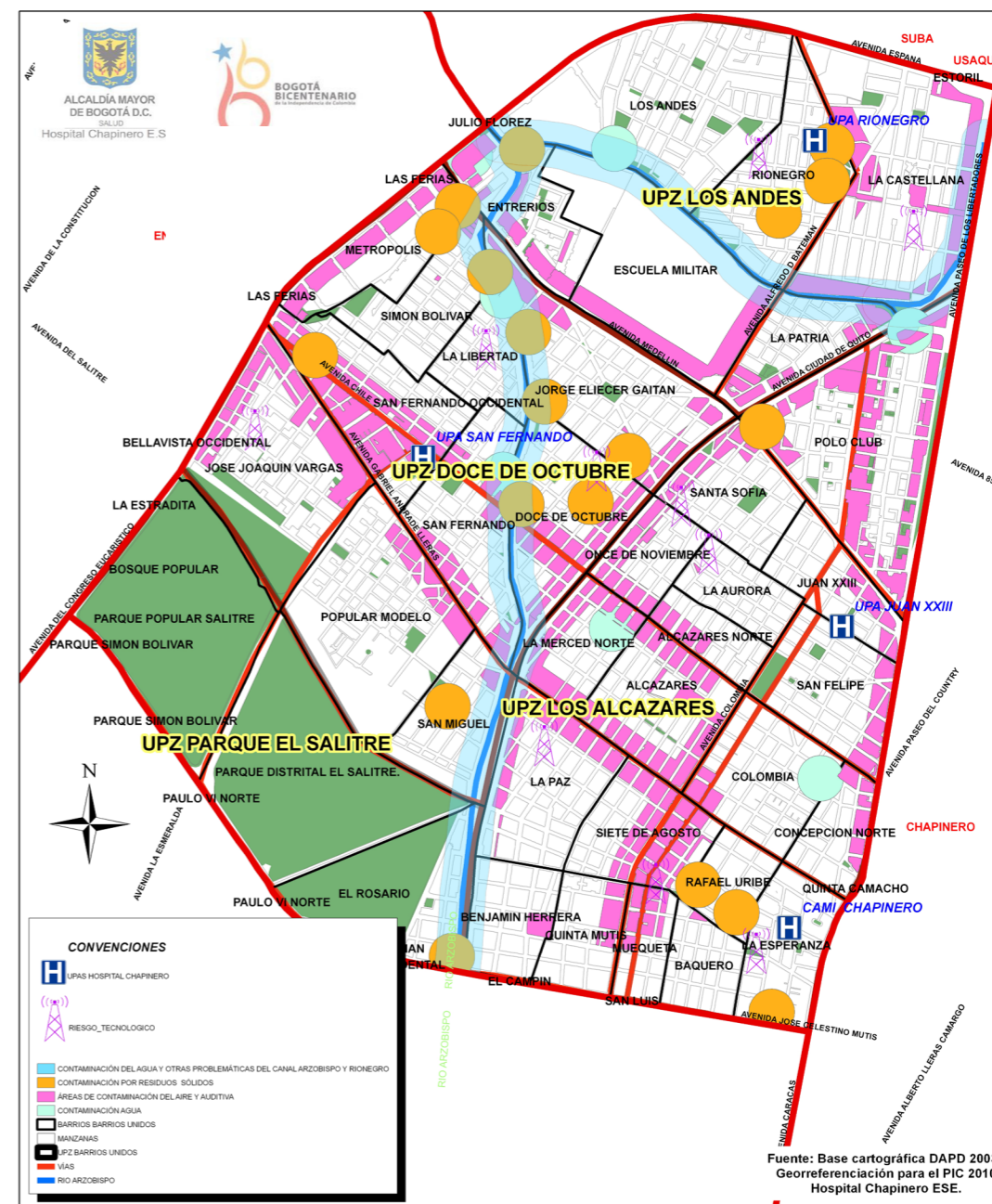
#### 1.1.3.1 Factores protectores

Dentro de los factores protectores presentes en la localidad se destaca su ubicación geográfica estratégica con relación a la ciudad, su buena cobertura de transporte público, la presencia de zonas con comercio consolidado, y la presencia de la Escuela Militar, la cual genera una percepción positiva frente al tema de seguridad, en especial en el territorio 3 Andes.

En el territorio Doce de Octubre-Salitre se destaca el equipamiento para la localidad y la ciudad, que favorece un ambiente sano, al propiciar hábitos de vida saludable, pues brinda a los habitantes condiciones para mejorar su salud mental y física. Además del Parque Metropolitano El Salitre, se cuenta con el Parque de los Novios, el Palacio de los Deportes, la sede del Instituto Distrital de Recreación y Deportes -IDRD, el Complejo Acuático CiCi Aquapark, el Centro de Alto Rendimiento Deportivo, la Plaza de los Artesanos y el Museo de los Niños. Además de su carácter cultural y recreativo, esta zona se convierte en generadora de empleos directos e indirectos para los habitantes de la localidad, e incide de manera positiva en la calidad del medio ambiente de la ciudad.

Además de la existencia de parques y zonas verdes, se cuenta con una buena presencia y coordinación institucional, una amplia cobertura de servicios públicos y la cercanía a centros recreativos, educativos y culturales. Adicionalmente, se reconoce su actividad productiva y la existencia de una organización social, así como una buena cobertura hospitalaria e infraestructura de servicios de salud, además de la cercanía a hipermercados como Éxito, Homecenter, Carrefour, Cafam la Floresta e Iserra 100.

Mapa 4: Problemáticas Ambientales Barrios Unidos.



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero. 2010.

#### 1.1.3.2 Factores deteriorantes

Entre los factores deteriorantes de la localidad se cuenta con la contaminación, los residuos sólidos que son producidos, no por sus habitantes y que hacen que Barrios Unidos tenga acumulación de ellos en zonas verdes, parques y en el Canal Salitre, ocasionando proliferación de vectores (roedores, insectos) que impactan a la salud de toda la población (niños, jóvenes, adultos).

y adultos mayores). A esto se suma que la gran malla vial de la cual se beneficia la localidad hace que la producción de PM10 sea alta, y el ruido constante; que exista inseguridad al pasar las calles y que no haya oferta de espacios para el tránsito de personas con discapacidad, lo que hace que en Barrios Unidos se evidencie la inequidad frente a esta población con discapacidad. El PM10 es material particulado en suspensión, disperso en la atmósfera, y cuyo diámetro varía entre 2,5 y 10  $\mu$ . Está conformado por partículas sólidas o líquidas de polvo, ceniza, hollín, partículas metálicas, cemento o polen.

Dentro del comercio informal se presenta la venta de alimentos en condiciones higiénico sanitarias deficientes; estos productos salen a la venta a un costo menor del que se encuentra en otros establecimientos, llenando las expectativas del poder adquisitivo de la población, sin importar su procedencia, y dejando al descubierto la posibilidad de sufrir un impacto en la salud, como por ejemplo Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) sobre todo en la población adulta, que es parte del ciclo productivo y de mantenimiento de los hogares, y que son las personas que demandan este mercado de alimentos a bajo costo.

El ruido hace parte del impacto ambiental negativo que se ha venido generando en la localidad, dado que es una zona de esparcimiento ciudadano por la afluencia de público joven a eventos como conciertos, deportes en el Centro de Alto Rendimiento, y de recreación en el Salitre Mágico, el Parque del Lago y los diferentes centros comerciales que están inmersos en estos estilos de vida juveniles, haciendo que la localidad presente índices altos en el monitoreo del ruido, que sobrepasan los niveles permitidos por la Secretaría Distrital de Ambiente.

La gran malla vial que rodea la localidad eleva la producción de material particulado (PM10), excede los niveles de ruido permitido y genera gran inseguridad a los peatones, lo que se convierte en otra problemática a atacar desde la parte ambiental.

#### 1.1.4 Organización político-administrativa

La localidad de Barrios Unidos, al igual que las otras localidades del Distrito Capital, está regida por el Alcalde Mayor, según consta en la Constitución Nacional, artículos 199 y 323, y en la Ley 1ª de 1992. El Alcalde Local es elegido por el Alcalde Mayor, entre una terna propuesta por la JAL (Junta Administradora Local). La Alcaldía Local se compone de dos grupos, que son la Coordinación Normativa y la Coordinación de Gestión Administrativa y Financiera. El recurso humano de la Alcaldía Local, entre ellos los funcionarios de las oficinas de asuntos jurídicos, obras, planeación, presupuesto y almacén, es aportado por la Secretaría de Gobierno del Distrito, como apoyo a los temas administrativos de la localidad. Esta última, por su parte, contrata con cargo a recursos de inversión, derivados del proyecto Gestión Pública Efectiva y Transparente, al personal que desempeña las labores técnicas específicas para la elaboración de los estudios requeridos por la localidad.

##### 1.1.4.1 Junta Administradora Local

El Acuerdo Local No. 02 de 2003 establece que la Junta Administradora Local de la localidad 12 de Barrios Unidos es una corporación pública y administrativa de elección popular, en la cual podrán participar los ciudadanos que hagan parte del censo electoral, y que para cada localidad establezcan las autoridades locales. Dentro de sus funciones se destacan las de (1) Vigilar y controlar la administración local, (2) Adoptar el Plan de Desarrollo Local, (3) Vigilar y controlar la prestación de los servicios distritales en la localidad y las inversiones que en ella se realicen con recursos públicos, (4) Aprobar el presupuesto anual del respectivo Fondo de Desarrollo Local (FDL), previo concepto favorable del Concejo Distrital de Política Económica y Fiscal, y de conformidad con los programas y proyectos del Plan de Desarrollo Local. Actualmente está conformada por 9 ediles (8 hombres y 1 mujer).

##### 1.1.4.2 Sistema Local de Planeación

El Sistema Local de Planeación está conformado por el Alcalde Local, la Junta Administradora Local, el Consejo de Planeación Local Ampliado, las mesas de trabajo o Junta de Delegados y las Comisiones de Trabajo. Su objetivo fundamental es garantizar la participación de la ciudadanía en el proceso de planeación de las localidades, buscando una mayor eficiencia en la ejecución del gasto público, contribuyendo a su control social y fortaleciendo a los gobiernos locales dentro de un ambiente democrático. Sus principales funciones son (1) Hacer un diagnóstico de las necesidades de la localidad y darles prioridad, (2) Proponer alternativas de solución a las necesidades de la localidad, (3) Organizar, promover y coordinar una amplia discusión sobre el proyecto del Plan de Desarrollo Local por medio de foros informativos, seminarios, talleres, audiencias públicas, encuentros ciudadanos y otros mecanismos que garanticen eficazmente la participación ciudadana.

##### 1.1.4.3 Consejo Local de Política Social

El decreto 460 de 2008 reestructuró el Consejo Distrital de Política Social y facultó a los alcaldes y alcaldesas locales para conformar dentro de su jurisdicción los Consejos Locales de Política Social (CLOPS), haciendo énfasis en el fortalecimiento de la participación social, el reconocimiento de derechos y la creación de un tejido social que genere solidaridad y corresponsabilidad, e incorporando la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI) dentro de su plan estratégico.<sup>23</sup> Esta es una instancia para el diseño, la concertación y seguimiento de la política social de la localidad; su carácter es mixto y tiene como objetivo principal el mejoramiento de la calidad de vida, mediante la búsqueda de la realización progresiva de los derechos fundamentales, además de promover la articulación, la integralidad y la complementariedad de la actuación de las instituciones públicas, y convocar la solidaridad y la corresponsabilidad de los distintos sectores de la sociedad.

##### 1.1.4.4 Consejo Local de Gobierno

El Consejo Local de Gobierno de Barrios Unidos fue creado mediante el Decreto Local 03 del 2005. Es el órgano coordinador, consultivo y de apoyo para el Alcalde Local, quien lo preside. Dentro de sus funciones están las de coordinar la acción institucional de las entidades locales y distritales en la localidad, asesorar al Alcalde Local en la toma de decisiones sobre los asuntos propios de la localidad, facilitar la ejecución de las políticas distritales en el contexto de la descentralización y la desconcentración administrativa, y posibilitar la implementación de las políticas, estrategias, programas y proyectos del plan de desarrollo, partiendo de los diagnósticos locales. En estas últimas funciones, el Hospital Chapinero ha tenido un papel protagónico, ya que cuenta con una plataforma de información que le permite hacer aportes importantes, con el uso pertinente y oportuno de los indicadores locales, no sólo en términos de salud, sino en la de todos los determinantes de la calidad de vida.

##### 1.1.5 Equipamientos

La localidad cuenta con un conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos los servicios sociales de cultura, seguridad y justicia comunales, educación, salud, cultura, deportes, recreación y bienestar social, para mejorar los índices de seguridad humana en las distintas escalas de atención, bajo la perspectiva de consolidar la ciudad como centro de una red regional de ciudades, buscando desconcentrar servicios que pueden ser prestados a menores costos en las otras ciudades de la región. Este sistema busca organizar los servicios sociales atendidos por entidades públicas, privadas o mixtas. Los equipamientos se clasifican, según la naturaleza de sus funciones, en tres grupos: equipamiento colectivo, equipamiento deportivo y recreativo, y servicios urbanos básicos. Barrios Unidos figura con 28 equipamientos por cada 10.000 habitantes, indicador que

23 Decreto Local 09 de Diciembre de 2005. Consejo Local de Gobierno. Alcaldía Local de Barrios Unidos.



resulta superior al promedio de la ciudad (19), y ubica a la localidad como la séptima con mayor número de equipamientos por cada 10.000 habitantes. El territorio Doce de Octubre presenta la menor cantidad de equipamientos con respecto a su población, ya que figura con menos de 19 equipamientos por cada 10.000 residentes, y concentra el mayor número de establecimientos educativos oficiales, con 132.<sup>24</sup> (Ver Mapa 5)

En cuanto al equipamiento colectivo de bienestar social, que son las edificaciones y dotaciones 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, tales como familia, infancia, orfandad, tercera edad, discapacitados y grupos marginales, la localidad agrupa, entre otros, a 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. Para el territorio Doce de Octubre-Salitre se cuenta con 93 para asistencia básica y uno para el control de riesgos específicos; en Barrios Unidos se localizan 370 equipamientos de bienestar social, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica, que representan el 97,8%. En este grupo se encuentran los jardines sociales e infantiles, las casas vecinales, los hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores con edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2.<sup>25</sup>

De acuerdo con la información suministrada por el Plan Maestro de Equipamientos de Educación, en Barrios Unidos existen 25 colegios oficiales. El territorio Doce de Octubre-Salitre concentra el mayor número de establecimientos educativos oficiales, con 13 (52%). En la localidad se ubican, además, 89 colegios no oficiales, de los cuales el 32,5% están localizados en el territorio Doce de Octubre-Salitre, y una Institución de Régimen Especial.<sup>26</sup>

El territorio Alcázares cuenta con un Centro de Administración, Información y Recepción, 242 centros de asistencia básica, un centro de asistencia y rehabilitación a grupos vulnerables y un centro control para riesgos específicos, para un total de 245, que corresponden al 66,2% del equipamiento de bienestar social en la totalidad de la localidad de Barrios Unidos. En cuanto al equipamiento de servicio de salud, el territorio cuenta con dos IPS de segundo nivel, dos UPA, y 794 IPS privadas.<sup>27</sup>

La localidad de Barrios Unidos posee un total de 10 equipamientos culturales, de los cuales 4 pertenecen al grupo que corresponde a encuentro y cohesión social, 5 a espacios de expresión, y 1 es de la categoría de memoria y avance cultural. En relación con los territorios, Doce de Octubre-Salitre cuenta con 5, Alcázares con 3, y Los Andes 2. El territorio Doce de Octubre-Salitre cuenta con 3 de encuentro de cohesión social, como centros cívicos, casas juveniles y salones comunales; 1 corresponde a espacios de expresión, y otro a memoria y avance cultural. Se localizan, además, 10 equipamientos recreativos y deportivos que corresponden a 1 club privado, 3 coliseos, 1 escuela de salvamento, 2 instalaciones especializadas, 1 palacio deportivo, 1 piscina y 1 pista.<sup>28</sup>

En lo referente a parques, según la base de datos del Instituto Distrital de Recreación y Deportes del año 2008, en la localidad de Barrios Unidos se localizan 119 parques que suman 1'763.354 m<sup>2</sup>, lo que equivale a 7,6 m<sup>2</sup> por habitante, teniendo en cuenta la población urbana del año 2009; este indicador es el tercero más alto con respecto al promedio de las demás localidades y la ubica por encima del promedio de la ciudad, que registra 4,3 m<sup>2</sup>/hab<sup>2</sup>. Los parques metropolitanos representan el 73,7%, los parques vecinales alcanzan un 12,4% y los parques zonales equivalen al 8,7% del área total de parques de la localidad. (Ver Mapa 5)

Alcázares cuenta con bienes de interés cultural, como 13 de conservación integral, 387 de conservación tipológica, 4 de restitución parcial y 1 de restitución total. Del total de bienes de

interés cultural de Barrios Unidos, 405 (98,7%) se localizan en el territorio Alcázares; allí se encuentra la iglesia Santísima Trinidad, la iglesia San Pedro Nolasco, la iglesia Santa Teresa de Ávila, la iglesia San Vicente de Paúl, el convento Siervas de María, la parroquia La Asunción de Nuestra Señora, el Colegio Distrital Heladia Mejía, el colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y el Conjunto Residencial de Apartamentos Polo Club, entre otros, los cuales hacen parte de la categoría de Conservación Integral. En la categoría de Conservación Tipológica se ubica la Subestación Eléctrica, entre otros.

Alcázares figura con la mayor cantidad de equipamientos con respecto a su población, con un indicador de 45 equipamientos por cada 10.000 habitantes. La mayor cantidad de equipamientos corresponde al sector de bienestar social, que representa el 57,7% sobre el total; le sigue el sector de educación que alcanza una participación de 20,6%, y el sector de culto que representa el 12,5%.

<sup>24</sup> Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

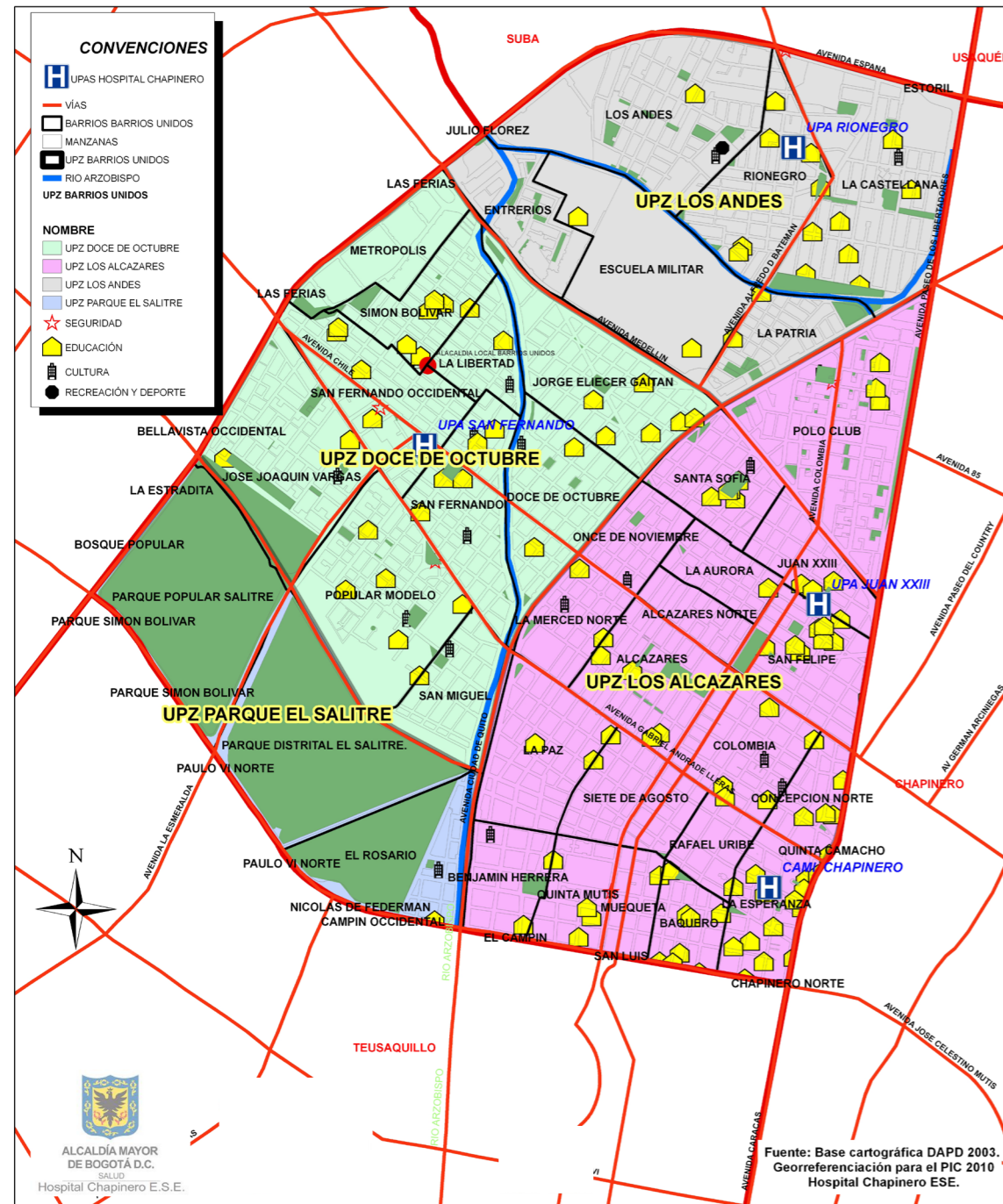
<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> *Ibid.*

<sup>28</sup> *Ibid.*

Mapa 5: Equipamientos Localidad de Barrios Unidos.



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

## 1.2 Estructura y Dinámica Poblacional

El crecimiento demográfico y el flujo de la población a un determinado punto, constituyen dos de los factores más importantes para comprender el proceso de urbanización en crecimiento de las sociedades y su interacción con el territorio y el ambiente. La densidad poblacional de la localidad Barrios Unidos en el año 2009 (según proyecciones poblacionales DANE) es de 194.43 habitantes/hectárea, siendo relativamente baja en comparación a la densidad de Bogotá, que es de 210 habitantes/hectárea (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Densidad Poblacional por UPZ. Barrios Unidos.

Nombre y No. de la UPZ	No. de Habitantes	Area Total	Extensión (has)		Densidad Poblacional
			Area Protegida	Area Urbana*	
UPZ 21. Los Andes	46.625	275,00	14,82	260,18	169,54
UPZ 22. Doce de Octubre	98.583	335,28	13,94	321,34	294,03
UPZ 98. Los Alcázares	82.086	414,45	4,32	410,13	198,06
UPZ 103. Parque El Salitre	4.141	164,96	148,27	16,69	25,10
<b>Total</b>	<b>231.436</b>	<b>1190,30</b>	<b>181,35</b>	<b>1008,95</b>	<b>194,43</b>

\* El área urbana es el resultado de la sustracción del área protegida del área total

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP. Proyecciones de población. 2009.

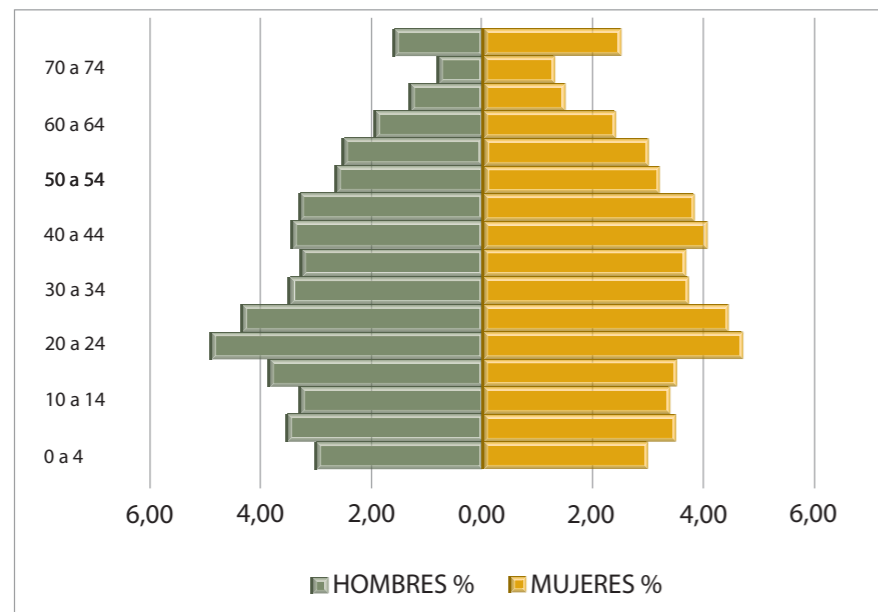
Como se observa en la Tabla 2, la UPZ Doce de Octubre es la de mayor densidad poblacional, seguida de la UPZ los Alcázares, y la UPZ Parque El Salitre es la de menor densidad, aunque es importante mencionar que las UPZ en general cuentan con una alta afluencia de población flotante.

En el periodo comprendido entre 1985 y 1993 la localidad Barrios Unidos disminuyó su población censal en un 11.6%, pasando de 199.701 habitantes a 176.552, representando un crecimiento negativo en la población; en el periodo comprendido entre 1993 y 2005, la población de la localidad aumentó en un 27.24%, manteniendo un crecimiento levemente superior al observado en el Distrito Capital, que en este mismo periodo fue del 24.9%, siendo coherente con el hecho de que la localidad no cuenta con suelos en expansión. Sin embargo, a nivel local se ha incrementado la construcción horizontal, lo que ha permitido el aumento de la densidad poblacional.

### 1.2.1 Dinámica demográfica

Según los datos del último Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, 2005, la población de la localidad aumentó en 47.986 habitantes (21.3%) con respecto al censo de 1993, para un total de 224.538 habitantes, los cuales corresponden al 3,32% de los habitantes del área urbana de Bogotá D.C. (6.763.325 hab), ubicándola como la novena localidad de menor población. De acuerdo a la distribución de la población por sexo, la localidad cuenta con 107.209 (47,75%) hombres y 117.329 (52,25%) mujeres. (Ver Gráfico1)

Gráfico 1: Pirámide Poblacional. Localidad Barrios Unidos. 2005.



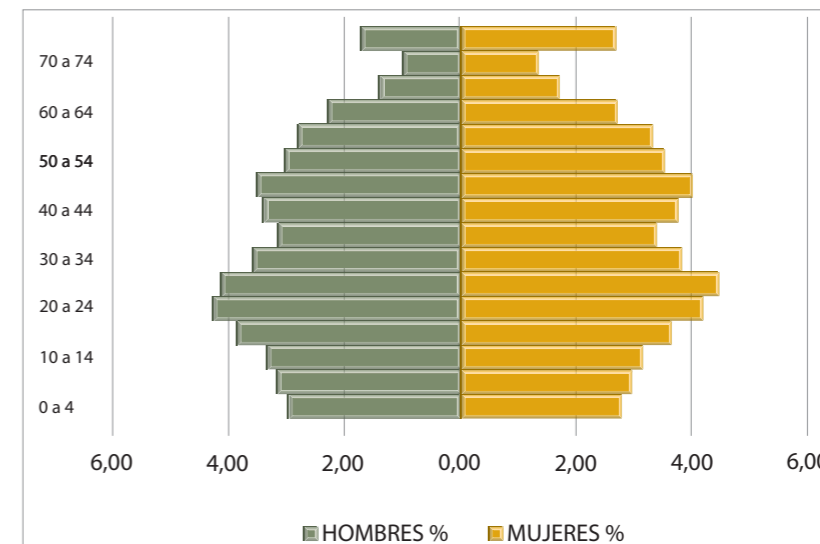
Fuente: Censo Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2005.

La pirámide poblacional muestra una población en expansión, similar a la de los países desarrollados, con un envejecimiento progresivo de la misma. Al analizar la composición de la población por grandes grupos, encontramos que predominan los adultos de 30 a 59 años, con 91124 habitantes; son el 40.5% de la población, compuesta por 42.443 hombres y 48.691 mujeres. Los jóvenes de 20 a 29 años suman 41.617 personas, representando el 18.5% de la población local, de los cuales 20.918 son hombres y 20.699 son mujeres.

Los niños y las niñas entre los cero y cinco años llegan a 13.612 en la localidad y representan el 6.06% de la población; 6.835 pertenecen al sexo masculino y 6.777 al sexo femenino. Entre los niños menores de cinco años encontramos dos grupos, el de menores de un año que corresponde a 1.454 niños y 1.391 niñas, y el grupo de 1 a 4 años que son 5.381 niños y 5.386 niñas.

Según proyecciones del DANE,<sup>29</sup> la localidad de Barrios Unidos cuenta con una población de 231.435 habitantes en el 2009, correspondiendo al 3.19% de la población Bogotá (7.259.597 hab), lo que la ubica como la novena localidad con mayor población. Como se observa en el Gráfico 2, la localidad muestra una población de crecimiento lento, es decir, presenta un reducido número de edades menores, y un leve aumento en los grupos de edad más avanzados, mostrando una tasa de crecimiento promedio anual de 1.1<sup>30</sup> y manteniendo un comportamiento similar al del año 2005. Respecto a la distribución de la población por sexo, en el año 2009, el 54.5%<sup>31</sup> de la población son mujeres, con una razón de masculinidad de 0.83, es decir que por cada 100 mujeres hay 83 hombres.

Gráfico 2: Pirámide Poblacional. Localidad Barrios Unidos. 2009.



Fuente: DANE. SDP. Proyecciones de población por localidades 2000-2015.

Como se puede observar, el grupo etario con mayor participación es la que comprende edades entre los 15 y 44 años de edad, con el 51.2%, y la de menor participación es la población menor de cinco años, con el 2,99% de hombres y el 2,8% de mujeres, lo cual es coherente con el crecimiento poblacional mostrado en la localidad en los últimos años. En todos los grupos de edad mayores de 15 años hay un mayor porcentaje de mujeres, y en menores de catorce hay mayor participación de hombres. Así mismo, el promedio de edad de los habitantes locales es de 36.8 años, siendo la localidad en tercer lugar con mayor promedio de edad, 7 años más que lo obtenido en Bogotá, lo que representa el mayor envejecimiento en el distrito, junto con la localidad de Teusaquillo, como lo confirma el índice de envejecimiento, que para la localidad es de 10.32.<sup>32</sup> Según la Encuesta de Calidad de Vida 2007, Barrios Unidos se encuentra dentro de las localidades que envejecen, con una edad mediana de 33 años. En la localidad habita un gran porcentaje de personas mayores. Por la disminución de población infantil, y de nacimientos, la localidad se caracteriza por tener este tipo de crecimiento poblacional.<sup>33</sup>

Por otro lado, es importante mencionar que la población residente en la localidad de Barrios Unidos tiene una esperanza de vida al nacer, de 74.59 años (70.6 para los hombres y 79 para las mujeres)<sup>34</sup>, ocupando el onceavo lugar en longevidad en el período 2005-2010. Según proyecciones para el periodo 2010-2015 aumenta en 1 año, lo cual nos hace suponer que esta localidad está en proceso de envejecimiento, gracias al mejoramiento de las condiciones de sobrevivencia, con crecimiento lento a causa de los múltiples esfuerzos que desde el sector salud se han llevado a cabo en materia de educación sexual y reproductiva.

### 1.2.2 Indicadores demográficos

Con el propósito de entender un poco más sobre la dinámica demográfica de la localidad, es necesario analizar el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, los cuales afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de las mismas. De estos tres factores, la fecundidad es la variable que mayor influencia ha tenido en este proceso de cambios, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones.

29 Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP. Proyecciones de Población por localidades 2000-2015

30 Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE – Secretaría Distrital de Planeación SDP. Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007.

31 DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015. Op. Cit.

32 Secretaría Distrital de Planeación. Bogotá Ciudad de Estadísticas – Boletín 4, Febrero 2009

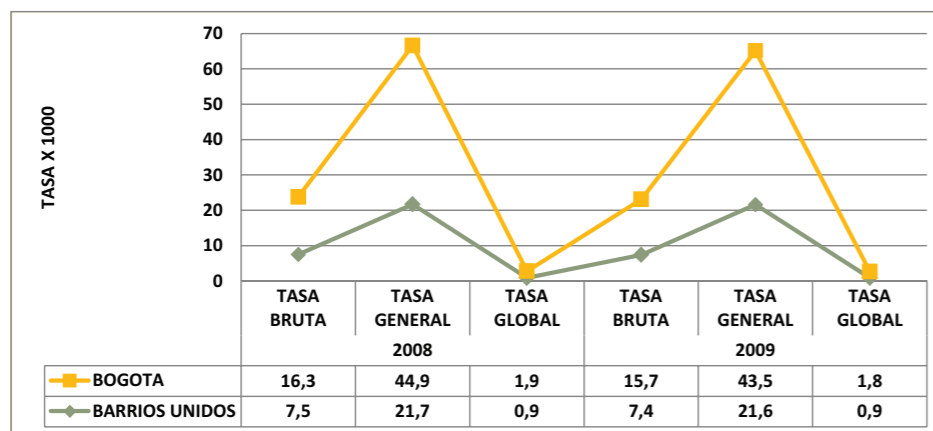
33 DANE-SDP. 2007. Op. Cit.

34 Secretaría Distrital de Planeación SDP. Bogotá Ciudad de Estadísticas – Boletín 9, Julio 2009 Cuadro 12

Los indicadores demográficos han mantenido un comportamiento estable en los últimos dos años, manteniéndose por debajo a los valores reportados para Bogotá en el mismo periodo, a excepción de la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) que se encuentra por encima en casi un punto (siendo para el 2007 la TBM en el Distrito de 3.74). Si observamos el comportamiento individual de cada indicador, podemos evidenciar que la Tasa Bruta de Natalidad desde el año 2000 muestra una tendencia descendente, presentando al 2007 8.0 nacimientos por cada 1.000 habitantes, lo cual, es coherente si observamos la pirámide poblacional de la localidad (Gráficos 1 y 2) donde la base es muy similar entre 0 a 9 años, y relacionándose, a su vez, con la posibilidad de acceder con mayor facilidad a los programas de Planificación Familiar que ayudan a controlar el número de hijos y el tiempo que transcurre entre los nacimientos, además del cambio de roles que ha sufrido la mujer en los últimos años.

Como se observa en el Gráfico 3, la natalidad ha mantenido un comportamiento estable en los últimos dos años, con cifras inferiores a las de Bogotá en el mismo periodo; respecto a cada indicador, podemos evidenciar que la tasa bruta de natalidad para el 2009 es de 7 nacidos vivos por cada mil habitantes. La tasa general de fecundidad es de 22 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años, y el número promedio de hijos es uno por cada mujer. Estos datos pueden obedecer a los incrementos en la escolaridad de las mujeres, a su mayor participación en el mercado laboral, a la efectividad de algunas campañas de control a la natalidad, al mayor uso de métodos de planificación familiar, o a los cambios en las condiciones y expectativas de vida de la población femenina de esta localidad.

Gráfico 3: Tasas de Natalidad y Fecundidad en Barrios Unidos y Bogotá, años 2008 y 2009



Fuente: SDS-Dirección de Salud Pública, indicadores demográficos 2008-2009.

En general, los indicadores demográficos han mantenido un comportamiento estable en los últimos dos años, permaneciendo por debajo a los valores reportados para Bogotá en el mismo periodo.

En relación a la Tasa General de Fecundidad (TGF) y la Tasa Global de Fecundidad (TGIF), observamos que presentan una tendencia descendente, con un pico bajo en el año 2005, aumentando levemente en el 2006 y manteniéndose desde entonces hasta el año 2007, registrando una tasa por debajo de lo observado en Bogotá, donde a nivel local se muestra que hay 22.95 nacimientos por cada 1.000 mujeres (TGF), y en promedio por cada mujer puede haber 0.97 hijos (TGIF). Esta situación está ligada al crecimiento poblacional lento que se ha presentado en los últimos 10 años. Si observamos detenidamente la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) (Tabla 5), observamos que el mayor número de hijos lo presentan las mujeres adultas entre los 20 y 34 años de edad, lo cual nos puede hacer suponer

que por el doble rol que desempeñan las mujeres contribuye a que se planifique mejor cuándo y cuántos hijos se desea tener. Es importante resaltar que la TEF en adolescentes de 10 a 14 años ha mostrado un aumento en los últimos tres años, pasando de 0.78 a 0.91; por otro lado, en las mujeres entre los 15 y 19 años ha descendido para el año 2007, lo cual nos hace cuestionar la manera de abordar los temas de salud sexual y reproductiva en este grupo etario.

Tabla 3: Tasa Específica de Fecundidad según Grupo Etario. Barrios Unidos 2000-2007.

Edad de la madre	2005	2006	2007
10 a 14	0,78	0,65	0,91
15 a 19	21,89	27,14	25,89
20 a 24	32,84	42,62	41,98
25 a 29	40,88	43,98	49,54
30 a 34	31,62	43,80	41,42
35 a 39	24,32	25,32	28,12
40 a 44	5,51	5,92	5,92
45 a 49	0,35	0,57	0,56
50 a 54	0,00	0,00	0,00
Total	0,79	0,95	0,97

Fuente: SDS- Estadísticas Vitales TEF por localidad 2000 - 2007

Como lo referimos anteriormente, otro componente importante que debemos tener en cuenta al momento de analizar la dinámica demográfica de la localidad es la migración, cuya tasa neta en la localidad es de 0 en el periodo 2005-2010.<sup>35</sup> En la Encuesta de Calidad de Vida y Salud realizada en el año 2007,<sup>36</sup> se evidencia que el 15.4% (35.442 personas) de la población han cambiado de residencia en los últimos dos años, de los cuales el 46.3% lo han hecho dentro de la localidad, y el 30.9% lo ha hecho con el fin de mejorar la vivienda o la ubicación de la misma. Es importante mencionar que el 11.6% de las personas lo hacen por problemas económicos.

### 1.2.3 Poblaciones especiales

#### 1.2.3.1 Población según identidad de género y orientaciones sexuales

La perspectiva de género con enfoque en las identidades de género y las orientaciones sexuales, parte del reconocimiento de los seres humanos como sujetos de derechos. En ese sentido se deben crear y dar las condiciones necesarias para que las ciudadanas y los ciudadanos puedan ejercer plenamente sus derechos, sin discriminaciones, exclusiones ni vulneraciones fundamentadas en las identidades de género y las orientaciones sexuales.<sup>37</sup> Las identidades de género y las orientaciones sexuales, como procesos inherentes a los seres humanos, son únicos, auténticos e irrepetibles. Sus construcciones forman parte de cada sujeto y deben darse en un marco de reconocimiento, ejercicio y restitución del derecho a la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad, a la igualdad, a la no discriminación, a una vida libre de violencias, a la diversidad y a la pluriculturalidad.<sup>38</sup>

El incluir la perspectiva de género en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-, es una

<sup>35</sup> Secretaría Distrital de Planeación SDP. Bogotá Ciudad de Estadísticas – Boletín 9, Julio 2009 Cuadro 13

<sup>36</sup> DANE – SDP. 2007. Op. Cit.

<sup>37</sup> Plazas, S. y Cruz, F. Documento Diagnóstico sobre la situación de salud de las personas LGBT (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual). Localidad Barrios Unidos. Transversalidad género y orientación sexual. Gestión Local. Hospital Chapinero. 2010.

<sup>38</sup> Ibid.

apuesta del sector salud, y en concreto del Distrito Capital, para evidenciar los determinantes en salud que afectan a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas, en cada etapa del ciclo vital. Esto nos permite establecer las consecuencias de dichas desigualdades en términos de frecuencia de las enfermedades, en el curso de las mismas, en la mortalidad, en la percepción que tienen los sectores LGBT (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual) de la salud-enfermedad, en el acceso y uso de los servicios de salud y en cómo estas desigualdades configuran inequidades que generan problemas específicos de salud en niños, niñas, jóvenes y adultos(as) mayores, asociado a los diferentes contextos en donde hombre y mujer conviven.<sup>39</sup>

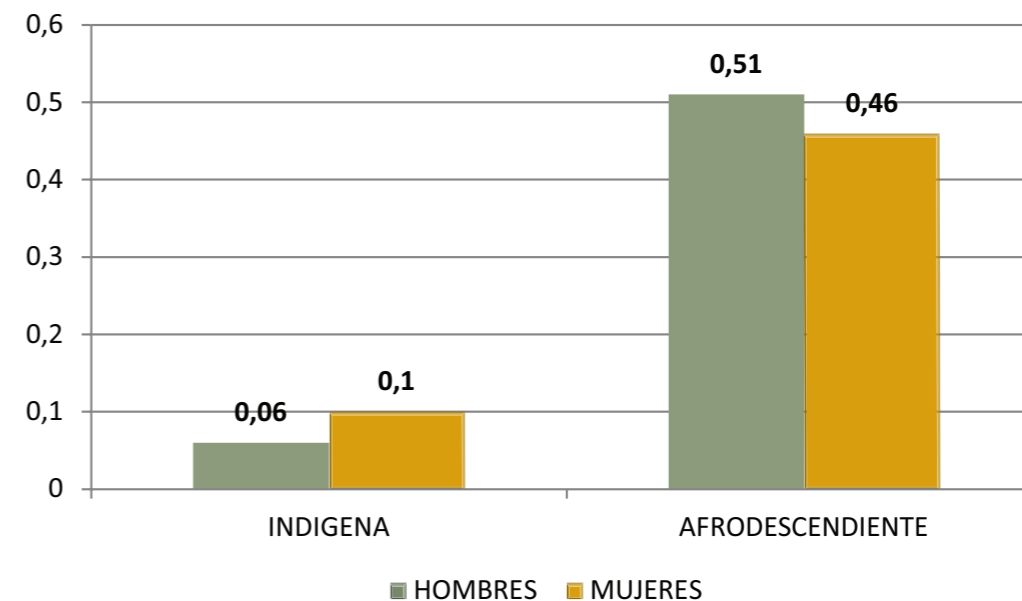
Es importante reconocer que en la localidad de Barrios Unidos no es permanente la presencia de organizaciones comunitarias que trabajen el tema; sumado a esto, la administración local desconoce la presencia de población LGBT (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual) en la localidad, evidenciándose permanentemente la invisibilización de esta población. Sus argumentos se encuentran asociados a que no existen datos estadísticos locales que den cuenta de la presencia de población LGBT. Desde el Hospital Chapinero el posicionamiento del tema se ha dado en el Comité de Derechos Humanos de la localidad, en la Red del Buen Trato y en el Comité de Mujer y Género, espacio donde se evidencia receptividad y sensibilización hacia el tema. En el proceso que desarrollan los equipos de las mesas territoriales el tema se percibe ausente, posiblemente porque no es clara la forma para abordarlo.<sup>40</sup>

Como dificultad a nivel local se identifica una tendencia, por parte de la administración local, por invisibilizar el tema de las mujeres y de la población LGBT. La Secretaría Distrital de Integración Social desarrolla en la ciudad el proyecto “Adulthood con Oportunidades”, que busca contribuir al desarrollo humano integral de las personas adultas, propiciando el reconocimiento, restitución y garantía de sus derechos, y el fortalecimiento del ejercicio de sus roles familiares y sociales, mediante la implementación de acciones positivas y el desarrollo de la Gestión Social Integral en los territorios, para mejorar su calidad de vida. En la localidad de Barrios Unidos el proyecto se ejecuta, entre otras, con población en situación de prostitución, a través de los talleres que hacen parte del Código de Policía. Se establecieron acuerdos de participación de la Transversalidad género en los temas relacionados con la violencia hacia la población LGBT, la socialización de la política pública de población LGBT y la ruta de atención en salud.

En la localidad existen espacios de encuentro para la población LGBT; según la georreferenciación realizada en el año 2008, se identificaron 4 establecimientos de homosocialización, que en su mayoría están asociados con el ejercicio de la prostitución, y que se encuentran ubicados en el territorio Alcázares, el cual se encuentra asociado a la presencia de lugares donde se ejerce la prostitución. No se identifican organizaciones de los sectores LGBT que trabajan en esta localidad. Dentro de las principales problemáticas que aquejan a esta población en el territorio está la discriminación que se ejerce sobre ellos y ellas por su orientación sexual, pues todavía existen muchos imaginarios y estereotipos en el común de la población que favorecen las tendencias homofóbicas. Siendo un determinante social que incide en la salud de la población LGBT los diferentes tipos de violencia que se ejerce contra esta población, se evidencia violaciones de los derechos humanos de los LGBT. Esta población es con frecuencia vulnerable a diferentes enfermedades, entre las de mayor prevalencia están el ITS y el VIH/SIDA, asociado al ejercicio de la prostitución y las prácticas sexuales no seguras.<sup>41</sup>

### 1.2.3.2 Etnias

Gráfico 4: Porcentaje de Población por Grupo Étnico 2005.



Fuente: SDP, Bogotá Ciudad de Estadísticas, Boletín No. 1, Noviembre 2008 (Datos DANE; Censo General 2005)

En Barrios Unidos habitan representantes de dos etnias, la indígena (0.16%) y la afrodescendiente (0.97%), contando con una mayor participación de hombres. (Ver Gráfico 4).

De acuerdo a la distribución por grupos étnicos, se encuentra que el 43% del total de la población indígena censada pertenece a los Muiscas, el 10% al grupo Coyaima Natagaima, el 4% al grupo Otavaleño, el 3% al grupo Wayuu, el 9% a otros grupos indígenas, y para el 19% restante no se dispone de información.<sup>42</sup>

Según datos del programa Salud a Su Casa (SASC) del Hospital Chapinero, las personas pertenecientes a los grupos étnicos identificados se encuentran ubicadas en el territorio Doce de Octubre, en los barrios Simón Bolívar y La Libertad. La población afrodescendiente, por su parte, se ubica en el territorio Andes, en los barrios Andes, La Castellana y Rionegro. (Ver Mapa 6)

### 1.2.3.3 Población en situación de prostitución

A través de la intervención intersectorial para personas en situación de prostitución que adelanta el Hospital Chapinero y de acuerdo a la información recolectada con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) durante el 2010, relacionada con los establecimientos y zonas de presencia de la población en situación de prostitución de la zona de influencia del Hospital Chapinero (zona norte), se encontró que esta actividad presenta sitios de contacto como la calle, barra tanga, cafés, billares, gimnasios, centros comerciales y sitios de ejercicio de la prostitución como establecimientos, bares, whiskerías, reservados, night clubs, corporaciones, salas de masaje, residencias y vehículos particulares entre otros.<sup>43</sup>

42 Censo General 2005 - Información Básica – Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE - Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE. 2007.

43 Documento Análisis de situación de salud. Intervención personas en situación de prostitución. Ámbito Comunitario. Hospital Chapinero ESE. 2010.

39 Ibid.

40 Ibid.

41 Ibid.

Según la información de esta intervención, en la localidad de Barrios Unidos se ubicaron 46 establecimientos, de los cuales 16 tienen un horario diurno y 30 nocturno. En los dos horarios, además de ofrecer servicios sexuales, también se consume alcohol. En la carrera 21 entre la calle 66 y 68, encontramos una zona de contacto en calle, donde se ofrecen servicios sexuales de mujeres y población LGBT. Estos establecimientos se encuentran en los barrios Esperanza, Siete de Agosto, Rafael Uribe, Colombia, San Fernando, San Felipe, Concepción Norte y Alcázares.

En los centros comerciales la prostitución es ejercida principalmente por hombres. Allí realizan el contacto con el cliente y se desplazan a otros sitios a prestar el "servicio", igualmente ocurre en los parques. En los juegos de video la forma de contacto es visual, y luego el cliente y la persona que ejerce la prostitución salen del lugar a concretar el "servicio". Dentro de las principales problemáticas detectadas con la población en situación de prostitución en los espacios de su cotidianidad y la articulación interinstitucional, se destaca que en los establecimientos de encuentro sexual se ha encontrado malas condiciones de salubridad y de saneamiento básico, que se reflejan en la baja calidad de los preservativos que le entregan los dueños o administradores de los negocios a las personas que ejercen este oficio para brindar sus servicios sexuales, ya que en ocasiones se venden vencidos. También se evidencia contaminación auditiva debido a los altos niveles de ruido, e inadecuado manejo y manipulación de las bebidas alcohólicas y las basuras.

De igual forma se encontró habitaciones con malas condiciones higiénicas, paredes hechas con materiales que no facilitan la privacidad y el aislamiento entre ellas, habitaciones sin lavamanos ni baño privado, y en algunos casos en que presentan lavamanos, éstos no cuentan con los elementos básicos de aseo (jabón, toalla y papel higiénico). Así mismo, las camas presentan colchones sin forrar en material impermeable, y en la mayoría de los establecimientos no se cambian las sábanas después de prestar un servicio sexual.

Referente a las sustancias psicoactivas, se encuentran establecimientos donde se expende y consume alcohol adulterado, cigarrillos y sustancias ilícitas.

La población en situación de prostitución es uno de los grupos con más alta vulnerabilidad a presentar VIH/SIDA, ITS, embarazos no planeados, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato, abuso, discriminaciones y fobias, entre otros. Además, se ha evidenciado la mala utilización del preservativo, la realización de prácticas inadecuadas para la prevención de ITS, VIH/SIDA y los embarazos no deseados. Igualmente, presentan desconocimiento de la estructura, funcionamiento y derechos frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La falta de protección para las mujeres que ejercen esta actividad se evidencia en maltrato físico, abuso y/o acoso sexual generado por clientes, camareros, porteros, administradores y dueños de los establecimientos de encuentro sexual. Se evidencia el uso de sustancias psicoactivas por parte de los clientes y personas en esta situación, dentro de los mismos establecimientos; la presencia de establecimientos que funcionan hasta altas horas de la madrugada, a donde llegan personas en situación de prostitución bajo los efectos del alcohol, a ofrecer sus servicios, consumir alcohol y sustancias psicoactivas. Igualmente, en estos establecimientos y zonas donde se desarrolla la actividad hay presencia de delincuentes, quienes roban, atracan y maltratan física y verbalmente a las mujeres y la población LGBT. Esto, combinado con ausencia de autoridad encargada de la seguridad pública.

El diseño improvisado de los establecimientos promueve la construcción de cuartos aislados o distantes de la población vinculada, como meseros, administradores y demás personas que ejercen esta actividad, y esto, sumado al fuerte ruido y la ausencia de timbres, llevan a que esta población se exponga a maltratos físico, verbal y sexual en las mismas habitaciones.

En su mayoría, las personas que ejercen esta actividad son madres cabeza de familia sin ningún tipo de apoyo de los padres de los niños, provienen de hogares desechos, maltratadores, disfuncionales y con niveles socioeconómicos precarios. Igualmente, sus familias desconocen que ejercen esta actividad, y presentan inadecuado manejo de las relaciones familiares. Un gran número son desplazadas de sus lugares de origen por el conflicto armado, por problemas económicos, por

el desempleo y por malas relaciones familiares, generando soledad, ansiedad, miedo y tristeza. Igualmente, presentan desconocimiento de las instituciones y entidades que le ofrecen apoyo en estas situaciones.

Las que proceden de otras ciudades se han distanciado de sus hijos, los cuales dejan en sus ciudades de origen al cuidado de sus padres para la crianza.

Dentro de las relaciones de pareja, algunas se enmarcan en la violencia y la agresividad, sumada a los conflictos interpersonales entre las y los que prestan servicios sexuales, como también la falta de solidaridad entre ellos y ellas.

Se observa bajo nivel académico o incompleto, llevando a no sentirse preparados y preparadas para presentar una hoja de vida o entrevistas, aumentando la falta de oportunidades para ejercer otro oficio en condición digna y estable, resaltando que a la mayoría les gustaría cambiar de actividad. Faltan igualmente ofertas de educación no formal que cubran la expectativa para mejorar sus ingresos económicos.

#### 1.2.3.4 Población Desplazada

La población en situación de desplazamiento que alberga Bogotá, equivale al 7 y 8 por ciento de la población de todo el país, lo que convierte a nuestra ciudad en el mayor centro receptor de población en situación de desplazamiento después del departamento de Antioquia. Se concentra principalmente en la zona sur occidental de la ciudad, engrosando los cordones de pobreza, miseria y marginalidad social de la capital, aumentando la demanda de servicios y bienes públicos para su atención, y profundizando la brecha de inequidad e injusticia que históricamente ha afectado a la población de la ciudad. En muchas ocasiones su incidencia es de tal magnitud que distorsiona la percepción de la seguridad, al ser asociada por el ciudadano común a las actividades que afectan la convivencia o alteran el orden público.

De acuerdo con la Unidad de Atención Integral al Desplazado, desde el año 2001 hasta el 2004, Barrios Unidos reportó 146 desplazados en la localidad. Según la Personería Local, esta oficina recibió 94 declaraciones por desplazamiento durante el año 2006, lo que indica que si bien no es un problema crucial en la localidad, cada año aumenta casi en un 50% el número de personas que se declaran en situación de desplazamiento, y se ubican principalmente en el territorio 2 Alcázares, especialmente en los barrios La Esmeralda, Concepción Norte y Baquero, y en menor proporción en el territorio 1 Doce de Octubre, principalmente en el barrio La Libertad.

Según datos consolidados por la Alcaldía Mayor de Bogotá en 2007, frente a la población atendida en las Unidades de Atención a Población Desplazada del Distrito Capital, del total de población desplazada atendida (24.961 familias), 160 familias residían en la localidad de Barrios Unidos, aportando el 0,64% del total de familias desplazadas a nivel distrital (Ver Tabla 6)

Tabla 4: Total Familias Desplazadas por Localidad.2007.

FAMILIAS DESPLAZADAS POR LOCALIDADES			
localidad encuesta	total	localidad encuesta	total
antonio nariño.	230	rafael uribe uribe.	1153
barrios unidos.	160	san cristóbal.	1230
bosa.	2419	santa fe.	580
chapinero.	203	sin información.	6078
ciudad bolívar	4233	suba.	978
engativá.	1110	sumapaz	4
fontibón.	426	teusaquillo.	118
fuera de bogotá.	26	tunjuelito.	696
kennedy.	2415	usaquén.	283
la candelaria.	131	usme.	1768
los mártires.	251		
puente aranda.	469	total general	24961

Fuente: Unidades de Atención a Población Desplazada. Secretaría de Gobierno. 2007.

Como se observa, la localidad de Barrios Unidos es receptora de sólo un pequeño porcentaje de la población que migra a Bogotá, lo cual ha sido una dificultad a la hora de contar con los recursos suficientes para intervenir integralmente a la población desplazada residente en la localidad. De allí también la dificultad de encontrar datos que permitan visibilizar la situación de estas familias.

Por otro lado, el Hospital Chapinero, a través de la atención a grupos poblacionales vulnerables, entre los que se encuentra la población desplazada, mediante la modalidad extramural en sus Unidades Básicas de Atención (UBA) Móviles, ha identificado algunos núcleos problemáticos por etapa de ciclo vital en los territorios sociales de la localidad, que afectan particularmente a esta población. (Ver Tabla 5)

Tabla 5: Núcleos Problemáticos y Temas Generadores. Población en Situación de Desplazamiento. 2010.

ETAPA DE CICLO VITAL	NUCLEO PROBLEMÁTICO	TEMA GENERADOR
INFANCIA	Población flotante con poco acceso a los servicios de salud de manera preventiva (crecimiento y desarrollo y estados nutricionales deficientes por sus bajos ingresos familiares).	Fortaleciendo las actividades de promoción y prevención en los territorios, para generar cultura de salud en los responsables, además de brindar apoyo a otros programas sociales que ofrezcan seguridad alimentaria.
JUVENTUD	Jóvenes desescolarizados sin proyecto de vida, lo cual los convierte en objetivo de la delincuencia organizada y no organizada.	Fortaleciendo las actividades de escolarización y buen uso del tiempo libre.
ADULTEZ	Adultos sin posibilidad de acceso a trabajo formal, lo cual genera bajo nivel de ingresos, empeorando el desarraigo social de todo el grupo familiar y fomentando la indigencia.	Fortaleciendo el trabajo intersectorial, con el fin de facilitar el acceso al trabajo formal.
ENVEJECIMIENTO	Adultos mayores en indigencia, ante la imposibilidad de laborar y la gran cantidad de necesidades insatisfechas, al estar a cargo de nietos y otras personas del grupo familiar.	Brindando apoyo alimentario y de protección al adulto mayor y a sus integrantes menores de edad.

Fuente: Unidad de Análisis Desplazamiento. Hospital Chapinero. 2010.

La población desplazada residente en la localidad, principalmente en el Territorio 1 Doce de Octubre-Salitre, donde predomina la presencia de inquilinatos, está compuesta primordialmente por trabajadores informales y población migrante con ingresos bajos y fluctuación de los mismos, lo que ha generado un importante crecimiento de población “flotante” y residentes temporales que ocupan dichos inquilinatos, viviendo en condición de subempleo o desempleo, características que generan condiciones para que la población desplazada que llega a la localidad busque asiento en este territorio.

Como se puede observar en el Mapa 6, la población desplazada identificada en el Territorio 1 Doce de Octubre-Salitre, se ubica en sectores como La Libertad y Simón Bolívar, que hacen parte de los barrios con una alta vulnerabilidad de este territorio, debido a las condiciones ya descritas.

Según el registro de personas atendidas por el centro de atención del Hospital Chapinero, el mayor porcentaje de población desplazada que utiliza los servicios del Hospital accede a los mismos en la UPA San Fernando, ubicada en el Territorio Doce de Octubre-Salitre, lo cual se relaciona con la cercanía del mismo al lugar de residencia de la mayor parte de esta población, como se observa en el Mapa 6.

### 1.2.3.5 Población con Discapacidad

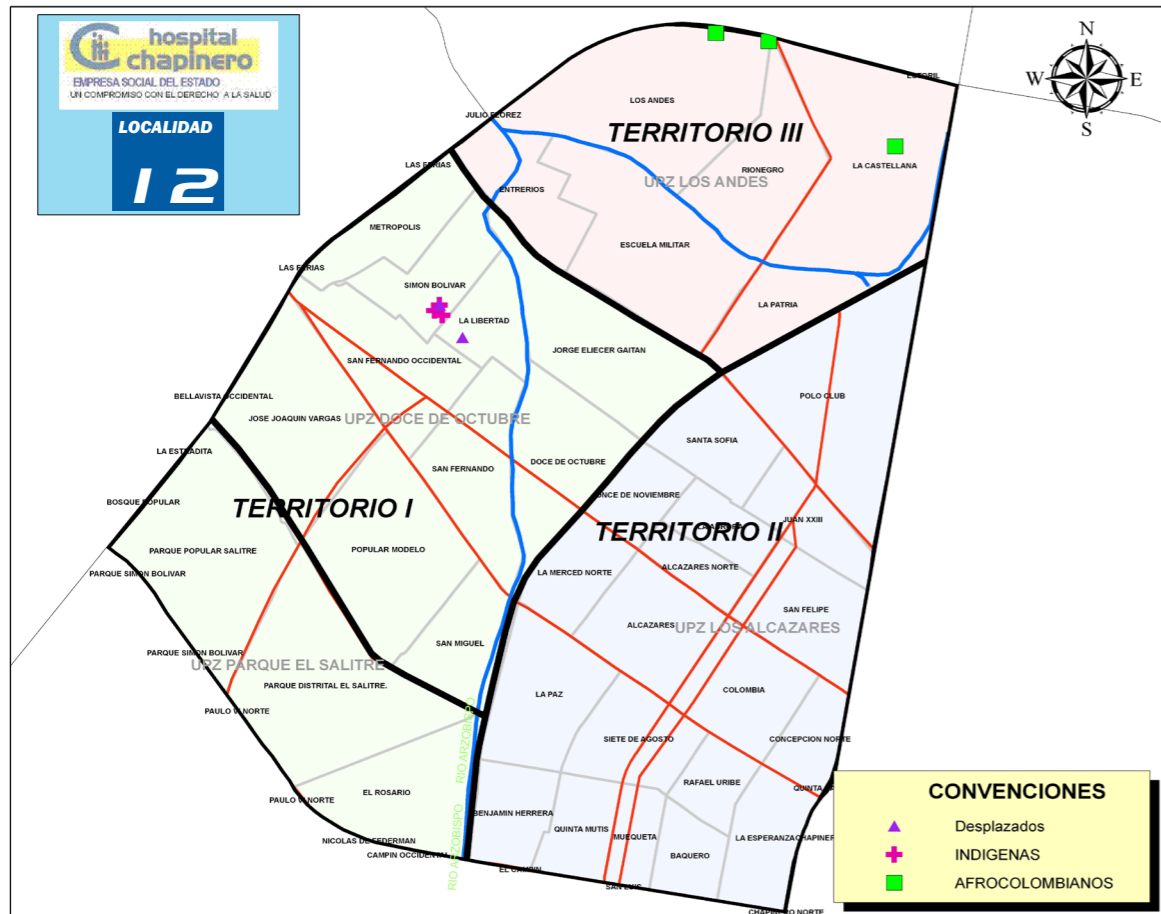
Según el registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad DANE que inicio en al año 2005 y se realizó hasta el 2007, en la localidad de Barrios Unidos se registraron 6875, presentándose el mayor número de población con discapacidad en el sexo masculino, con una tendencia entre los grupos de 10 a 14 años y con un incremento progresivo en la etapa de vejez. La condición de discapacidad en la mayoría de la población se encuentra asociada a situaciones socio-económicas que pueden estar afectando negativamente su calidad de vida. Un 85% de las personas registradas con discapacidad manifestaron que su vivienda se encontraba ubicada en el estrato socioeconómico 3. Sólo el 26% de la población con discapacidad reportó tener vivienda propia.<sup>44</sup>

La mayoría de la población presenta alteraciones en el sistema nervioso, en su mayoría en las etapas de Infancia y Juventud, con un mayor número de registros en el sexo masculino, mientras que las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas es mayor en el sexo femenino, posiblemente por la aparición de enfermedades que pueden causar algún tipo de limitación en la etapa adulta y en la vejez. La mayoría de población manifiesta que el origen de su discapacidad es consecuencia de una enfermedad general, donde se evidencia que un gran número de población desconoce el por qué del origen de su discapacidad, muy probablemente debido a la falta de atención temprana en salud y a la falta de programas de prevención de la enfermedad.

La principal dificultad que presenta la población con discapacidad para realizar sus actividades cotidianas es caminar, correr y saltar, especialmente en la población de las etapas de ciclo de Adulthood y Persona Mayor. Mientras que en las etapas de ciclo Infancia y Juventud, la dificultad de mayor prevalencia es la relación con los demás y con su entorno, lo que muy seguramente afecta la inclusión social y la participación en los diferentes contextos sociales. Dadas las condiciones de exclusión social de grandes sectores de la población de la localidad y el desigual acceso a las oportunidades, las personas en condición de discapacidad de los microterritorios más vulnerables ven incrementadas las barreras del entorno y frustradas las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida. En el Mapa 7 se presenta la distribución de la población en condición de discapacidad en la localidad de Barrios Unidos, concentrándose en el Territorio Doce de Octubre.

44 Documento Caracterización de la población en condición de discapacidad Localidad Barrios Unidos. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Hospital Chapinero ESE. 2007.

Mapa 6: Distribución Espacial de población Pertenciente a Grupos Étnicos y Desplazados. Barrios Unidos. 2009.



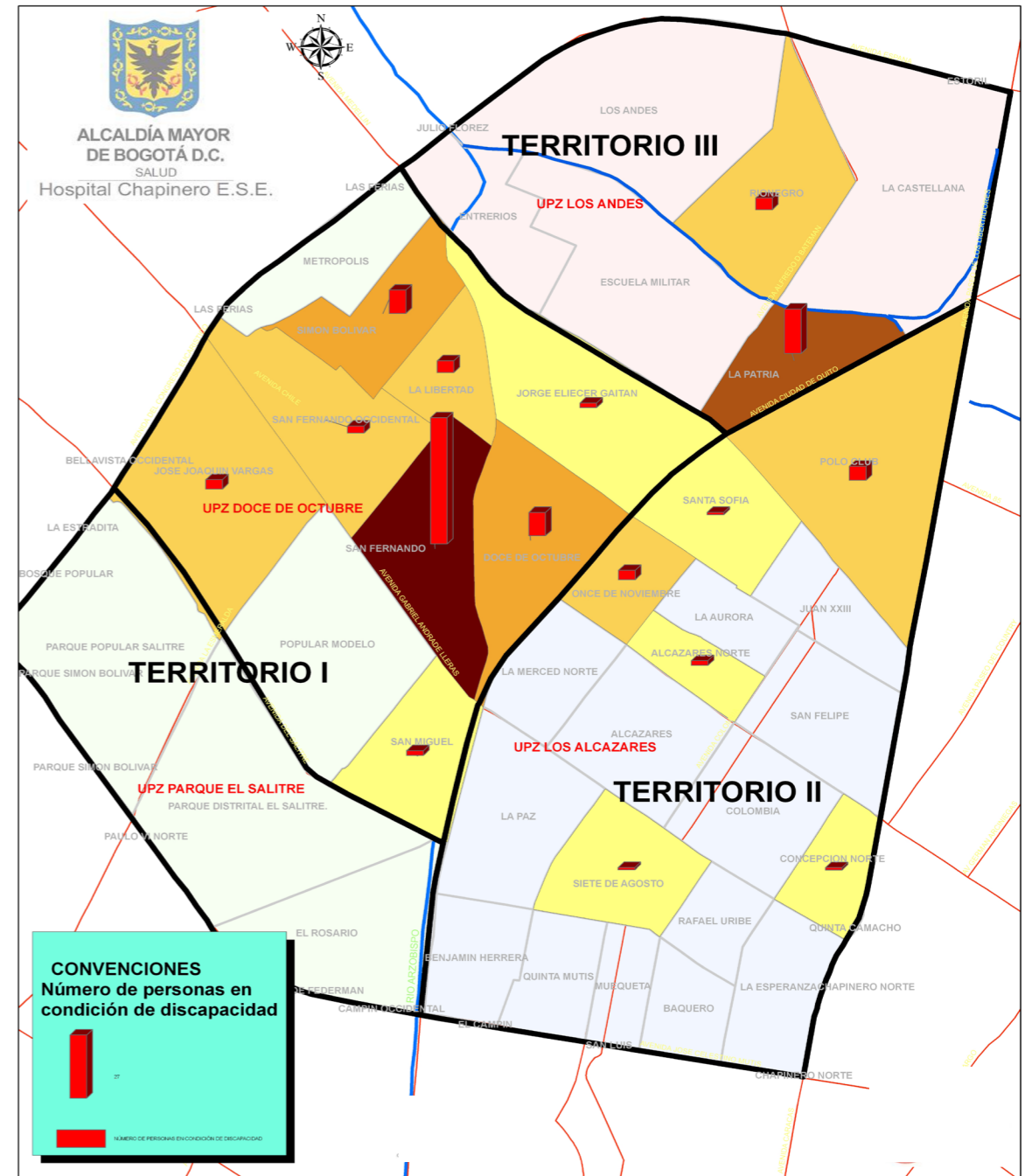
DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LAS PERSONAS PERTENECIENTES A ETNIAS, AFROCOLOMBIANOS Y DESPLAZADOS EN LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS.

Datos Total Localidad					ETAPA DE CICLO	TERRITORIO 1	TERRITORIO 2	TERRITORIO 3
EDAD	F*	M*	C*	S*				
0-13	1	3	1	3	INFANCIA	3	0	1
14-27	3	1	1	4	JUVENTUD	2	0	2
ND	ND	ND	ND	ND	ADULTEZ	0	0	0
ND	ND	ND	ND	ND	P. MAYOR	0	0	0

\*F (Femenino); \*M (Masculino); \*C (Contributivo); \*S (Subsidiado)

Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos. Hospital Chapinero ESE. 2010.

Mapa 7: Población en Condición de Discapacidad. Barrios Unidos. 2009.



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero. ESE. 2010.

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



### 1.2.4 Características Socio-demográficas

#### 1.2.4.1 Estrato Socio-Económico

En general podemos decir que en la localidad de Barrios Unidos habitan 231.435 personas, contando con una mayor participación la población de estrato medio-bajo con el 64.9%, de la cual la UPZ Los Alcázares representa el 45.5% de la población, seguida de Doce de Octubre. Sigue la población ubicada en estrato medio con el 29,52% y se encuentra principalmente en Doce de Octubre; le sigue en orden el estrato alto con el 3.3% ubicada en la UPZ Andes. Si observamos la distribución por hogares, observaremos un comportamiento similar. (Ver Tabla 6)

Tabla 6: Población y Hogares por Estrato Socioeconómico. Barrios Unidos. 2009.

Estrato Socioeconómico		Los Andes	Doce de Octubre	Los Alcázares	Parque Salitre	Total
Sin Estrato	Personas	3375	221	656	6	4258
	Hogares	6	63	138	2	209
Bajo-Bajo	Personas					
	Hogares					
Bajo	Personas					
	Hogares					
Medio-Bajo	Personas	15403	62080	68473	4135	150091
	Hogares	4677	17673	19703	1049	43102
Medio	Personas	20172	36282	12957		69411
	Hogares	5490	10363	3622		19475
Medio-Alto	Personas	7675				7675
	Hogares	2150				2150
Alto	Personas					
	Hogares					
Total	Personas	46625	98589	82086	4141	231435
	Hogares	12323	28099	23463	1051	64936

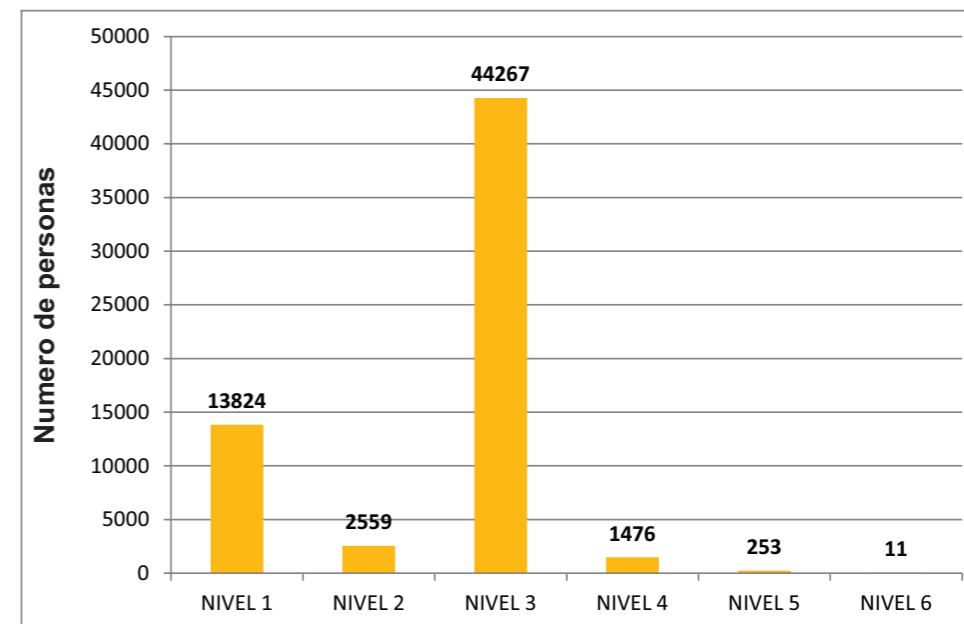
Fuente: SDP, Bogotá Ciudad Estadística, Boletín No. 7, Mayo 2009 (Datos DANE, SDP-DICE)

#### 1.2.4.2 Nivel SISBEN

El SISBEN es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales. Es una herramienta de identificación que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, teniendo una escala de valoración del 1 al 7, en la que entre más se acerque al 1, su condición socioeconómica será más precaria.<sup>45</sup>

En la localidad de Barrios Unidos, como podemos observar en el Gráfico 5, el 71% de 62.390 personas registradas en el SISBEN, tiene un nivel 3, y el 22.2% se encuentra en nivel 1. Es decir que cerca del 25% de la población registrada en el SISBEN, que habita la localidad, tiene unas condiciones socioeconómicas precarias, según los criterios de la encuesta. Es importante mencionar que hasta la fecha de corte de los datos (mayo de 2009), únicamente se encontraba registrada en la base de datos el 26.7% de la población.

Gráfico 5: Número de Personas Registradas en el SISBEN por Nivel. Barrios Unidos.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación SDP. Bogotá Ciudad Estadística. Boletín 9. Julio de 2009.

### 1.2.5 Perfil Epidemiológico

#### 1.2.5.1 Patrón de Morbilidad

Los datos de morbilidad que se presentan a continuación, hacen referencia a la morbilidad por demanda atendida en el Hospital de Chapinero, teniendo en cuenta la base de datos del Sistema de Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) de consulta externa y de urgencias durante el año 2010. Es de aclarar, que esta información no representa la totalidad de la población de la localidad, ya que no se incluye para el análisis datos del régimen contributivo ni de residentes atendidos en otros puntos de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud o en otros centros de atención pertenecientes al régimen subsidiado; por lo tanto, es una aproximación de la morbilidad de la población residente en la localidad de Barrios Unidos.

Durante el año 2010, el Hospital Chapinero realizó 122.012 consultas, de las cuales, el 48,5% corresponden a consulta externa, el 22,3% a consulta por el servicio de urgencias y la proporción restante corresponde a otros procedimientos médicos.

Del total de consultas del Hospital Chapinero, el 36,5% (21634 consultas) corresponde a población residente de las localidades de Barrios Unidos, Teusaquillo y Chapinero, el porcentaje restante se refiere a la población residente en otras localidades del distrito capital.

De las 21634 consultas realizadas por el servicio de consulta externa del Hospital Chapinero, a la población residente de las tres localidades, el 24% (5271 consultas) corresponden a la localidad de Barrios Unidos. Por otra parte, de las 6912 consultas realizadas por el servicio de urgencias el 21% (1455 consultas) corresponden a la localidad de Barrios Unidos.

A continuación, se presentan las diez primeras causas de morbilidad atendidas en la localidad de Barrios Unidos durante el año 2010, tanto por el servicio de consulta externa como por el servicio de urgencias en la población por grupo de edad del Hospital Chapinero, durante el año 2010.

<sup>45</sup> SDS, DSP. Conceptualización de las Categorías de Análisis para los Diagnósticos Locales y Distritales 2009.

Para el grupo de edad menores de 1 año se observa como primeras causas de consulta de medicina general la luxación congénita de la cadera con un 8,6% y en igual proporción se encuentra la Rinofaringitis aguda, en siguiente lugar se encuentra la nutrición proteico calórica leve con un 5,7%. (Tabla 7).

Tabla 7. Causas de Morbilidad por Consulta Externa en Menores de 1 año. Localidad Barrios Unidos. 2010.

CAUSAS	CONSULTAS	%
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA	6	8,6
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	6	8,6
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA LEVE	4	5,7
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	3	4,3
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	1	1,4
OTROS PRURIGOS	1	1,4
MALFORMACION CONGENITA DEL ENCEFALO, NO ESPECIFICADA	1	1,4
CONSTIPACION	1	1,4
OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	1	1,4
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	1	1,4
OTRAS CAUSAS	41	58,6
<b>Total general</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

En este mismo grupo de edad, las causas de consulta por urgencias se encuentran distribuidas de la siguiente forma: en primer lugar se encuentran las infecciones de vías urinarias con 27,3%, seguido de Laringotraqueitis originadas por condiciones climáticas adversas y en tercer lugar fiebre no especificada con 18,2%.

Tabla 8. Causas de Consulta por Urgencias en Menores de 1 año. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	3	27,3
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	2	18,2
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2	18,2
CONSTIPACION	1	9,1
VARICELA SIN COMPLICACIONES	1	9,1
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	1	9,1
ILEO, NO ESPECIFICADO	1	9,1
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Respecto al grupo de 1 a 4 años, las primeras causas de consulta de medicina general son la parasitosis intestinal con un 11,9%, seguido de Rinofaringitis aguda con 7% y en tercer lugar caries dental con un 5,8%.

Tabla 9. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 1 a 4 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.

CAUSA	CONSULTAS	%
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	29	11,9
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	17	7,0
CARIES DE LA DENTINA	14	5,8
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA LEVE	12	4,9
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	4	1,6
CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	3	1,2
CARIES LIMITADA AL ESMALTE	3	1,2
DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL	3	1,2
HIPERMETROPIA	2	0,8
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2	0,8
OTRAS CAUSAS	154	63,4
<b>Total general</b>	<b>243</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

En este grupo, las patologías predominantes son de tipo respiratorio, con bronconeumonía como primera causa con el 8% y bronquiolitis aguda en segundo lugar, originadas por condiciones climáticas adversas, la contaminación ambiental que afecta a la localidad, y esquemas de inmunización incompletos, entre otros.

Tabla 10. Causas de Consulta por Urgencias de 1 a 4 años. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	13	8,0
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	13	8,0
NAUSEA Y VOMITO	12	7,4
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	12	7,4
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	10	6,1
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	9	5,5
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	8	4,9
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	8	4,9
INFECCION INTESTINAL VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	6	3,7
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	5	3,1
OTRAS CAUSAS	67	41,1
<b>Total general</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

En relación al grupo de 5 a 14 años se observa como principales causas la perturbación de la actividad y de la atención con un 16,5% seguida de parasitosis intestinal con 10% y en tercer lugar, al igual que el grupo anterior se encuentra la caries dental.

Tabla 11. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 5 a 14 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.

CAUSAS	CONSULTAS	%
PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	119	16,5
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	72	10,0
CARIES DE LA DENTINA	67	9,3
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	20	2,8
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	15	2,1
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	10	1,4
DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION	10	1,4
GINGIVITIS CRONICA	9	1,3
MIOPIA	8	1,1
CARIES LIMITADA AL ESMALTE	7	1,0
OTRAS CAUSAS	383	53,2
<b>Total general</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Por otra parte, en este mismo grupo de edad, la principal causa de consulta en urgencias es la fiebre no especificada con 8,2%, seguido de asma con 7,7 y en tercer lugar dolor abdominal con 6%.

Tabla 12. Causas de Consulta por Urgencias de 5 a 14 años. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	15	8,2
ASMA, NO ESPECIFICADA	14	7,7
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	11	6,0
NAUSEA Y VOMITO	10	5,5
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	10	5,5
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	9	4,9
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	8	4,4
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	8	4,4
CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	6	3,3
OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	5	2,7
OTRAS CAUSAS	87	47,5
<b>Total general</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Respecto al grupo de edad de 15 a 44 años la principal causa de consulta externa es la caries dental con un 5,2%, en segundo lugar se encuentra la migraña con un 1,9% y en tercer lugar se encuentra la perturbación de la actividad física y de la atención.

Tabla 13. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 15 a 44 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.

CAUSAS	CONSULTAS	%
CARIES DE LA DENTINA	116	5,2
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	42	1,9
PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	34	1,5
VAGINITIS AGUDA	33	1,5
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	32	1,4
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	29	1,3
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	27	1,2
CEFALEA	22	1,0
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	21	0,9
RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	19	0,9
OTRAS CAUSAS	1849	83,1
<b>Total general</b>	<b>2224</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Este mismo grupo de edad, consulta a urgencias principalmente por dolores abdominales (6%), en segundo lugar se encuentra Infección de vías urinarias y en tercer lugar los partos únicos espontáneos con 5,7%.

Tabla 14. Causas de Consulta por Urgencias de 15 a 44 años. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	38	6,0
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	37	5,9
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	36	5,7
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	20	3,2
EMBARAZO CONFIRMADO	19	3,0
EMBARAZO ABDOMINAL	19	3,0
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	18	2,9
ASMA, NO ESPECIFICADA	17	2,7
AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	17	2,7
FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION	17	2,7
OTRAS CAUSAS	392	62,2
<b>Total general</b>	<b>630</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

En lo concerniente a las consultas externas atendidas para la población de 45 a 59 años, la Hipertensión esencial primaria se encuentra en primer lugar con un 5,8% lo cual tiene relación con ser una de las enfermedades crónicas más frecuentes. En segundo lugar se encuentra la caries de la dentina con un 4,7% y en tercer lugar se encuentra la presbicia, evento frecuente en esta población.

Tabla 15. Causas de Morbilidad por Consulta Externa de 45 a 59 años. Localidad Barrios Unidos. 2010.

CAUSAS	CONSULTAS	%
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	52	5,8
CARIES DE LA DENTINA	42	4,7
PRESBICIA	37	4,1
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	30	3,3
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	20	2,2
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	16	1,8
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	16	1,8
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	12	1,3
HIPERLIPIDEMIA MIXTA	10	1,1
OTRAS CAUSAS	622	69,0
<b>Total general</b>	<b>901</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Al observar la frecuencia de consultas por urgencias en la población entre 45-59 años, se observa la bronquitis con la mayor proporción, seguida de la hipertensión esencial primaria la cual es la primera causa de consulta externa y en tercer lugar se encuentra el Asma no especificada.

Tabla 16. Causas de Consulta por Urgencias de 45 a 59 años. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	15	6,5
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	11	4,8
ASMA, NO ESPECIFICADA	10	4,3
LUMBAGO CON CIATICA	9	3,9
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	7	3,0
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	7	3,0
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	7	3,0
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	7	3,0
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	6	2,6
CALCULO URINARIO, NO ESPECIFICADO	5	2,2
OTRAS CAUSAS	146	63,5
<b>Total general</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Tabla 17. Causas de Morbilidad por Consulta Externa. Mayor de 60 años. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	346	31,1
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO LEVE PRESENTE	97	8,7
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	34	3,1
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	25	2,2
EPISODIO DEPRESIVO LEVE	24	2,2
DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	20	1,8
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	20	1,8
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	18	1,6
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS, NO ESPECIFICADO	18	1,6
EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	14	1,3
OTRAS CAUSAS	497	44,7
<b>Total general</b>	<b>1113</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

Finalmente, para el grupo de edad de mayores de 60 años, se evidencia que al igual que el grupo anterior, la principal causa de consulta externa es la Hipertensión esencial primaria, seguida del Trastorno depresivo recurrente, que puede darse por la soledad que experimentan en la etapa de adulto mayor. En tercer lugar se encuentra el EPOC, dado por las condiciones ambientales y por las exposiciones a las que se estuvo expuesto en el transcurso de la vida.

En este mismo grupo, el EPOC es la primera causa de consulta por urgencias, seguido de la infección de vías urinarias y bronquitis aguda con un 6,3%.

Tabla 18. Causas de Consulta por Urgencias. Mayor de 60 años. Localidad Barrios Unidos. 2010

CAUSAS	CONSULTAS	%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	21	8,8
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	17	7,1
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	15	6,3
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	14	5,9
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	14	5,9
RETENCION DE ORINA	14	5,9
DOLOR PRECORDIAL	8	3,4
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	2,9
NAUSEA Y VOMITO	6	2,5
ASMA, NO ESPECIFICADA	6	2,5
OTRAS CAUSAS	116	48,7
<b>Total general</b>	<b>238</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 2010. Hospital Chapinero

### 1.2.5.2 Patrón de Mortalidad

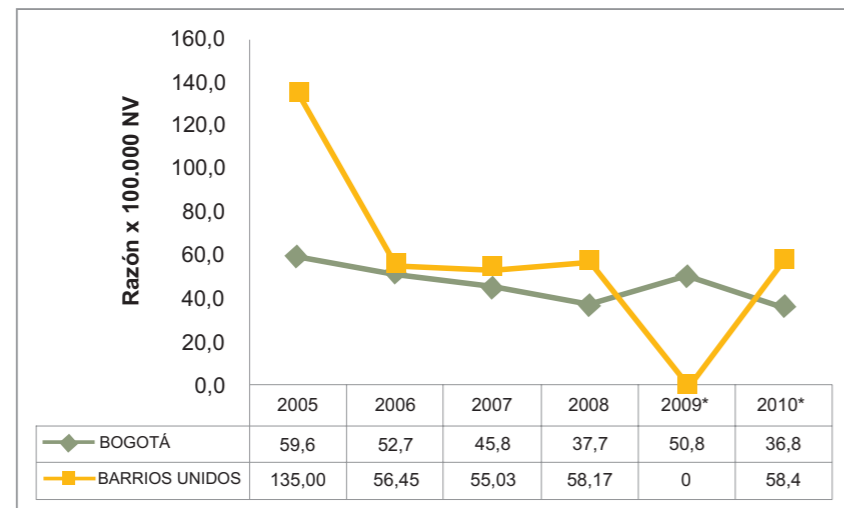
Los eventos de mortalidad evitable bajo vigilancia se constituyen en trazadores de la calidad de los servicios de salud, del acceso de las personas a ellos y de la evaluación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aumentar el acceso y la calidad de las actividades de promoción y prevención, contar con personal de salud debidamente capacitado y un tratamiento adecuado de complicaciones cuando 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.

#### Mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Una muerte materna es el resultado final de una serie de factores que influyen en una mujer durante su etapa reproductiva. Dichos factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, y entre ellos se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar, y los relativos a su estado de salud como son su conducta reproductiva, así como el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar. La razón de mortalidad materna es considerada un indicador trazador, ya que refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la atención de los servicios de salud en ese territorio.

La razón de mortalidad materna en los últimos cinco años, a partir del año 2005, en la localidad, ha tenido un comportamiento diverso. En el año 2005 se presentaron 135 muertes maternas por cada 100.000 NV, en el 2006 esta razón tuvo un descenso importante y se ubicó en 56,45 muertes por cada 100.000 NV; a partir de allí y hasta el año 2008 no presentó cambios importantes. En el año 2009 no hubo casos y finalmente para el año 2010 esta razón fue de 58,4 muertes maternas por cada 100.000 Nacidos Vivos. Estas razones son superiores a las de Bogotá en los mismos periodos en donde se presentó un descenso constante entre 2005 y 2008; en el 2009 hubo un leve incremento y en el año 2010 este indicador aumentó nuevamente a 36,8 mortalidades maternas por cada 100.000 NV.

Gráfico 6. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 NV. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



\*Datos preliminares - Fuente: Certificado defunción-Certificado Nacido vivo- DANE. SDS. Oficina epidemiología Hospital Chapinero E.S.E. Documento Evitables Plan de desarrollo 2004 - 2009

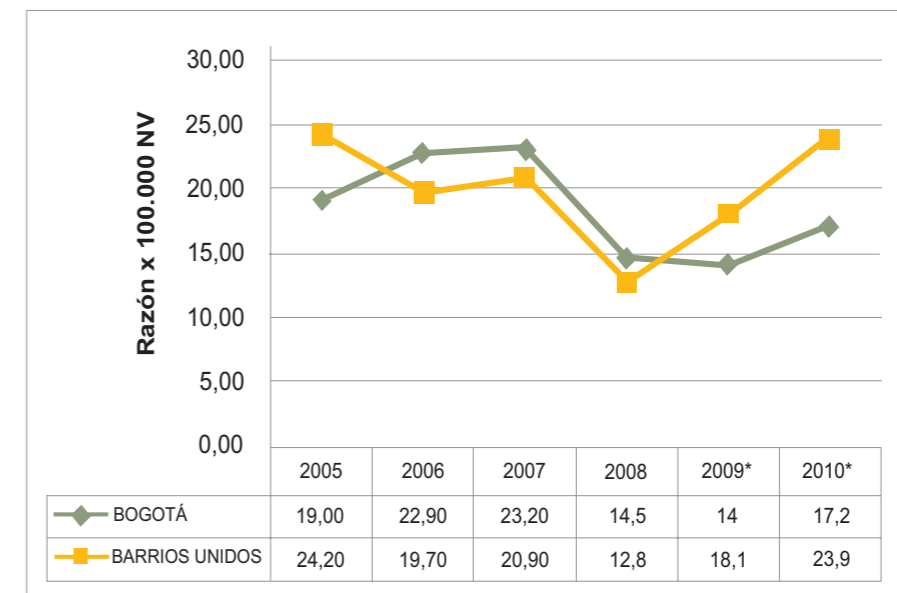
### Mortalidad Perinatal

Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o de más de 500 gramos de peso y los siete días completos después del nacimiento o en neonatos<sup>46</sup>.

La mortalidad perinatal refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre.

Entre las principales causas de las muertes neonatales tempranas se encuentran la asfixia, las infecciones, las complicaciones derivadas de la prematuridad y las malformaciones congénitas. La tasa de mortalidad perinatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres.

Gráfico 7. Razón de Mortalidad Perinatal por 100.000 NV. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



\*Datos preliminares

Fuente: Certificado Defunción-Certificado Nacido Vivo- DANE. DANE. SDS. Oficina de Epidemiología Hospital Chapinero E.S.E. Documento Evitables Plan de desarrollo 2004 - 2009

La razón de mortalidad perinatal por 1000 NV muestra una tendencia fluctuante durante los últimos 5 años, tanto en Bogotá como en la localidad de Barrios Unidos. En los años 2005, 2009 y 2010 este indicador fue mayor en la localidad que en el distrito. En Barrios Unidos, para el año 2005 hubo 24,2 muertes perinatales por 1000 Nacidos Vivos, en el año siguiente descendió a 19,7 muertes por 1000 NV y en 2007 incrementa nuevamente. A partir de 2008 esta razón aumenta considerablemente hasta alcanzar 23,9 muertes perinatales por 1000 Nacidos Vivos.

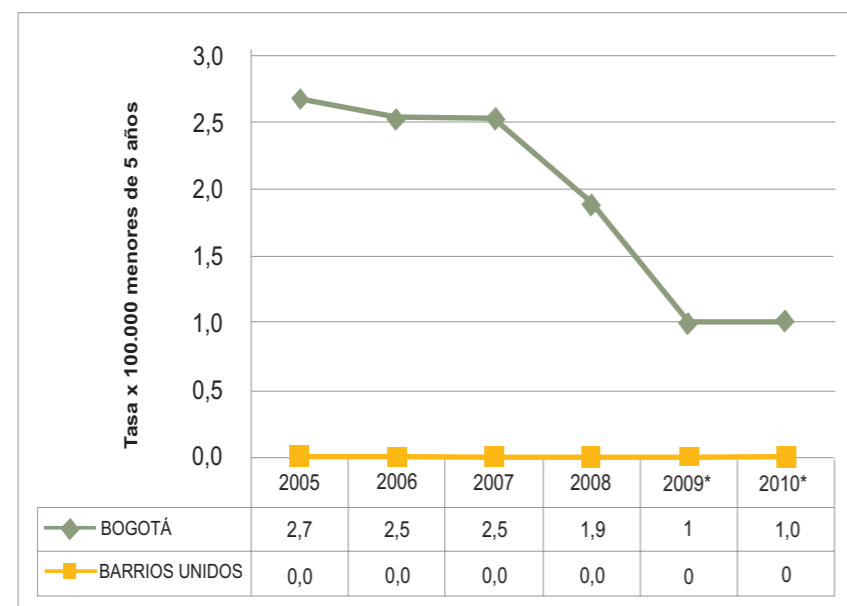
46 Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10). Washington, D.C. 1995.

### Mortalidad por EDA

Según OMS-OPS se define diarrea como la presencia de 3 o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones (más de tres en 24 horas) que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre. La diarrea es un evento que se inicia en forma aguda, la cual puede prolongarse por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente. El número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes y esto no debe confundirse con diarrea.

La muerte por EDA se produce como consecuencia de: Deterioro nutricional progresivo, estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico, sepsis, limitado acceso a los servicios de salud o cobertura y atención inadecuada.

Gráfico 8. Razón de Mortalidad por EDA por 100.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



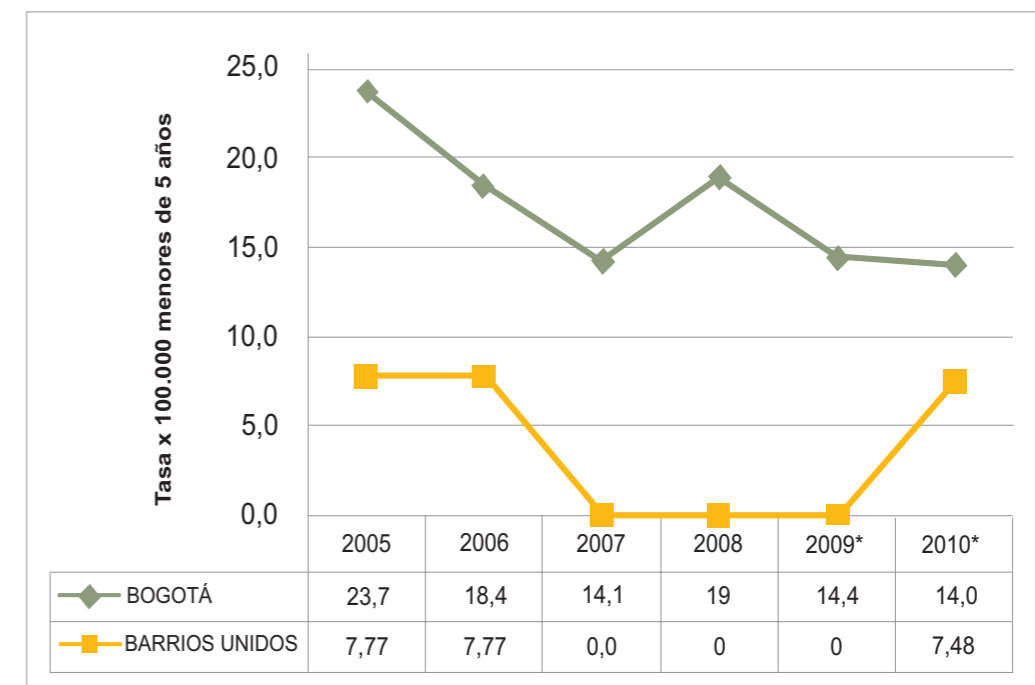
\*Datos preliminares FUENTE: Certificado defunción-Certificado Nacido Vivo- DANE. DANE. SDS. Oficina de Epidemiología Hospital Chapinero E.S.E, Documento Evitables Plan de desarrollo 2004 - 2009 . DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015

La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por 100.000 menores de cinco años ha mostrado un avance muy importante a nivel local, donde desde el año 2002 no se ha presentado ninguna mortalidad por EDA, gracias, a que se ha abordado de manera conjunta con el adecuado manejo de ERA desde el sector salud.

**Mortalidad por Neumonía.** La Neumonía es una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.) perturbando el intercambio de gases entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO2, cursando con dificultad respiratoria.

Mortalidad por Neumonía es toda muerte en menor de cinco años de edad con una infección respiratoria aguda, caracterizada esencialmente por respiración rápida (60 o más por minuto si es menor de 2 meses, 50 o más por minuto si es de dos a once meses y 40 o más por minuto si es de uno a cuatro años), con o sin tiraje.

Gráfico 9. Tasa de Mortalidad por Neumonía por 100.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



\*Datos preliminares Fuente: Certificado defunción-Certificado Nacido vivo- DANE. DANE. SDS. Oficina epidemiología Hospital Chapinero E.S.E, Documento Evitables Plan de desarrollo 2004 - 2009 . DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015

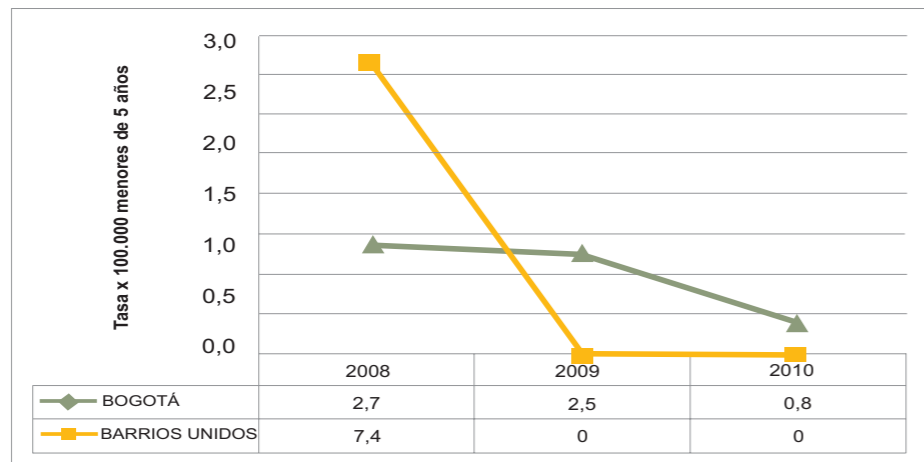
La tasa de mortalidad por Neumonía por 100.000 menores de cinco años ha mostrado un franco descenso desde el 2007, donde no se presentaron casos y ha permanecido así hasta el año 2009, a partir del cual aumentó a 7,8 muertes por neumonía en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años. Con relación a Bogotá, la tasa de mortalidad por Neumonía de la localidad de Barrios Unidos fue menor durante todo el periodo observado. Esto gracias a los diferentes esfuerzos en el manejo adecuado de las enfermedades respiratorias, y al seguimiento de las guías y normas de atención al menor de cinco años, así como a implementación de las Salas ERA en las instituciones adscritas a la red y algunas de carácter privado.

Es importante destacar que para el caso de la prevención de mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) y EDA, ha influido de manera positiva el logro de coberturas útiles de vacunación y la inclusión de vacunación contra el Neumococo y el Rotavirus, dentro de los esquemas del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como la implementación de la estrategias IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), IAFI (Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia) y AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia), lo que ha incidido también de manera positiva en el comportamiento de estos indicadores trazadores.

### Mortalidad por Desnutrición

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional.

Gráfico 10. Tasa de Mortalidad por Desnutrición por 100.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



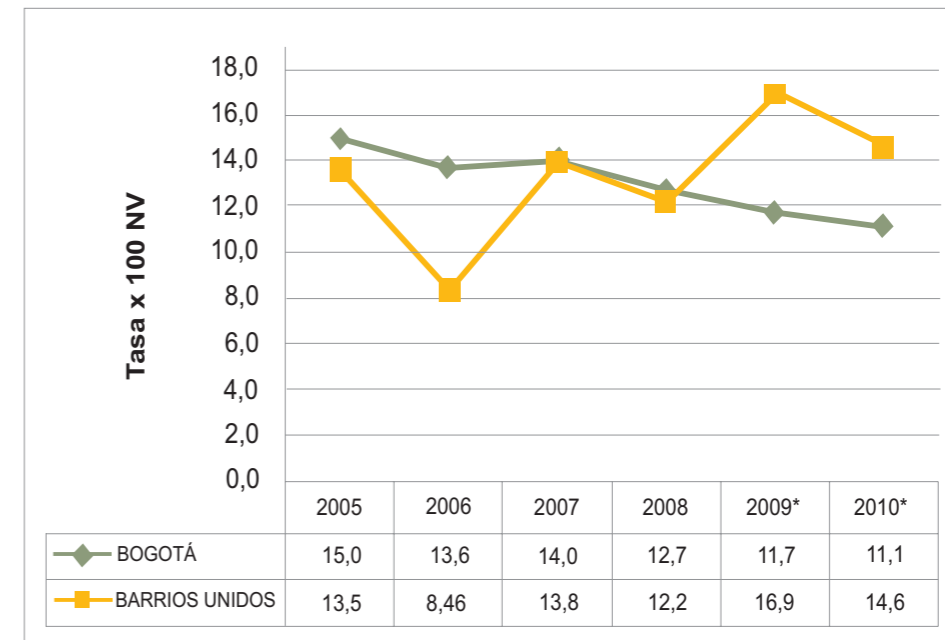
Fuente: Certificado defunción-Certificado Nacido vivo- DANE. DANE. SDS. Oficina epidemiología Hospital Chapinero E.S.E, Documento Evitables Plan de desarrollo 2004 - 2009 . DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015

En el año 2008 la tasa de mortalidad por Desnutrición supera la de Bogotá, en este año se presentaron 7,4 muertes por desnutrición por 100.000 menores de 5 años. En los dos años siguientes no se presentaron muertes por esta causa.

### Mortalidad infantil

La **tasa de mortalidad infantil** es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. Es además un indicador sensible del estado socioeconómico de un territorio; responde rápidamente a los programas que controlan las enfermedades prevalentes de la infancia como diarreas, enfermedades respiratorias, desnutrición y otras enfermedades<sup>47</sup>. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando se sobrepasa el primer cumpleaños, las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente.

Gráfico 11. Tasa de Mortalidad Infantil por 1000 Nacidos Vivos. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



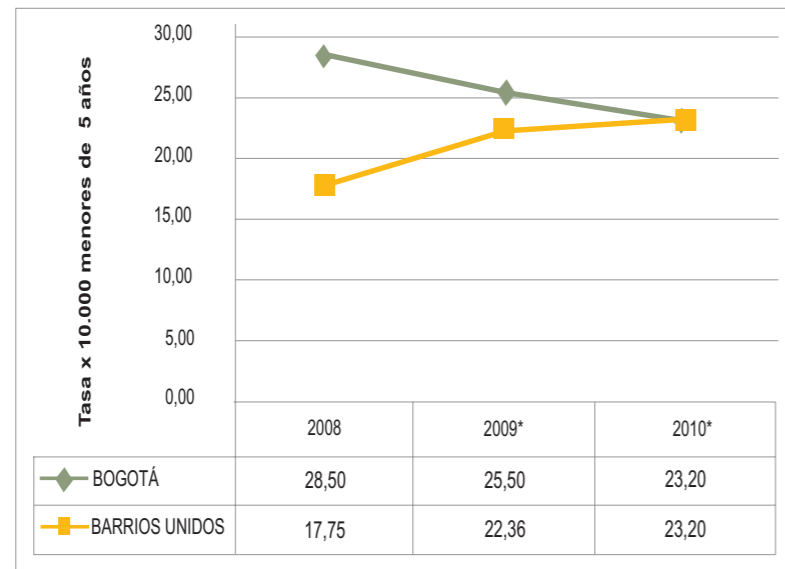
\*Datos preliminares Fuente: Certificado Defunción-Certificado Nacido vivo- DANE. DANE. SDS. Oficina epidemiología Hospital Chapinero E.S.E, Documento Evitables Plan de desarrollo 2004 - 2009 . DANE - SDP, Proyecciones de Población por Localidades 2010 – 2015

Esta mortalidad muestra una tendencia variable en el periodo comprendido entre 2005 y 2010, durante el cual se presentó un aumento importante en el año 2009, con una tasa de 16,9 muertes en menores de 1 año por cada 1000 Nacidos Vivos, mientras que para Bogotá esta tasa ha registrado una reducción durante el mismo periodo. Al igual que los indicadores de mortalidad evitable anteriores, en la localidad se presentan tasas de mortalidad infantil por debajo de lo observado en Bogotá, a excepción del 2009 y 2010 donde se presentó un comportamiento superior al promedio distrital.

### Mortalidad en menor de 5 años

El número de niños menores de 5 años que mueren en un año por cada 1,000 niños en esas edades. La tasa de mortalidad de todos los niños menores de 5 años puede usarse para reflejar tanto las tasas de mortalidad infantil como de la niñez. Esto tiene ciertas ventajas. El uso de solo la tasa de mortalidad infantil puede distraer la atención de una elevada tasa de mortalidad entre niños mayores. Los problemas de malnutrición, en particular, pueden perder la atención debida como factor causal, especialmente en aquellos países donde el niño es más vulnerable a la malnutrición en su segundo año de vida.

Gráfico 12. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años por 10.000 Menores de 5 años. Bogotá y Barrios Unidos. 2005-2010.



Datos preliminares Fuente: Certificado de Defunción-Certificado de Nacido Vivo- DANE. DANE. SDS. Oficina de Epidemiología Hospital Chapinero E.S.E, Documento Evitables Plan de Desarrollo 2004 - 2009 . DANE - SDP, Proyecciones de Población por Localidades 2010 – 2015

La mortalidad en menores de 5 años para la localidad de Barrios Unidos ha presentado un incremento durante el periodo 2008 a 2010. Iniciando en el 2009 con 17,75 mortalidades en menores de 5 años por 10.000 menores de 5 años y finalizando en el 2010 con 23,20 muertes en menores de 5 años por 10.000 menores de 5 años. Sin embargo, al igual que los indicadores de mortalidad evitable anteriores, en la localidad se presentan tasas de mortalidad en menores de 5 años por debajo de lo observado en Bogotá.

### Notificación al Sistema De Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA; hace referencia a la relación organizada de usuarios, normas, procedimientos y recursos (financieros, técnicos y humanos) para la recopilación de datos, análisis, interpretación y divulgación de información sobre eventos de salud, de forma sistemática y continua, para su uso esencial en la orientación de la toma de decisiones en salud pública.

Durante el año 2010, el Hospital Chapinero E.S.E notificó al SIVIGILA 16.101 eventos de interés en salud pública (24% de la notificación a nivel distrital). El 23% de la notificación fue realizada por UPGDs localizadas en la localidad de Barrios Unidos (3.666 eventos). Los eventos notificados se describen en la siguiente tabla:

Tabla 19. Eventos Notificados al SIVIGILA según Localidad de Notificación. Año 2010

No	EVENTO	LOCALIDAD			No de casos
		Barrios Unidos	Chapinero	Teusaquillo	
1	VARICELA INDIVIDUAL	1959	2565	2396	6920
2	DENGUE	142	934	1041	2117
3	PAROTIDITIS	391	585	729	1705
4	EXPOSICION RABICA	412	254	281	947
5	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	45	222	260	527
6	ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	109	137	228	474
7	INTOXICACION POR FARMACOS	101	179	188	468
8	MORTALIDAD PERINATAL	49	129	213	391
9	INTOXICACION POR SUSTANCIAS OTRAS QUIMICAS	34	112	189	335
10	SARAMPION	42	70	108	220
11	MALARIA VIVAX	9	194	11	214
12	TOS FERINA	31	81	78	190
13	RUBEOLA	28	95	64	187
14	DENGUE GRAVE	13	31	123	167
15	TUBERCULOSIS PULMONAR	30	79	47	156
16	HEPATITIS A	22	54	43	119
17	INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	17	54	33	104
18	TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	23	37	43	103
19	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	41	27	34	102
20	LEPTOSPIROSIS	59	1	14	74
21	HEPATITIS B	11	29	19	59
22	SIFILIS GESTACIONAL	7	15	29	51
23	CHAGAS	3	18	26	47
24	EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	4	14	24	42
25	LEISHMANIASIS CUTANEA	5	27	9	41
26	INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	5	8	22	35
27	INTOXICACION POR SOLVENTES	3	14	14	31
28	ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (VIGILANCIA CENTINELA) ESI	12	15	3	30
29	MORTALIDAD POR IRA	13	5	5	23
30	MORTALIDAD MATERNA	6	6	7	19
31	Otros eventos	40	103	60	203
Total general		3666	6094	6341	16101

Fuente: Base de datos SIVIGILA- SDS. Año 2010



En la tabla 20, se observa la distribución de los primeros diez eventos notificados al SIVIGILA por UPZ y territorio de GSI de la localidad de Barrios Unidos. El territorio con mayor número de casos es el territorio 1 (47%), con mayor proporción en la UPZ de Doce de Octubre, seguido del territorio 2 con el 34% y por último el territorio 3 con el 19%.

Tabla 20. Eventos notificados al SIVIGILA, según territorios de GSI. Localidad de Barrios Unidos. Año 2010

TERRITORIO DE GSI EVENTO/UPZ	TERRITORIO 1		TERRITORIO 2	TERRITORIO 3	TOTAL
	Doce de octubre	Parque el salitre	Los Alcázares	Los Andes	
VARICELA INDIVIDUAL	226	4	184	55	469
DENGUE	158	4	37	19	218
EXPOSICION RABICA	38	1	42	25	106
PAROTIDITIS	50	0	40	14	104
LEPTOSPIROSIS		0	2	57	59
INTOXICACION POR FARMACOS	16	2	26	10	54
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	16	0	6	27	49
ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (VIGILANCIA CENTINELA) ESI	12	0	19	4	35
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	11	1	16	5	33
INTOXICACION POR SUSTANCIAS OTRAS QUIMICAS	12	0	15	4	31
Otros eventos	70	0	65	23	158
<b>Total general</b>	<b>609</b>	<b>12</b>	<b>452</b>	<b>243</b>	<b>1316</b>

Fuente: Base de datos SIVIGILA- SDS. Año 2010

## Indicadores de Afcción de Salud Mental

### Conducta Suicida

De los casos de conducta suicida notificados para el año 2010, presentan como evento desencadenante primario problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, circunstancias familiares, problemas relacionados con el ambiente social, problemas relacionados con la crianza del niño, síndromes de maltrato y problemas relacionados con el estilo de vida.

En el transcurso del año 2010 se notificaron un total de 64 casos de conducta suicida que residen en la localidad de Barrios Unidos. Estos casos se encuentran distribuidos por conducta suicida entre ideación suicida e intento de suicidio por trimestre de la siguiente forma:

Tabla 21. Distribución de los Casos de Conducta Suicida por Trimestre. Año 2010.

LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS	TRIMESTRE				TOTAL
	PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	
IDEACIÓN	2	7	6	4	19
INTENTO	11	10	10	14	45
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>64</b>

Fuente: Sistema de vigilancia de la conducta suicida Hospital Chapinero. 2010

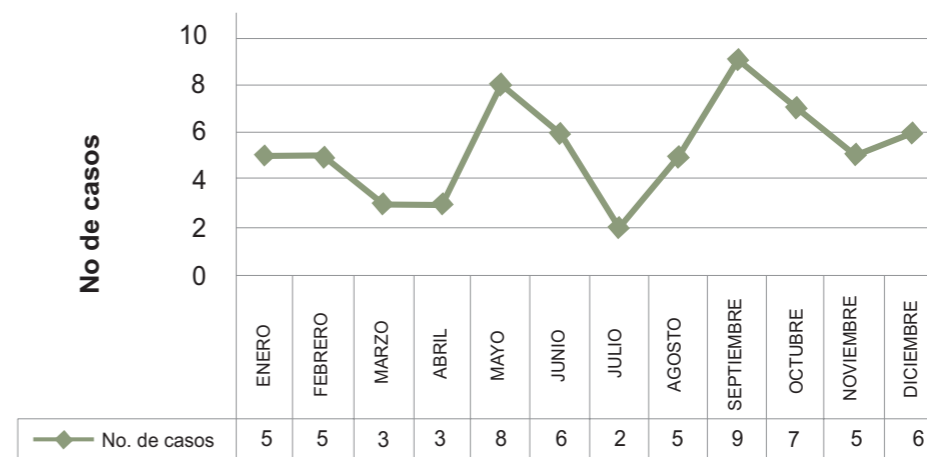
El trimestre en el que se presentó la mayor proporción de casos fue el cuarto, el cual registra 18 casos que corresponden al 28,12% del total de los casos notificados.

Se observa que la conducta suicida que en mayor proporción se notifica es el intento suicida con el 70,31% (45 eventos), seguido de la ideación suicida con el 29,68% (19).

### Tendencia de la notificación

En el gráfico 13 se puede observar que septiembre ha sido el mes en el que más casos se han notificado de conducta suicida, en segundo lugar se encuentra el mes de mayo. En el mes de julio se observa un descenso importante notificándose solo 2 casos.

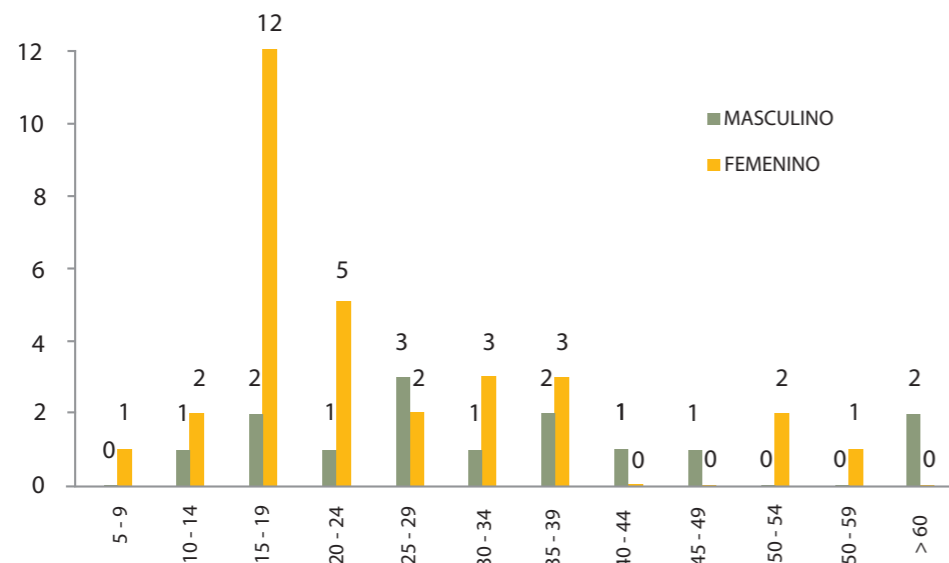
Gráfico 13. Tendencia de la Notificación de Casos de Conducta Suicida. Año 2010



Fuente: Sistema de vigilancia de la conducta suicida Hospital Chapinero. 2010

Para el año 2010, en lo relacionado a la distribución de los casos de conducta suicida por género y quinquenio, se observa que la mayor proporción de los casos notificados pertenecen al género femenino con el 68,8% del total de los casos. En cuanto a la edad, se observa que en el quinquenio de 15 a 19 años de edad se encuentran el 31,1% de los casos, con mayor representación en el sexo femenino.

Gráfico 14. Distribución de los Casos de Intento Suicida por Quinquenios y Género. Localidad Barrios Unidos. 2010



Fuente: Sistema de vigilancia de la conducta suicida Hospital Chapinero. 2010

### Sistema de Vigilancia del Maltrato – SIVIM

En el transcurso del año 2010, se notificaron 831 casos de violencias al Sistema de Vigilancia del Maltrato de Población Residente en la localidad de Barrios Unidos, de las cuales, el 62% (N=514) ocurrieron en el sexo femenino y el 28% (N=317) en el sexo masculino. Según el tipo de violencia, en ambos sexos se notificaron en mayor proporción violencias emocionales seguido de la negligencia o descuido. (Ver tabla 22).

Tabla 22. Distribución de tipos de violencia según sexo. Localidad de Barrios Unidos. Año 2010

TIPO DE VIOLENCIA	SEXO		TOTAL
	MACULINO	FEMENINO	
Física	34	74	108
Emocional	140	232	372
Sexual	9	33	42
Económica	10	19	29
Negligencia o descuido	105	122	227
Abandono	19	34	53
<b>Total general</b>	<b>317</b>	<b>514</b>	<b>831</b>

Fuente: Base de datos SIVM- SDS. Año 2010

Al analizar los casos notificados por tipo de violencia y por territorio de GSI de la localidad de Chapinero se encuentra lo siguiente:

La violencia emocional se notificó en el 45% de los casos. Los territorios con mayor proporción de

notificación en este tipo de violencia corresponden a Doce de Octubre y los Alcázares. El segundo tipo de violencia mayormente notificado corresponde a la negligencia o descuido y los territorios más vulnerables son los mismos que para la violencia emocional. (Ver tabla 23).

Tabla 23. Distribución de Tipos de Violencia según Territorios de GSI. Localidad de Barrios Unidos. Año 2010

TERRITORIO DE GSI	TERRITORIO 1	TERRITORIO 2	TERRITORIO 3	TOTAL	%	
TIPO DE VIOLENCIA	Doce de Octubre	Parque El Salitre	Los Alcázares	Los Andes		
Física	44		46	18	108	13%
Emocional	164	2	139	67	372	45%
Sexual	24		15	3	42	5%
Económica	9	1	13	6	29	3%
Negligencia o descuido	93	2	81	51	227	27%
Abandono	20	1	22	10	53	6%
<b>Total general</b>	<b>354</b>	<b>6</b>	<b>316</b>	<b>155</b>	<b>831</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos SIVM- SDS. Año 2010

# 2.

**2. ANÁLISIS DE LA  
DETERMINACIÓN SOCIAL  
DE LAS RELACIONES  
PRODUCCIÓN-CONSUMO-  
TERRITORIO-POBLACIÓN-  
AMBIENTE**

## 2.1 Producción

Las condiciones de producción de una sociedad, tales como las características de la producción, el empleo y la situación socioeconómica, repercuten de manera especial en el proceso salud-enfermedad. En consecuencia, repercuten también en el presente, en algunas formas de organización productiva y en las dinámicas que rodean la vida laboral de los habitantes de la localidad.

### 2.1.1 Organización social y productiva del trabajo en la localidad

Como se había referido anteriormente, el uso del suelo en la localidad ha ido cambiando a través de los años, sectores eminentemente residenciales, se han convertido en sectores comerciales e industriales crecientes. Por otra parte, las distintas manifestaciones de la llamada economía informal son sin duda, una respuesta a la crisis económica que vivimos hoy día, tanto a nivel distrital y nacional que demuestra la creatividad y la capacidad de acción de los sectores implicados. Sin embargo, el panorama que resulta de esta particular salida a la crisis es bastante desalentador. Ha propiciado grandes brechas laborales permitiendo la presencia de salarios por debajo del mínimo legal establecido, la competitividad baja en términos de productividad, la inestabilidad laboral y la contratación por obra o a destajo, las condiciones laborales sin protección a la integridad física y psicológica, para lo cual, las políticas públicas de desregulación y flexibilización tampoco parecen haber hecho nada por reinstitucionalizar las nuevas modalidades de empleo, sino que han tendido meramente a legalizar - y aun a fomentar - la precariedad en las relaciones laborales. Este es el caso del sector salud, donde la contratación se realiza a través de otros entes diferentes a las Entidades Prestadoras de Servicios en Salud, como lo son las empresas de temporales, antiguamente cooperativas de trabajo asociado e inclusive contratos a término definido por prestación de servicios, que no permiten que existan condiciones de empleo dignas ni continuidad laboral, pese a contar con la cualificación necesaria para laborar en el sector (profesionales técnico y tecnólogos, profesional universitario, profesional especializado, profesional magister, profesional doctorado). Por ello, la reformulación de las políticas laborales exige repensar -en términos de equidad, crecimiento y gobernabilidad mayores - las relaciones entre la sociedad civil y el Estado, así como el modelo de desarrollo económico y social.

#### 2.1.1.1 Indicadores de fuerza laboral

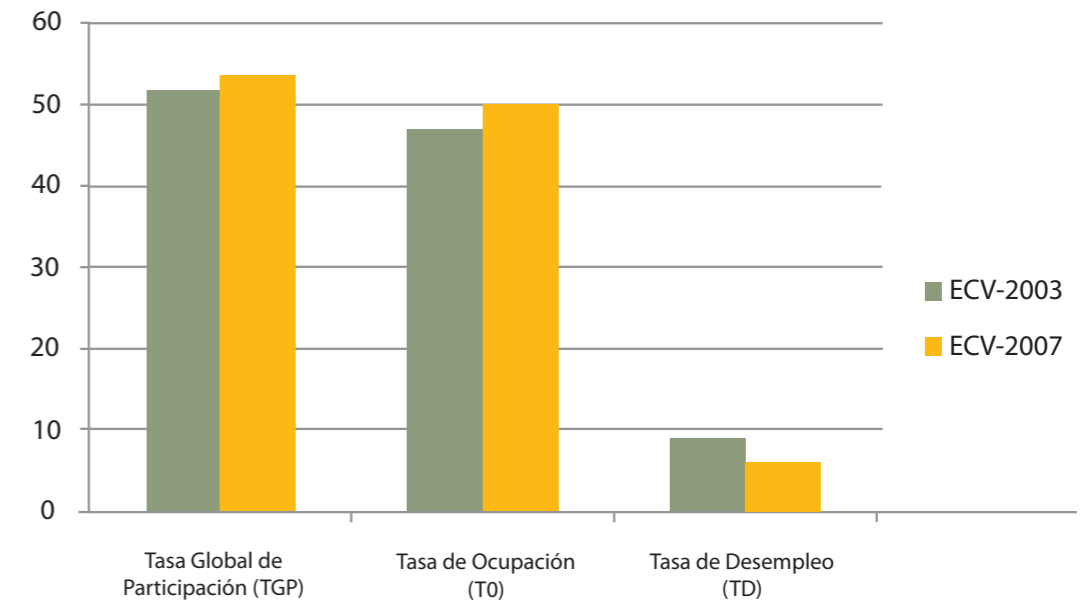
En cuanto a los indicadores de fuerza laboral, podemos mencionar que la Población en Edad de Trabajar<sup>48</sup> (PET) es de 200.429 habitantes, de la cual, la Población Económicamente Activa (PEA) corresponde a 107.459 personas, es decir, el 53.61% (Tasa Global de Participación -TGP). La población ocupada registra 100.625 habitantes, los cuales representan una Tasa de Ocupación (TO) del 50.2, y la población desocupada es de 76.834 habitantes, es decir, una tasa de Desempleo de 6.36%, cifra que corresponde a la quinta tasa más baja de desempleo a nivel distrital. Por grupo de edad, la mayor proporción de personas ocupadas se encuentra entre los 25 y 44 años de edad (TO 75.26), seguida del grupo de 45 y 64 años (TO 55.54), mientras la más baja participación la obtuvieron los menores de edad, entre los 10 y los 17 años (TO 3.74); presentando la mayor tasa de ocupación el hombre, con una TO de 58.74 (siendo un determinante de inequidad laboral en relación al género).

La localidad muestra una Razón de Dependencia Económica, de 41 personas por cada 100 económicamente productiva; al desagregar la dependencia podemos observar que 28 son menores y jóvenes menores de 15 años y 14 son adultos mayores de 65 años; la razón de dependencia se encuentra por debajo del estimado a nivel distrital.

Como observamos en el Gráfico 15, los tres indicadores tomados disminuyeron entre el 2003 y 2007, para la localidad de Barrios Unidos, la TGP aumentó en 1.9 puntos en el año 2007, la TO superó en el año 2007 en tres puntos la registrada en 2003, y la TD disminuyó en 3 puntos, lo cual puede evidenciar pequeños sesgos en la determinación y conceptualización de ocupación y desempleo. En Barrios Unidos, el 41% de la población es dependiente económicamente, cifra inferior al promedio

para Bogotá que es del 47%. Lo anterior indica que por cada 10 personas, seis están en edad productiva, lo que podría ser un indicador medianamente adecuado de sostenibilidad económica.

Gráfico 15: Indicadores de Fuerza Laboral ECV 2003-2007.



Fuente: DANE - SDP, Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007

Por tipo de trabajo realizado<sup>49</sup> en la localidad, de 100.624 habitantes ocupados, el 84% (84.553) tienen trabajo permanente, el 14.9% (14.985) lo tienen ocasional, el 1.1% (1.086) estacional, lo cual muestra un porcentaje importante de población (16%), que posiblemente no cuenta con los ingresos suficientes o permanentes para cubrir todas sus necesidades básicas.

#### 2.1.1.2 Actividades Económicas

En la localidad se pueden encontrar<sup>50</sup> 11.685 establecimientos de diferentes actividades económicas; aproximadamente 7.800 (65%) corresponden a industria manufacturera, depósitos, talleres (mecánicos, eléctricos, ornamentación, fabrica y refacción de muebles en madera y metálicos, dobladoras, cortadoras de lámina, soldaduras especiales), imprentas, editoriales, estaciones de servicio, plantas de lavandería, hoteles, hospedaje, moteles, teatros, piscinas, almacenes de diversa índole (bancos, oficinas, salones de belleza, etc.), complementados con restaurantes, cafeterías, heladerías, comidas rápidas, tiendas, graneros, supermercados. La mayoría cuenta con 4 y 10 trabajadores. Muy pocas tienen más de 50 empleados. Se observan establecimientos que trabajan a puerta cerrada sin identificación comercial.

La actividad socioeconómica de la localidad se distingue por la presencia de talleres de mecánica y latonería y pintura, principalmente en los territorios Andes (Barrio Rionegro) y Alcázares (Barrios 7 de Agosto, Once de Noviembre principalmente), sectores éstos con gran repercusión sobre la invasión del espacio público, pues utilizan andenes y calles para el desarrollo de sus labores. Este sector tiene especial repercusión sobre la salud de residentes y trabajadores por la exposición a solventes (pinturas y químicos utilizados en este sector sin protección alguna para minimizar los riesgos).

49 Secretaría Distrital de Planeación SDP. Bogotá Ciudad de Estadísticas, Boletín No. 9, Julio de 2009

50 Hospital Chapinero ESE. Diagnóstico Local en Salud de Localidad Barrios Unidos. 2007-2008

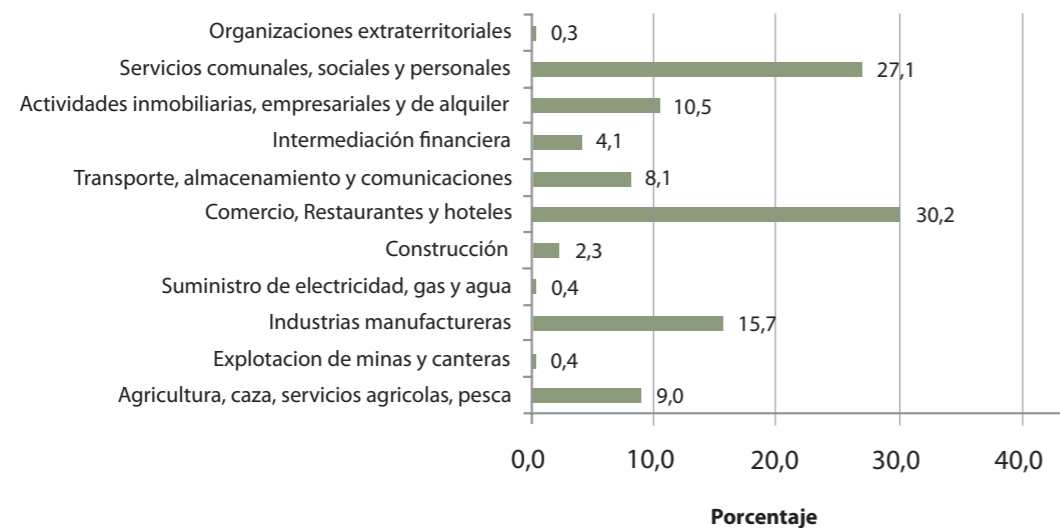
48 DANE-SDP. 2007. Op. Cit.



### 2.1.2 Condiciones de trabajo y su impacto a trabajadores y población circundante

Las distintas manifestaciones de la llamada economía informal son sin duda, una respuesta a la crisis que demuestra la creatividad y la capacidad de acción de los sectores implicados. Sin embargo, el panorama que resulta de esta particular salida a la crisis es bastante desalentador. Salarios por debajo del mínimo legal establecido, competitividad baja en términos de productividad, inestabilidad laboral y contratación por obra o destajo, generan condiciones laborales sin protección a la integridad física y psicológica. Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2007, Barrios Unidos es la localidad que tiene un mayor porcentaje de patrones o empleadores. Respecto a la posición ocupacional de los empleados que viven en la localidad, el 47.2% son empleados particulares, el 6.8% profesionales independientes, el 29.3% trabajadores por cuenta propia, el 12,2% patrones o empleadores, y el 3.4% empleados domésticos. Siendo la posición ocupacional predominante la de asalariado de una empresa privada. Sin embargo, hay que resaltar que Barrios Unidos concentra un número importante de empleadores, situación que también explica el porcentaje de población flotante en la localidad, aproximadamente de un millón de personas.

Gráfico 16: Distribución de Población Ocupada por Rama de Actividad. Barrios Unidos. 2007



Fuente: DANE-SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007

En el Gráfico 16 se observa la distribución de población por rama de actividad económica, siendo la rama de comercio, restaurantes y hoteles la que más población ocupa en la localidad con el 30,2%, seguida de los servicios comunales, sociales y personales con el 27,1%.

Una problemática que se ha evidenciado en la localidad es la presencia de un número importante de vendedores ambulantes, incluyendo al menor trabajador, que se ubican principalmente sobre las vías cercanas a los semáforos, ofreciendo productos a los ocupantes de vehículos, o la "limpieza" del parabrisas o las farolas, o pidiendo limosna, mientras el conductor espera el cambio del semáforo. Esta situación ocasiona mayor congestión por disminución del flujo vehicular.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos desde el Ámbito Laboral del Hospital Chapinero durante el 2010, frente a la caracterización de 171 Unidades de Trabajo Informal (UTI) distribuidas de la siguiente forma: 40 marroquinerías ubicadas en el barrio Siete de Agosto, 44

expendios de carne en los barrios Siete de Agosto, Doce de Octubre, Gaitán y Rionegro y 87 montallantas de Alcázares, Andes y San Fernando<sup>53</sup>.

Se hizo una descripción de la población trabajadora en cuanto a participación por sexo, etapa de ciclo vital; condiciones de empleo, tipo de contrato, afiliación a Seguridad Social, tipo de riesgos por exposición y condiciones socioeconómicas como estrato, nivel educativo y de ingresos:

**Montallantas:** Se realizan labores muy diversas: reparaciones mecánicas o eléctricas de vehículos, servicio de mantenimiento, lavado, engrase, sincronizado, reparación de neumáticos, sistemas de frenos, cambio de aceite.

**Marroquinerías:** Involucra el diseño y desarrollo de productos como bolsos, carteras, cinturones, indumentaria, y el manejo de materias primas (cuero, materiales sintéticos y textiles) e insumos (adhesivos, accesorios como cremalleras, hilos y herrajes)

**Expendios de carne:** En estos establecimientos se deben desarrollar diferentes actividades al mismo tiempo, como cortar, empacar, recibir dinero; es una actividad económica que exige normas básicas de orden y aseo, curso de manipulación de alimentos y asepsia de manos constantemente

- **Características generales:**

En las tres clases de UTI se observó un total de 354 trabajadores, en los cuales predomina el sexo masculino; en los montallantas la fuerza laboral masculina es de un 88%, las mujeres se dedican a la parte administrativa; en las marroquinerías, a pesar de existir un porcentaje más alto de hombres, las mujeres ocupan un papel importante en la parte de diseño, confección y costura (Tabla 24).

Tabla 24: Población Intervenida en Barrios Unidos, según Sexo y Tipo de UTI, año 2010

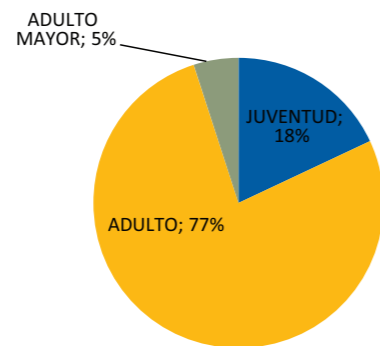
Tipo de establecimiento	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total
Montallantas	147(88)	19(12)	166
Marroquinería	48(56)	37(44)	85
Expendios carne	61(59)	42(41)	103

Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral Hospital Chapinero ESE. 2010.

Según distribución por etapa de ciclo vital, como se puede observar en el Gráfico 17, el grupo que predomina es el adulto, etapa productiva donde se busca satisfacer necesidades básicas a nivel personal y familiar.

53 Documento Diagnóstico de las condiciones laborales. Localidad Barrios Unidos. Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010.

Gráfico 17. Distribución de la Población por Etapa del Ciclo Vital en UTIS Intervenidas. 2010



Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010.

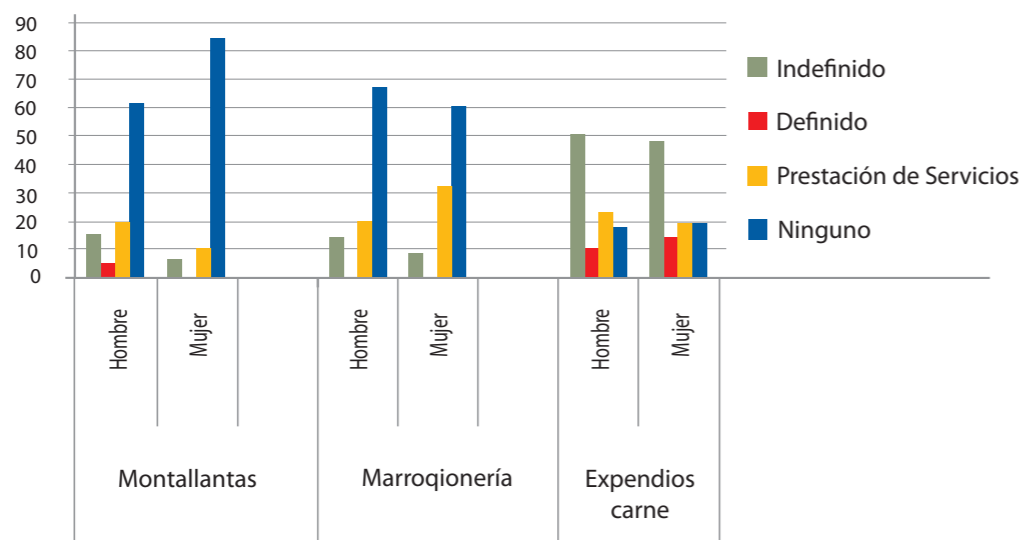
- **Determinantes de calidad de vida y salud**

**Condiciones de empleo:**

Tipo de contrato: En montallantas y marroquinerías la mayor parte de las y los trabajadores no tienen ningún tipo de contrato, lo que genera inestabilidad laboral. Caso contrario sucede en los expendios de carne, en los que predomina la vinculación a término indefinido. (Gráfico 18).

En los montallantas se presenta inequidad de género, ya que el 84% de las mujeres no tiene ningún tipo de contrato, frente a un 61% de los hombres.

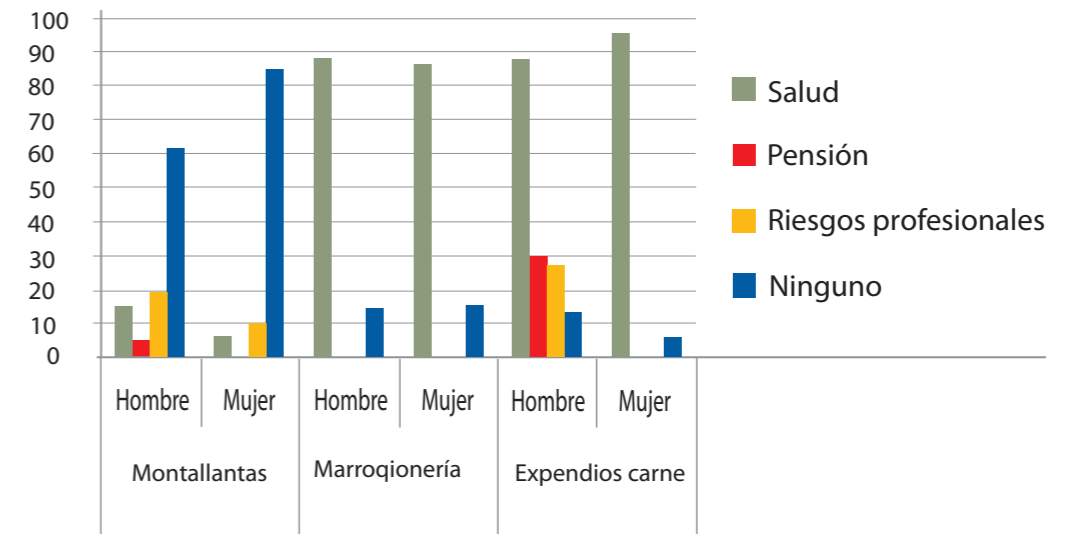
Gráfico 17: Tipo de Vinculación por Género en UTI Intervenidas. 2010.



Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010.

Afiliación a seguridad social: tanto en hombres como mujeres existe un buen porcentaje de afiliación a salud (desde 84% hasta 95%), no siendo así en pensiones ni riesgos profesionales; en los expendios de carne se presentan unos datos considerables en cuanto a pensión y riesgos profesionales: 29% y 26% respectivamente (Gráfico 19).

Gráfico 18: Afiliación a Seguridad Social en UTI Intervenidas. 2010.



Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010.

En general, los y las trabajadoras sienten que no es una prioridad la afiliación a Pensiones y Riesgos Profesionales, pues consideran muy alto el costo de los aportes e ignoran los beneficios de pertenecer a un fondo de pensiones y a una administradora de riesgos profesionales. A las personas que no están afiliadas se les debe sensibilizar sobre la participación activa que deben asumir en el proceso de salud en su trabajo y canalizarlos a los diferentes servicios.

Tipo de exposición: Cada unidad tiene un riesgo inherente a las actividades que realizan. Los montallantas conllevan riesgo físico por ruido y levantamiento de cargas pesadas, así como químico por solventes; en marroquinerías la deficiente iluminación, la exposición a material particulado generado en el proceso de corte y confección, y la exposición a químicos como pegantes; en expendios de carne, el ruido y los cambios bruscos de temperatura, así como la humedad y las lesiones en mano por cortaduras, además de que son los únicos con riesgo biológico por el contacto con tejidos animales.

Los factores comunes a todas son las posturas inadecuadas, el exceso en cargas físicas que generan problemas osteomusculares, la permanencia de pie o sentado durante muchas horas al día, el riesgo de accidentes por obstáculos en el sitio de trabajo, y el riesgo psicosocial por inestabilidad laboral, baja remuneración, largas jornadas de trabajo y estrés por presión del público, como se presenta en la Tabla 25.

Tabla 25. Factores de Riesgo según Unidad de Trabajo, Barrios Unidos.

Unidad de trabajo	Riesgo físico	Químico	Biológico	Psicosocial
Montallantas	Ruido por vehículos y máquinas, incendio, cargas pesadas, y posturas inadecuadas	Líquido frenos, ácido baterías, solventes	NO	Jornadas extensas
Marroquinería	Inadecuada iluminación y ventilación Material particulado e incendio	Bóxer, solución de caucho	NO	Inestabilidad laboral
Expendios de carne	Ruido, temperaturas extremas, cargas pesadas, posturas inadecuadas, electrocución	NO	Contacto con virus, bacterias y parásitos	Tareas repetitivas, estrés por atención al público en horas concurridas

Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010

Accidentes de trabajo: los riesgos que se originan durante la jornada se consideran como una situación normal dentro de las actividades, por ello su bajo reporte. Los tipos de accidentes son cortadas, golpes y caídas en hombres; no hay ninguno reportado en las mujeres. Las lesiones se presentan por no usar los elementos de protección personal y la falta de cultura de auto-cuidado. (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Reporte de Accidentes de Trabajo, en UTI de Barrios Unidos, 2010.

Accidente	Montallantas		Marroquinerías		Expendios de carne	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cortadas	1	0	2	0	4	0
Golpes	2	0	0	0	2	0
Caídas	0	0	0	0	1	0
<b>Total</b>	3	0	2	0	7	0

Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010

Enfermedad profesional: Los síntomas de enfermedad profesional se confunden en muchas ocasiones con enfermedad común, y por ello son motivo de consulta para medicina general.

Las enfermedades osteomusculares se presentan por posturas inadecuadas y carga física. La enfermedad respiratoria en trabajadores de expendios de carne es debida a condiciones de humedad y temperaturas bajas (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Reporte de Enfermedades Profesionales, en UTI de Barrios Unidos, 2010.

Sistema	Montallantas		Marroquinerías		Expendios de carne	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Osteomuscular	8	0	1	2		3
Neurológico			1			
Respiratorio					1	
<b>Total</b>	8		4		4	

Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral Hospital Chapinero ESE. 2010

### Condiciones socioeconómicas:

Estrato: los mayores porcentajes se ubican en estrato 3, seguido por los estratos 2 y 1 y, por último, el estrato 4.

Nivel educativo: Las personas, en su gran mayoría, han alcanzado el nivel de bachillerato; dos hombres trabajadores en montallantas y marroquinería no tienen ningún tipo de instrucción; entre el 4% (montallantas) y 13% (marroquinerías) de la población encuestada, tuvo acceso a educación universitaria.

Nivel de ingresos: El 42% de las mujeres que trabajan en montallantas y el 52% en expendios de carne reciben menos de un salario mínimo; el resto de la población tiene entre 1 y 2 salarios. Llama la atención que en los montallantas el 21% de las mujeres gana más de 3 salarios mínimos.

Con los niveles de ingresos mensuales de menos de un salario no se alcanzan a cubrir las necesidades básicas, teniendo en cuenta a una población que, en su mayoría, habita en estrato 3; esto hace que laboren jornadas de trabajo adicionales, situación que se observa especialmente en el sexo femenino.

#### 2.1.2.1 Menores Trabajadores

- Jóvenes entre 15 y 18 años trabajadores

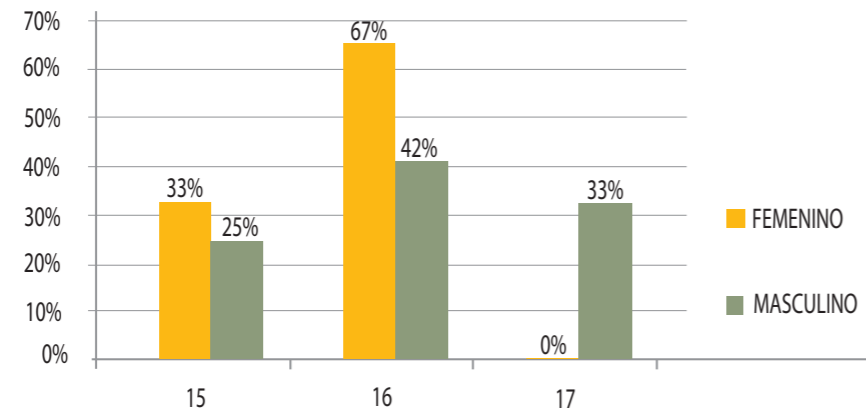
El proceso de identificación, caracterización, canalización y atención desde el ámbito laboral se realizó con 15 jóvenes trabajadores (3 mujeres y 12 hombres), a través de búsqueda activa, en espacios distintos a la escuela y en las UTI (Unidades de Trabajo Informal) intervenidas por el Hospital Chapinero.

Los adolescentes trabajadores se encuentran ubicados en el territorio Alcázares, vinculados al sector informal de venta en plazas de mercado, ayudantes de talleres de mecánica y marroquinerías; en el territorio Andes (Barrios Andes y Rionegro) se observa la participación en domicilios, venta ambulante, y apoyo en negocios familiares.

Al extraer la información del siguiente gráfico se establece una mayor participación de jóvenes trabajadores de 16 años, seguido por el grupo de 15 años y, por último, los jóvenes de 17 años. Según distribución por sexo, se observa que la población masculina es aquella con mayor presencia en el mercado laboral (Ver Gráfico 20).



Gráfico 19: Porcentaje de Jóvenes Trabajadores, entre los 15 y 17 años, según Género, en Barrios Unidos durante el año 2010.



Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010

**Razones para trabajar:** Colaborar con los negocios familiares, aportar para los gastos de la casa y obtener dinero para satisfacer sus necesidades; otros lo consideran una herramienta para su proyecto de vida.

**Condiciones de vulnerabilidad:** Un niño se encuentra vinculado a la peor forma de trabajo infantil, al exceder el tiempo de dedicación, vulnerando de manera sistemática su derecho a la educación.

**Tipo de familia:** Predomina la extensa, en la que se alteran los roles de la familia, teniendo en cuenta que son tíos, tías, abuelos o abuelas los que asumen el cuidado de los niños, debido a que los padres trabajan la mayor parte del tiempo. En un segundo nivel de importancia se encuentra la familia nuclear, en la que se comparten responsabilidades económicas por parte de los dos padres para la manutención y sostenimiento de los hijos. La situación económica hace que los jóvenes ayuden en los ingresos familiares. Hay una niña con familia mono-parental y jefatura femenina.

**Aseguramiento:** La mayor parte de los jóvenes (ocho hombres y una mujer) y sus familias, pertenecen al régimen subsidiado. De los 12 jóvenes, uno no tiene ningún tipo de vinculación; de las 3 mujeres, hay una sin afiliación. En estos casos se brinda la asesoría para que los padres, madres y/o cuidadores realicen la gestión en el aseguramiento de la salud de sus hijos, teniendo en cuenta que el programa liderado por el Hospital Chapinero responde de manera efectiva a metas reales de restitución de derechos, y en este caso al de la salud.

En cuanto a pensiones y riesgos profesionales, el 100% no está afiliado, lo que evidencia que existe desconocimiento de la norma frente a la garantía total de derechos de los adolescentes trabajadores y la ausencia de condiciones de trabajo protegido.

**Escolaridad:** 67% de escolarización y un 33% de desescolarización. La principal causa de no estar estudiando, es la falta de recursos. Como se encuentran fuera de edad para culminar su formación básica, necesitan de colegios que brinden procesos de validación en forma gratuita o a bajos costos.

**Condiciones laborales:** En la elaboración de productos alimenticios, 4 hombres se encuentran expuestos a factores de riesgo psicosocial por los turnos de trabajo, y la incertidumbre sobre sus ingresos, puesto que dependen en gran parte de las propinas; a ello se añaden otros factores de tipo físico, como el ruido, cargas físicas y posturas inadecuadas.

**Venta, mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas:** Prevalecen los riesgos químicos al estar expuestos constantemente a emisiones de monóxido de carbono y otras sustancias, además del riesgo locativo, las cargas físicas, el riesgo físico por el ruido y los riesgos mecánicos al manejar gran variedad de herramientas sin las medidas de seguridad necesarias. Las tres mujeres se dedican al servicio doméstico, la instalación de vidrios y otros servicios

**Salario:** Existen varias formas de pago, con dinero y en especie (alimentación y vivienda). Es evidente el desconocimiento de la legislación en cuanto al derecho de un salario acorde con la actividad desempeñada y proporcional al tiempo trabajado para los jóvenes entre 15 y 17 años.

- Niños y niñas trabajadores

Durante el trimestre julio–septiembre de 2010 se dio por terminado el proceso de identificación, caracterización y canalización de 147 niños y niñas trabajadores (NNT), a través de la intervención del Área del Hospital Chapinero y se establece el primer contacto con los padres, madres y/o cuidadores, a través de las intervenciones familiares, con el propósito de sensibilizar en la prevención del trabajo infantil de los niños y niñas pertenecientes a la localidad de Barrios Unidos, y así lograr la desvinculación efectiva de las actividades económicas y la restitución de las condiciones de salud, educación y tiempo libre.

Los niños y niñas trabajadores (NNT) se encuentran ubicados en varios territorios de la localidad: en Andes (Barrios Los Andes y Rionegro) en venta ambulante, cabinas telefónicas y restaurantes; en el territorio Doce de Octubre (barrios 12 de Octubre, Jorge Eliécer Gaitán, San Fernando y Simón Bolívar), en fábricas de muebles, y en la Plaza de Mercado del 12 de Octubre, y en el territorio Alcázares (Barrios Benjamín Herrera, Chapinero Noroccidental, La Paz, Los Alcázares y Siete de Agosto) en almacenes especializados en la compra y venta de repuestos para automóvil y comercio de alimentos en la Plaza del Siete de Agosto y, por último, la UPZ 103 Parque el Salitre (Barrio El Rosario) donde se evidencia la venta ambulante.

Las razones por las cuales trabajan los niños y las niñas son ingresos insuficientes o inestables y las creencias que favorecen el trabajo infantil como formador de valores y de seres productivos para su familia. Los niños en condición de vulnerabilidad son 5, cuyas familias son desplazadas.

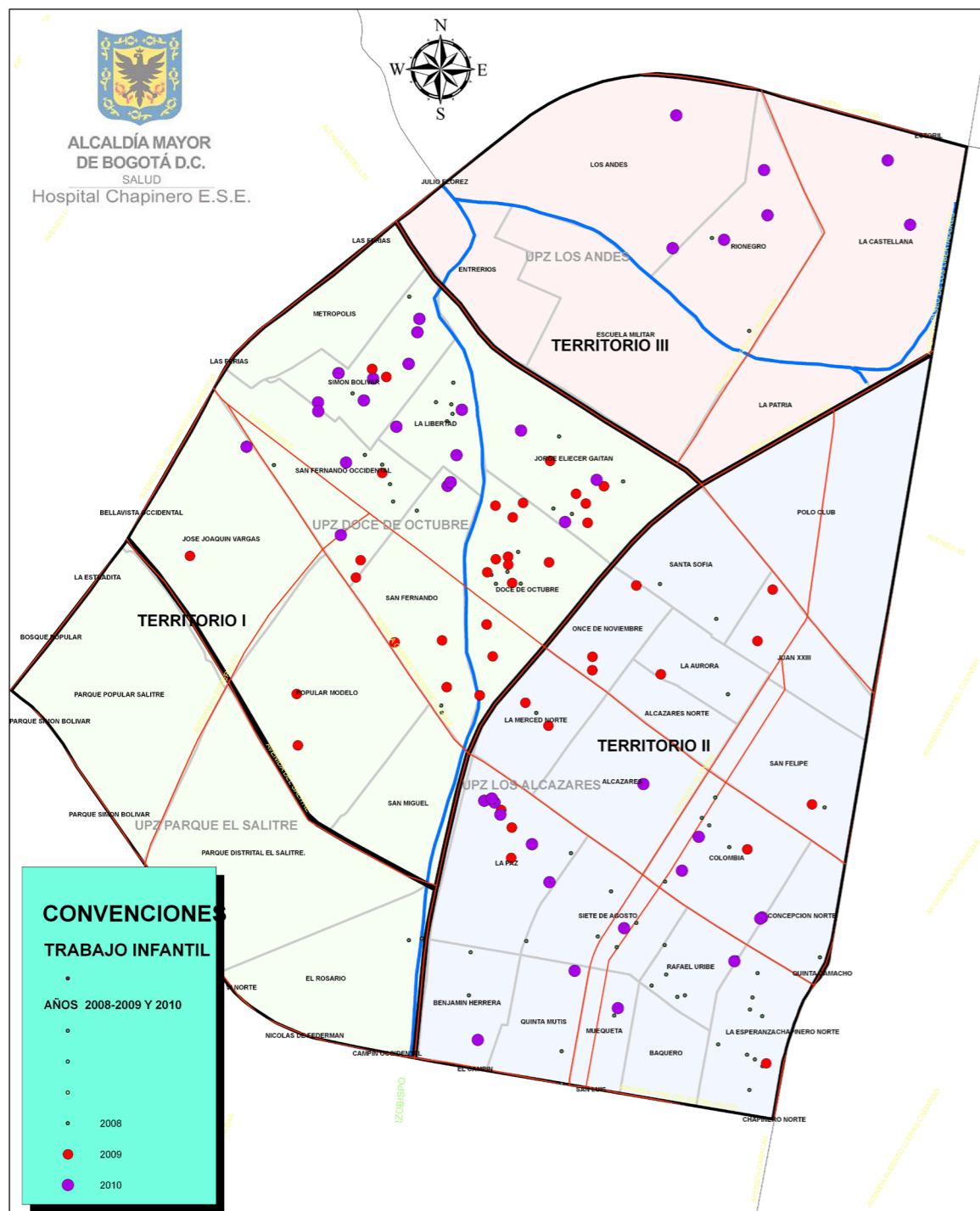
**Afiliación a salud:** El 98% de los niños y niñas están afiliados a salud.

**Escolarización:** El 98% está estudiando, el 2% restante no estudia por falta de dinero y por inexistencia de cupos. Ante esta situación se realiza el proceso de canalización para la búsqueda de cupo en una institución educativa ante la Dirección Local de Educación (DILE).

**Remuneración:** El 95% de la población no recibe retribución económica, ya que trabajan con los padres o abuelos.

A continuación se presenta el mapa de la distribución espacial de los niños y niñas intervenidas desde el Ámbito Laboral Hospital Chapinero. (Ver Mapa 9).

Mapa 9: Distribución espacial de niños y niñas intervenidos desde el Ámbito Laboral Hospital Chapinero. 2010.



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de base de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

• **Peores formas de trabajo infantil:**

Se observan principalmente en plazas de mercado, debido a los riesgos por posturas y esfuerzos en la realización de la tarea (Resolución 1677 del 2008). (Ver Tabla 28)

Tabla 28: Peores Formas de Trabajo Infantil presentes en Barrios Unidos.

ACTIVIDADES	Femenino	Masculino
D04 - Ayudantes en plazas de mercado (alastamiento de verduras)	16	10
G02 - Mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas	0	4
G03 - Comercio de partes, piezas (auto partes) y accesorios (lujos) para vehículos automotores	2	1
G06 - Aprendiz de mantenimiento y reparación de automotores	1	3
G08 - Comercio al por menor con surtido de alimentos (víveres en general), bebidas y tabaco	2	5
H10 - Repartidor de domicilios	0	2
N05 - Cuidadores de otras personas menores	1	0
N06 - Cuidadores de otras personas mayores	1	1
P01 - Hogares privados con servicio domestico	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>28</b>

Fuente: Diagnóstico Ámbito Laboral. Hospital Chapinero ESE. 2010

Las intervenciones de tipo psicosocial desde el Ámbito Laboral buscan, en un futuro, erradicar los casos de peores formas de trabajo infantil en las plazas de mercado del sector. La propuesta es continuar esfuerzos en la atención oportuna y las respuestas institucionales en la ocupación del tiempo libre, ya que la comunidad ha generado soluciones, pero de poco impacto, por la falta de apoyo en programas como jornadas alternas, en los territorios de Doce de Octubre y Siete de Agosto donde están ubicadas las plazas de mercado.

La mendicidad, considerada un delito desde la Ley de Infancia y Adolescencia del 2006, pero débilmente incluida en el convenio 182 y la resolución 1677 del 2008, ha permitido interpretaciones que la dejan fuera de las peores formas de trabajo infantil. Fue priorizada este año por la Mesa de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil de esta localidad, en la conmemoración del día internacional en contra de esta actividad. A pesar de ello, es lamentable la baja respuesta institucional en casos crónicos, en familias con bajo nivel socioeconómico y en población indígena.

**2.2 Consumo**

Las condiciones de calidad de vida de la población están definidas por su capacidad para acceder a los bienes y servicios, y están dadas por el poder adquisitivo de los recursos disponibles del hogar, destinando la totalidad de los ingresos para el consumo, o por la combinación de bienes, servicios y ahorro que se podría alcanzar si se decidieran a consumir e invertir los recursos. Barrios Unidos es una localidad de grandes contrastes y desigualdades sociales y económicas; uno de los indicadores que nos permite evidenciar esto es el Coeficiente de GINI, el cual marca la desigualdad, que pasó de estar en 0.48 en el año 2003 a 0.52 en el año 2007.

Por otro lado, el Índice de Condiciones de Vida (ICV) que mide el estándar de vida mediante la combinación de variables de capital humano, con variables de acceso potencial a bienes físicos y con variables que describen la composición del hogar, nos muestra una evolución significativa en acceso y calidad de los servicios y en educación y capital humano, por lo cual, presentamos un ICV de 92.46; es decir que la localidad de Barrios Unidos es la quinta con las mejores condiciones de

calidad de vida en el Distrito (sin mostrar cambios significativos con el año 2003). Así mismo, el Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU), que busca medir desde la perspectiva de la aglomeración urbana cuatro componentes: (1) Ingreso disponible para la ampliación de las capacidades, (2) Sobrevivencia de los niños menores de un año, (3) Tiempo de movilidad y equipamientos locales, y (4) Cobertura educativa, según el informe de desarrollo humano de 2008<sup>54</sup>, la localidad presenta niveles favorables, por encima de los de Bogotá, con un Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU) de 0.86, presentando buenos niveles en los indicadores de ingreso disponible y de sobrevivencia de niños menores de un año.

En la localidad Barrios Unidos se ubican 68.494 hogares, de acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2007, de los cuales, según su percepción sobre poder adquisitivo del ingreso en el hogar, el 18.3% cree que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, el 56.2% refiere que sólo alcanza para cubrir los gastos mínimos, y el 25.4% cubre más que los gastos mínimos. Si la comparamos con lo evidenciado en la ECV del año 2003, podemos mencionar que ha disminuido la percepción de no cubrir gastos con ingresos, y la de alcanzar a cubrir los gastos mínimos, mientras que aumentó la proporción de las personas que piensan que cubren más de lo mínimo, lo cual nos puede hacer pensar que han mejorado las condiciones económicas de la población encuestada. Así mismo, pasó de percibirse en condición de pobreza el 33.5% de los hogares en el año 2003 al 30.9%, lo cual sería coherente al observar los ICV e IDUH favorables desde el punto de vista económico.

En relación a las carencias que tienen los hogares en ciertos bienes y servicios que se consideran básicos para su subsistencia, medidos por los Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas, podemos mencionar que, a nivel local, el 3.5% de los hogares se encuentra en condición de pobreza; son datos similares a lo encontrado en Bogotá, lo que corresponde a 5% de la población en pobreza (11.543 personas). De acuerdo con los factores que determinan el NBI, podemos mencionar que el 2% de los hogares vive en hacinamiento crítico, el 0.5% presenta vivienda inadecuada, el 0.4% ha presentado inasistencia escolar y el 0.7% tiene alta dependencia económica.<sup>55</sup> Si comparamos estos datos con los observados en la ECV del 2003, vemos que tanto los hogares como la población en condición de miseria desaparecieron a nivel local; sin embargo, aumentaron las personas en condición de pobreza, pasando de 10.845 personas en el 2003, a 11.543 en el año 2007. Si bien los indicadores de calidad de vida como IDHU e ICV son favorables en la localidad, no podemos dejar evidenciar claramente que las condiciones de vida, con relación a las necesidades básicas, han desmejorado dentro de la localidad, afectando a la población vulnerable socioeconómicamente, donde no sólo cuenta la distribución del gasto sino las formas de producción que tengamos a nivel local, y como ya referimos, las políticas de flexibilización laboral perjudican el ingreso permanente de los habitantes locales y distritales, lo cual ha permitido modificar la distribución del gasto familiar, que aunque presenta unos mínimos razonables de supervivencia, no garantiza que se cubran las necesidades básicas.

### 2.2.1 Caracterización de viviendas

En la localidad de Barrios Unidos se encuentran ubicadas 55.772 viviendas, donde habitan 64.936 hogares (promedio de hogares por vivienda de 1.16); el 65.97% de las viviendas se encuentran clasificadas como estrato socioeconómico medio bajo, y, el 30.26% de los hogares se encuentran clasificados como estrato medio (Ver Tabla 29). El número de viviendas aumentó en un 4.7%, entre los años 2006 y 2009, así como el número de hogares (4.7%)<sup>56</sup>, presentando durante el año 2009 en promedio 4.1 personas por vivienda y 3.6 personas por hogar, datos que se encuentran ligeramente por encima de lo observado en el distrito.

Según el Censo DANE 2005, en la localidad Barrios Unidos el tipo de vivienda con mayor proporción es el apartamento (50%), lo cual está directamente relacionado con la actividad edificadora de la zona, seguido de la vivienda tipo casa (38.7%); el 11.4% de hogares habita en cuartos (inquilinos)<sup>57</sup>. Este último tipo de vivienda se encuentra especialmente ubicado en el territorio Doce de Octubre-Los Alcázares.

Tabla 29: Estratificación Socio-económica, según Número de Viviendas y Hogares, por UPZ, 2009

UPZ	Sin estrato		Bajo-Bajo		Bajo		Medio-Bajo		Medio		Medio-Alto		Alto		Total	
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
Los Andes	13	6					4177	4677	4765	5490	1905	2150			10860	12323
Doce de Octubre	67	63					14597	17673	9072	10363					23736	28099
Los Alcázares	113	138					17324	19703	3041	3622					20478	23463
Parque Salitre	3	2					695	1049							698	1051
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>209</b>					<b>36793</b>	<b>43102</b>	<b>16878</b>	<b>19475</b>	<b>1905</b>	<b>2150</b>			<b>55772</b>	<b>64936</b>

Fuente: SDP, Bogotá Ciudad de Estadísticas, Boletín No. 7, Mayo 2009

En relación a la tenencia de la vivienda, se encuentra el porcentaje más alto de hogares cuya vivienda es propia-totalmente pagada (45.5%) a nivel distrital. Otros tipos de tenencia de vivienda que se destacan son las viviendas en arrendamiento con un 35.7% de participación, propia-la están pagando 14.4%, y en usufructo el 13%.

### 2.2.2 Disponibilidad de servicios públicos

En cuanto a la cobertura de los servicios públicos, según censo DANE 2005, el 91.3% de la población tiene energía eléctrica, el 99.3% acueducto, el 66.3% gas natural y el 89.5% teléfono. Los servicios, de acuerdo con la localidad, son de buena calidad (según la comunidad) exceptuando el alumbrado público. Adicionalmente, la red eléctrica y sus transformadores están deteriorados por su antigüedad y falta de mantenimiento, aunque la cobertura aumentó entre 1993 y 2005, un 2.6% en energía y 4.3% en alcantarillado.

Sin embargo, la red de alcantarillado reviste una problemática que se centra en el cuerpo de agua del río Salitre y en las inundaciones excepcionales de algunos barrios en épocas de lluvias torrenciales. Las aguas servidas se vierten directamente a los cuerpos de aguas canalizados que desembocan al río Salitre, generando degradación de este cuerpo de agua y del ambiente. Se ha disminuido la capacidad del canal por el vertimiento de basuras de origen comercial y residencial, así como por recicladores e indigentes que utilizan el canal para arrojar desechos. La comunidad no evidencia un plan de mantenimiento y aseo de canales por la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), lo cual implica falta de dragado, remoción de lodos y crecimiento de vegetación. No obstante, es conveniente anotar que la EAAB llevó a cabo la construcción de reforzamiento en concreto y piedra en la vega de los mismos, así como el mantenimiento periódico de los canales, con el fin de evitar la poda de césped, lo cual implicaba serios riesgos ocupacionales, disminuyendo la población de roedores y evitando la posibilidad de taludes.

En relación a la recolección de basuras, al 91% de las viviendas le prestan el servicio de manera adecuada. Sin embargo, se presentan serias deficiencias en el servicio en plazas del mercado (a las cuales acude población de todo el Distrito), los separadores de las avenidas, el canal del Río Salitre —especialmente en el tramo entre calles 72 y 80— y los barrios Siete de Agosto, Doce de Octubre, San Fernando e Inmaculada. En conclusión, el problema de basuras y contaminación

54 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD Colombia. Bogotá, una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano. 2008

55 DANE-SDP.2007. Op. Cit.

56 Secretaría Distrital de Planeación SDP. Ciudad de Estadísticas Bogotá, Boletín No. 7, Julio 2009, cuadro 14

57 DANE-SDP.2007. Op. Cit.

amerita realizar estudios que permitan cuantificar la situación y definir planes de manejo eficaces y permanentes.

Es importante mencionar que, a nivel distrital, es la localidad que presenta mayores gastos en servicios públicos, con un promedio \$175.348 m/corriente, siendo los servicios que más aportan a este gasto el teléfono fijo y la electricidad.

### 2.2.3 Seguridad Alimentaria y Nutricional

En esta sección se abordará la Seguridad Alimentaria desde los ejes de la política nacional y distrital.

#### 2.2.3.1 Disponibilidad

Dadas las características de la localidad, donde predominan los estratos medios y altos, los almacenes tienen amplia participación en el mercado. Sin embargo, se cuenta con tiendas de barrio para suministrar alimentos a estratos medios y bajos. Pese a contar con dos plazas de mercado, la del Siete de Agosto y la del Doce de Octubre, en donde se concentran todo tipo de establecimientos comerciales, en el análisis de la percepción del derecho a la alimentación realizado por el equipo de gestión local de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), los vendedores de la plaza Doce de Octubre refieren un deterioro de las condiciones de comercialización y venta de sus productos (frutas y hortalizas), debido a los monopolios entre mayoristas y almacenes de cadena, lo cual hace que se encarezcan sus productos y queden en desventaja frente a ellos.

Los productos que allí se expenden provienen de grandes centros de abastecimiento como Paloquemao y la Central de Abastos. También existe gran cantidad de establecimientos de carácter familiar, donde preparan y expenden alimentos. Además, hay fábricas de alimentos de diversa índole que poseen su propia red de distribución, los cuales representan el 35% del total del comercio. Según el Diagnóstico Local de Salud con Participación Social (2007), en términos generales, los habitantes acceden fácilmente a los alimentos de consumo básico. No obstante, prevalece el consumo de productos más económicos, dando prelación al consumo de carbohidratos, seguido de grasas y por último de proteínas.

Se pueden observar problemas en el abastecimiento, como la existencia de dos plazas de mercado que podrían calificar para plataformas logísticas para la implementación del Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos; pero estos lugares están subutilizados y su infraestructura es precaria. Además, falta articulación entre las entidades, instituciones y comerciantes que ofrecen apoyo alimentario, para acceder y asistir proyectos en torno al abastecimiento, desconocimiento de la oferta alimentaria de la localidad en el plano comercial y falta de fomento de acciones sociales con la industria alimentaria. De las anteriores consideraciones se puede concluir que debido a la falta de caracterización de la oferta alimentaria comercial, se dificulta la implementación y puesta en marcha del Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos de Bogotá en la localidad, lo cual se ve reflejado en que los alimentos siguen siendo costosos y que debido a un manejo inadecuado se produce mucho desperdicio.<sup>58</sup>

#### 2.2.3.2 Acceso

Dada la estrecha relación que existe entre pobreza, hambre y desnutrición, los indicadores socioeconómicos se convierten en un aspecto relevante en el momento de contextualizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de una población. Se muestran estos indicadores a continuación. Es importante tener en cuenta que, según la ECV 2007, los hogares con condiciones actuales de vida regulares alcanzan un 24.4%, y en condiciones malas el 1.2%. Los hogares, por método integrado de

pobreza, muestran una pobreza inercial de 1.6% (1.063), pobreza reciente con el 14.8% (10.157), y de pobreza crónica con un 1.3% (891). Entre las personas de la localidad, de acuerdo al método de línea de pobreza, se encuentra un 17.8% (40.881) en pobreza y un 3.5% (8.016) en indigencia. La tasa de desempleo en la localidad era de 6.36%. El jefe del hogar considera, en el 10.8% (7.414) de los casos, que las condiciones actuales de alimentación del hogar, con respecto a las que tenía en el 2003, han empeorado. Los hogares con jefatura femenina (sin cónyuge) son 20.344 (29.7%). Se calcula que el 46.3% de los hogares viven en arriendo. En la investigación de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN, en los grupos “Tú Vales” (Universidad del Rosario, Hospital Chapinero 2009), se encontró que el 23% de las familias estaba por encima de la línea de pobreza, y un 1% en indigencia. Se realizó la pregunta sobre percepción alimentaria, sobre si algún miembro de la familia dejó de consumir una comida al día, y resultó positivo en el 36.7% de los casos. Los hogares de estratos medios y altos pueden beneficiarse de ofertas de alimentos almacenando y conservando los alimentos, en contraste con los de estratos bajos, que hacen sus compras a diario, lo cual hace que se paguen los mismos alimentos a un costo más alto (Grupo Focal Persona Mayor y Adulto 2009). Un factor protector a los hogares en recesión económica es la oferta de programas sociales en la localidad; sin embargo, se presentan barreras de acceso a programas de apoyo alimentario, debido a la pertenencia a un estrato alto (3,4), y a un nivel de SISBEN alto, en personas vulnerables que presentan inseguridad alimentaria; en programas como comedores comunitarios, algunos no logran la cobertura total.<sup>59</sup>

#### 2.2.3.3 Consumo

La presencia de mitos en las creencias alimentarias de las personas está determinada por el nivel educativo, la educación brindada por la familia, el medioambiente y los medios de comunicación. La creencia de estos mitos en las familias genera hábitos y prácticas alimentarias inadecuadas que interfieren con su Seguridad Alimentaria y Nutricional. Esto se vio reflejado en la investigación de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN, en los grupos “Tú Vales” (Universidad del Rosario, Hospital Chapinero 2009), en cuanto a mitos y creencias de las personas, se encontró que en el grupo de cereales, raíces, tubérculos y plátanos, el mito más frecuente es que los carbohidratos engordan, especialmente el pan, y que también pueden producir diabetes. Para el grupo de las hortalizas y verduras, el mito más frecuente es la desconfianza de las personas hacia la higiene y manipulación adecuada de este grupo por los agricultores, ya que sugieren que están contaminados con las aguas del río Bogotá; además, le atribuyen a la remolacha la elevación del ácido úrico, y rechazan el aspecto y sabor de las verduras, lo que se ve reflejado en la frecuencia alimentaria.<sup>60</sup>

El mito más frecuente sobre las frutas es no mezclar las ácidas con las dulces, seguido por el de que las frutas adelgazan, son caras, afectan la gastritis, y algunas que son muy dulces o muy ácidas. En el grupo cuatro es donde se presentan más mitos: el de mayor frecuencia es que las carnes rojas aumentan el ácido úrico, seguido del que la carne envejece y produce gota. Estigmatizan la carne al decir que es mala para todo o que es preferible que el adulto no coma carne. En el grupo de los lácteos la intolerancia es el concepto de mayor frecuencia dentro de los mitos, pero además se encuentra la creencia de que no se deben combinar ácidos con leche, porque engordan y aumentan el colesterol. Existe un rechazo a los lácteos por considerarlo alimento para terneros, y se emplean productos bajos en grasa y en calorías (comúnmente denominados “light”). El grupo de las grasas es el que tiene mayor cantidad de conceptos acertados por parte de los encuestados, pero uno de los mitos más frecuentes es que tapan las arterias y son malas para la salud. Por último, en el grupo de los azúcares y dulces el mito más frecuente es que producen diabetes, seguido del de que engordan y que el dulce es malo. Otros mitos son: eleva la tensión, producen dolor de cabeza, afectan la visión y producen colesterol, entre otros.

En la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2003 se indagó si, por falta de dinero, algún miembro de la familia no consumió una de las tres comidas en algún día de la semana anterior a la encuesta. Se encontraron 3.348 hogares, es decir, el 6%, en condición de hambre. En la ECV del 2007 se indagó si las personas dejaron de consumir las tres comidas básicas y se encontró que el 3.3% (7.621) de las personas presentaron esta condición.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> *Ibid.*

### 2.2.3.4 Aprovechamiento biológico

El aprovechamiento biológico de los alimentos se relaciona directamente con el estado de salud del organismo, y con si está o no en capacidad de absorber y utilizar al máximo todas las sustancias nutritivas que contienen. Además, los alimentos deben ser inocuos. El goce de condiciones de bienestar para la producción, reproducción y esparcimiento es el fundamento último para el aprovechamiento. Los cuidados durante la gestación y la edad temprana, el acceso a los servicios de salud, la habitabilidad y el saneamiento básico de la vivienda y el vecindario, entre otros, son aspectos que modulan el aprovechamiento de los alimentos y determinan el estado de nutrición de los individuos.

En la Tabla 30 observamos el comportamiento de los indicadores que reflejan el estado nutricional de la población objeto, reportado al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), que corresponde a la población que demanda los servicios de Promoción y Prevención (Control prenatal y Consulta de crecimiento y desarrollo) del Hospital Chapinero, y algunas instituciones prestadoras del servicio de salud de carácter privado. Se evidencia entre el año 2004 y 2006 el Bajo Peso Gestacional presentó una tendencia descendente, pasando de 29,7% en el 2004, a 24% en el 2005, y nuevamente se eleva a 32%. De igual forma, se ha evidenciado que el comportamiento de Sobre Peso Gestacional aumentó hasta el año 2006, donde el 18,9% de la población gestante reportada mostraba bajo peso, para disminuir en el periodo 2007 y 2008, registrando un 13,9% en este último año.

Tabla 30: Indicadores del Estado Nutricional en la localidad Barrios Unidos. 2004-2008

INDICADOR NUTRICIONAL	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Malnutrición en Gestantes</b>					
Bajo Peso	29.7	24	24	29.8	32
Sobrepeso	13.2	16.4	18.9	16.9	13.9
Número de Registros	3309	3823	2611	1457	4432
<b>Bajo Peso Al Nacer</b>					
Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gr)	13.3	11.8	12.8	12.6	
Prevalencia de Peso deficiente (2500 - 2999 gr)	33.6	33.4	34.3	35.9	
Número de Registros	1624	1484	1771	1810	
<b>DNT en Niños Menores De 10 Años</b>					
Prevalencia Clásica DNT Crónica	17	12.8	13.1	11	8.78
Prevalencia Clásica DNT Aguda	3.1	2.6	2.3	1.7	4.24
Prevalencia Riesgo Ponderal (DNT Global)	10.2	9.9	8.8	7.1	
Número de Registros	2544	1517	1233	818	3666
<b>Práctica De La Lactancia Materna</b>					
Exclusiva	70.3	77.5	57.4	52	73.6
Número de Registros	379	433	377	199	1085

Fuente: SISVAN, ESE Hospital Chapinero.

Es importante mencionar que el comportamiento de reporte de SISVAN ha sido fluctuante en la localidad, donde inició reportando 3.309 registros en el 2004, y ascendió a 4.432 en el 2008. Sin embargo, ha tenido reportes bajos hasta 1.457 por año, lo cual puede causar sesgos en el análisis de los datos.

En cuanto al Bajo Peso al Nacer, el comportamiento ha sido muy estable, se ha mantenido levemente por encima de lo observado en Bogotá. En relación a la Desnutrición (DNT) Crónica, ha permanecido en descenso considerable desde el año 2004, llegando a 8.78 en el 2008. Es importante anotar que nos hemos mantenido por debajo de las cifras en Bogotá y al igual que en el reporte de madres gestantes, puede haber sesgos de información causados por el tamaño de la población registrada. La DNT Aguda ha sido estable en los últimos años, con un pico de 4.2% en el año 2008, conservándose por debajo de lo observado en el distrito; en DNT Global nos hemos mantenido en alrededor del 8%, cifra muy similar a la del distrito.

Pese a que no somos la localidad con mayores porcentajes en DNT, tanto en gestantes como en menores de 10 años, al considerar las condiciones socioeconómicas locales, se esperaría que fueran inferiores estas prevalencias. Cabe resaltar que al ser reportados en mayor proporción los menores que acuden a los servicios médicos, dado que en ocasiones se notifican los datos mensuales produciendo duplicidad en el año, por ello, se hace necesario conocer más a fondo el número de niños y niñas que se han mantenido en procesos de DNT, y ampliar la población objeto del SISVAN, para poder tener datos más cercanos al 100% de la población. Por otro lado, estos datos corresponden a los niños y las madres gestantes que acuden a servicios de salud ubicados en la localidad, pero no necesariamente son residentes de ella.

### 2.2.4 Condiciones de educación

Según el Censo DANE 2005, el 80.1% de las personas mayores de 5 años sabe leer y escribir, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres. En cuanto a la asistencia escolar, se registra que el 72.2% de la población entre 0 y 5 años, el 95.3% de la población entre 6 a 10 años, el 89.9% de la población entre 11 y 17 años, el 44% de la población entre 18 y 26 años y el 5.6% de la población mayor de 27 años, asisten a un establecimiento educativo formal. En cuanto a coberturas, en preescolar tenemos el 69.5% de la población cubierta, el 98.6% de preescolares entre los 5 y 6 años (mayor en hombres); en Básica Primaria, entre 7 y 11 años de edad, es de 97.4% (mayor en mujeres); en asistencia a secundaria (12 y 17 años), la cobertura es del 91.4% (mayor en hombres); en educación superior (18 a 24 años), la cobertura es de 53% (mayor en hombres). En tasas de cobertura han aumentado desde el año 2003 siendo más altas que las observadas en Bogotá. Se observa, que a medida que aumenta el nivel educativo, baja el porcentaje de cobertura, dado posiblemente por problemas económicos donde la población busca generar ingresos a más temprana edad para aliviar la crisis socioeconómica de la familia, lo cual está relacionado al IDHU e ICV. Por otro lado, el 20,7% de la población residente en Barrios Unidos ha alcanzado el nivel básica primaria; el 30,9% secundaria; el 22,5% ha alcanzado el nivel profesional y el 4,9% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 3,4%.

#### 2.2.4.1 Oferta y demanda

Según la caracterización de la localidad realizada por la Secretaría de Educación 2008, los colegios, las escuelas y demás instituciones públicas educativas son 10 actualmente en la localidad, y dos por convenio. Además, existen 90 centros educativos privados y cuatro sedes universitarias también de carácter privado. Cada UPZ tiene en promedio 3 centros educativos. Por esto, la cobertura de educación básica primaria y secundaria es buena. Cabe destacar que la gran mayoría de estudiantes de los centros oficiales se encuentran en nivel de SISBEN 1, 2 y 3. La capacidad instalada es suficiente frente a la demanda presentada. Actualmente se realizan adecuaciones locativas. A nivel local se atienden 914 estudiantes con diversos tipos de discapacidad y necesidades especiales en los colegios Juan Francisco Berbeo, República de Panamá, Jorge Eliécer Gaitán y Alemania Solidaria.

La capacidad instalada es suficiente frente a la demanda presentada, con una cobertura en educación básica primaria y secundaria del 79.7%, ofertando 22.283 cupos para el año 2007, frente a 20.140 matriculas realizadas, según datos de la Subdirección de Análisis Sectorial de la Secretaría de Educación del Distrito. Se adelantan adecuaciones locativas con el fin de reforzar las estructuras de varios colegios públicos, mejorando así la calidad en educación y beneficiando a 12.245 estudiantes. Los colegios intervenidos son República de Panamá, Tomás Carrasquilla, Domingo Faustino Sarmiento, Heladia Mejía, Juan Francisco Berbeo y Rafael Bernal Jiménez. De las matriculas, la población escolar beneficiada con la gratuidad escolar ha aumentado paulatinamente, pasando de 767 alumnos en el 2005, a 3.786 en el 2006 y a 10.955 alumnos en el 2007. Según la información consolidada por la Dirección Local de Educación (DILE), la mayor concentración de alumnos con gratuidad está en el colegio Jorge Eliécer Gaitán con 13.96%, seguido por el colegio Tomas Carrasquilla con un 13.52%. El colegio con menor concentración de estudiantes es el Eduardo Carranza con el 5.01%, seguido por el Rafael Bernal Jiménez con el 6.68%.

Un porcentaje importante de la población en edad escolar acude a la educación privada, en la medida que corresponde a estratos socioeconómicos 4 y 5. En efecto, el 60% de la población en edad escolar demanda los servicios del sector privado. No obstante, por la situación de desempleo y recesión económica de los últimos años, el estrato 3 ha incrementado la demanda de cupos escolares en el sector público.

### 2.2.5 Prestación de servicios de salud

Barrios Unidos se destaca por contar con buenos equipamientos de salud. En efecto, tiene 357 instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y cuatro públicas, dentro de las que se destacan el Hospital Infantil San José, la Clínica Materno Infantil SaludCoop, el Hospital Santa María, el Hospital Chapinero, 2 UPAS y un CAMI. (Ver Mapa 11)

La localidad cuenta con 262 camas, de las cuales, cerca de 124 las ofrece la antigua Clínica Misael Pastrana Borrero (actual sede del Hospital Méderi) y Videlmédica Internacional, lo que ubica a esta localidad en el décimo lugar en número de camas por habitante (en Barrios Unidos hay una cama por cada 682 habitantes). De manera que su capacidad hospitalaria muestra niveles insuficientes, aunque el número de camas por habitante que tiene disponible sea inferior con respecto al promedio distrital.

### 2.2.6 Estado de aseguramiento de la población

Barrios Unidos cuenta con 89.7% personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de las cuales el 85.2% se encuentran afiliadas al régimen contributivo. Sin embargo, al comparar el porcentaje de afiliación en relación al año 2003 (78.6%), observamos que aumentó considerablemente, al igual que la población subsidiada. El 10.1% de la población no se encuentra afiliada, lo cual nos indica una posible vulnerabilidad en esa población. (Ver Gráfico 21)

Si bien el Hospital Chapinero desarrolla sus acciones sobre poblaciones de vinculados y régimen subsidiado en torno a la atención asistencial, ha logrado, mediante acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y Proyectos de la Unidad Ejecutora Local de Salud (UEL), incluir a población del régimen contributivo como beneficiarios.

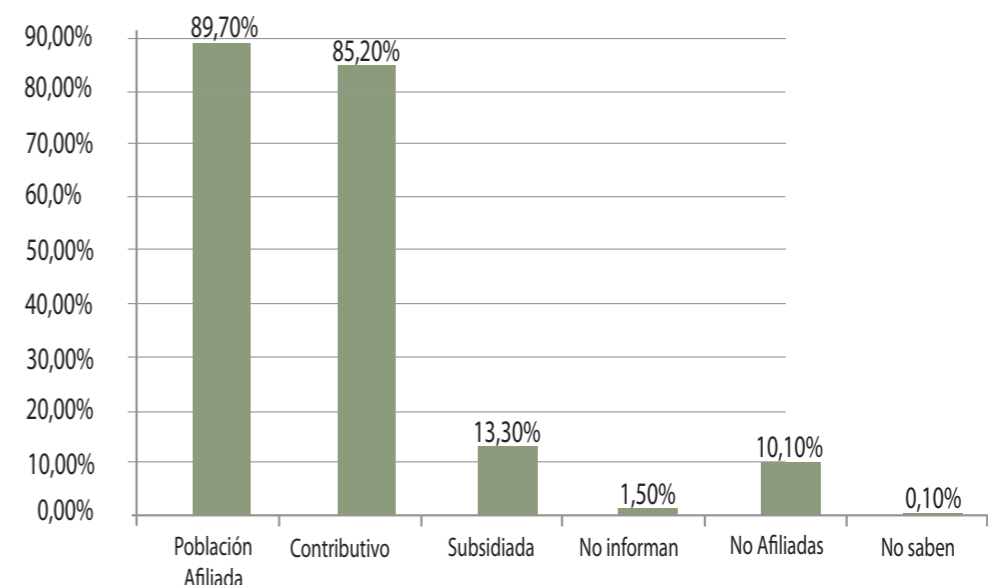
Dado el alto nivel de movilidad de la población dentro de la localidad Barrios Unidos y el carácter de "Inquilinos" que viven en estratos 3 o 4, un porcentaje importante de la población se ve excluido de los beneficios de aseguramiento en salud, no habiendo a la fecha una respuesta oportuna por parte de la Secretaría Distrital de Salud a esta problemática.

Una debilidad que persiste en la localidad se relaciona con el bajo nivel de articulación

e injerencia desde el Hospital Chapinero y desde la Secretaría de Salud hacia las acciones que desarrollan las aseguradoras y las instituciones oficiales en la población del régimen contributivo, por lo cual es baja la capacidad de intervención sobre esta población que constituye el 85% de la población residente en la localidad.

Se han logrado avances notables en la calidad y satisfacción de los usuarios en la prestación del servicio dentro del Hospital, pero se evidencian serias dificultades en los procesos de referencia y contrarreferencia hacia instituciones de otras localidades.

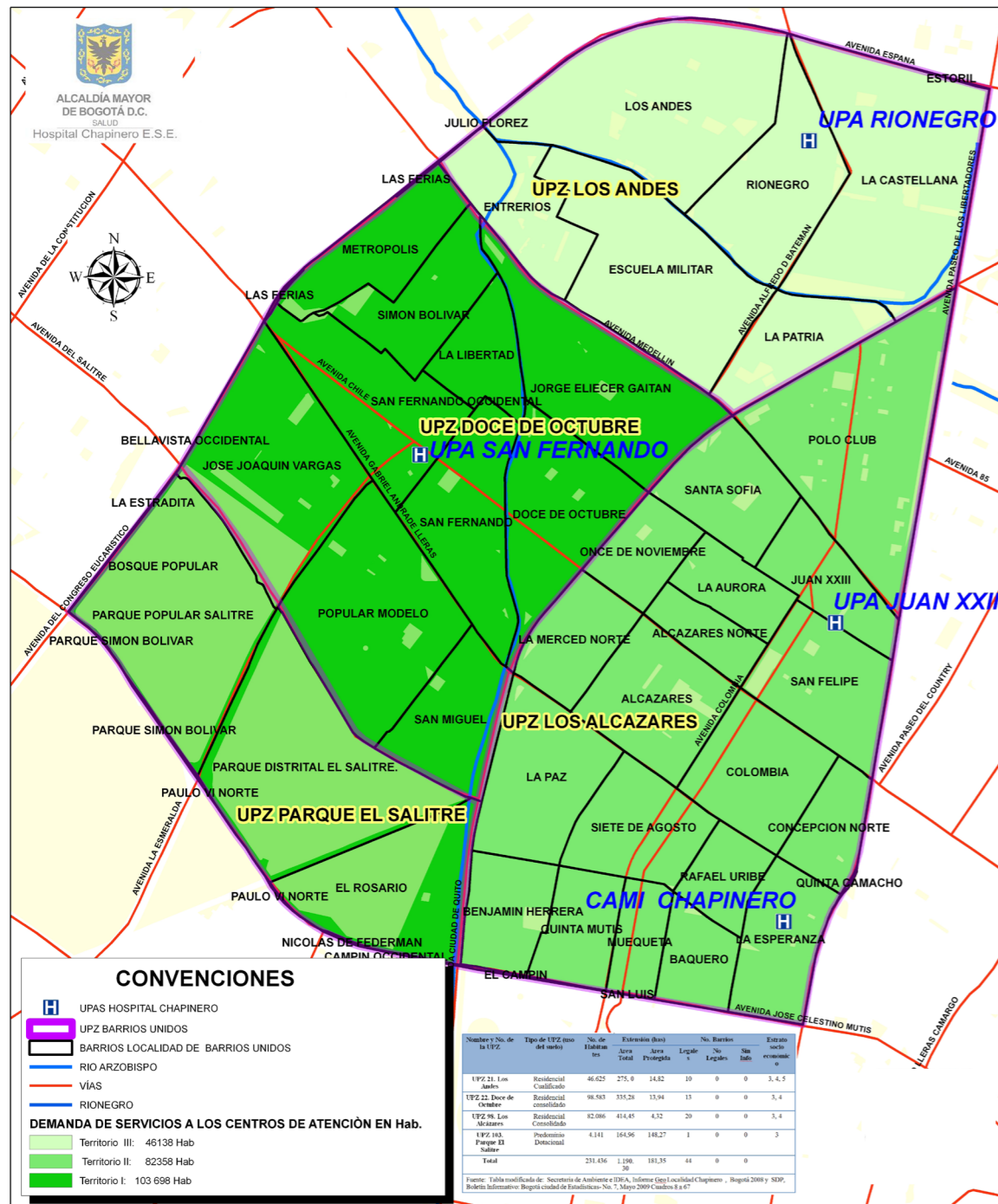
Gráfico 20: Distribución de Población por Régimen de Afiliación al SGSSS. Barrios Unidos.



Fuente: DANE. SDP. ECV. 2007.

Por otro lado, según la Encuesta de Calidad de Vida 2007, el 66.5% de la población consulta de manera preventiva a los profesionales de la salud, quienes en su orden son: médico (72.5%), odontólogo (59.8%), optómetra (26.4%), nutricionista (10.3%) y enfermera (4.4%), obteniendo los mayores porcentajes de consulta preventiva en medicina. En cuanto a la percepción de gastos en salud, 30 días antes de la realización de la encuesta el 68.5% de los hogares tuvo que hacer desembolsos al efecto, así: el 50.2% en bono o cuotas moderadoras (gasto promedio \$23.587), el 51.9% en consulta médica (\$24374), el 64.4% en medicamentos o remedios (\$128.442), y el 70.2% en transporte para ir al sitio de la atención y regresar a sus casas (\$32942). En un promedio de 68.494 hogares, el 23% tuvieron gastos en salud en el último año.

Mapa 10: Equipamiento en salud. Hospital Chapinero.



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

## 2.2.7 Caracterización de formas de recreación, deporte y cultura

### 2.2.7.1 Recreación y deporte

Aún con todos los efectos positivos de la actividad física, la recreación, el deporte y el ejercicio mencionados, en el panorama mundial, nacional y distrital hay una creciente preocupación por los altos índices de inactividad de las personas, lo que trae graves consecuencias tanto en su calidad de vida como en los costos económicos para sostener el sistema de salud. En Bogotá encontramos una prevalencia de inactividad física del 53.2%<sup>61</sup>, a la cual se le atribuyen la aparición de diferentes enfermedades y la causa de varias de las muertes de población. Frente a esta situación, Bogotá ha implementado cambios significativos respecto a la política de transporte y recreación, así como<sup>9</sup> en las estrategias de promoción de la actividad física y cambios en el ambiente construido. Estos cambios incluyen, entre otros, el debate para la construcción de una Política Pública Distrital de Recreación, Actividad Física y Deporte; el fortalecimiento del sistema masivo de transporte; la construcción de 300 Km. de ciclo rutas para incentivar el uso de la bicicleta; la habilitación y recuperación de espacios públicos y vías peatonales; el uso selectivo de calles y vías de transporte para la recreación y la práctica de la actividad física durante los domingos y días festivos, y la implementación de programas que promuevan hábitos de vida saludable, como la práctica de actividades físicas y recreación, además de la promoción de alimentación saludable y prácticas de vida saludables, como los espacios libres de humo de cigarrillo a lo largo de las veinte localidades de Bogotá.<sup>62</sup>

Barrios Unidos cuenta con gran parte de la infraestructura para la práctica de la actividad física a nivel distrital. La malla verde de Barrios Unidos cuenta con 659 hectáreas distribuidas entre 14 mini parques, 98 parques vecinales, 3 parques zonales, y otros espacios como el Centro de Alto Rendimiento, Coldeportes, CiCi Aquapark, el Palacio de los Deportes/Modelo, Panaca (Parque Nacional de la Cultura Agropecuaria), el Parque Benjamín Herrera, un ring de boxeo, el Parque El Lago o de Los Novios/Modelo, el Parque El Salitre, el Parque Salitre Mágico, la piscina de la Cruz Roja, la Plaza de los Artesanos y el Museo de los Niños. Estos datos nos permite confirmar que, como se manifestó en los encuentros de construcción de la Política Pública de Recreación, Actividad Física, Deporte, Escenarios y Parques de Barrios Unidos, es una localidad que cuenta con amplias zonas verdes y espacios físicos para la práctica de la actividad física, con un área 10,13 m<sup>2</sup> de zona verde por persona, lo que indica que, para la cantidad de habitantes que pertenecen a esta localidad, existen espacios suficientes para la práctica de actividades físicas y de recreación. Sin embargo, no son aprovechados en su totalidad y, según los actores comunitarios, es necesaria la inversión permanente en su mantenimiento, tecnología y reforestación, ya que, mejorando los escenarios recreo-deportivo, no sólo en lo local, sino también al interior de las instituciones educativas, se mejorará la calidad, variabilidad y acceso para todos (especialmente a las personas con discapacidad).

El mantenimiento de los parques ha sido adecuado a las necesidades de cada uno de los habitantes de la localidad, lo cual permite que hombres y mujeres (principalmente hombres, dado que, por razones culturales, los hombres han sido más cercanos a las prácticas deportivas por su carácter de competitividad y asignación a lo público) asistan con mayor satisfacción, por sentirse en un sitio agradable y apropiado para las actividades que desean realizar. La localidad cuenta con 36 escuelas deportivas (fútbol, básquetbol y patinaje, entre otras), lo que facilita la integración y la participación en torno a la actividad física y a la promoción de la calidad de vida.

Con respecto a los determinantes que facilitan la práctica de la actividad física en la localidad, según el IDRD, los suscritos a la institución cuentan con gran apoyo, no sólo los y las deportistas de la localidad de Barrios Unidos (se reitera que, en su mayoría, este apoyo le es proporcionado a los hombres, puesto que las mujeres tienen una participación minoritaria en estos escenarios. Como ya se manifestó, esto se debe a razones de roles tradicionales de género culturalmente asignados,) sino todos los y las deportistas de Bogotá, quienes reciben soporte dependiendo del deporte en el que se desempeñen, y de los campeonatos en los que participan. Especialmente se brinda ayuda a los y las deportistas en condición de discapacidad, lo que indica que se ha logrado entender que esta población cuenta con grandes capacidades que le pueden traer beneficios integrales no sólo a él o ella como persona, sino también a su familia y comunidad.

61 Revista de Salud Pública Vol. 8. No. 2: pp. 28-41, 2006.

62 Documento Transversalidad Actividad Física. Hospital Chapinero ESE. 2009.

A pesar de que la localidad posee condiciones para la práctica de la actividad física en la mayoría de sus sectores, aún se evidencia el desconocimiento de esta práctica como satisfactor de múltiples necesidades para el ser humano. Las cifras plantean que el 64% de la población adulta bogotana no cumple con las mínimas recomendaciones diarias de práctica de actividad física. Esta situación es especialmente crítica en la población de más bajos estratos socioeconómicos, y en las mujeres, para quienes la prevalecía de actividad física en tiempo libre es muy baja.

### 2.2.7.2 Cultura

En materia de cultura, Barrios Unidos cuenta con una Casa de la Cultura, una biblioteca, un museo y dos teatros, así como diferentes grupos culturales y expresiones artísticas. Es significativa la cantidad de artistas y agentes que tiene la localidad, algunos de ellos con formación académica, quienes pueden ser un bastión para impulsar el desarrollo cultural. La existencia de escuelas de formación artística legalmente registradas y la cantidad de iniciativas de formación, permiten agilizar la creación y circulación de productos culturales. La localidad cuenta con maestros de arte titulados, quienes bien pueden vincularse a procesos de formación en las escuelas locales. Adicionalmente, con recursos del Fondo de Desarrollo Local, se promueven proyectos de investigación y formación en arte, cultura y patrimonio, así como la realización de festivales y actividades artísticas, culturales y patrimoniales en la localidad.

En cuanto a la circulación de la información, existe un sistema de difusión que mantiene informados a todos los sectores, liderado por el Equipo Local de Cultura. Las fiestas conmemorativas son reconocidas y son patrimonio intangible de la localidad. La mayoría de organizaciones realizan eventos o celebraciones en las áreas de música y danza, que son este el fuerte de la localidad. El Festival de Rock es un evento que ha generado movilización entre los jóvenes, y el periódico juvenil ha incentivado procesos importantes en la mediación cultural local y en la difusión de los procesos culturales.

Según el Equipo Local de Cultura, en razón a los procesos de descentralización que vive el Distrito Capital, actualmente todos los sectores de la localidad y las Secretarías pasan por un proceso de organización y definición de planes y proyectos que vincula a todos los actores y va llevando a hacer acuerdos, compromisos y acciones conjuntas en todos los espacios de participación. En este marco, la cultura se concibe como un eje transversal para el trabajo con los grupos poblacionales, pero no se evidencia fácilmente una práctica clara de políticas de integración entre sectores o poblaciones, o de planeación a largo plazo, aunque a partir de la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI) se ha avanzado en este sentido.

A nivel cultural, el Teatro Nacional La Castellana tiene sede en el territorio Andes. Esta institución tiene amplia influencia y genera un alto flujo de visitantes de otras localidades. La localidad, como epicentro cultural, ha constituido espacios de encuentro Distrital en eventos liderados por la Alcaldía Mayor y el IDRD.

El Centro Comercial Iserra 100 dispone de amplias y confortables salas de cine, al igual que una pista cubierta de patinaje y una zona amplia de juegos electrónicos, los cuales son zonas de esparcimiento para la juventud. Finalmente, los Centros Comerciales de Metrópolis y Cafam Floresta se constituyen en sitios de influencia para la recreación, pues cuentan igualmente con salas de cine, plazoleas de comida y comercio.

### 2.2.8 Características de servicios de transporte y movilidad

Barrios Unidos en general cuenta con un buen servicio de transporte que permite desplazarse hacia cualquier lugar de la ciudad. Además, es recorrida por el sistema de ciclorutas, con los corredores ubicados en la Cr 30, la Avenida Cl 80, Cl 63, Av. La Esperanza, Canal Salitre y Canal Rionegro.

#### 2.2.8.1 Malla Vial

La infraestructura vial en Barrios Unidos representa el 5.4% de la malla vial de la ciudad, y tiene 784 kilómetros carril de vía, por lo que ocupa el octavo puesto en el Distrito. El sistema vial está compuesto por cuatro mallas que se relacionan funcionalmente y por sus intersecciones. Es la red de vías de mayor jerarquía que soporta la movilidad y el acceso metropolitanos y regionales. La malla arterial principal es la red de vías de mayor jerarquía que soporta la movilidad y el acceso metropolitanos y regionales; la componen tres subsistemas que son: el Subsistema del Centro Tradicional y la Ciudad Central, el Subsistema Metropolitano y el Subsistema de Integración Ciudad-Región. Barrios Unidos tiene las vías que hacen parte del Sistema Vial de Bogotá.<sup>63</sup>

La Avenida Paseo de los Libertadores tipo V-0, con un ancho mínimo de 100 m, las Avenidas José Celestino Mutis, España y Medellín tipo V-1 con un ancho mínimo de 60 metros, y las avenidas Congreso Eucarístico, Alfredo D. Bateman y Caracas de tipo V-2, que presentan un ancho mínimo de 40 metros, hacen parte del subsistema metropolitano que garantiza la conexión del centro metropolitano con las áreas de vivienda en suelo urbano de la localidad de Barrios Unidos.

La malla arterial complementaria articula operacionalmente la malla vial principal y la malla vial intermedia, permitiendo la fluidez del tráfico interior de los sectores conformados por la malla vial principal y determinando la dimensión y forma de la malla vial intermedia que se desarrolla en su interior. Esta malla es de soporte básico para el transporte privado. Las avenidas La Esmeralda, El Salitre y Batallón Caldas hacen parte de la malla arterial complementaria.

La malla vial intermedia está compuesta por una serie de tramos viales que se tejen con la retícula que forman las mallas arteriales principal y complementaria, sirviendo como una alternativa de circulación y permitiendo el acceso y la fluidez de la ciudad a escala zonal.

La malla vial local está conformada por los tramos viales, cuya principal función es la de permitir el acceso a las unidades de vivienda. Las avenidas Ciudad de Quito, Chile, Gabriel Andrade Lleras y Colombia hacen parte del subsistema Centro Tradicional que mejora la movilidad y fluidez del centro de la ciudad y categoriza, especializa y controla el transporte público y privado.

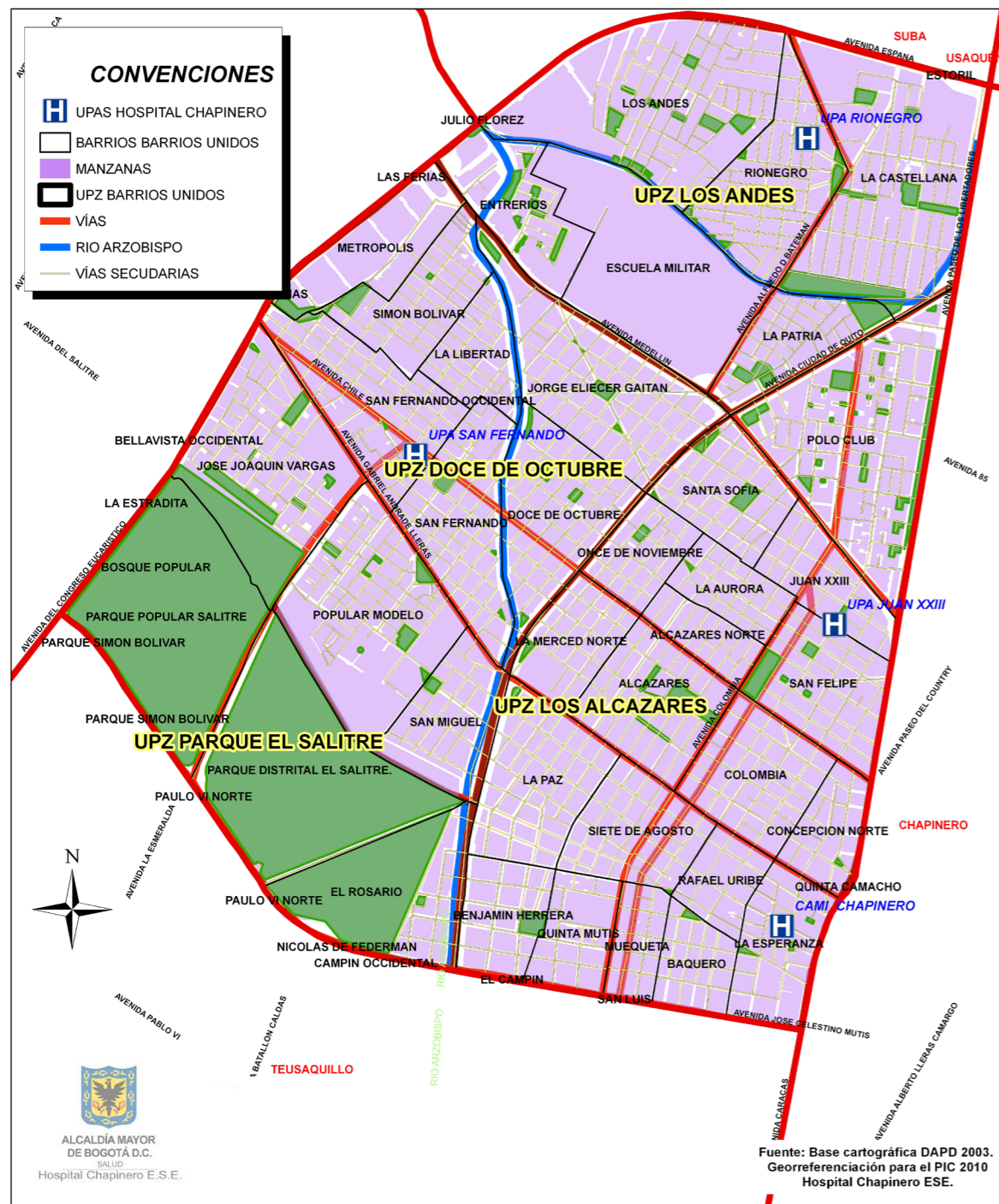
Actualmente, la localidad cuenta con el Sistema Transmilenio sobre la Avenida Caracas y la Autopista Norte, que constituyen el límite oriental de la localidad, la Troncal Calle 80, la carrera 30 NQS y la Avenida Suba. Las estaciones que prestan servicio en la Avenida Caracas, dentro de los límites de la localidad, son Calle 63, Flores, Calle 72, Calle 76, Héroes, Calle 85, Virrey y Calle 100. Esta troncal se desempeña como uno de los principales ejes de comunicación entre el norte y el sur de la ciudad. En la troncal de la Calle 80 las estaciones que prestan su servicio dentro de los límites de la localidad son Polo, Escuela Militar, Carrera 47, Carrera 53 y Avenida 68. En la troncal NQS las estaciones que prestan servicio son Simón Bolívar, Av. Chile - Calle 72 y Calle 75. En la Troncal Avenida Suba las estaciones que prestan el servicio son San Martín, Rionegro, Suba Calle 95.

Pero este sistema ha generado problemas de desplazamiento en cuanto a que muchas de las rutas que se direccionaban al sur de la ciudad por la carrera 30 y que recogían la demanda de la calle 80 fueron suprimidas o reubicadas; no obstante, el sistema se ha mejorado y la localidad presenta muchas facilidades en términos de transporte para el desplazamiento a cualquier otro punto de la ciudad. Igualmente, la implementación del Transmilenio aumentó el flujo de parque automotor en la Av. Calle 68 la cual, de por sí, ya era una vía de alta congestión. Esto, a su vez, ha generado problemas importantes por contaminación auditiva y de calidad del aire, especialmente en la población del territorio Doce de Octubre (Barrios J.J. Vargas, San Fernando y Popular Modelo).

<sup>63</sup> Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. Plan de Ordenamiento Territorial POT. Decreto 619 de 2000. Bogotá, D.C.



Mapa 11: Malla Vial y Parques. Barrios Unidos.



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

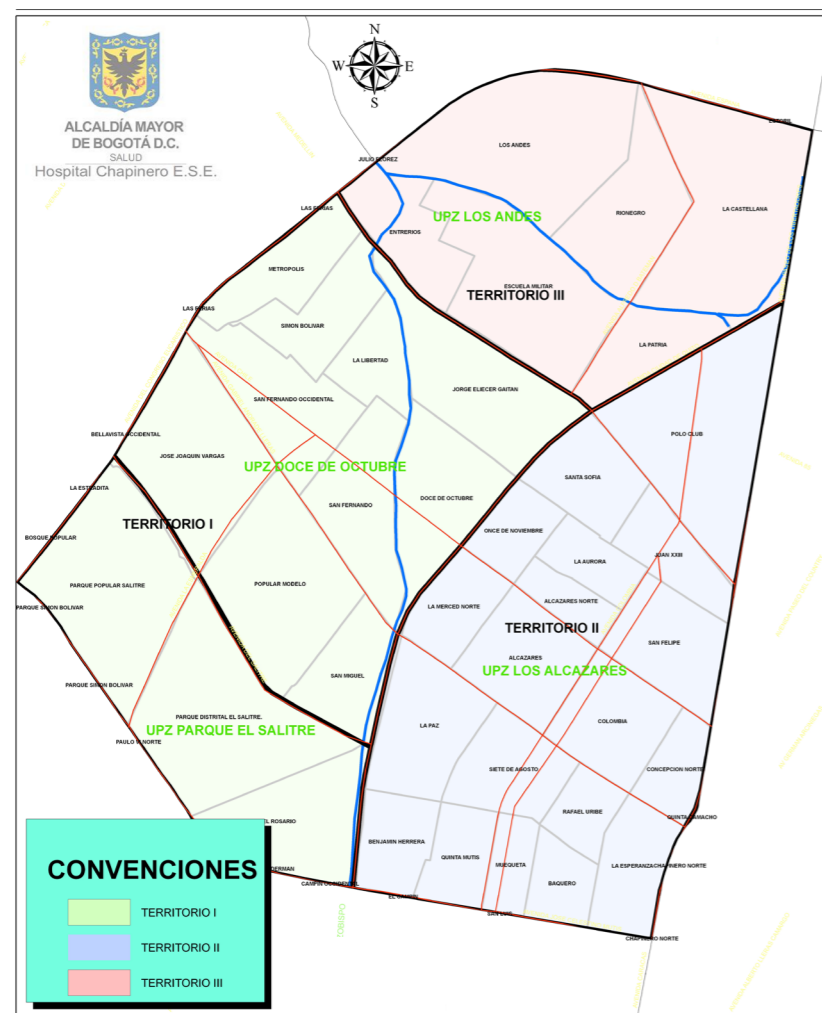
# 3.

## **3. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL**

En el presente capítulo se procede a realizar el análisis detallado de las relaciones territorio-población y de los núcleos problemáticos en cada uno de los territorios definidos en la localidad, partiendo del trabajo que, desde la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI), se ha definido para la localidad 12 de Barrios Unidos. Se pretende avanzar en el análisis de los núcleos problemáticos y temas generadores, tanto para cada etapa de ciclo vital (Infancia, Juventud, Adultez y Persona Mayor), como los priorizados en cada territorio, con el propósito de entender la efectividad o no de las respuestas sociales diseñadas, reorientar o fortalecer las estrategias de solución, mantener el principio de equidad de las intervenciones en salud y garantizar la implementación de planes de atención acordes a las necesidades y características territoriales, guardando estrecha relación con el proceso de Gestión Social Integral, cuyo punto de partida fue la definición de los tres territorios sociales relacionados en el Capítulo 1. (Ver Mapa 12)

A continuación se realiza el análisis y la profundización territorial de los núcleos problemáticos y temas generadores encontrados para cada etapa de ciclo vital, desde los Proyectos de Desarrollo de Autonomía y las Transversalidades y su manifestación en cada uno de los tres territorios:

**Mapa 12: Territorios Sociales Barrios Unidos.**



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación bases de datos. Hospital Chapinero ESE. 2010

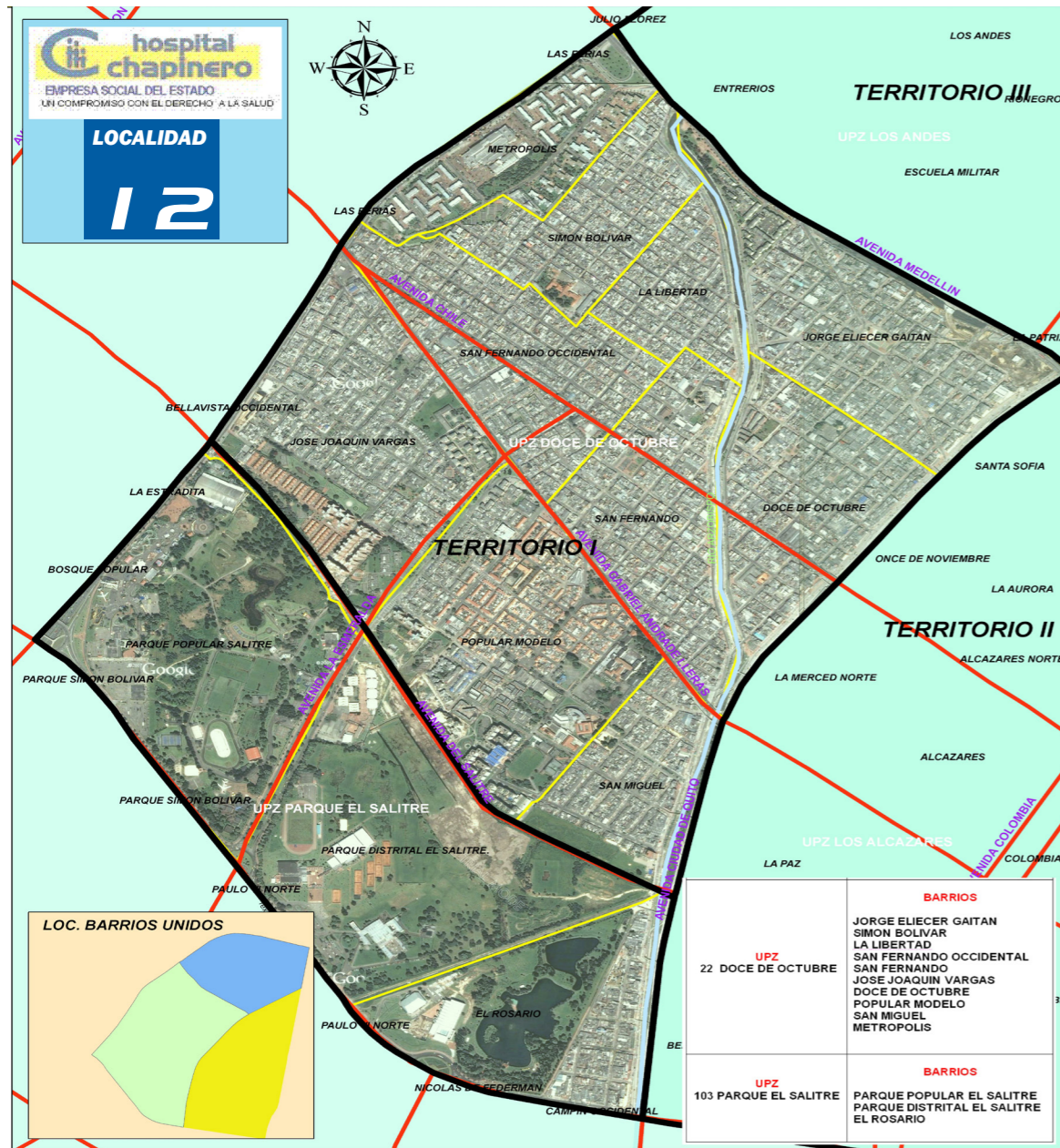
### 3.1 Territorio 1: Doce de Octubre y Salitre

Este territorio está conformado por las UPZ Doce de Octubre y Parque el Salitre, y se ubica hacia el occidente de la localidad entre la Avenida Medellín (Av. Calle 80) hasta la futura Avenida del Salitre (Calle 63) y entre la Avenida Ciudad de Quito (Carrera 30) hasta la Avenida del Congreso Eucarístico (Av. 68). Los barrios con los que cuenta la UPZ son Doce de Octubre, Jorge Eliécer Gaitán, José Joaquín Vargas, La Libertad, Entre Ríos, Rincón del Salitre, El Labrador, Metrópolis, Popular Modelo, San Fernando, San Fernando Occidental, San Miguel y Simón Bolívar y el único barrio con el que cuenta esta UPZ es el barrio El Rosario. (Ver Mapa 13).

Las viviendas de este territorio, pertenecientes a estratos 3 y 4, aunque son de carácter residencial, paulatinamente han ido cambiando su uso, convirtiéndose en talleres, pequeña y mediana empresa y en establecimientos comerciales como mercados, tiendas y misceláneas. En sectores como los barrios Doce de Octubre, La Libertad, San Fernando, Simón Bolívar y El Rosario, donde se encuentra la población más vulnerable del territorio, es más evidente este cambio en el uso del suelo, principalmente debido a las condiciones socio-económicas que llevan a las familias a tener un local comercial o a subarrendar para poder garantizar un ingreso que permita la satisfacción de necesidades básicas. Según datos de la Secretaría Distrital de Planeación,<sup>64</sup> correspondientes al Censo DANE 2005, el 8,3% de los hogares del territorio cuentan con algún tipo de actividad económica al interior de los mismos. A su vez, el territorio que mayor representatividad tiene al ejecutar su actividad económica al interior de la vivienda es el Doce de Octubre-Salitre con un 45.1% distribuido de la siguiente forma: el 48,1% del total de viviendas que desarrollan actividades comerciales pertenecen a Doce de Octubre-Salitre; el 46.1% que se dedican a actividades comerciales se encuentran en el territorio; el 42,7% de viviendas con establecimiento destinado a servicios se encuentra en este territorio, y 45,7% de viviendas con otras actividades económicas se encuentran en Doce de Octubre-Salitre.

64 Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

Mapa 13: Territorio 1 (Doce de Octubre-Salitre).



Fuente: Base Cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación bases de datos Hospital Chapinero ESE 2010.

De acuerdo a datos suministrados desde el Plan Integral de Entornos Saludables (Salud a Su Casa)<sup>65</sup> del Hospital Chapinero en el 2010, los barrios del territorio son sectores consolidados de estratos medios, de uso predominantemente residencial, donde se presenta actualmente un cambio de uso y un aumento no planificado en la ocupación territorial. Además, poseen suelos de protección (es una categoría de suelo constituido por los terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural o de expansión, que tienen restringida la posibilidad de urbanizarse. Esta restricción se puede justificar por sus características geográficas,

65 Informes Trimestrales Plan Integral de Entornos Saludables (PIES). Ámbito Familiar. Salud a Su Casa. Hospital Chapinero. 2010.

paisajísticas o ambientales). En los barrios en mención se localiza el espacio ecológico Parque Canal Salitre que forma parte del suelo de protección del Distrito Capital.

Con relación a su población residente, en algunos sectores hay presencia de inquilinatos, los cuales son habitados primordialmente por trabajadores (mecánicos, latoneros, trabajadores del sector de la madera y recicladores, principalmente) con ingresos bajos y fluctuación de los mismos, lo que ha generado un importante crecimiento de población "flotante" y residentes temporales que ocupan dichos inquilinatos, estando en condición de subempleo o desempleo. Las condiciones de habitabilidad de este tipo de vivienda no son las mejores, presentando hacinamiento, uso compartido de servicios públicos, violencia intrafamiliar, maltrato, abuso sexual y situaciones de inseguridad alimentaria.

Foto 1: Recicladores de la Zona Aledaña al Canal Salitre.



Fuente: Archivo fotográfico Hospital Chapinero ESE. 2008.

En cuanto a las condiciones de las viviendas caracterizadas por el programa Salud a Su Casa (SASC), y activas al cierre del 2008, podemos observar en la siguiente tabla, que el 59.2% de las familias habita en casa, siendo la mayor proporción de tipo de tenencia, el arriendo con el 59%, seguido de la vivienda pagada con el 26%; así mismo, cerca del 98% de las familias cuenta con los servicios de energía eléctrica, acueducto (agua potable) y recolección de basuras, datos que son coherentes al relacionarlos con las condiciones habitacionales de la localidad. (Ver Tabla 31)

Al momento de la caracterización, el 14% de la población total caracterizada y activa en el programa SASC hasta el 2008, son menores sin identificación, y el 3.1% son adultos sin identificación.

Tabla 31: Condiciones de las viviendas caracterizadas dentro del micro territorio Doce de Octubre, hasta el año 2008

CONDICIONES DE LA VIVIENDA	No.	%
<b>TIPO DE VIVIENDA</b>		
Apartamento	135	19,9%
Casa	406	59,7%
Pieza	134	19,7%
Otro	5	0,7%
<b>TENENCIA DE VIVIENDA</b>		
Propia pagada	177	26,0%
Propia pagando	20	2,9%
Arriendo	401	59,0%
Subarriendo	1	0,1%
Otros	81	11,9%
<b>SERVICIOS PUBLICOS</b>		
Energía Eléctrica	675	99,3%
Gas Natural	431	63,4%
Acueducto	667	98,1%
Recolección de Basuras	674	99,1%
Teléfono	541	79,6%

Fuente: APS en Línea. Hospital Chapinero. 2008.

Así mismo, dentro de la información disponible del programa Salud a Su Casa, se identifican factores de protección y deterioro al momento de llevarse a cabo la caracterización de la familia, donde se encontró, en relación al estado de la vivienda, que el 87,9% se encuentra en adecuadas condiciones. Sin embargo, frente a esto se halló que el 6,5% de las familias destinan a otros usos su vivienda, así como el 4,5% habitan en condiciones de hacinamiento. En cuanto a higiene y aseo en baños y cocina de las viviendas, el 30% y el 27% respectivamente, presentan condiciones inadecuadas de aseo, y el 62,6% de las familias refiere tener presencia de vectores en sus viviendas, destacándose la presencia de moscas, zancudos, mosquitos y pulgas, y el 27,2% fuma dentro de la vivienda, lo cual puede relacionarse como factor de riesgo en la presencia de enfermedades prevalentes en la infancia, principalmente, y presencia de enfermedades transmitidas por alimentos.<sup>66</sup>

Una problemática que afecta a los habitantes del territorio es la inadecuada clasificación del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), ya que debido al nivel de deterioro de su calidad de vida, aunque residan en barrios ubicados en estrato 3, su condición socioeconómica amerita otra clasificación, puesto que esta estratificación socio-económica incide negativamente dentro del puntaje que se asigna a cada hogar. Esto ha generado barreras de acceso importantes a programas y subsidios, debido a que el Nivel 3 de SISBEN no se considera como criterio de focalización para los mismos. Es importante destacar que gran parte de la población a la cual se le ha realizado la encuesta se encuentra dentro del Nivel 3 de SISBEN, por lo cual esta población está siendo excluida de los beneficios, no sólo de salud, sino de otros sectores. De hecho, según los resultados de la encuesta aplicada con la metodología SISBEN II, el 71% de la población encuestada se encuentra en Nivel III, seguida del 22,2% en Nivel I y el 4,1% en el Nivel II.<sup>67</sup> Esta problemática se ha venido abordando desde el Núcleo de Gestión de Salud a su Casa del Hospital Chapinero desde hace dos años, y a través de reuniones con la comunidad se ha expuesto en varias ocasiones esta situación que afecta la inclusión en programas sociales, por lo que a través de la ONG Acción Trece que presta servicios de asesoría jurídica gratuita, se han interpuesto derechos de petición para revisión de los puntajes del SISBEN en los casos que lo amerita.

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

Precisamente debido a estas condiciones de vulnerabilidad es que se ha venido implementando el programa Salud a Su Casa desde la pasada administración. Actualmente, mediante esta iniciativa se está llevando a cabo un proceso de caracterización de 1.200 familias en la UPZ 12 de Octubre (Barrios 12 de Octubre, La Libertad, San Fernando y Simón Bolívar), programa que estaba destinado únicamente para población de Estratos 1 y 2 del Distrito Capital. Según datos de SASC a 2010, el número de individuos caracterizados y activos para el territorio es de 2.856, así que la cobertura del territorio de Doce de Octubre en la localidad es el 1,2% de la población total de la localidad.

Otro factor que incide en la calidad de vida de los habitantes del territorio es la inseguridad. En los talleres de cartografía social y en el Núcleo de Gestión SASC se identificó que la principal problemática percibida por habitantes del territorio son las condiciones de seguridad, manifestadas en diversas formas de delincuencia, como lugares de expendio de psicoactivos, y presencia de apartamenteros y carteristas. Los barrios donde más se percibe esta problemática son Simón Bolívar, La Libertad, Jorge Eliécer Gaitán, San Fernando y Doce de Octubre.

Igualmente, se ha identificado como problemática de este territorio la presencia de bodegas de reciclaje, proliferación de habitantes de calle y recicladores informales a lo largo de la ribera del Canal Salitre, hecho que aumenta, según la comunidad, los niveles de inseguridad en este sector y el deterioro ambiental. A su vez, la comunidad manifiesta que las principales problemáticas que se presentan en el canal son la proliferación de sectores de contaminación, el estancamiento de las aguas —como el caso de la calle 80 con Cra. 69, sector de Entreríos, que produce malos olores y aumento de infecciones respiratorias— así como la sensación de inseguridad por la presencia de habitantes de calle, quienes, según información de la Subdirección Local de Integración Social (SLIS), se ubican en algunos cambuches. Sin embargo, no se conocen datos exactos acerca del número de habitantes de calle que residen o transitan por el territorio, su nivel de escolaridad, condiciones de salud, lugar de procedencia, dinámica familiar y factores determinantes de su situación. Se hace necesario realizar esta labor por parte de los equipos territoriales, para lograr una mayor comprensión frente a esta situación y la búsqueda de soluciones.

Foto 2: Canal Salitre.



Fuente: Archivo fotográfico. Hospital Chapinero ESE. 2008.

En contraste, sectores como Metrópolis, Entreríos, José Joaquín Vargas y Modelo son de carácter netamente residencial, con presencia de conjuntos cerrados, donde se evidencian mejores condiciones de vivienda y espacio público, siendo sectores de estrato socio-económico 4. Aunque algunos habitantes del barrio Modelo manifiestan su preocupación, puesto que en los últimos años en el sector comprendido sobre la carrera 50 han aumentado los locales destinados a la venta de postres, afectando la movilidad de la zona, principalmente los fines de semana, por la invasión de espacio público que se genera, como producto de esta actividad comercial.

Como potencialidad, se encuentra que por su riqueza de equipamiento para la localidad y la ciudad, especialmente por la infraestructura que ofrece la UPZ Parque el Salitre, genera factores protectores evidentes que favorecen un ambiente sano, al propiciar hábitos de vida saludable y brindar a los habitantes condiciones para mejorar su salud mental y física. Este territorio comprende el Parque Metropolitano El Salitre, el “Parque de los Novios” también llamado “Parque el Lago”, el Palacio de los Deportes, el Centro de Alto Rendimiento Deportivo, la Plaza de los Artesanos, el Complejo Acuático, el CiCi Aquapark y el Museo de los Niños, y puede llegar a recibir hasta 60.000 visitantes en un fin de semana, sin reflejar un impacto negativo con relación a invasión del espacio público, congestiones o contaminación del aire, gracias a su adecuada organización del espacio. Dado que es una zona de carácter metropolitano, se evidencia la alta movilidad de poblaciones procedentes de otras localidades, que no generan alto impacto sobre la localidad. Además de su carácter cultural y recreativo, esta zona se convierte en generadora de empleos directos e indirectos para los habitantes de la localidad, e incide de manera positiva en la calidad del medio ambiente de la ciudad. Los niveles de seguridad en estos espacios son brindados en forma adecuada por los organismos estatales.

También se destaca en el territorio la amplia oferta institucional de varios sectores, siendo otra de las potencialidades del mismo. En cuanto a la oferta institucional pública del sector salud, se cuenta con la UPA San Fernando y la UPA Lorencita Villegas, ambas del Hospital Chapinero. Por parte del sector privado se cuenta con el Hospital Universitario San José y la sede del Hospital Méderi.

Frente a la oferta del sector educación se cuenta con la sede de la Dirección Local de Educación (DILE) ubicada al interior de la Alcaldía Local, así como 13 establecimientos de educación oficial correspondiente a las Instituciones Educativas Distritales (IED) Jorge Eliécer Gaitán, Tomás Carrasquilla, República de Panamá, Rafael Bernal Jiménez y Eduardo Carranza y sus sedes respectivas. Las IED República de Panamá y Jorge Eliécer Gaitán atienden población con discapacidad y con necesidades educativas especiales.

Por otra parte, se cuenta con la oferta del sector de integración social, compuesto por la sede administrativa de la Subdirección Local de Integración Social (SLIS), los jardines infantiles María Goretti, La Inmaculada y El Rosario, los comedores comunitarios San Fernando del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON) y Doce de Octubre, la Casa de la Juventud y la Comisaría de Familia (ubicada en la Alcaldía Local). Frente al equipamiento de seguridad, se destaca la presencia de la Estación XII de Policía y el CAI Modelo. En la Alcaldía Local confluyen además, los servicios de la Registraduría Nacional del Estado Civil, la Personería Local y la Contraloría.

Así mismo, cuenta con cinco bienes de interés cultural: <sup>68</sup> el Hospital Lorencita Villegas de Santos<sup>69</sup>, el Centro de Capacitación para Discapacitados, el Centro Federico Florentino Ozanam, la Parroquia San Fernando Rey, y la Alcaldía Local de Barrios Unidos, inmuebles declarados de Conservación Integral, clasificación que aplica a los inmuebles que cuentan con valores culturales excepcionales representativos de determinadas épocas del desarrollo de la ciudad, que es necesario conservar como parte de la memoria cultural de los habitantes.

<sup>68</sup> Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos.

Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

<sup>69</sup> Actual Hospital Universitario San José.

Foto 3: Actividad cultural en la Alcaldía Local de Barrios Unidos.



Fuente: Archivo fotográfico. Hospital Chapinero ESE. 2009.

### 3.1.1 Descripción de la población por etapas de ciclo vital

Según proyecciones de población por UPZ para el 2009, hechas por la Secretaría Distrital de Planeación a partir de los datos del Censo DANE 2005, de un total de 101.832 personas que habitan el territorio, la distribución de la población por etapa de ciclo vital es la siguiente: (Ver Tabla 32)

Tabla 32: Distribución de la población Territorio Doce de Octubre-Salitre por etapa de ciclo vital.

	TERRITORIO 1					
	TOTAL	%	HOMBRE	%	MUJER	%
INFANCIA	13.772	13,5	7.097	51,5	6.675	48,5
JUVENTUD	22.790	22,4	11.460	50,3	11.330	49,7
ADULTEZ	51.028	50,1	23.817	46,7	27.213	53,3
PERSONA MAYOR	14.242	14,0	6.305	44,3	7.939	55,7
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>	<b>101.832</b>	<b>100</b>	<b>48.679</b>	<b>48</b>	<b>53.157</b>	<b>52</b>

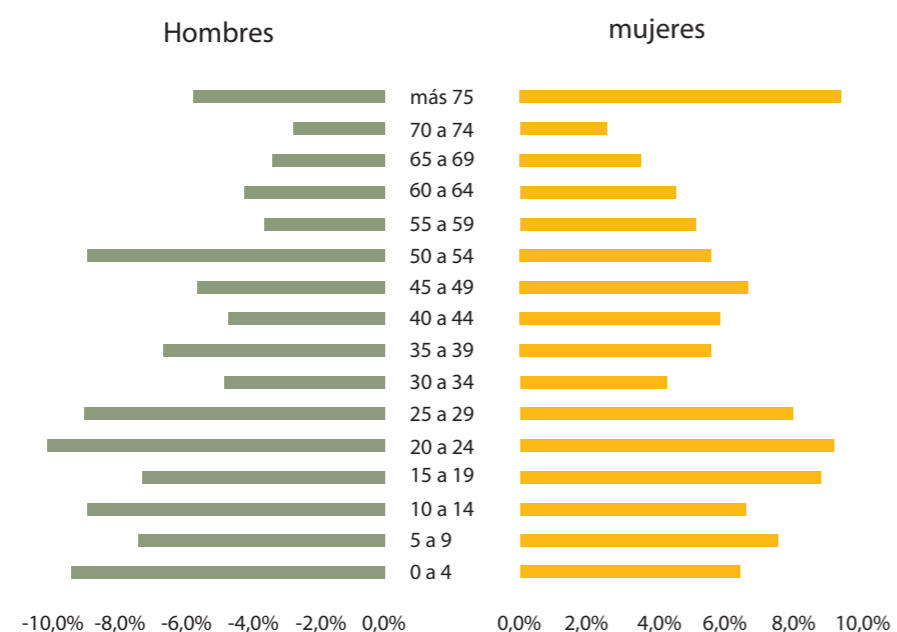
Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones de población 2009 con base en Censo DANE 2005.

La mayor parte de la población del territorio, 50,1% (51.028 habitantes) se encuentra en la etapa Adulta, cuya distribución por sexo es la siguiente: el 53,3% son mujeres y 46,7% son hombres. Le sigue la población en etapa Juvenil, 22,4% (22.790 habitantes), cuya distribución por sexo es la siguiente: 50,3% son hombres y 49,7% son mujeres. En tercer lugar se encuentran las Personas

Mayores, aportando el 14% (14.242 habitantes), y su distribución según sexo es la siguiente: 55,7% son mujeres y 44,3% son hombres. Por último se encuentra la población en etapa Infantil, siendo el 13,5% de la población (13.772 habitantes), con una distribución por sexo así: 55,7% son mujeres y 44,3% son hombres. En general, la distribución de la población por etapa de ciclo vital en el territorio es similar a la distribución de la población observada para el total de la población de la localidad.

En el año 2008, se hallaron 680 familias caracterizadas y participantes dentro del programa Salud a Su Casa, conformada por 2.147 individuos, cuya pirámide poblacional muestra una expansión similar en ambos sexos, en forma de reloj de arena, con un envejecimiento progresivo y un pequeño angostamiento de la pirámide en el grupo de adultos de 30 a 34 años (Ver Gráfico 22). Esto puede explicarse por el fenómeno de repoblamiento que está sufriendo la localidad en estos momentos.

Gráfico 21: Pirámide Poblacional de Familias Caracterizadas y Activas en el Programa SASC, durante el año 2008

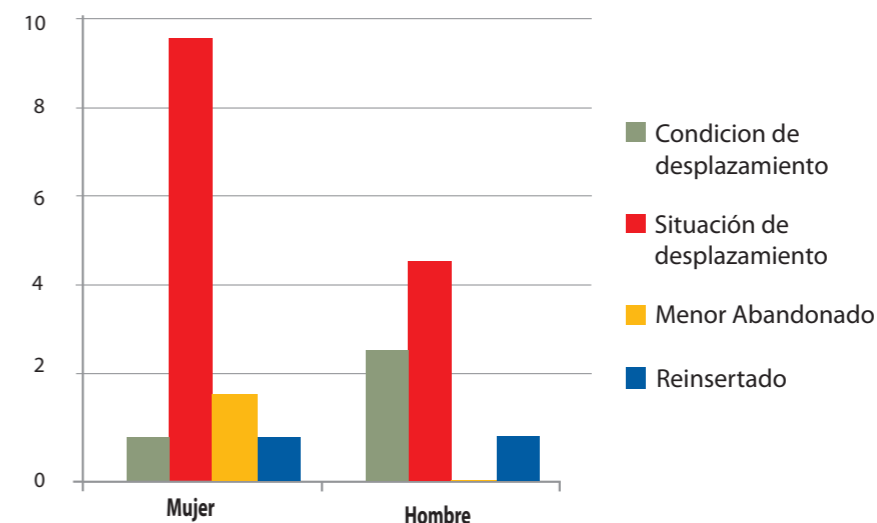


Fuente: APS en Línea. Hospital Chapinero ESE. 2008.

Si comparamos estos datos con la pirámide poblacional de la localidad de Barrios Unidos, se observa un comportamiento similar en cada uno de los grupos etarios, excepto en la población de sexo masculino que presenta una forma irregular en los menores de 19 años. Sin embargo, a diferencia de la pirámide de la localidad, hay mayor proporción de mujeres, con una razón de masculinidad de 0,82.

Al observar la composición de la población por grupos, encontramos que predominan los adultos entre los 27 y 59 años con cerca del 37% de la población, seguidos de los adultos mayores de 60 años que son un 18,4% de la población en la localidad. Dentro de la población infantil, se presenta una mayor proporción de niños y niñas entre los 5 y 9 años de edad.

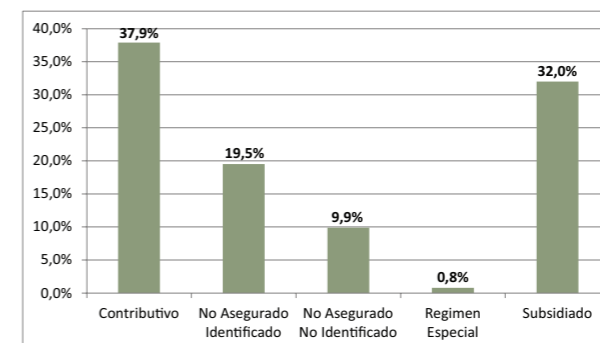
Gráfico 22: Distribución de la Población en Condiciones Especiales Caracterizadas y Activas en el Programa SASC, durante el año 2008



Fuente: APS en Línea. Hospital Chapinero ESE. 2008.

Como se puede observar en el Gráfico 15, el 1,1% de la población presenta alguna condición especial, con mayor participación de la población en situación de desplazamiento, con mayor proporción de mujeres. En lo relacionado a población perteneciente a alguna etnia, se hallaron 4 individuos pertenecientes a la población indígena.

Gráfico 23: Distribución de la población caracterizada y activa en el programa SASC, según tipo de aseguramiento en salud durante el año 2008



Fuente: APS en Línea. Hospital Chapinero ESE. 2008.

En relación al tipo de aseguramiento en salud, se evidencia que la mayor proporción de la población pertenece al régimen contributivo (37,9%), seguido de la población subsidiada con el 32%. Es importante resaltar que, al momento de la caracterización de las familias, el 29,4% de la población se encontraba sin aseguramiento (Ver Gráfico 24).

### 3.1.2 Infancia

En el territorio Doce de Octubre-Salitre, según proyecciones de población para el 2009, residen 13.772 niños y niñas, aportando el 13,5% del total de población estimada para el mismo. Teniendo en cuenta que el proceso de discusión a propósito de las Etapas de Ciclo Vital lleva alrededor de tres años en los cuales se han realizando una serie de conversaciones sobre las diferentes problemáticas que atañen a la niñez que, de una u otra forma giran alrededor del mismo tema, el cual se puede concretar como el “Desconocimiento del niño y de la niña como sujetos integrales de derechos”, lo que ha generado un proceso de vulneración de los mismos. Se resalta el hecho de que los niños y las niñas son víctimas de situaciones de maltrato, violencia intrafamiliar, abuso y explotación laboral y explotación sexual comercial, situaciones que afectan de forma diferencial a los niños y las niñas, quienes no han desarrollado estrategias de afrontamiento y no cuentan con redes de apoyo suficientemente cercanas y fuertes, que se puedan considerar como factores protectores a favor de ellos, y en contraposición enfrentan factores deteriorantes o de vulnerabilidad, tales como familias que no cuentan con condiciones dignas de alojamiento, empleo, educación y salud. Esta situación se presenta con mayor énfasis en el Territorio Doce de Octubre-Salitre, porque es el territorio más altamente poblado.

El impacto negativo de estas condiciones en la **Salud Mental**<sup>70</sup> de niños y niñas se encuentra determinada por el maltrato infantil por negligencia, abandono, abuso sexual, explotación comercial y laboral en niños y niñas, dado por un conjunto de representaciones sociales, condiciones económicas, sociales y políticas, asociado a su vez a malas condiciones de vivienda como inquilinatos y hacinamiento. Se presenta riesgo psicosocial asociado a zonas de inseguridad que deterioran la salud mental. Por su ubicación geográfica se evidencia inseguridad (caños, ollas, expendios de drogas en parques). Sumado a esto se evidencian barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento, la percepción baja de riesgo y los factores culturales que generan dificultades en la asistencia a controles prenatales, afectando el bienestar de niños y niñas. De acuerdo a los datos suministrados por el subsistema SIVIM 2009, en cuanto a los casos de violencia en la infancia, se presentaron 108 casos en el territorio 1 (Doce de Octubre-Salitre), que corresponde al 61,0% de casos reportados en toda la localidad en esta etapa de ciclo; el 64,8% (70 casos) correspondieron a niños, mientras que el 35,2% (38 casos) correspondieron a violencias contra las niñas (Ver Tabla 33).

En este territorio se presenta un número mayor de casos de violencia por negligencia y violencia física entre los niños, mientras que en las niñas se evidencia mayor número de casos de violencia por negligencia y violencia por abandono. Todos los tipos de violencia están acompañados de violencia emocional. Se encuentran familias recompuestas, donde la dinámica se centra en conflictos intergeneracionales entre padres e hijos, conflictos de autoridad y exceso de confianza en las figuras que ejercen poder y cumplen con funciones de cuidado de los niños y niñas, lo cual es factor de riesgo para que se presente violencia sexual. Los barrios que vienen presentando esta problemática como constante son San Fernando y Simón Bolívar. De igual manera, la violencia sexual se viene incrementando en la franja de edad de 5 a 9 años.

Tabla 33: Notificación de Violencia Ejercida en Niños y Niñas. Territorio Doce de Octubre-Salitre. 2009.

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de octubre y salitre)	26	37,1	5	13,5	70	100	38	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONÓMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de octubre y salitre)	14	20,0	10	26,3	7	10,0	0	0
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de octubre y salitre)	40	57,1	22	57,8	14	20,0	17	44,7

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

Frente a las condiciones de **Salud Oral**,<sup>71</sup> se presentan altos índices de enfermedad dental y baja calidad del cepillado, relacionados con negligencia de parte de los cuidadores, además de deficiente acompañamiento y supervisión de los adultos e inadecuados patrones culturales de los padres y cuidadores. También se menciona que una de las principales problemáticas evidentes en la etapa de infancia son las malas posiciones dentarias. Este tipo de problemáticas se asume que se presenta debido a la mala nutrición de los niños y niñas, razón por la cual se ha aumentado la necesidad de tratamientos odontológicos, lo que, junto a las malas prácticas de higiene oral, conllevan a otro problema frecuente en los niños como son la caries dental y la gingivitis crónica, dos problema van sujetos a que las consultas odontológicas estén siempre ante la presencia de dolor, y a que los niños dependen de su padres para acudir al odontólogo.

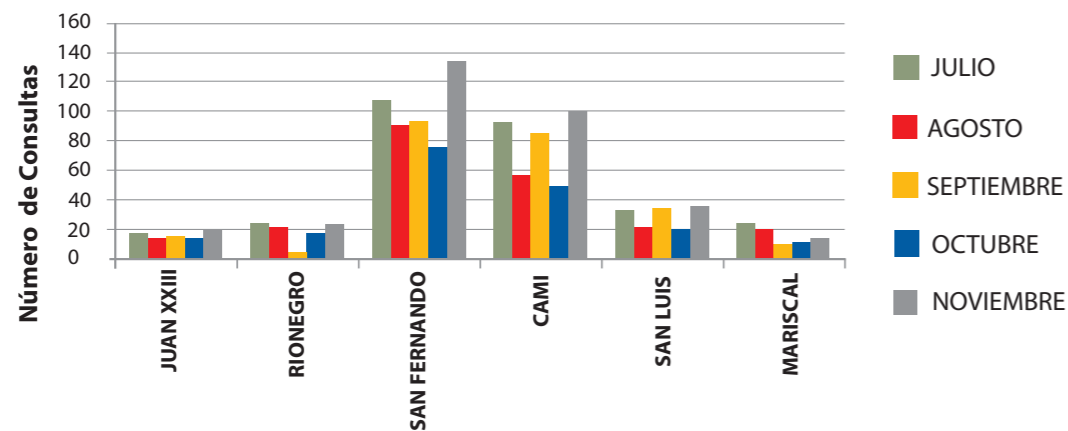
En el territorio, el Hospital Chapinero cuenta con intervenciones en cinco colegios distritales y dos jardines infantiles, donde se identificó la calidad del cepillado y se evidenció un comportamiento heterogéneo en todos los establecimientos con respecto a la calidad del cepillado. El PDA de salud oral cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral (SISVESO) a nivel de IPS públicas; los datos evidenciados en este sistema para el año 2009 dan cuenta de 76 registros de pacientes en la etapa de ciclo infantil, de los cuales 10 casos presentan índice de higiene oral buena, 9 casos presentan índice de higiene oral regular y 57 casos con índice de higiene oral deficiente; este último, asociado a la falta de uso de seda dental, enjuague bucal y baja frecuencia diaria en el cepillado de dientes. En cuanto a la demanda del servicio oral en menores de 5 años, se evidencia que la mayor demanda se encuentra en la UPA San Fernando que se encuentra ubicada en el Territorio 1 Doce de Octubre-Salitre, como se puede observar en el Gráfico 25:

70 Unidad de Análisis PDA Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

71 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.



Gráfico 24: Demanda al Servicio de Salud Oral en Menores de 5 años, Hospital Chapinero, 2009



Fuente: Informe de gestión PDA salud oral, Hospital Chapinero, 2009

La **Salud Sexual y Reproductiva** <sup>72</sup> se ve afectada por la demora en la adherencia de las gestantes a los controles prenatales y, por lo tanto, a los servicios de salud (en especial por la presencia de un número elevado de gestantes adolescentes), afectando el procesos de desarrollo del bebé, contribuyendo de esta manera a tener niños y niñas con estados de salud deficientes. El hacinamiento en los inquilinatos y el exceso de confianza hacia los cuidadores genera condiciones que propician la violencia sexual contra los niños y las niñas, no siempre visibles en las denuncias recibidas y en las estadísticas. Las niñas en condición de discapacidad cognitiva son más vulnerables al abuso sexual. En el micro territorio SASC San Fernando, el seguimiento a las gestantes se ha convertido en una dificultad debido a la alta movilidad de la población, causada especialmente por problemas socioeconómicos. Desde el punto de vista de su condición de salud se evidencia mayor morbilidad en embarazo a edades tempranas, así como efectos adversos en el recién nacido, más frecuentes que en los de mujeres adultas, tales como bajo peso al nacer, prematuridad y muerte perinatal. Por otro lado, en lo referente a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, en lo corrido del año 2009, la ESE Hospital Chapinero ha notificado para Barrios Unidos (1) nuevo caso. En lo correspondiente a Sífilis tenemos (66) casos reportados, correspondientes 2.3 %, de 2847 tamizajes realizados en la ESE.

Por otra parte, los niños y las niñas están iniciando su vida sexual a muy temprana edad, <sup>73</sup> observándose esta situación desde los 10 años en adelante. Una de las principales causas de esta problemática es la falta de orientación a los niños en edades menores a 10 años, pues para ellos no hay charlas ni inducciones a su sexualidad, debido a los tabús manejados en la sociedad. A esto se suma la falta de preparación por parte de los colegios, que no tienen profesionales capacitados para dictar este tipo de charlas a los niños y las niñas. Otro de los principales problemas, y tal vez hoy en día uno de los más evidentes, es la falta de orientación para abordar los temas de identidad sexual por parte de los cuidadores o de los docentes en los colegios. Esto se demuestra porque hasta ahora se está empezando a evidenciar las orientaciones homosexuales y bisexuales en los niños y niñas. Estas temáticas en la sexualidad son tratadas como tabú en las familias y los colegios, creando en los niños violencia psicológica y, algunas veces física, por parte de sus padres, hermanos, educadores y, en especial, por parte de sus compañeros de colegio.

En relación con la salud familiar, se identificaron durante el año 2008, a través de SASC, 41 mujeres gestantes, de las cuales 5 son adolescentes, y únicamente el 34% de las mujeres gestantes asisten a los controles prenatales.

Dentro de las **Condiciones Crónicas** <sup>74</sup> durante el proceso del desarrollo del niño y de la niña, se encuentran casos de enfermedades crónicas como diabetes insulino dependiente, lo que afecta el desarrollo integral del niño y de la niña durante su primera infancia. La seguridad alimentaria y nutricional es la que más injerencia tiene en las condiciones crónicas, pues de ella empiezan a nacer las condiciones crónicas de los niños y niñas hacia las demás etapas. La principal causa es la malnutrición, en cuanto al bajo peso en los niños y niñas, es tal vez causado por la escasez económica, el desempleo y los desplazamientos. En cuanto a la obesidad y la diabetes es preocupante que los niños no se alimentan con las condiciones requeridas sino que, por el avance y el poco tiempo de los cuidadores, quienes toman como una opción fácil la comida rápida y poco nutritiva, como las hamburguesas, las pizzas, los perros calientes, los dulces y los chocolates, y dejan a un lado las frutas y las verduras. Estos hábitos son los que han permitido un incremento notorio en las enfermedades crónicas de los niños, en especial la obesidad, que se presenta como factor de riesgo en otras patologías crónicas, como las dislipidemias y las enfermedades coronarias.

Aunque en la localidad hay sitios o zonas verdes como parques y sitios de recreo deportivos, los niños no pueden acceder a ellas para practicar deportes que afiancen su actividad física, ya que la mayoría de estos sitios son de acceso restringido, lo que está en relación directa con las enfermedades crónicas presentes en los niños y las niñas. Además de esto, el incremento del tiempo solo de los niños, permite que ellos se refugien en medios de comunicación como el Internet y la televisión, en donde pasan el mayor tiempo libre. Además, dentro de los tiempos escolares, los docentes en educación física no están lo suficientemente capacitados para realizar actividades que fomenten la capacidad motriz de los niños pues, simplemente, se encargan de entregar un balón para que los niños jueguen fútbol, y a las niñas se les pide que realicen actividades físicas enfocadas a mantener un cuerpo bello, en ejercicios tales como abdominales y sentadillas, entre otros, que van dirigidos a la parte estética y no a la actividad física como tal.

Dentro de los determinantes que inciden en la vulneración del derecho a la **Seguridad Alimentaria y Nutricional** <sup>75</sup> están las dificultades en la puesta en marcha del plan maestro de abastecimiento de alimentos de la localidad, afectando así el control de precios y calidad de los alimentos de los que se pueden disponer para el acceso y consumo. Los lineamientos de las instituciones en cuanto a ingreso a programas de apoyo alimentario no se ajustan a las necesidades de la población de la localidad, pues no se tienen en cuenta las características locales. Falta articulación interinstitucional en los procesos educativos en diferentes temas de alimentación, y no se cuenta con estrategias que permitan lograr impacto en la población. Hay déficit en la detección temprana de alteraciones nutricionales en la gestante, y en el desarrollo de respuestas interinstitucionales oportunas. La falta de recursos económicos no garantiza el acceso adecuado a los alimentos que necesitan los niños para su desarrollo, y el déficit en el acceso a los alimentos, sumado a los malos hábitos alimentarios, las costumbres erróneas y los mitos que influyen en la decisión de compra de los alimentos, además de la oferta de alimentos no saludables en la tienda escolar, son factores que contribuyen a la vulneración en la seguridad alimentaria y nutricional.

Una característica particular del territorio son los inquilinatos, pues la pobreza y el hambre han venido en aumento. A lo anterior se le suma la progresiva concentración del ingreso. La localidad acoge a personas de otras regiones del país, quienes se subemplean y aumentan la oferta de inquilinatos en la localidad y, por ende, la inseguridad alimentaria. La información adecuada para esta dimensión de la seguridad alimentaria y nutricional es la canasta básica de alimentos, pero se tienen cifras globales para la ciudad. Si existieran recursos para realizar este estudio, se podría interferir en la construcción de líneas de pobreza y miseria por acceso a los alimentos, y se podrían establecer, de forma más clara y georreferenciada, las nuevas formas de pobreza en la localidad.

<sup>72</sup> Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

<sup>73</sup> Es importante mencionar que la ONG Profamilia informa que la edad promedio para el inicio de la actividad sexual es a los 15 años.

<sup>74</sup> Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

<sup>75</sup> Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

Una de las principales causas de la mala nutrición es la falta de empleo, lo que ha llevado a los empleos informales y al trabajo infantil, forzado por la situación económica familiar. Estos sucesos conducen a los niños a no alimentarse bien, ya que los trabajos en las calles obligan a que los niños coman lo primero que pueden consumir, de acuerdo con el dinero obtenido en sus trabajos.<sup>76</sup> Desde la intervención de SASC, de 23 niños y niñas menores de un año, sólo 10 asisten a los controles de crecimiento y desarrollo. Y de 145 menores de cinco años, sólo 83 asisten a los controles de crecimiento y desarrollo, lo cual evidencia una baja adherencia a los programas de prevención, e impide evidenciar las condiciones de salud relacionadas con el estado nutricional de los niños y niñas.

Los niños y niñas en condición de **Discapacidad**,<sup>77</sup> que presentan trastornos generalizados del desarrollo, no cuentan con cupos en las instituciones escolares que atiendan estas necesidades especiales en educación, ni en los programas recreo-deportivos diferenciales. El tipo de afiliación al sistema de salud ha sido una barrera para la vinculación a los programas de Hospital Chapinero, diseñados para responder a diversas necesidades. El déficit en cuanto a cupos disponibles en los comedores comunitarios o en el programa de canasta alimentaria para la población infantil en condición de discapacidad, está generando deficientes condiciones nutricionales que aumentan la fragilidad en salud y, en algunos casos, afecta negativamente su condición de discapacidad. Se presenta abandono del proyecto de vida por parte de los cuidadores de las personas con discapacidad.

Las principales limitaciones están relacionadas con las actividades de pensar, memorizar, caminar, correr y saltar, que son actividades propias del desarrollo en esta etapa de ciclo y están relacionadas con deficiencias en el sistema nervioso, cuyos orígenes se relacionan con las enfermedades congénitas, los problemas del parto y las condiciones de salud durante el embarazo.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>78</sup> en esta etapa de ciclo vital está relacionada con el inadecuado manejo del tiempo de ocio y la falta de espacios como parques y otros escenarios, así como sus usos inadecuados, a pesar de que el territorio posee condiciones para la práctica de la actividad física. En la mayoría de sus sectores, aún se evidencia el desconocimiento de la actividad física como satisfactor de múltiples necesidades para el ser humano. La organización del tiempo libre en los niños y las niñas es importante para evaluar la tendencia de sus intereses. En general, podemos concluir que hay poco interés en las actividades artísticas y culturales, debido a diferentes factores, tales como la carencia de oportunidades económicas y las 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, tienen un costo que para las familias de escasos recursos, es inaccesible.

Se evidencia en el territorio 1 (Doce de Octubre y Salitre) la falta de capacitación especializada en temas de estimulación temprana y de actividad física que afecten positivamente a los niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar, así como en adecuados hábitos alimentarios, que propicien la práctica óptima de la actividad física, la recreación y el deporte. La presencia de habitantes de calle y el consumo de sustancias psicoactivas en los parques y/o espacios de esparcimiento y recreación genera inseguridad para la práctica óptima de la actividad física, la recreación y el deporte. En contraposición, se cuenta con corredores ecológicos que favorecen la práctica de actividades físicas como las caminatas ecológicas. Este territorio cuenta con equipamiento metropolitano que favorece la actividad física, la recreación y el deporte, y con el apoyo alimentario de comedores comunitarios.

76 Percepción de los referentes de etapa ciclo vital de infancia de acuerdo a las lecturas de los diagnósticos de las transversalidades SAN, salud y trabajo, y el diagnóstico de PDA de condiciones crónicas.

77 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

78 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

Las condiciones de **Trabajo**<sup>79</sup> se manifiestan en la explotación laboral de niños y niñas, quienes se ocupan en actividades como carpintería, oficios varios, ventas ambulantes y puestos de verduras y frutas, que no les ofrecen garantías para el desarrollo de actividades propias de su etapa de ciclo vital, en el territorio 1 (Doce de Octubre y Parque el Salitre). La estructura familiar, y particularmente la monoparental, influye de manera significativa en la ocupación de los niños y las niñas, debido a que por su situación se ven en la necesidad de apoyar de manera económica al padre que asume su cuidado y manutención.

Como ayudantes en las carpinterías ubicadas en el sector de San Fernando, los niños están expuestos a riesgos de tipo mecánico por el manejo de herramientas. Esta actividad es realizada por niños en contra jornada, dedicando entre 4 y 6 horas diarias, sin recibir ningún tipo de remuneración por una labor que puede generar daños en los sistemas músculo-esquelético y emocional. Además, están expuestos a riesgos psicosociales, debido a que la carga laboral no es apta para su edad, y a accidentes ocasionados por el desconocimiento de su tarea y la manipulación inadecuada de equipos. En la realización de oficios varios en el sector de Simón Bolívar, los niños están expuestos a daños en los sistemas músculo-esquelético y emocional, debido a malas posturas y a movimientos repetitivos. Este tipo de actividad, que es realizada en contra jornada de 4 a 6 horas, limita el rendimiento escolar y la participación de los niños y las niñas en actividades de tipo lúdico y deportivo. La venta ambulante es realizada particularmente por niños que proceden de otras localidades, por lo general de familias víctimas del desplazamiento forzado.

Debido a su condición económica están excluidos de los procesos de socialización, su permanencia en la escuela es limitada, y no cuentan con el tiempo necesario para realizar actividades recreativas, ya que muchos trabajan permanentemente; los que están escolarizados lo hacen en la jornada contraria, y la gran mayoría durante los fines de semana, exponiéndose constantemente a riesgos físicos por ruido, irradiaciones ionizantes y riesgos biológicos por el contacto con virus y bacterias. En los puestos de verduras y frutas, los niños y las niñas están expuestos a riesgo por carga física y riesgo psicosocial originado por la atención al público. Además, en el sector del Rosario se presenta expendio y consumo de sustancias psicoactivas. Esta situación puede afectar la seguridad de los niños que realizan este tipo de actividades, principalmente durante los fines de semana. Se afecta el desarrollo músculo-esquelético y la permanencia en la educación.

Las inequidades de **Género**<sup>80</sup> en la infancia se encuentran relacionadas con la ubicación de las mujeres gestantes en la etapa de ciclo de vida Infancia, lo que invisibiliza las necesidades que a nivel individual viven las mujeres desde sus propios ciclos vitales; con las construcciones sociales en relación al ejercicio del poder de adulto/a hacia los niños y las niñas crean relaciones de inequidad; potenciándose mayores eventos de violencia y abuso sexual hacia las niñas, que afectan su salud mental y su desarrollo integral. Es necesario resaltar que ser niña o ser niño es un hecho sociocultural e histórico que va más allá de las características biológicas del sexo. Así, cuando hablamos de género nos referimos a la condición social, cultural, política, económica y sexual históricamente creada, a partir de la cual se establecen diferencias entre mujeres y hombres, esta construcción se inicia en la infancia donde los niños y niñas aprenden roles y estereotipos de género los cuales se construyen en los diferentes contextos socioculturales (familia, escuela, iglesia), donde los niños y las niñas interactúan. Es en la familia, 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. A medida que van tomando conciencia, van haciendo propias aquellas concepciones sobre ser hombre o ser mujer, de tal manera que desde la infancia se muestran ya las diferencias de género.

Sin embargo, cuando estas construcciones no se dan 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** en donde existe un sexo por encima de otro, ya que la acción

79 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

80 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

violenta es una de las manifestaciones culturales del ejercicio del poder 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, esto con implicaciones e impacto sobre la salud<sup>81</sup>

Estas implicaciones también permean los patrones de recreación y esparcimiento, ya que al reducir a las niñas al espacio privado o doméstico se limitan las posibilidades del ejercicio de actividad física y de ésta en el espacio público: parques, calles, etc. Por otro lado, se percibe una baja vinculación en las actividades artísticas y culturales, esto se debe a diferentes factores como la carencia de instituciones, de oportunidades económicas 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 que para las familias de escasos recursos son inaccesibles.

El trabajo infantil es otro factor de vulnerabilidad priorizado por la transversalidad de género que afecta la salud de los niños y las niñas en nuestra localidad; esta vulnerabilidad se ve presente en los empleos que estos están obligados a ejercer. Se evidencia ausencia de empleos dignos y estables para los padres y madres de los niños y las niñas 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<sup>81</sup>.

Por otra parte, el incluir en la etapa de ciclo vital infancia a las mujeres en etapa gestacional, da cuenta del énfasis en la atención otorgada a la mujer en su rol reproductivo, desconociendo las necesidades propias de la etapa de ciclo vital correspondiente a su edad y los diferentes roles que ejercen la mujer a lo largo de su vida, lo que ha llevado a centrar la atención en la vida que se gesta. Es así que se insiste en la necesidad de acudir a los controles prenatales, a acceder a mejores prácticas alimenticias, y en general a cuidarse, para garantizar las mejores condiciones para el niño o la que está por nacer dejando de lado la mirada a la salud de la mujer y las implicaciones que tiene para su salud, por ejemplo, el no alimentarse adecuadamente durante toda su vida. La atención en salud para las mujeres en estado de gestación debe comenzar desde el primer mes del desarrollo fetal, para prevenir enfermedades como malformaciones congénitas, desnutrición, diagnósticos de ITS y embarazos no deseados entre otros<sup>82</sup>.

Las **Identidades de Género y las Orientaciones Sexuales**<sup>83</sup> como procesos inherentes a los seres humanos son únicas, auténticas e irrepetibles, sus construcciones forman parte de cada sujeto o sujeta y deben darse en un marco de reconocimiento, ejercicio y restitución del derecho a la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad, a la igualdad, a la no discriminación, a una vida libre de violencias, a la diversidad y la pluriculturalidad. Se identifica que en la infancia existe una gran dificultad asociada al temor para abordar el tema de las identidades de género y orientaciones sexuales en especial de los/las adultos responsables de los niños y las niñas. Además se evidencia una gran limitación en el sistema de salud para documentar los casos de niñas y de los niños intersexuales, situación que hace más complejo el poder hacer un análisis de salud de esta población. Estos niños y niñas que se encuentran construyendo sus identidades y orientaciones sexuales son víctimas de violencia en el contexto escolar tanto por educadores y compañeros, aunque en los colegios de la localidad de Barrios Unidos en el 2009 no se hayan registrado estos casos no quiere decir que no se presenten, esto nos dice que el tema no es visibilizado; se deben establecer mecanismos que permitan recolectar y analizar esta información.

### 3.1.2 Juventud

En el territorio Doce de Octubre-Salitre, según las proyecciones de población para el 2009, residen 22.790 jóvenes, aportando el 22,4% del total de población estimada para el mismo. Para efectos del trabajo alrededor de esta etapa del ciclo vital y en concordancia a los cambios que suceden tanto a nivel físico, psicológico como de demandas y adaptaciones sociales actuales, la

81 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

82 Ibid.

83 Ibid.

Secretaría de Salud de Bogotá, propone entenderla como una categoría válida referida a una etapa en la vida de la persona, que aunque referenciada generalmente por unos límites de edad biológica, es definida fundamentalmente por las convenciones sociales. Se asume esta etapa comprendida entre los diez y los veintiséis años de edad.

El proceso de **Salud Mental**<sup>84</sup> es evolutivo y dinámico de acuerdo al ciclo de vida en el que se encuentren las y los jóvenes. En este intervienen diferentes factores como: un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. La afectación de la salud mental en los y las jóvenes se evidencia por las manifestaciones comportamentales de depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas y la violencia entre pares.

Los eventos de violencia intrafamiliar notificados al subsistema SIVIM 2009 en la localidad de Barrios Unidos fueron 462 casos, de los cuales el 27,7% (128 casos) se presentaron en la etapa de ciclo juventud y dentro de esta etapa el 70,3% (90 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 29,6% (38 casos) correspondieron a hombres. En cuanto a los casos de violencia en los y las jóvenes se presentaron 81 casos en el territorio 1 (Doce de Octubre y Salitre), que corresponde al 63,2% de casos reportados en toda la localidad en esta etapa de ciclo; el 71,6% (58 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 28,3% (23 casos) correspondieron a violencias contra las hombres (Ver Tabla 34).

Se presenta en este territorio un número mayor de caso de violencia física, abandono, negligencia y sexual entre las jóvenes; mientras que en los jóvenes la violencia física es la que predomina; en estos datos se infiere la mayor vulnerabilidad dentro del género en su componente mujer.

Tabla 34: Notificación de Violencia Ejercida en Jóvenes. Territorio Doce de Octubre-Salitre. 2009.

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de Octubre y Salitre)	10	43,4	40	68,9	23	100	58	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONOMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de Octubre y Salitre)	0	0	11	18,9	2	8,6	14	24,1
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de Octubre y Salitre)	11	47,8	21	36,2	9	39,1	15	25,8

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

La violencia intrafamiliar es una consecuencia de las pautas de crianza inadecuadas y transmitidas a través de la cultura; además se establece como una forma habitual de comunicación, marcada por la intolerancia, frente a un modo diferente de relación, que no sea complementaria y en la cual no se acepte la igualdad. La combinación de la desigualdad dentro de la familia (relación de poder) y

84 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

la aceptación de la violencia como un mecanismo de resolución de conflictos en la sociedad, hace que se evidencie la violencia Intrafamiliar la cual se considera como una problemática multicausal que se asocia con varios factores sociales, individuales, políticos y comunitarios entre los cuales se destacan: el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, situación laboral, nivel de educación, consumo de sustancias psicoactivas, la cultura se constituye como uno de los factores más significantes en el comportamiento violento.

Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran las creencias culturales que se evidencian en la violencia de género hacia la población juvenil entendida esta como “una violencia estructural, basada en un sistema de creencias superioridad de un sexo sobre otro. Ésta se evidencia especialmente hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar la subordinación al género masculino.”<sup>85</sup> La violencia intrafamiliar, suele tener implicaciones relevantes que afectan la calidad de vida de las mujeres. Como dato importante en la etapa Juventud, la prevalencia está dada en edades entre los 10 a 15 años y puede asociarse al inicio de relaciones de tipo afectivo, se evidencia de varias formas, como cualquier tipo de discriminación hacia la mujer.

La **Salud Oral**<sup>86</sup> está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. La salud oral es un aspecto que no se puede dejar atrás debido a que la boca es un “medio de comunicación”, además constituye una parte importante del desarrollo en el periodo de la adolescencia. Los y las adolescentes inician una etapa en la cual la estética es un componente muy importante; constituye un factor decisivo para ser aceptado dentro del grupo de pares, ya que es a través de la boca que se experimentan diferentes sensaciones relacionadas con la sexualidad. Por ello se convierte en un aspecto de evidente cuidado, que requiere de buenas prácticas y condiciones de higiene que le permitan al individuo evitar caries o infecciones. A su vez, la ausencia de salud oral conlleva a que el adolescente no se relacione de manera adecuada con sus pares, causando rechazo entre grupos por falta de prácticas saludables e higiénicas. Por otro lado, existe un vacío en los programas de atención y prevención desde los 14 hasta los 26 años, lo cual impide el seguimiento de las problemáticas y frena la prevención y la promoción en la salud oral.

De igual forma, en los y las jóvenes la salud oral se ve afectada por el uso del piercing oral que se ha convertido en los últimos años en un fenómeno de la sociedad moderna, asociado a la moda como forma de expresión del culto a su cuerpo. Entre los y las jóvenes de la localidad se evidencian los siguientes factores de riesgo con respecto a la salud oral como la inequidad en el servicio y la influencia social en cuanto a la estética y prácticas sexuales inseguras. Adicionalmente, las políticas distritales de salud contemplan pocas intervenciones directas en esta etapa de ciclo vital y la cobertura del sistema de seguridad social no incluye tratamientos odontológicos estéticos que solucionen estas alteraciones de mala posición, alterando notablemente la autoestima y por consiguiente la calidad de vida de este ciclo vital.

Según los datos estadísticos de la demanda a los servicios de salud oral correspondiente a esta etapa del ciclo vital, en cuanto a asistencia a la consulta, se tiene que el 27,65% de esta población se encuentra en el grupo comprendido entre los 15 a 25 años, siendo los jóvenes y las jóvenes uno de los grupos que más asisten a consulta, teniendo como principal causa en el 2009 la caries de la dentina (90 %), seguido de gingivitis crónica. La adecuada nutrición, acompañada de hábitos higiénicos se consolidan como factores protectores de la salud oral, sin embargo la deficiencia en los alimentos provoca deficiencias en la salud oral, lo cual también constituye un factor de riesgo.

Frente a la **Salud Sexual y Reproductiva**<sup>87</sup>, la desorientación y pérdida del sentido frente a los proyectos de vida de los y las jóvenes subsecuente a la falta de oportunidades, inadecuado uso del tiempo libre, el consumo de SPA y alcohol, el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y/o inicio y/o exposición temprana a eventos sexuales, la explotación sexual y/o comercial, incrementan las posibilidades de embarazos a corta edad, cáncer de cuello uterino y/o contagio de ITS/VIH entre adolescentes y jóvenes.

Las enfermedades ligadas a la salud sexual y reproductiva, 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, la mortalidad evitable con sus consecuencias sociales y el incumplimiento de la normatividad por parte de los actores para la identificación de posibles casos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y acciones de vigilancia en salud pública de los pacientes. Durante el año 2009 fueron notificados por SIVIGILA 10 casos de VIH de hombres entre los 19 y 25 años.

Desde el Ámbito Comunitario del Hospital Chapinero se realizó en el 2009 un ejercicio de reconocimiento de los territorios afectivos y sociales de preadolescentes y adolescentes relacionados con la vivencia de la sexualidad con jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, encontrando que la visión que tiene esta población con respecto de la identidad de género es que los niños son diferentes a las niñas, manejan conceptos tradicionales de que la mujer es delicada, responsable, cariñosa, etc., mientras el hombre es el fuerte, el apoyo de la familia, el que trabaja, etc. “Para mi ser hombre es que les toca, es decir, trabajar más que las mujeres, porque los hombres tienen sólo un deber trabajar por la familia en cambio las mujeres es que hay que mantener niños, cuidarlos, educarlos, etc.”, “No porque supuestamente los niños no tienen que hacer todo lo que las niñas, “hombre” no hace por ejemplo lavar, planchar, etc.”, “Hombre alguien que es muy rudo y una mujer es sencilla”.

En cuanto a los aspectos morales y sexuales, escolaridad, ITS, anticoncepción y derechos, los jóvenes manifiestan que si han recibido información de sexualidad, del colegio, de la familia, de las instituciones. Sin embargo algunos manifiestan un mal manejo de las temáticas como métodos anticonceptivos, las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), y los Derechos Sexuales y Reproductivos. El porcentaje de uso de preservativo en las relaciones sexuales es muy bajo.

Frente al comportamiento de las **Condiciones Crónicas**<sup>88</sup> en esta etapa de ciclo vital se evidencia una mayor prevalencia de enfermedades crónicas especialmente cardiovasculares en edades más tempranas, debido a factores de riesgo socio-culturales como inadecuados hábitos alimentarios, inactividad física, obesidad, estrés, consumo de tabaco y alcohol entre los y las jóvenes. En la localidad existen factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, el consumo de sustancias psicoactivas, la mala alimentación, así como condiciones sociales, económicas, y ambientales como circunstancias de vida y de trabajo, la infraestructura física, el ambiente, la educación, entre la población joven que hacen que se evidencien enfermedades crónicas en edades más tempranas. De igual manera también se evidencian factores protectores entre la población juvenil como el cuidado en la alimentación, evitando el consumo de grasas animales, hacer ejercicio en forma regular, mantener el peso adecuado para lo cual se desarrollan actividades de recreación y descanso, implementación de programas educativos sobre comportamientos saludables.

La población joven en condición de **Discapacidad**<sup>89</sup> se ve afectada por el conocimiento empírico adquirido a través de la experiencia por parte de los cuidadores, que los llevan a constituirse en un riesgo familiar y social debido a la sobre protección de las personas a su cargo. Esta situación

85 <sup>26</sup> Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

86 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

87 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

88 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

89 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

aumenta la condición de discapacidad de la persona y disminuye sus posibilidades de desarrollo y crecimiento personal, familiar y social. Adicionalmente, las posibilidades de inclusión laboral con condiciones dignas son escasas, así como el ingreso a una opción de capacitación formal o informal para el trabajo por recursos económicos insuficientes.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>90</sup> en esta etapa de ciclo vital está asociada al manejo inadecuado del tiempo de ocio y a la falta de espacios como parques y escenarios o al uso inadecuado de los mismos. En esta etapa el joven tiene diversas posibilidades para utilizar su tiempo libre, pues además de la actividad física, están las actividades recreativas sedentarias (TV, video juegos), o actividades que generan riesgos, tales como el consumo de bebidas alcohólicas y psicoactivos. Algunos incluso combinan dichas actividades, lo que genera que la actividad física deje de ser un factor protector y se convierta en un factor de riesgo. Adicionalmente muchos jóvenes asumen el doble rol de trabajar y estudiar para poder costear sus estudios, sometidos a intensas jornadas que los afectan física y psicológicamente. Estas altas jornadas posibilitan en muchos casos que los y las jóvenes consuman sustancias psicoactivas como método de relajación consolidándose como un factor de riesgo de la salud mental.

Dentro de las condiciones de **Trabajo**<sup>91</sup>, los y las jóvenes vinculados a actividades laborales como cuidadores parentales, ayudantes en negocios familiares, carpintería, oficios varios, venta ambulante y ayudantes en plazas de mercado, dedican entre 4 a 6 horas a la labor, en condiciones de trabajo que no garantizan las normas mínimas de seguridad y salubridad. Adicional a esto se evidencia que los adolescentes de esta localidad desarrollan actividades laborales al ser vinculados por los adultos al medio y posicionarlos como ayudantes con remuneración, llevándolos de esta manera a su permanencia en estos empleos al recibir dinero por su labor. Dicha remuneración resulta ser una situación de riesgo, en cuanto a problemáticas como la deserción escolar; al tener acceso al dinero, el joven refuerza de una u otra forma, sus comportamientos laborales y evade la necesidad de tener una formación profesional.

Sumado a esto, no se cumple con las condiciones de trabajo protegido al emplear adolescentes sin ninguna remuneración por su labor; también hacen falta ofertas institucionales que terminen con la vinculación de adolescentes a la vida laboral. Esta situación direcciona a los y las jóvenes a alejarse de sus ámbitos de desarrollo y se consolida como una forma de violencia hacia esta población. La explotación infantil predomina entre las edades de 13 a 18 años. En el Territorio Doce de Octubre-Salitre los jóvenes están vinculados a actividades productivas como cuidadores parentales, ayudantes en negocios familiares, carpintería, oficios varios, venta ambulante y ayudantes en plazas de mercado. Dedican entre 4 y 6 horas, en condiciones que no garantizan condiciones mínimas de seguridad y salubridad. Existen varias razones para que los jóvenes decidan ocuparse en ese tipo de actividades, entre ellas se mencionan: la necesidad de costearse el estudio, de apoyar a la familia colaborando con los gastos de la casa o el deseo de obtener dinero propio.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>92</sup> se ve afectada en esta etapa por las dificultades en la puesta en marcha del Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos de la localidad, lo que perjudica el control de precios y la calidad de los alimentos que se pueden disponer para el acceso y consumo. Adicionalmente, falta articulación interinstitucional en los procesos educativos en diferentes temas de alimentación ya que no se cuenta con estrategias que permitan lograr impacto en la población; existe también un déficit en el acceso a los alimentos por la baja condición socioeconómica (ligada a familias extensas), malos hábitos alimentarios, costumbres y mitos que influyen en la decisión de compra de los alimentos; hay una notoria oferta de alimentos no saludables en las tiendas escolares.

90 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

91 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. 2010.

92 Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

Adicionalmente se presentan trastornos de la conducta alimentaria en los y las jóvenes. Nadie está totalmente seguro sobre las causas de los trastornos de la alimentación; sin embargo, existen varias teorías sobre por qué la gente desarrolla estas patologías. La mayoría de personas que desarrollan un trastorno alimenticio tienen entre 13 y 17 años. Éste es un período de cambios físicos y emocionales, de presiones académicas y de mayor presión por parte de los pares. Si bien, durante la adolescencia se tiene un mayor sentido de la independencia, es probable que los y las adolescentes sientan que no son capaces de controlar su libertad y, en algunos casos, sus cuerpos. Esto ocurre, en especial, durante la pubertad. En el caso de las mujeres, aunque es completamente normal (y necesario) aumentar un poco de peso durante la pubertad, algunas reaccionan al cambio con mucho miedo. Algunas jóvenes pueden sentirse obligadas a bajar de peso sin importar cómo.

Las inequidades de **Género**<sup>93</sup> se presentan al abordar la salud sexual con un énfasis en lo reproductivo dejando de lado el derecho al placer sexual y el disfrute de la sexualidad femenina, situación que las hace más vulnerables a infecciones de transmisión sexual. Se evidencian imaginarios culturales que continuamente “naturalizan” y mantienen las diferentes formas de violencia hacia las adolescentes y las jóvenes, afectando de forma significativa la salud mental de ellas. Se presentan barreras de acceso para adquirir métodos anticonceptivos los cuales están sujetos al tipo de aseguramiento.

Desde la transversalidad se priorizaron algunos temas que afectan de forma significativa la salud de ellos y ellas. Uno de estos es la salud sexual y reproductiva. Es importante tener presente que los jóvenes y las jóvenes de la localidad de Barrios Unidos comienzan su vida sexual en la adolescencia; el inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas a lo largo de la vida, está influenciada por el género, los valores personales, las creencias, las condiciones culturales y económicas. En términos generales los jóvenes reconocen a la escuela como el lugar en donde más han aprendido acerca de la sexualidad, y en una segunda esfera a padres y madres de familia; la comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes enfrenten situaciones de la vida personal y eviten embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abortos, uniones forzadas, relaciones sexuales sin protección, o puedan ser víctimas de la violencia en la familia, abuso sexual, violaciones o discriminación por su orientación sexual.

El embarazo en la adolescente aumenta la vulnerabilidad de ellas, quienes se ven expuestas en la mayoría de los casos a abandonar sus estudios, situación que a pesar de que se evidencia no se logra registrar de una forma sistemática. Para el caso de Barrios Unidos es difícil acceder a la información sobre las adolescentes en embarazo que abandonaron sus estudios en el 2009.

Frente a las **Identidades de Género y Orientaciones Sexuales**<sup>94</sup> llama la atención que dentro de estas estadísticas no se visibilice la población LGBT. Esta situación hace difícil la identificación de necesidades y el análisis de determinante en salud para este sector de la población. Se aborda la salud sexual con un énfasis en lo reproductivo, en las relaciones sexuales heterosexuales, desconociendo las identidades de género y las orientaciones sexuales no normativas. La violencia dada por la orientación sexual, se evidencia mucho más en esta etapa de ciclo vital, que impacta de forma negativa la salud mental de esta población. La oferta laboral para las personas del sector LGBT se orienta solamente hacia los salones de belleza, identificándose la discriminación por sus identidades de género y sus orientaciones sexuales. En los colegios distritales continúan enfocando el tema de la sexualidad en la salud reproductiva y la heterosexualidad como única forma de vivir la sexualidad, dejando de lado la diversidad sexual.

En esta etapa de ciclo de vida existe una gran dificultad asociada al temor para abordar el tema de las orientaciones e identidades sexuales en especial de los adultos responsables de formar a los jóvenes; de igual forma se evidencia una gran limitación del sistema de salud para registrar las necesidades de los jóvenes LGBT, situación que hace más compleja la posibilidad de hacer un

93 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

94 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

análisis de salud sobre 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.

La violencia por identidades de género y orientaciones sexuales, se evidencia mucho más en esta etapa del ciclo vital en los colegios distritales, ya que en su gran mayoría continúan enfocando el tema de sexualidad en la salud reproductiva y la heterosexualidad como única opción para vivir la sexualidad, se deja de lado las identidades de género y las orientaciones sexuales no normativas, este es un tema vedado 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 identidad de género o su orientación sexual.

### 3.1.3 Adultez

En el territorio Doce de Octubre-Salitre, según proyecciones de población para el 2009, residen 14.242 adultos y adultas, aportando el 14% del total de población estimada para el mismo. La adultez es la etapa del ciclo de vida humana, que ha sido caracterizada más en los términos de los acontecimientos sociales, por el cambio en la estructura de los roles, las demandas que se derivan de esos roles, las tareas sociales asignadas y asumidas, más que por los términos de las capacidades dadas por los asuntos biológicos. Para los procesos de la salud pública hemos pretendido referenciarla desde los 27 a los 59 años de edad.

Es importante aclarar que referenciar a la adultez dentro de estos años de vida es un asunto “arbitrario”, teniendo en cuenta que la cultura, los tipos de familias, las particularidades encontradas en la ruralidad, nos pueden llegar a presentar un adulto y una adulta que aún no han llegado a los 27 años; como también encontraremos grupos de sociedad donde a los 40 años, aún no se tiene hijos/as, o no se han decidido a conformar una familia.

La **Salud Mental**<sup>95</sup> en esta etapa está relacionada con los imaginarios culturales y representaciones sociales han favorecido la violencia contra las mujeres, además de violencias que se generan por la identidad de género y la orientación sexual, situaciones que se ven expresadas en los estados emocionales, manifestaciones comportamentales, depresión y ansiedad de estos grupos poblacionales; y que son muy fuertes en el territorio Doce de Octubre. Hay inequidad en el acceso de las/los adultas/tos a bienes y servicios en salud mental, originada por falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional sanitaria, que afectan la calidad de vida y la salud mental de los adultos y las adultas, situación que se hace más fuerte en territorios vulnerables como el Doce de Octubre, donde no hay capacidad de pago para acceder a servicios de tipo particular.

Se evidencia el uso de la violencia como forma culturalmente aceptada para la resolución de conflictos en este territorio, donde se considera a la adultez como generadora de esta problemática; situaciones agravadas por el alto consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas, alta presencia de madres solteras, desempleo, maltrato, malnutrición, desocupación por lo menos en un miembro de la familia y hacinamiento entre otros.

Las y los adultos son sujetos que en la actualidad se enfrentan a una vida llena de retos que la misma etapa les exige, es un periodo en el que la productividad y la responsabilidad ante la demanda de una familia ya sea primaria o constituida, representa estrés o cargas que muchas veces puede estar relacionada con situaciones de violencia, en especial a las mujeres cabeza de hogar. También se ven afectados por el consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones, “alrededor

del 20% de los adultos consume nicotina (fumadores regulares), el 17% está en alto riesgo de dependencia a alcohol, el 4% ha consumido marihuana alguna vez en la vida y un 2% ha usado alguna otra sustancia ilegal durante la vida”.

En cuanto a los casos de violencia a los adultos reportados por el subsistema SIVIM 2009, se presentaron 58 casos en el territorio 1 que corresponde al 50% de casos reportados en toda la localidad en esta etapa de ciclo; el 96,5% (56 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 3,5% (2 casos) correspondieron a violencias contra las hombres. Se presenta en esta localidad un número mayor de caso de violencia física, emocional, sexual, económica y abandono y predominantemente en las mujeres. (Ver Tabla 35).

Tabla 35: Notificación de Violencia Ejercida en Adultos y Adultas. Territorio Doce de Octubre-Salitre. 2009.

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de Octubre y Salitre)	0	0	43	76,7	2	100	56	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONOMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de Octubre y Salitre)	0	0	13	23,2	0	0	23	41,0
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 1 (UPZ 12 de Octubre y Salitre)	0	0	13	23,2	0	0	0	0

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

La intervención en **Salud Oral**<sup>96</sup> con adultos se limita a divulgar la información y procesos de acompañamiento para y por los niños, pero no está dirigida a corregir hábitos ni a crear modelos adecuados desde las intervenciones en salud pública para ellos; desde lo asistencial, existen barreras dadas por el contenido en el plan de beneficios. Los adultos y adultas en el territorio Doce de Octubre, se convierten en modelos de cuidado para la salud oral inadecuada, que se evidencia en la escasa e insuficiente salud oral que estos presentan y que se replican en niños y adolescentes.

En estas unidades de análisis del Hospital Chapinero se ha evidenciado que la caries, aun cuando hoy día siguen ocupando un lugar importante en la morbilidad oral de las poblaciones, especialmente en la población en edad adulta, es importante denotar su disminución con la aparición del flúor; es decir, que este disminuyó notoriamente la incidencia de caries a nivel mundial.

Respecto a la atención y acceso a los servicios de salud oral, los estratos sociales y económicos determinan los tratamientos y la calidad del servicio, mencionando además el impacto al nivel de autoestima o a la falta de ella. Durante los dos semestres del 2009, se atendieron 893 personas en edad adulta cuyas principales causas de consulta fueron caries dental, enfermedades gingivales y periodontales, restos radiculares y enfermedades pulpares y periapicales.

Frente a la **Salud Sexual y Reproductiva**<sup>97</sup>, la inequidad de género no involucra al varón como agente protector en el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA. Estos imaginarios provocan la

96 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

97 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

95 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

negación del ejercicio de la sexualidad segura y responsable en los adultos, que se agudiza ante la reducción de este programa a lo reproductivo, lo cual invisibiliza o niega el desarrollo de la sexualidad en etapas previas al envejecimiento y en la vejez, sumándose a unos planes de beneficios deficientes con relación a los hombres. Esta problemática tiene un asentamiento particular y de mayor daño en la población de la comunidad LGBT, ante la inexistencia de la atención diferenciada. En el tema de la consulta o diagnósticos de ITS, poco se maneja en pareja, de igual forma los tratamientos generalmente son solicitados por la mujer en el caso de las parejas heterosexuales. La problemática se agudiza en la población LGBT ante la no consulta diferenciada, baja o nula demanda en mujeres lesbianas a la citología, bajo acceso a servicios de salud de hombres en ejercicio de prostitución o con orientación sexual diversa. Referente a los vacíos de los planes obligatorios, los servicios están orientados a la mujer, en relación proporcional con los hombres; y la mirada se da ante el tema reproductivo, invisibilizando aspectos importantes como la menopausia y todas las implicaciones que este periodo juega en la vida de la mujer; no se toca el tema de la frigidez como parte de la salud integral.

Además el uso de algunos métodos de barrera y/o preservativos se asocia con niveles socioeconómicos y de educación, llevando a generar algunas veces episodios de violencia entre las parejas o desconfianza. La salud reproductiva en mujeres con discapacidad cognitiva encuentra todas las barreras para la esterilización. La inequidad de género favorece las ITS y VIH/SIDA en mujeres, debido a situaciones como subordinación por parte del hombre, dependencia afectiva o económica, baja autoestima, pasividad, insatisfacción y resignación, negación de su vulnerabilidad, dificultad para proponer uso de preservativos ante el temor a ser rechazada, valoración más de la satisfacción masculina que de la propia, entrega incondicional, resistencia a uso del preservativo, temor a decir no. Éstas, entre otros aspectos, siguen siendo situaciones que afectan la salud sexual de las mujeres, el acceso oportuno a los servicios de salud y su auto cuidado.

Respecto a las **Condiciones Crónicas**<sup>98</sup> el modelo económico existente en el país, en donde la pobreza produce y reproduce de manera permanente condiciones de vulnerabilidad en la vida del individuo y la familias y que contribuyen a asentar prácticas de vida cotidiana reflejadas en la alimentación, el sedentarismo que caracteriza a la adultez y la práctica de malos hábitos, son factores desencadenantes para la aparición temprana de enfermedades crónicas y que de acuerdo a los datos, es más vulnerable mujer. Debilitamiento en la calidad de vida y la salud de los adultos/as, derivados en gran medida de la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional que parte de la misma implementación del sistema de salud y el no compromiso del estado con un envejecimiento activo de la población que empieza desde la gestación, lo cual se complejiza aún más por la ausencia de hábitos de auto cuidado y/o imaginarios socio-culturales.

La aparición de enfermedades como la hipertensión y la diabetes se están diagnosticando a edades tempranas; se percibe como factores asociados el sedentarismo en el que permanecen las personas y sobre todo los adultos/as cuyos roles laborales y/o domésticos se asocian con la quietud, dietas basadas en carbohidratos, situación muchas veces originada por la capacidad adquisitiva y aspectos culturales que se hacen presentes en el territorio Doce de Octubre.

Frente a la asistencia a la consulta médica presentan mayor demanda las mujeres en relación con los hombres, pertenecientes a la etapa adulta entre los 45 y 60 años. Así mismo el diagnóstico sobre el padecimiento de una enfermedad crónica surge luego de la consulta que se hace por otro motivo y además poco se tiene en cuenta el riesgo de enfermedad crónica que aumenta en periodos de menopausia.

Los datos existentes del programa de crónicos corresponden a usuarios que se atienden en el Hospital Chapinero, asegurados por medio del régimen subsidiado o fondo financiero; es decir que más del 96% de la población tiene otro tipo de aseguramiento, atendidos por la red privada. Con base en la información suministrada desde el programa de prevención y detección precoz de condiciones crónicas del Hospital Chapinero, respecto a los/las usuarios/as asistentes a consulta de

Medicina General y diagnosticados como pacientes en Condición Crónica, se pueden obtener los siguientes datos; encontramos 239 pacientes pertenecientes a otras etapas del ciclo vital, 147 en etapa adulta, de los cuales 106 cuentan con diagnósticos de hipertensión arterial, 22 con algún tipo de diabetes, 19 con otro tipo de enfermedad crónica para un total de 386 usuarios identificados por el programa de crónicos. A través de SASC se identificaron 21 adultos con hipertensión arterial y 23 adultos con diabetes que asisten a los programas de hipertensión y diabetes, y 41 y 11 adultos hipertensos y diabéticos, respectivamente, que no asisten a los programas de prevención y promoción correspondientes.

La población en condición de **Discapacidad**<sup>99</sup> en la etapa de adultez encuentra dificultades para el acceso a programas y proyectos que se deriven de las políticas sociales; esta población afronta en todos los ámbitos de la vida cotidiana desde la adultez, problemas de inclusión laboral en condiciones dignas, opciones de educación, ausencia de participación a nivel comunitario, posibilidades de movilidad y de atención en salud. Los estratos sociales son importantes al momento de hablar de discapacidad, no es lo mismo tener una discapacidad y pertenecer a un estrato 5 o 6 a tener una discapacidad en un estrato social y económico 1 o 2.

Las oportunidades para la vida de un individuo que haya tenido acceso a la rehabilitación desde su infancia son totalmente distintas a las de una persona para quien su situación económica haya sido la principal barrera para recuperarse. Es así como las familias de los estratos 1 y 2, que cuentan con un familiar en situación de discapacidad, tienen más dificultad en la adquisición de otros bienes y servicios. El acceso al mercado laboral de la población sin algún tipo de discapacidad, cada vez se encuentra más debilitada, y peor es la situación para una persona en situación de discapacidad, donde los imaginarios no favorecen su posibilidad de vinculación laboral. Según los datos de la caracterización distrital del año 2007, el 2.9% del total de la población de la localidad se encuentra en situación/condición de discapacidad. Respecto al factor educativo: el 24.7% de la población no terminó la secundaria, el 22.2% no finalizó la básica primaria; se puede observar que estas dos cifras suman el 46.5% del total de personas en situación de discapacidad caracterizada y el 1.4% cuenta con título universitario y el 0.16% obtuvo un postgrado, factor determinante en la inclusión laboral y en la respectiva demanda del mismo. El manejo, el acceso y el conocimiento de estrategias de rehabilitación y apoyo para su desempeño es limitado o nulo en las poblaciones pobres y más excluidas de información y de tecnología.

Dentro del contexto de la población en condición de discapacidad se evidencia que el rol de cuidador o cuidadora; la mujer tiene asignada la tarea de cuidar, atender y proteger, lo que una vez más confirma la inequidad en lo que respecta a los roles entre varones y mujeres. El tema de la salud sexual, en las poblaciones con algún tipo de estados parapléjicos se vulnera ante el requerimiento de medicamentos no cubiertos por los planes obligatorios de salud a los que algunos acceden a través de tutelas. Dentro de las particularidades encontradas en la población en situación de discapacidad, según caracterización del año 2007, en la localidad de Barrios Unidos se identificaron 6.875 personas, de las cuales 1.464 pertenecen a la etapa adulta, con 625 varones y 839 mujeres. De este grupo, el 52.9% se encuentra desempleado. Se evidencia que el 85% de estas familias están en estrato 3 y de estas el 26% cuenta con vivienda propia.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>100</sup> está relacionada con la no corresponsabilidad del contexto laboral de las y los adultos, donde en lugar de recreación y deporte se promueven prácticas sedentarias, que aumenta la probabilidad de aparición de enfermedades crónicas; sumado a ello, existen barreras para el acceso de la población de bajos recursos, faltan espacios públicos, hay escasa presencia institucional lo cual permite el incremento de la inseguridad en estos entornos y escenarios.

99 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

100 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

98 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

El mayor porcentaje del tiempo de los adultos/as transcurre en el terreno laboral, y generalmente los roles desempeñados los y las mantienen en estados de quietud, ya sea sentado o de pie y en espacios reducidos. Para la economía, la actividad física no genera rentabilidad y no se considera importante. El sedentarismo favorece la aparición de las enfermedades como la Hipertensión, la Diabetes y otras dolencias crónicas. El ambiente de los entornos tanto externos como inmediatos favorece la actividad física, la recreación y el deporte. El rol del adulto lo va predisponiendo a asumir algunos comportamientos, hábitos y prácticas que lo alejan de la actividad física, de la recreación y del deporte. Encontramos en la adultez, que la mujer reduce la posibilidad de las prácticas saludables por sus dobles jornadas trabajo/hogar, casi siempre ella prioriza su atención en los demás, llámense hijos, esposos, padres, mientras que los varones realizan una práctica deportiva más de carácter social que física, asociada en muchos casos con el consumo de alcohol. De igual manera no existe una actividad consciente teniendo en cuenta que son prácticas de fines de semana generalmente. La falta de esparcimiento agudiza el disfrute de la salud mental, la falta de tiempo para sí mismo va generando estados estresantes y pocas relaciones sociales.

Las condiciones de **Trabajo**<sup>101</sup> están relacionadas con la utilización de otras formas de generación de ingresos como alternativas de empleo, en unidades productivas informales como expendios de carnes y montallantas, que les permita generar los recursos necesarios para suplir su rol de proveedor/a sin las mínimas condiciones de seguridad y protección personal y de salubridad. El sistema económico actual aumenta las brechas en las desigualdades sociales. La población adulta identificada desde el programa Salud a su Casa muestra unos porcentajes reducidos en escolaridad en el territorio de 12 de Octubre, lo que determina las oportunidades laborales. Respecto al sector formal, usualmente son más precarias las condiciones ofrecidas a los empleados, las formas de vinculación llevan al deterioro de la calidad de vida de técnicos, profesionales y especialistas en los distintos campos. El acceso al Ámbito Laboral cada vez se hace a más temprana edad, sin la cualificación necesaria, se presentan las dobles jornadas en la mujer, quien debe asumir las responsabilidades domésticas y laborales, no compartidas por el hombre.

Desde el Ámbito Laboral la intervención del sector Informal se realiza en fábrica de colchones, panaderías, restaurantes, talleres de mecánica, lavaderos de carros, reciclaje, chatarrería y talla de piedra; la población vinculada está expuesta a los riesgos generados dentro del ambiente laboral por no cumplir con las condiciones mínimas de protección y las formas de vinculación laboral se dan sin ofrecer ningún tipo de seguridad social; los trabajadores se ven obligados a vincularse a dicha modalidad, ante la necesidad de obtener algún ingreso para su subsistencia.

En el Territorio 1 (Doce de Octubre y Salitre) cómo alternativa ante el desempleo, los hombres y las mujeres en esta etapa de ciclo vital se ocupan en expendios de carne, restaurantes y montallantas para generar los recursos necesarios para cumplir con su rol de proveedores (as), trabajando sin las mínimas condiciones de seguridad y salubridad. En los restaurantes de la localidad se observa la vulneración de los derechos al desear la importancia de estar afiliados a SGSS como alternativa para cubrir las necesidades sociales frente a situaciones como desempleo, invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>102</sup> se ve afectada por el déficit en el acceso a los alimentos, por la baja condición socioeconómica (ligada a familias extensas), por malos hábitos alimentarios, costumbres y mitos que influyen en la decisión de compra de los alimentos. A su vez los patrones culturales y mitos aprendidos inciden en la decisión de compra de alimentos lo que conduce a adoptar inadecuados hábitos alimentarios, afectando así el estado nutricional y de salud de las personas, que traen como consecuencia la mala nutrición y la aparición temprana de enfermedades crónicas.

<sup>101</sup> Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

<sup>102</sup> Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

De acuerdo a la caracterización de SASC en el Territorio Doce de Octubre con situaciones de vulnerabilidad económica, se evidencia que esta situación afecta el estado nutricional, pues incide en la capacidad de acceso a los alimentos y en las dietas alimentarias adecuadas. Según esta caracterización SASC año 2008, se encontraron 708 familias en territorio SASC con 2160 individuos. De este número de habitantes (2160), 816 que representan el 37.7% están en etapa adulta; de acuerdo a datos de esta misma estrategia en la primera caracterización se encontró que en la UPZ en mención, el 38.1% de la población adulta es analfabeta y el 39.5% había terminado la secundaria, el 88.1% culminó básica primaria, situación que muestra las oportunidades de empleo y la demanda de los mismos a los que tienen acceso. En el tema de empleo el 52.9% de los/las adultos/as se encuentran desempleados/as, un 8.6% con bajo peso, y con enfermedades crónicas 37.5%, lo que estaría asociado de forma directa con las capacidades adquisitivas en la canasta familiar, al consumo inadecuado de alimentos y a la poca disposición a hábitos y comportamientos saludables.

Las inequidades de **Género**<sup>103</sup> se manifiestan en la medida en que la salud de la mujer se aborda desde lo reproductivo, dejando de lado el derecho al placer sexual y el disfrute de la sexualidad femenina, situación que las hace más vulnerable a las infecciones de transmisión sexual. La atención en los servicios de salud no se da de manera diferencial, en términos de género y de las poblaciones del sector LGBT. La multiplicidad de roles de las mujeres no les permite incluir la actividad física como un hábito de vida saludable, aunque, la misma en el hombre, en la mayoría de los casos, se combina con el consumo de alcohol.

Además, se encuentran imaginarios culturales que “naturalizan” y han permeado las diferentes formas de violencia hacia las mujeres adultas, en aspectos de la vida cotidiana, donde se ven reflejadas en los niveles de tolerancia y de aceptación de estas prácticas. Las construcciones sociales mantienen patrones culturales machistas que continúan impactando de forma negativa en la salud de las mujeres como, el temor a hacer exigencia del preservativo, mayor exposición a ITS, a violencias físicas, emocionales y sexuales, a limitadas posibilidades a ejercer el derecho a decidir libremente por la maternidad, a la exclusividad del rol cuidadora y el trabajo doméstico entre otros. La violencia por identidad de género y orientaciones sexuales al interior del contexto familiar y social es marcada en esta etapa de ciclo de vida, situación que está determinada por asuntos generacionales, por unos imaginarios culturales con un alto peso de “conservatismo” y de temores ante el rechazo y la discriminación.

Históricamente los problemas de salud de las mujeres adultas se han focalizado alrededor de la maternidad y el cuidado de los/las hijos/as, sin embargo desde la transversalidad se han priorizado temas como el cáncer de cuello uterino, el cáncer de seno, las ITS, la infección por VIH/SIDA y la violencia contra la mujer.

La presencia de las ITS y el VIH es un tema priorizado por la transversalidad; es un determinante que pone en situación de inequidad la salud de las mujeres adultas. “En la actualidad se presenta un incremento anual mayor de infecciones por VIH en mujeres, mientras la incidencia en hombres comienza a bajar, esto es lo que se denomina feminización de la epidemia. Esta es una situación a nivel mundial, donde las mujeres representan actualmente el 50% de las personas que viven con VIH.

### 3.1.4 Envejecimiento y vejez

En el territorio Doce de Octubre-Salitre, según proyecciones de población para el 2009, residen 14.242 personas mayores, aportando el 14% del total de población estimada para el mismo. La situación de salud de las personas mayores está dada por problemáticas como la presencia de enfermedades crónicas: la Hipertensión y la Diabetes, contempladas dentro de las 10 primeras causas de morbilidad del Distrito, asociadas a las primeras causas de mortalidad como las

<sup>103</sup> Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.



enfermedades isquémicas del corazón. La población más vulnerable habita en el territorio Doce de Octubre-Salitre donde se registran la mayoría de casos especialmente de enfermedad crónica, discapacidad y maltrato.

Frente a la situación de **Salud Mental**<sup>104</sup>, los imaginarios culturales y representaciones sociales han favorecido la violencia contra las mujeres y las violencias por identidades de género y orientaciones sexuales. Se evidencian manifestaciones comportamentales de depresión, ansiedad. Hay una multiplicidad de roles en las mujeres que afectan sus estados emocionales. La inequidad en el acceso a bienes y servicios en salud mental, por diferencias de contratación en el mercado laboral, aunado a la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional sanitaria, afectan la calidad de vida y la salud mental de las personas mayores. También se evidencia riesgo psicosocial asociado a zonas de inseguridad que deterioran la salud mental en este grupo de población. Igualmente existen situaciones de maltrato, discriminación, desesperanza y falta de auto cuidado.

Según las visitas de discapacidad del Hospital Chapinero, algunos adultos mayores se encuentran desempeñando roles de cuidador de menores o personas en condición de discapacidad, ya sean parientes o no, o puede ocurrir que a su vez sean ellos mismos los que padecen esa condición de dependencia de cuidados, por lo cual son considerados “una carga económica” que desemboca en la minusvalía y empobrecimiento de la autoestima y auto-imagen de la persona mayor.

Un factor que puede incidir en la problemática es la condición habitacional, pues algunos de los casos reportados viven en casas tipo inquilinato y a la vez, se presenta hacinamiento, por lo que se deduce que no existe un espacio vital adecuado para el desarrollo de algunas actividades cotidianas como el baño y el descanso, que requieren de privacidad y tranquilidad, condiciones primordiales en la persona mayor actual, por su formación y arraigo cultural, esto también fomenta el sedentarismo y la apatía para la participación en las dinámicas comunitarias.

Las relaciones inter generacionales en las que prima el poder y el privilegio de decidir, donde a veces el papel de las personas mayores es limitado, se expresan en situaciones conflictivas por falta de una comunicación asertiva ligada a una relación afectuosa, respetuosa y a un tratamiento digno de lo que significa la vejez.

Los sentimientos de soledad y abandono también se hacen evidentes, debido a la ausencia de la pareja por viudez o soltería, el aislamiento social que lleva a baja participación en los espacios comunitarios y la falta de acompañamiento a la consulta. Adicionalmente, la persona mayor tiene factores de riesgo como la pobreza, el maltrato, la discriminación, desesperanza, falta de autocuidado, alta dependencia económica y familiar, soledad, la condición de discapacidad, falta de espacios y redes de apoyo para un óptimo desarrollo humano, vital, recreativo, social y espiritual.

El tema de salud mental se circunscribe además de las relaciones, a la recreación y a la actividad física, como medios de socialización y esparcimiento que dan satisfacción a los individuos; en personas mayores, se constituye en un factor protector de la depresión, las enfermedades crónicas, el aislamiento social, etc.

En cuanto a los casos de violencia en personas mayores notificados por el subsistema SIVIM 2009, se presentaron 13 casos en el territorio 1 (12 de Octubre y Salitre) que corresponde al 54,1% de casos reportados en toda la localidad en esta etapa de ciclo; el 53,8% (7 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 46,2% (6 casos) correspondieron a violencias contra las hombres. En la mayoría de los casos se evidencia violencia física, negligencia y abandono. Por otra parte se evidencia la falta de la cultura de la notificación a nivel institucional, familiar y comunitario por la inconsciencia y falta de sensibilidad frente al significado de maltrato en persona mayor.

El deterioro en la **Salud Oral**<sup>105</sup> de las personas mayores que además de los cambios fisiológicos y morfológicos propios de la edad, se expresa en la presencia de edentulismo parcial o total, caries y enfermedad periodontal ligados a prácticas culturales y de consumo que afectan la autoimagen y el aprovechamiento nutricional, lo cual conlleva a tratamientos de rehabilitación que no pueden asumir las personas mayores ni están cubiertas por las instituciones de salud. Se observa por tanto una baja consulta en salud oral que en ocasiones se reemplaza acudiendo a personal empírico o servicios más económicos y de baja calidad.

Las personas mayores en este territorio, presentan dificultades de masticación y de digestión, debido a la ausencia parcial o total de piezas dentarias, que a su vez proviene de prácticas inadecuadas en la higiene personal como el uso indefinido del mismo cepillo de dientes por incapacidad económica para adquirir periódicamente uno nuevo; también se encuentra el mal manejo de las prótesis, la baja asistencia a los controles odontológicos, según muestran los reportes del Hospital Chapinero y lo que expresan los usuarios en los Comedores Comunitarios y en los escenarios locales.

La inasistencia a la consulta obedece, además a la limitada oferta del servicio que como es sabido, no se contempla dentro del POS. Las actividades de rehabilitación y los altos costos de otros procedimientos requeridos por la persona mayor son una barrera de acceso a dicho servicio. Si tenemos en cuenta la auto-imagen y el concepto que maneja la sociedad sobre la vejez que se asocia al deterioro, una persona mayor con malas condiciones en su salud oral tiende a aislarse socialmente y el mismo sistema de salud lo excluye, por no tenerlo dentro de sus prioridades y por su falta de capacidad económica.

Dentro de las primeras causas de consulta comunes en odontología en el Hospital Chapinero se encuentran la caries, y las enfermedades periodontales, lo que puede conducir a situaciones de salud asociadas a la auto-imagen, la nutrición y las relaciones sociales. Así mismo, respecto a los tratamientos se generalizan conceptos, entre ellos el principal es que se considera una carga financiera para las personas y la sociedad, dado que el cubrimiento de dichos servicios no existe y por consiguiente, las personas mayores no están en capacidad de asumir sus costos.

En esta etapa la **Salud Sexual**<sup>106</sup> está afectada por los diversos mitos y patrones culturales imperantes en épocas anteriores, en los cuales se consideraba normal la ausencia de una vida sexual. Por tanto la persona mayor ve frustrada esta expresión. Además si hay pérdida del compañero o compañera, la situación se hace más evidente. La persona mayor pareciera considerarse por la sociedad como un ser asexual, porque no está incluida en los programas, que adicionalmente tienen el componente de reproductiva, manteniendo un margen en la edad, dado también, por la presencia de enfermedades como el SIDA que se da en mayor proporción en edades inferiores a los 60 años.

Pero las personas mayores requieren información, formación y asesoría sobre cómo afrontar los cambios propios de su etapa, por ejemplo temas como la Andropausia y la Menopausia; igualmente tienen derecho a consultar sobre las situaciones problemáticas en el ejercicio de su actividad sexual, información que según algunos entrevistados, no logra satisfacer sus expectativas, lo cual denota la necesidad de capacitar al personal encargado para un mejor manejo del tema en esta etapa.

Respecto al Cáncer Cérvico-Uterino (CCU) encontramos que una minoría de las mujeres mayores en la localidad, asisten a la toma de la Citología Vaginal a pesar de las estrategias implementadas por el Hospital, que aplican a todas las mujeres desde los 25 años hasta los 69.

En esta población se destacan influencias de creencias y mitos entorno a la sexualidad como la ausencia de pareja, la edad, la ausencia de enfermedades vaginales evidentes y la fidelidad, como principales argumentos para la inasistencia, aunque de todas maneras el programa se restringe al intervalo de edad mencionada, se ha visto que a mayor edad, menor la consulta para la toma del examen.

Respecto a las **Condiciones Crónicas**<sup>107</sup> hay ausencia de servicios integrales para la prevención y atención de las personas mayores en esta condición, principalmente Hipertensión y Diabetes, de acuerdo a sus necesidades y a las características de la etapa. Según los reportes del Hospital

105 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

106 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

107 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

104 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

Chapinero, hay una gran cantidad de personas mayores atendidas con diagnóstico de Hipertensión o Diabetes, aunque la población del régimen contributivo obviamente no está incluida y por tanto, no hay un panorama real de la situación local frente a la magnitud de la problemática. Los reducidos presupuestos, la falta de capacitación del talento humano, la escasa oferta de actividades y programas que promuevan la prevención a lo largo de todo el ciclo vital de manera articulada y con un seguimiento adecuado al proceso de envejecimiento activo y la ausencia de políticas claras de salud para la persona mayor, son algunas de las causas de la prevalencia de estas enfermedades y sus secuelas incapacitantes o mortales, porque no se tiene en cuenta que el carácter crónico lo dan los estilos de vida inadecuados, desde las primeras etapas, que son el acumulado biopsicosocial, espiritual, ambiental y cultural para el desarrollo de las enfermedades en mención.

Es importante anotar que se desconoce la proporción de prácticas negativas como el consumo de alcohol y cigarrillo entre las personas mayores de la localidad, aunque se percibe como habitual en hombres y mujeres mayores, especialmente en el Territorio Doce de Octubre-Salitre. Allí existen una gran cantidad de establecimientos donde se promociona el consumo y por la dinámica comercial que se maneja en esta área, podría alertarse sobre la presencia de factores de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas.

La polifarmacia es otro aspecto que se evidencia en la persona mayor con enfermedad crónica. A pesar de que dentro del equipo de salud no tiene relevancia como elemento de gran impacto en el éxito del tratamiento y la motivación para su adherencia, es evidente que se relaciona con la economía familiar, el concepto de calidad de vida y el trámite de los mismos medicamentos, ya que no están totalmente cubiertos por el POS. Además, el régimen de salud no permite el acceso directo a los especialistas y la tramitología para las remisiones o el direccionamiento a servicios especializados pueden ocasionar malestar e incomodidad para estas citas, traslados o desplazamientos. Esto, en comparación con otros regímenes donde la capacidad económica para acceder a oportunidades, como ocurre en la medicina pre-pagada o planes complementarios, posibilitan cubrir casi todos los requerimientos en salud.

Las condiciones de **Discapacidad**<sup>108</sup> en el territorio son más marcadas en el género femenino, las cuales no son atendidas totalmente por los múltiples papeles que desempeñan como cuidadoras y proveedoras, disminuyendo sus posibilidades de auto cuidado y las oportunidades de acceder a programas locales. Se presentan condiciones de abandono y maltrato de parte de sus familias, condiciones reflejadas en su estima, en su salud física y emocional. La situación está definida por el número de casos de mujeres mayores con secuelas de enfermedades crónicas y del sistema nervioso, la cual se agrava por la falta de cuidadores formales, la capacidad para asumir el costo de estos servicios, la falta de programas de rehabilitación incluidos en el POS y el desconocimiento de los derechos en salud.

La independencia y autonomía de las personas mayores están siendo disminuidas por la aparición de condiciones de discapacidad en el área visual, auditiva y motora, entre otras, producto muchas veces del mal manejo y la prevención de las patologías crónicas como la Diabetes y la Hipertensión, por tanto, estas personas requieren de una adaptación al entorno que ofrece más obstáculos que apoyos. Aún en la vivienda, en la ciudad y en las instituciones, no se cuenta con medidas de protección suficientes y estructuras que faciliten la vida de las personas en condición de discapacidad, máxime si son mayores. Cabe anotar que es la etapa donde se encuentra mayor cantidad de población en condición de discapacidad tanto en el territorio como en la localidad.

Frente a la no práctica de **Actividad Física**<sup>109</sup>, dado que el sedentarismo es uno de los mayores factores predictores de morbilidad y discapacidad en las personas mayores y está relacionado con situaciones que deterioran el bienestar emocional, como la soledad y el aislamiento, que

producen un deterioro de las funciones mentales, por carencia de contactos sociales, es posible que a medida que la población envejece las personas con discapacidades encuentren barreras adicionales relacionadas con el proceso de envejecimiento, lo cual representa una doble carga económica tanto para las familias como para la sociedad.

A pesar de que el territorio cuenta con escenarios metropolitanos y zonas verdes de recreación y deporte, para la persona mayor resultan de poco acceso y utilidad debido a dificultades para el desplazamiento por la complejidad de la malla vial y las barreras arquitectónicas. En actividad física se evidencia la necesidad de formación de líderes (personas mayores) comunitarios en los temas de actividad física, recreación y deporte para que repliquen a su vez esta formación (conceptos y actividades) al interior de su comunidad, mejorando así la participación en actividades propias de los temas y sensibilizándolos en la importancia del cuidado de los escenarios de su localidad, creación de un lugar y/o espacio físico para la persona mayor donde tengan todos los servicios que demanda este grupo poblacional (médicos, recreación, actividad física, educación etc.) y la realización de dotaciones (aparatos especiales, colchonetas, señalización, rampas, etc.) para la persona mayor en condición de discapacidad en los escenarios y parques del Territorio. Cuando las personas envejecen, deben tomar conciencia de que entran a una nueva etapa en su existencia, y que lo importante es mantener la calidad de esa vida y actividad social. Es importante devolverle el sentimiento de ser útil y necesario, lograr su participación en la vida social, de manera plena, para que si por un instante existió la impresión de soledad, se elimine de su pensamiento.

Frente a las condiciones de **Trabajo**<sup>110</sup>, se presenta déficit de oferta institucional que responda a las necesidades particulares de las personas mayores, ya que las respuestas institucionales existentes no tienen en cuenta a este grupo de población ya que se da por hecho que en esta etapa las posibilidades productivas son mínimas, así que las personas mayores no logran vincularse laboralmente, generando en ellas sentimientos de frustración al no poder aprovechar sus habilidades. Al igual que con los adultos, a las personas en esta etapa de ciclo vital se les incluye en la promoción de entornos de trabajo saludables en unidades de trabajo informal, intervención que se realiza con el fin de prevenir, vigilar y controlar los riesgos a que están expuestos los trabajadores de las UTIS. En el 2009 se intervinieron 220 unidades de trabajo informal, asesorando a un total de 22 mujeres y 20 hombres en la relación salud y trabajo en los entornos laborales y se sensibilizaron 24 personas en esta etapa de ciclo vital para la prevención de eventos incapacitantes en ambientes laborales.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>111</sup> constituye una de las transversalidades de mayor impacto en la salud desde el comienzo de la vida, al tiempo que su carencia o disminución pueden conducir al deterioro de la calidad de vida y hasta la muerte, con más severidad en una etapa vulnerable como es la vejez<sup>112</sup>. Hasta el momento no se cuenta con sistemas de registro del estado nutricional de la población mayor para su seguimiento e inclusión en programas de suplementación y apoyo nutricional. Es importante que esta valoración esté contemplada dentro de un plan integral de atención a la persona mayor, dadas las implicaciones de los factores de riesgo en su salud y calidad de vida en general desde el primer nivel de atención, no como añadida a la consulta médica, sino articulada con la salud oral y demás intervenciones para mejorar la calidad en la atención y de la respuesta institucional.

El Ámbito Institucional (Hogares Geriátricos<sup>113</sup>) del Hospital Chapinero reportó que en algunos hogares y albergues gerontológicos visitados en la localidad en el 2009, una deficiencia es la prestación del servicio de alimentación, pues difícilmente se ajustan a las necesidades de los residentes en cantidad, calidad y especificidad, si presenta alguna patología. Se identifica que

110 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. 2010.

111 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

112 Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

113 Intervención que tuvo el Hospital Chapinero hasta el año 2009.

108 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

109 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

los horarios concentrados en el día, tienen un lapso de tiempo prolongado de ayuno que puede complicar las condiciones de algunas personas mayores y si a esto se suman las características que se describen antes en la salud oral o la presencia de patologías crónicas, la dimensión del problema nutricional se complica.

Las inequidades de **Género**<sup>114</sup> se hacen manifiestas en esta etapa de ciclo debido a la multiplicidad de roles que la mujer ha tenido que desempeñar durante su ciclo de vida, afectando la salud mental y física en esta etapa y aunque la expectativa de vida de las mujeres es más larga en comparación con los hombres, la calidad de vida de ellas es más deficiente en comparación con el género masculino, evidenciándose un mayor impacto y deterioro de su salud; de hecho hay un mayor impacto de la enfermedad crónica en la salud de las mujeres que en la de los hombres.

El rol cuidador de la mujer restringe sus acciones de auto cuidado y entorpece la posibilidad de establecer espacio de socialización y de utilización de tiempo libre de una forma adecuada. La sexualidad de las mujeres adultas es invisibilizada, no existen en el sector salud intervenciones tendientes a fortalecer el disfrute de la sexualidad y la inserción de prácticas seguras que prevengan las ITS en este ciclo vital. Las construcciones sociales mantienen patrones culturales machistas que continúan impactando de forma negativa en la salud de las mujeres como las violencias físicas, emocionales y sexuales.

Las mujeres adultas mayores se ven afectadas de manera diferencial en varios aspectos: su salud mental, su salud sexual, las enfermedades crónicas y el cáncer de cuello uterino y de seno. Estas afectaciones están directamente relacionadas con los roles inequitativos de género a los que se han enfrentado históricamente y que sumado a otras condiciones de vulnerabilidad (estrato, etnia, condición de desplazamiento, discapacidad, etc.) generan un mayor deterioro en su calidad de vida y salud. La salud mental de las mujeres mayores se ve afectada por que en un alto porcentaje 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 desgaste mayor, tanto físico como emocional y esto finalmente limita la posibilidad de dedicar un tiempo a sí mismas; generando problemas de ansiedad, angustia que al no ser tratados a tiempo ni de una manera adecuada, incide directamente en los estados emocionales de ellas. El auto cuidado de las mujeres queda muchas veces en un segundo plano, más aún en todos los temas relacionados con la salud sexual el cáncer de cuello uterino y de seno. La atención de muchas de ellas se centra en otros integrantes del núcleo familiar, como hijo e hijas, nietos y nietas, olvidando su propia salud.

Frente al componente de **Identidades de Género y Orientaciones Sexuales**<sup>115</sup> se desconoce el ejercicio de los derechos sexuales para las/los adultas/os mayores manteniéndose imaginarios que generan inequidad para el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía en especial en las personas de los sector LGBT adultos/as mayores. Tradicionalmente la salud sexual de las personas mayores se ha desdibujado, por creer que al perder su capacidad reproductiva la vida sexual pareciera que también desaparece, para las personas mayores la sexualidad sigue quedando en un segundo plano pues la cultura “supone” que al avanzar en su edad, este grupo poblacional no “tienen sexualidad”. Estas creencias desconocen el ejercicio de los derechos sexuales para las/los adultas/os mayores y reproduce imaginarios que generan inequidad en las oportunidades para su libre desarrollo y toma de decisiones, situación que se incrementa cuando se hace referencia al sector de adultos/as mayores LGBT. Pese al ejercicio realizado en las etapas de ciclo, se evidencia limitación para incluir en sus análisis el tema de las identidades de género y orientaciones sexuales, en donde la recolección de datos cuantitativos y cualitativos relacionados con las necesidades en salud de las personas adultas mayores de los sectores LGBT no existe.

114 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

115 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

### 3.1.5 Núcleos Problemáticos

Ante las condiciones de desempleo y sub-empleo la población de este territorio ha buscado alternativas de ingreso en la informalidad, en el sector automotriz, ebanistería, entre otros, que afectan la calidad de vida de los habitantes, y genera dificultad de acceso al Sistema General de Seguridad Social, dificultades económicas, fragilidad social y vulneración de derechos en todas las etapas del ciclo vital.

Situaciones como el sub empleo y desempleo, el bajo nivel de escolaridad, la migración de población de otras regiones del país, impactan en las familias porque no tienen acceso equitativo a la seguridad social por las diferencias en los tipos de afiliación y por el nivel socio económico. A su vez, esta falta de empleo y de iniciativas productivas ha llevado a algunos sectores de la población a buscar otras opciones de subsistencia (venta ilegal de repuestos, expendio de psicoactivos, robos a casas y vehículos, vinculación de menores a trabajo infantil) que afectan la convivencia ciudadana, la calidad de vida, la seguridad y la salud de todas las familias. Así que la difícil situación socioeconómica de las familias en el Territorio Doce de Octubre-Salitre, lleva a que cada vez aumenten los establecimientos dedicados a la economía informal con el fin de generar un ingreso que permita cubrir sus necesidades básicas.

Según datos de la Secretaría Distrital de Planeación<sup>116</sup> correspondientes al Censo DANE 2005 hay un total de 16.240 establecimientos según actividad económica en Barrios Unidos, del cual, el 33,3% (1.864 establecimientos) corresponde al sector servicios y de este el 71,9% se encuentra ubicado en el Territorio 1 Doce de Octubre-Salitre. De este total de establecimientos ubicados en la localidad, el 45% corresponden al sector comercio, del cual el 78,7% pertenece a este territorio. Del 11,5% de establecimientos del sector industria que hay en la localidad, el 28,3% está ubicado en este territorio. Por último del 7,5% de establecimientos dedicados a otras actividades económicas en la localidad el 12% corresponden al territorio. Para los sectores de industria, comercio y servicios, el promedio de personas empleadas en el territorio para el mes anterior al Censo DANE 2005 es de 18,5%. Además este territorio se caracteriza por tener más del 43% de sus empleados en unidades económicas con escala de 1 a 5 personas ocupadas. Como se puede observar a pesar de encontrar un gran porcentaje de establecimientos que llevan a cabo algún tipo de actividad económica en el territorio, este no es suficiente frente a las demandas de empleo y de generación de ingresos económicos por parte de la población que lo habita.

116 Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

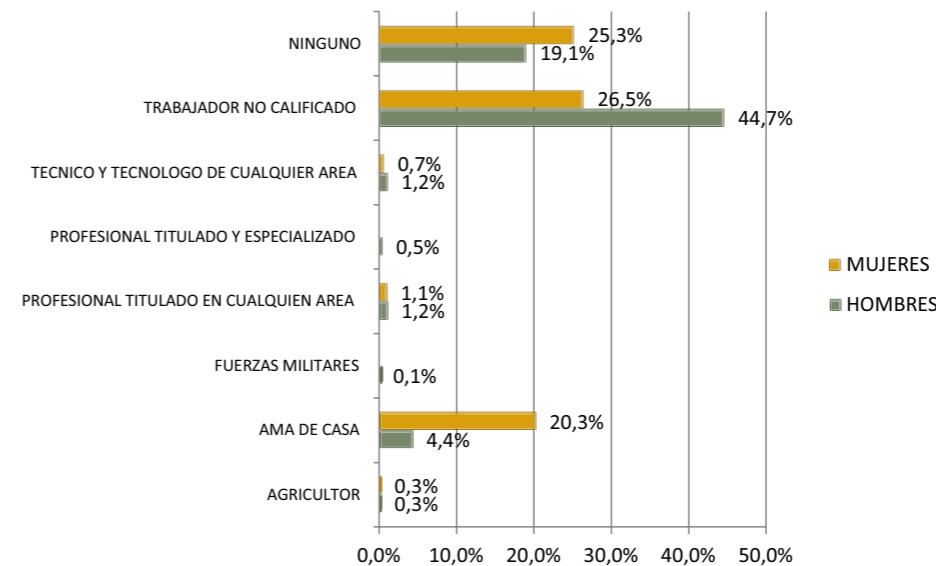
Mapa 14: Núcleos Problemáticos en el Territorio 1.



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

coherencia a lo observado en el nivel educativo de la población que es un nivel educativo bajo. Tan sólo cerca del 2% de la población son profesionales titulados y/o especializados.

Gráfico 25: Distribución de la Población Caracterizada y Activa en el Programa SASC según Ocupación, durante el año 2008



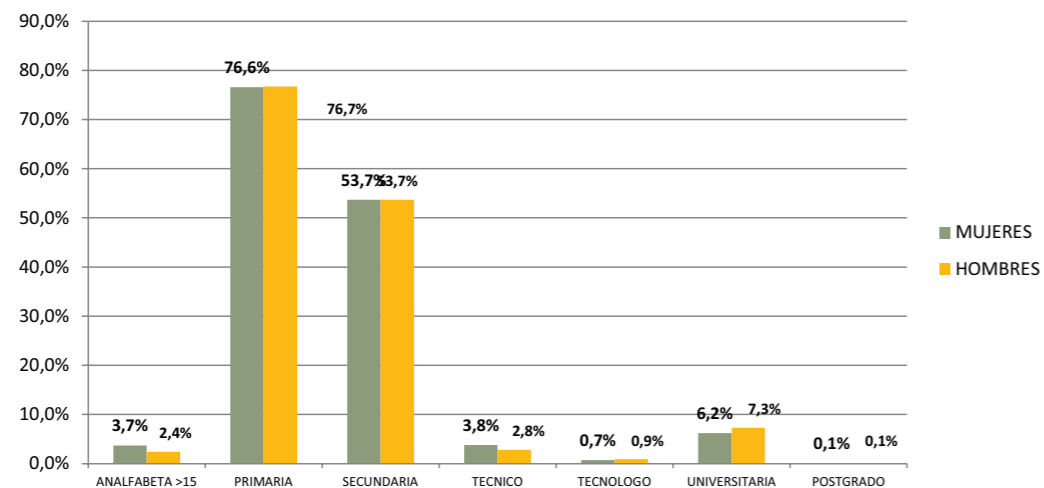
Fuente: APS en Línea. Hospital Chapinero ESE. 2008.

Respecto al nivel educativo de la población caracterizada y activa en el programa de SASC, hasta el año 2008, cerca de la mitad de la población se encuentra cursando o es graduada en nivel secundario, y alrededor del 7% cursa o ha egresada del nivel universitario; por otro lado es importante resaltar, que cerca del 3% de la población mayor de 15 años es analfabeta, presentándose en mayor proporción en las mujeres (Ver Gráfico 27). Se evidencia la relación directa entre el último nivel educativo alcanzado, frente a las condiciones de empleo, siendo la educación un determinante estructural que condiciona las posibilidades de movilidad social ascendente y por ende influye en la calidad de vida que se pueda lograr.

A su vez, según información aportada por el Ámbito Laboral del Hospital Chapinero117 una dificultad que se ha evidenciado desde la intervención del ámbito es la baja afiliación al Sistema General de Seguridad Social integral, precisamente debido a la informalidad; el pago de pensión, salud y ARP se ve como algo costoso, y por lo cual no están dispuestos a asumir estos costos; igualmente se presenta por el temor a perder los beneficios que conllevan tener un nivel SISBEN 1 o 2. Cabe aclarar que en algunos casos el trabajo es a destajo. Adicionalmente a través de la intervención se ha evidenciado que los trabajadores desconocen sus derechos y beneficios laborales.

En relación a la ocupación de la población caracterizada por Salud a Su Casa (SASC) (Ver Gráfico 26), cerca del 23% de la población no refiere ninguna ocupación; mientras el 44,7% de la población masculina y el 26,5% de la población femenina menciona ser trabajador(a) no calificado(a); en

Gráfico 26: Distribución de la Población Caracterizada y Activa en el Programa SASC según nivel educativo, durante el año 2008



Fuente: APS en Línea. Hospital Chapinero. ESE. 2008.

Tanto en hombres como mujeres, existe un buen porcentaje de afiliación a salud (Desde 84 hasta 95%), no siendo así en pensiones ni riesgos profesionales; en los expendios de carne se presenta unos datos considerables en cuanto a pensión y riesgos profesionales: 29 y 26% respectivamente, ya que su vinculación es por contrato. Esta diferencia entre el porcentaje de afiliación a salud frente al porcentaje de afiliación a pensión y riesgos profesionales puede estar relacionada con que algunos trabajadores acceden al sistema de salud vía régimen subsidiado o población vinculada.

En general, los y las trabajadoras sienten que no es una prioridad la afiliación a Pensiones y Riesgos Profesionales, consideran muy alto el costo de los aportes e ignoran los beneficios de pertenecer a un fondo de pensiones y a una administradora de riesgos profesionales. A las personas que no están afiliadas, se les debe sensibilizar sobre la participación activa que deben asumir en el proceso de salud en su trabajo y canalizarlos a los diferentes servicios.

Las Unidades de Trabajo Informal (UTI) abordadas por el Ámbito Laboral del Hospital Chapinero en el Territorio Doce de Octubre-Salitre, donde se han evidenciado estas condiciones son montallantas y expendios de carne. En los montallantas la mayor parte de trabajadores y trabajadoras no tienen ningún tipo de contrato lo que genera inestabilidad laboral. Caso contrario sucede en los expendios de carne en los que predomina la vinculación a término indefinido.

Otra situación que evidencia la difícil situación económica al interior de los hogares es la vinculación de niños, niñas y jóvenes al trabajo, ya que a través de la intervención del Ámbito Laboral se han identificado en el territorio a 87 niños y niñas trabajadores vinculados a ventas ambulantes, trabajo en cabinas telefónicas y en restaurantes, no contando además con espacios e instituciones donde puedan hacer un uso adecuado del tiempo libre, lo que no permite la desvinculación total y efectiva de las actividades económicas. Con la creación de las contra jornadas se dio un primer paso hacia la no vulneración de este derecho pero estas fueron cerradas para julio del 2010<sup>118</sup>.

Dentro de las causas para que los y las jóvenes se vinculen laboralmente se encuentran el poder colaborar con los negocios familiares, hacer aportes para los gastos de la casa, la obtención de

118 Unidad de análisis. Ámbito Laboral. 2010.

dinero para satisfacer sus necesidades. Otros lo consideran como herramienta para su proyecto de vida<sup>119</sup>. Los y las jóvenes que logran acceder a algún tipo de empleo lo hacen en inadecuadas condiciones de trabajo que contemplan situaciones de inequidad, injusticia, bajos salarios. Otro problema que tienen los y las jóvenes es la dificultad de acceder a educación debido a las dificultades económicas, lo que retrasa o en algunos casos imposibilita el acceso a niveles de educación superior, lo que tiene un impacto negativo en sus proyectos de vida<sup>120</sup>.

La Secretaría Local de Integración Social a través de su proyecto “Adulthood con Oportunidades” ha identificado que el Territorio Doce de Octubre existen 3 establecimientos donde se ejerce la prostitución, ubicados en los barrios San Fernando, Simón Bolívar y Doce de Octubre. En estos establecimientos “georreferenciados como establecimiento de venta de licores, bares, wiskerías, reservados, tiendas, video bares, y tabernas”, trabajan de 7 a 10 mujeres con edades entre los 30 y 60 años. Sin embargo se percibe que se han venido incrementando los lugares no legalizados en los cuales se realiza esta actividad, lo que recrudece las condiciones en las cuales se encuentran estas personas<sup>121</sup>.

Según los datos proporcionados por las gestoras o los gestores de Integración Social, la mayoría de las mujeres que han sido referenciadas por el proyecto, se ven afectadas por frecuentes lesiones personales, uso y abuso de sustancias psicoactivas, mala nutrición y condiciones inadecuadas de vida de ellas y de sus familias. Pese a esto, las mujeres consideran que sus ingresos son mayores al obtenido en labores domésticas y son una alternativa frente a la falta de capacitación y desempleo<sup>122</sup>.

Por otra parte las personas mayores, en espacios como el Comité de Adulto Mayor y en la Mesa Territorial, han manifestado que debido a su edad no son tenidas en cuenta para emplearlas, sin analizar sus capacidades o sus habilidades; esto genera una mayor vulnerabilidad en este grupo poblacional ya que al no contar con un ingreso fijo mensual no pueden satisfacer sus necesidades, pues no todos logran acceder a subsidios o bonos, generando situaciones de inseguridad alimentaria y la vulneración del derecho a una vivienda digna, entre otros aspectos que deterioran la calidad de vida de las personas mayores.

En las familias donde hay miembros en situación de discapacidad se evidencian factores como: el cuidador o cuidadora que no puede cumplir horarios de trabajo fuera de su casa por la dependencia que demanda la persona en esta condición, y la población adulta con discapacidad que no tienen acceso a empleos formales y debe dedicarse a las ventas ambulantes. En ambas circunstancias son notorias las barreras de acceso a la seguridad social, a la libre movilidad, a la salud, a la educación formal, a la recreación y cultura, al trabajo y a la seguridad económica.

A su vez, en la población en condición de discapacidad, un determinante para poder acceder a un empleo es el nivel educativo alcanzado. Según datos del proceso de caracterización de población en condición de discapacidad, el 44% de ésta, que reside en Barrios Unidos, no tiene ningún grado de escolaridad y sólo el 5% accede a la educación superior. También se determinó que a mayor edad de las personas con discapacidad tienen menos oportunidades de acceder a la educación. Esto puede deberse a una baja oferta de instituciones para la educación especial, falta de dinero y/o barreras de tipo actitudinal y arquitectónico, lo que hace evidente que el nivel educativo alcanzado es bajo y por lo tanto hay pocas oportunidades de un empleo digno. El 29% de la población con discapacidad tiene una discapacidad permanente para trabajar y no tiene

119 Información Ámbito Laboral. 2010.

120 Grupo Focal con jóvenes. Casa de la Juventud. SDIS. 2010

121 Narrativa Barrios Unidos. Convenio Secretaría Distrital de Salud SDS-Secretaría Distrital de Integración Social SDIS-Corporación Guillermo Fergusson CGF-Corporación Nuevo Arco Iris CNAI. 2009

122 Ibid.

pensión; el 24% se encuentra estudiando, el 10% trabajando y el 10% está realizando oficios del hogar, evidenciando la vulnerabilidad en este grupo poblacional.

*“En el Territorio Uno se presenta deterioro del medio ambiente debido al inadecuado manejo de residuos sólidos y de vertimientos a lo largo de la ronda del Canal Salitre, generando como consecuencia la contaminación de la fuente hídrica y obstruyendo algunos tramos del mismo, lo que origina la proliferación de vectores y presencia de malos olores, situación que se agudiza con la presencia de la Plaza de Mercado del 12 de Octubre y el comercio de autopartes.”*

Se identifica el deterioro ambiental como uno de los principales factores determinantes de calidad de vida en el territorio, afectando a todas las etapas del ciclo vital. El eje principal de la problemática está dado por el Canal Salitre, que atraviesa el territorio y alrededor del cual confluyen todo tipo de problemáticas como conexiones erradas de alcantarillado, producción e inadecuado manejo, disposición temporal y final de residuos sólidos sobre la rivera del canal, bodegas de reciclaje, recicladores informales que no hacen buen manejo de los residuos sólidos y la presencia de habitantes de calle que hacen que aumente la percepción de inseguridad en este sector.

El Canal Salitre se encuentra totalmente canalizado y conforma una de las redes de captación de aguas negras y lluvias más amplias de la ciudad. El sistema de aguas negras está constituido así: Interceptores del Salitre conformado por los interceptores derecho e izquierdo de canal y un interceptor de bombeo. El interceptor derecho del Salitre comienza en el aliviadero del colector de Las Delicias en la carrera 30 con calle 62, continúa paralelo al canal del Salitre y atraviesa la autopista Medellín para unirse al interceptor izquierdo. Sus principales afluentes son las quebradas La Vieja y Las Delicias y el canal de Rosales, que drenan el sector oriental de los cerros como un alcantarillado de tipo combinado.

Estos aportes de aguas tienen un fuerte impacto sobre la localidad, y en especial en el territorio ya que los caudales manejados por el río, al ser desviados grandes volúmenes de aguas en sectores en donde las condiciones de drenaje de la cuenca no son muy buenas, hacen que se presenten constantes estancamientos en El Salitre, entre las carreras 46 y 68, lo cual afecta sensiblemente a la población que habita en áreas cercanas al canal. Esta problemática implica la necesidad de acuerdos inter locales para realizar acciones tendientes a disminuir los factores de riesgo como inundaciones, contaminación, taponamiento de los canales y los consecuentes problemas de salud. (Ver Foto 4).

El problema de salubridad generado a partir de la contaminación de este cuerpo de agua es de especial cuidado debido a la cercanía de varios centros escolares, por lo cual incide sobre la salud de los niños y jóvenes que acuden a los mismos. La contaminación de esta fuente tiene fundamentalmente dos tipos de orígenes: uno externo, que surge a partir del vertimiento de aguas lluvias y negras que son depositadas en él, y un origen interno, que se deriva de las basuras arrojadas, provenientes de microindustrias de madera, comercio de alimentos y desechos de la comunidad en general.

Foto 4: Estancamiento de Aguas en Época de Lluvia. Canal Salitre.



Fuente: Archivo fotográfico. Hospital Chapinero ESE. 2010.

A pesar de la labor de empedrado de los costados del canal, reduciendo la posibilidad de inundaciones y presencia de roedores, se perciben olores ofensivos en algunas épocas del año. Esto se debe a la acumulación de lodos y residuos sólidos, pues no se han desarrollado obras hidráulicas para la canalización y separación de las aguas negras que se descargan al canal. Adicional a ello, la existencia de conexiones erradas de alcantarillado, la producción e inadecuado manejo, disposición temporal y final de residuos sólidos y la presencia de habitantes de calle en la ribera de los canales, acarrea problemas sociales, ambientales y sanitarios.

En los últimos años el servicio de recolección de basuras en la localidad ha mejorado considerablemente, sin embargo, aún se observa acumulación de basuras, especialmente a lo largo del corredor del Canal Salitre, así como en los alrededores de la Plaza de Mercado Doce de Octubre, en algunos sectores comerciales, e incluso en algunos barrios residenciales como es el caso de El Rosario. Esta situación se origina principalmente en la falta de conciencia ciudadana en torno a los horarios de recolección, la carencia de sitios específicos y adecuados para el depósito de residuos en las plazas de mercado y la acción de «zorreros», recogedores de basura de otros sectores de la ciudad, que usan como depósito de las mismas el Canal Salitre. Se evidencia la proliferación de roedores debido a la disposición de basuras a cielo abierto. Además estos son reservorio de muchas enfermedades como leptospirosis, toxoplasmosis, meningitis, cólera, y los virus de hanta y de la coriomeningitis linfocitaria, una enfermedad que suele tener graves consecuencias.

Según datos de Aseo Capital, los escombros domiciliarios corresponden a 363 y 1.113 (t/mes) residenciales y clandestinos respectivamente; estos últimos se localizan en barrios como El Rosario (calle 64 debajo de la carrera 30), San Fernando (calle 73 con carrera 45, calle 74 con carrera 48) y en las rondas y alrededores del Canal río Salitre. Un punto crítico donde se evidencia constante disposición de escombros y basuras es el ubicado en la parte externa de la IED República de Panamá

(Ver Foto 5), alledaño a la ribera del Canal Salitre y afectando a los niños, niñas y a los y las jóvenes de esta institución y a los y las residentes vecinos(as) del sector.

Foto 5: Canal Salitre. Sector IED República de Panamá.



Foto: Archivo fotográfico Hospital Chapinero ESE. 2010.

*“En el Territorio Uno se presentan expresiones de violencia y maltrato relacionadas con el desempleo, bajos ingresos, condiciones de habitabilidad, falta de acceso a educación superior, generando situaciones de fragilidad social y conflictos intergeneracionales, que afectan a todas las etapas del ciclo vital”.*

En el territorio Doce de Octubre el evento de violencia intrafamiliar cobra fuerza, donde las víctimas de violencia física y emocional son los niños y las niñas quienes se ven involucrados en la dinámica del conflicto conyugal, agravado en la mayoría de las veces por la ingesta de alcohol por parte de la figura proveedora. De igual manera se observa un alto número de mujeres cabeza de hogar que asumen el sostenimiento de su familia y el proceso de crianza de los hijos, lo que genera sobrecarga de roles y se manifiesta en estrés y respuestas violentas en el proceso de crianza. A su vez se observan familias recompuestas donde la dinámica se centra en conflictos intergeneracionales entre padres e hijos, conflictos de autoridad y exceso de confianza en las figuras que ejercen poder y cumplen con funciones de cuidado de los niños y las niñas, factor de riesgo para que se presente violencia sexual. Los barrios que registran esta problemática como constante son San Fernando y Simón Bolívar. La violencia sexual se viene incrementando en la franja de edad de 5 a 9 años. (Ver Mapa 15)

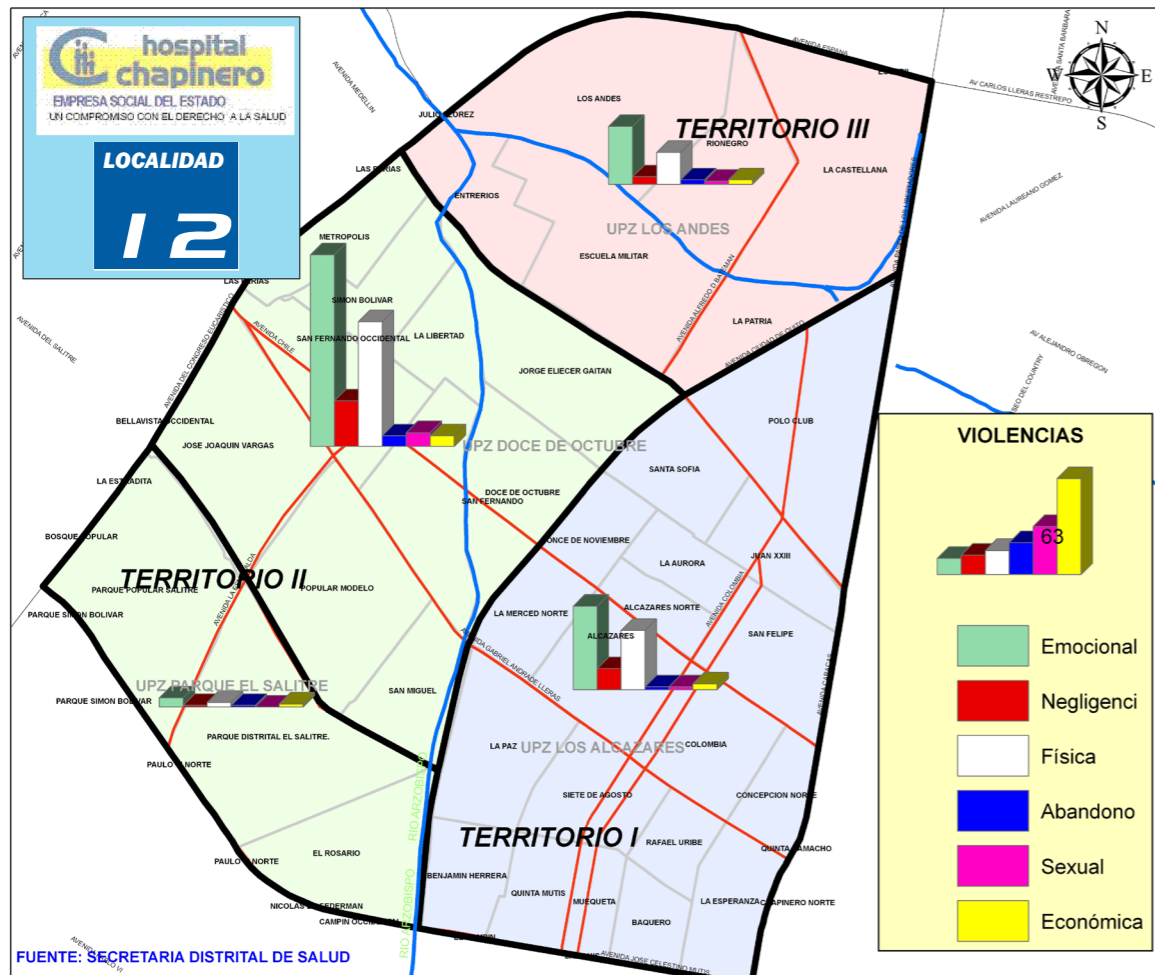
En este sentido la pobreza oculta está afectando las condiciones de calidad de vida, especialmente de niños y niñas que viven en condiciones de hacinamiento, desnutrición y dificultades en el acceso a servicios específicamente de salud asociado a situación de negligencia y descuido en el cuidado personal, por parte de los padres y/o cuidadores.

Según datos del subsistema SIVIM, 2009, respecto a la variable género, la categoría violencia económica prevalece más en las niñas en un 76.6 % en relación con los niños en un 23.3 %, seguida por la violencia sexual en un 75.6 %, luego por la categoría de violencia física en un 68%. En cambio la violencia por negligencia o descuido prevalece en los niños en un 52.8 % seguida por abandono en un 39.4%. Es importante visualizar que la mujer desde la primera infancia como niña, sigue siendo la principal víctima respecto a la violencia de género, donde la pauta de crianza está permeada por construcciones sociales puestas en representaciones sociales e imaginarios que responden acerca de los significados, actitudes y prácticas respecto a la concepción de niña mujer y el castigo en el proceso de crianza.

Respecto al comportamiento de la violencia física por grupo etario, se observa que el de mayor exposición es el de 5 a 9 años con un porcentaje del 20%, seguido por el grupo etario de 10 a 15 años, en un porcentaje del 16%, lo que permite interpretar cómo la primera infancia continúa siendo el grupo de mayor exposición a la violencia, donde se evidencia que las relaciones al interior de la familia están marcadas por autoritarismo, relaciones de poder y acciones relacionales objetales, donde el niño, la niña y los adolescentes no son comprendidos desde la perspectiva de sujeto de derechos.

En relación a violencia sexual, el grupo etario de mayor exposición se centra en la categoría de 5 a 9 años seguido por el de 10 a 15 años. Continúa siendo el hogar, paradójicamente, el espacio más seguro y el lugar de mayor ocurrencia en un 56.76% de los casos y en la categoría niña, el agresor que se sitúa en primer lugar es el padre en 16.22%, seguido por la figura del padrastro en un 2.7% y la víctima continúa siendo de manera constante la niña. En relación a la violencia económica, el grupo etario de mayor exposición lo constituye el grupo de edad entre 10 y 15 años en un 16%, seguido por el grupo de 5 a 9 años, considerando las condiciones de comercio que favorecen el trabajo infantil y la explotación sexual comercial.

Mapa 15: Distribución Espacial de las Violencias en la Localidad. 2009.



Datos Total Localidad					ETAPA DE CICLO	TERRITORIO 1	TERRITORIO 2	TERRITORIO 3
EDAD	F*	M*	C*	S*				
0-13	7	4	2	11	INFANCIA	6	3	2
14-26	15	8	1	22	JUVENTUD	18	5	2
27-54	37	13	8	42	ADULTEZ	38	7	5
56-80	2	4	1	5	PERSONA MAYOR	3	1	2

Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

Sumado a la situación de desempleo, se une la violencia y el conflicto que amenaza la vida de los y las jóvenes. Como resultado de esta situación se puede evidenciar en lo local que los y las jóvenes especialmente de los territorios vulnerables son los que más han venido experimentando la situación de impacto negativo en salud mental. En lo que respecta al comportamiento de suicidio, los y las jóvenes representan la mayor proporción con respecto a otras etapas de ciclo, con el 57% en la localidad. En relación a los eventos psicosociales se encontró que en el año 2009, los eventos de mayor prevalencia en los jóvenes son las situaciones relacionadas con el grupo primario de apoyo. Se observa mayor número de mujeres madres solteras en especial en la localidad de Barrios Unidos, lo que refuerza la situación de violencia hacia este grupo. De acuerdo a las intervenciones tanto del PIC como de las del Plan Obligatorio de Salud (POS) y proyectos UEL (Unidad Ejecutora Local), se evidencia la presencia de la violencia como comportamiento normalizante y generalizado en la población joven y como resultado de ésta el aumento de los trastornos depresivos y de la ansiedad.<sup>123</sup>

En los y las adolescentes se presentan trastornos alimenticios, agresividad, ansiedad, conducta suicida con un 46% de los casos, explotación sexual comercial en el territorio, discapacidad mental, conducta delictiva; estos fenómenos se presentan por falta de oportunidades laborales y educativas acordes con sus ingresos, y por proyecto de vida planeado pero no realizado ni realizabile<sup>124</sup>.

En la población adulta predomina el ejercicio de la violencia en especial hacia las mujeres, esta se caracteriza por la no solución de la problemática económica y/o legal (custodia, alimentos, visitas, separación de bienes entre otros), que es lo que lleva a la familia a que se continúe generando violencia, por otra parte, estas situaciones permean el ejercicio de la violencia como principal forma de crianza, normalizando el castigo en algunas situaciones o siendo demasiado flexibles e imposibilitando el ejercicio de la autoridad sana y responsable<sup>125</sup>.

En la etapa adultez se presenta conducta suicida con un 30% de los casos reportados, trastornos mentales, incremento de enfermedades crónicas relacionado con estilos de vida, debilidades en estilos de afrontamiento y consumo de sustancias psicoactivas. Es frecuente encontrar condiciones de consumo específicamente de alcohol por parte del proveedor en la figura del padre y/ o de la madre que asume el rol de cabeza de hogar cumpliendo múltiples roles, con promedio de tres hijos e hijas donde la carga psíquica se desborda y viene como respuesta la agresión y utilización de la fuerza en la crianza<sup>126</sup>.

La falta de visibilización en la etapa de vejez viene generando en este territorio la asignación de rol de cuidador (a) a las personas mayores, sumado a ello su baja o nula capacidad productiva, lo ha llevado a la pérdida de la autonomía y a una dependencia económica, además a ser relegada sus necesidades dentro de la familia. En esta etapa se evidencia abandono, pobreza, maltrato, discriminación, desesperanza, falta de auto cuidado, dependencia económica y familiar, soledad, falta de espacios de apoyo para un óptimo desarrollo humano, vital, recreativo y social<sup>127</sup>.

*“En el Territorio Uno se presentan dificultades en el acceso a servicios sociales del Estado por la inadecuada clasificación de SISBEN, debido a que el territorio es estrato tres razón por la cual se generan puntajes de clasificación más altos que no reflejan las condiciones de vulnerabilidad al interior de las familias, generando barreras de acceso a salud y a servicios sociales”.*

123 Documento Aportes a la construcción del diagnóstico de Salud Mental. Análisis de la salud mental. Nubia Salguero.

Referente Salud Mental Ámbito IPS. Hospital Chapinero ESE. 2009

124 Unidad de análisis. Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero ESE. 2010.

125 Fuente Informe Proyectos UEL Barrios Unidos, SIVIM e Intervención Psicosocial PIC. Hospital Chapinero. 2009

126 Unidad de análisis. Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero ESE. 2010.

127 *Ibid.*



Esta problemática es bastante sentida por los habitantes del territorio, que, aunque residan en barrios ubicados en estrato 3, su condición socioeconómica amerita otra clasificación, puesto que el hecho de residir en este nivel socioeconómico, incide negativamente en el puntaje asignado dentro del SISBEN, generando valores más altos. Según artículo publicado en la revista Economía y Desarrollo “el ingreso no figura entre las variables que hacen parte de la estratificación socioeconómica. Esta se basa en las características de la vivienda y en las condiciones del entorno en que ésta se ubica” y concluye que “...la estratificación socioeconómica no logra distinguir eficientemente los hogares conforme a su capacidad de pago”.<sup>128</sup>

Esto ha generado barreras de acceso importantes a programas y subsidios debido a que el nivel 3 de SISBEN no se considera como criterio de focalización para los mismos. Es importante destacar que parte de la población a la cual se le ha realizado la encuesta se encuentra dentro de nivel 3 de SISBEN, y son precisamente estas personas las que están siendo excluidas de los beneficios del sistema, no sólo en salud, sino en otros sectores. Según datos de la Sub-dirección Local de Integración Social (SLIS) del total de personas con nivel SISBEN asignado en el territorio, el 72,77% (20.634 personas) se encuentra dentro del nivel 3 de SISBEN.

La comunidad ha venido manifestando la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de las instituciones a nivel 3, teniendo en cuenta las características de calidad de vida de las personas que habitan en esta zona del territorio; los adultos/as mayores por su condición de fragilidad son una de las poblaciones más afectadas; los líderes manifiestan que no pueden acceder al subsidio económico de la Secretaría Distrital de Integración Social y como se expresó con relación a la vivienda, muchos de estos abuelos se encuentran en situación de abandono. No existe igualmente una cobertura en medicamentos que responda a sus dolencias; el sistema les exige un copago que muchos de ellos no tienen la capacidad de asumir.<sup>129</sup>

Según datos de caracterización de población en condición de discapacidad, en la localidad de Barrios Unidos la mayor población con discapacidad se encuentra en estrato 3 con un 85%, seguido del estrato 4 con un 12%, lo que hace suponer que muchas personas no puedan acceder a los programas que ofrecen las instituciones locales por pertenecer a este estrato socioeconómico.

### 3.2 Territorio 2: Alcázares

Conformado por la UPZ Los Alcázares (98) que se encuentra en proceso de reglamentación. Limita por el norte, con la Avenida NQS – Norte Quito Sur; al oriente, con la Avenida Caracas (Av. Carrera 14) y la Avenida Paseo de los Libertadores; al sur, con la Avenida José Celestino Mutis (Calle 63), y al occidente, con la Avenida Congreso Eucarístico (Av. Carrera 68). Los barrios con los que cuenta esta UPZ son: Once de Noviembre, Alcázares Norte, Baquero, Benjamín Herrera, Chapinero Occidental, Colombia, Concepción Norte, Juan XXIII, La Aurora, La Esperanza, La Merced Norte, La Paz, Los Alcázares, Muequetá, Polo Club, Quinta Mutis, Rafael Uribe, San Felipe, Santa Sofía y Siete de Agosto. (Ver Mapa 16).

Es un importante centro de comercio y servicios. Sobresale la actividad industrial de pequeño y mediano alcance en diversas áreas como la elaboración de muebles, litografías, almacenes de compra y venta de repuestos para automóvil y almacenes de calzado. En el barrio Siete de Agosto, se destacan el Centro Distrital de Aprovechamiento de Autopartes / talleres mecánicos, así como la Gran Feria de la Marroquinería y el Cuero.

Foto 6: Sector Siete de Agosto. Carrera 24



Fuente: Archivo Fotográfico. Hospital Chapinero. 2009.

En relación con el uso del suelo, el territorio ha pasado de ser una zona residencial, a ser una zona comercial, sin contar con la infraestructura adecuada para ello. El aumento de talleres automotrices, especialmente en la zona del Siete de Agosto ha generado un impacto ambiental negativo reflejado en la invasión del espacio público. En el sector también se generan descargas a los sistemas de alcantarillado, de residuos peligrosos altamente contaminantes como aceites de motor y otros agentes contaminantes.<sup>130</sup>

Según datos de la Secretaría Distrital de Planeación<sup>131</sup> correspondientes al Censo DANE 2005 hay un total de 16.240 establecimientos, según actividad económica en Barrios Unidos, del cual, el 56,8% (9.236 establecimientos) se encuentra ubicados en el territorio. El 47,8% de éstos se dedican a actividades comerciales, el 32,2% a servicios, y el 11,7% a la industria. Dentro de la localidad, el territorio Alcázares es el que tiene el mayor promedio de personas ocupadas con el 53,7%, siendo una de las potencialidades del territorio, por su capacidad productiva y de generación de empleos.

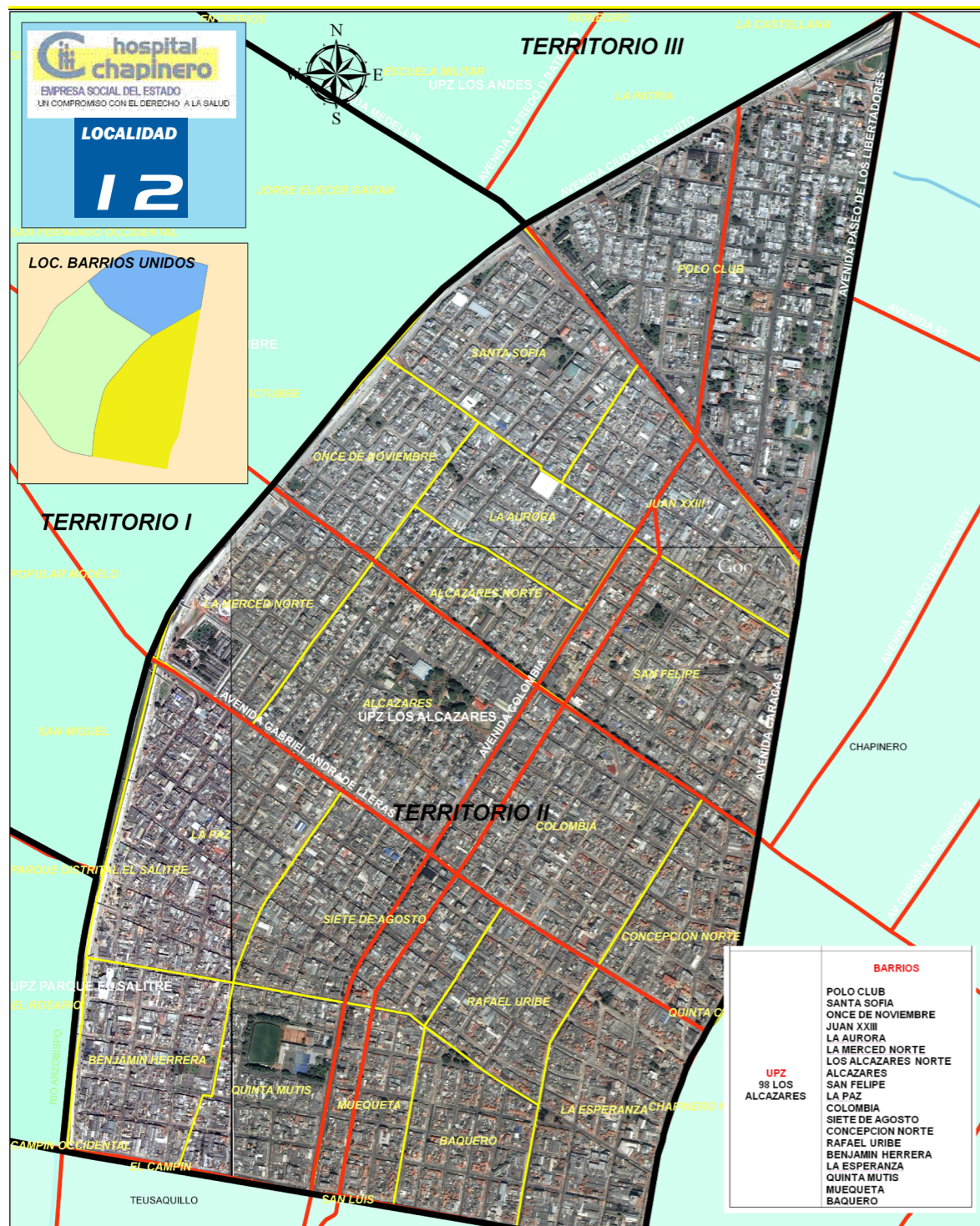
128 Citado en: Rodríguez. J. Gobierno y desgobierno territorial en el Distrito Capital. En: Revista digital Razón Pública. Semana del 8 al 14 de Nov. 2010 Recuperado el 12 de noviembre de 2010 de [http://www.razonpublica.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1535:gobierno-y-desgobierno-territorial-en-el-distrito-capital&catid=22:reg](http://www.razonpublica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1535:gobierno-y-desgobierno-territorial-en-el-distrito-capital&catid=22:reg)

129 Narrativa Barrios Unidos. Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2009.

130 Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

131 *Ibíd.*

Mapa 16: Territorio 2: Alcázares.



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

Las viviendas de este territorio, pertenecientes a los estratos 3 y 4, aunque son de carácter residencial, paulatinamente han ido cambiando su uso, convirtiéndose en talleres, pequeñas y medianas empresas y en establecimientos comerciales y de servicios. El 83,4% de los habitantes del territorio se encuentran en estrato 3 y el 15,8% en estrato 4. El 4,1% de los hogares del territorio cuentan con algún tipo de actividad económica<sup>132</sup>.

Se presenta un carácter mixto en el patrón de desarrollo y las características del territorio. Se evidencia que por ejemplo el barrio Polo Club, conserva características eminentemente residenciales preservando su concepción urbanística y paisajística. Posee amplias calles, aunque en condiciones de regular mantenimiento, sus casas y edificios reflejan un adecuado sentido de lo estético y se percibe un manejo adecuado del espacio público. Aunque no posee zonas verdes bien definidas, se mantienen pequeños parques bien cuidados y un manejo apropiado de jardines y fachadas. Es evidente la sensación de tranquilidad que inspira el sector, pues la actividad comercial es relativamente escasa. En los últimos años se ha observado que algunas casas han sido destinadas para microempresas, especialmente en la zona aledaña a la Autopista Norte pero no ha generado un impacto desfavorable evidente en el sector.

Los barrios Santa Sofía, Once de Noviembre y la Merced tienden a ser más comerciales, principalmente en los bordes de la Avenida 80 y de Carrera 24, donde tienen sede múltiples negocios, desde ferreterías, talleres de metalmecánica, expendios de alimentos y venta de repuestos. Es evidente en estos sectores la escasa concepción en cuanto a provisión de espacio público, pues no cuenta con suficientes parqueaderos para el tipo de actividad que desarrolla. Muchas de sus casas conservan una arquitectura de los años 30, pero debido a la situación económica de sus residentes, han sido arrendadas o subarrendadas para actividades comerciales. La actividad comercial se vuelve aún más notoria a lo largo de la Avenida Caracas en todo su recorrido. Aunque no se presenta invasión del espacio público en este sector, si es evidente el impacto económico que ha tenido sobre los comerciantes, quienes a la fecha no han iniciado un proceso formal de organización de parqueaderos.

Si se recorre la Carrera 24 desde la Av. 80 hasta la Calle 63, el comercio adquiere cada vez más fuerza. Todo tipo de almacenes existen en el sector pero prevalecen los de ropa y calzado. Es evidente el insuficiente espacio público en horas pico, tanto en calzadas como en avenidas, pues la congestión es prácticamente permanente. El sector comprendido entre la Calle 68 con Carrera 24 hasta la Calle 63 con Carrera 30 es preferentemente un sector dedicado a provisión de repuestos automotrices y talleres de mecánica automotriz. Allí se nota en forma especial la contaminación visual, auditiva e invasión de andenes y calzadas por vehículos.

En los recorridos con el Equipo Territorial Transectorial en el 2009, en el sector del Siete de Agosto se evidencian las características del mismo. Alrededor de la plaza de mercado Siete de Agosto hay un gran número de población flotante, además de tener concentración de establecimientos dedicados al área automotriz (venta, de accesorios, repuestos y mecánica en general). En el Siete de Agosto, las condiciones varían severamente, se pasa de unos barrios bien organizados y con un uso residencial como Baquero y Muequetá, a otro que es utilizado en su gran mayoría para el comercio informal, el cual tiene como su eje principal la "Plaza de Mercado", los negocios de comida que se generan a su alrededor y la presencia de vendedores ambulantes, especialmente de alimentos y hierbas aromáticas. Esta situación genera contaminación auditiva, visual y acumulación de basuras, las cuales son arrojadas a la calle. Si bien es cierto, la Plaza se ha caracterizado por ser organizada y aseada y sus propietarios son colaboradores y ayudan con la seguridad, en los alrededores de este lugar se encuentra todo tipo de violencia social. Según lo manifestado por la comunidad, esta zona se han convertido en expendio de sustancias psicoactivas.

Se destaca también la presencia de un *clúster* de confecciones y de marroquinería, y la producción de artículos deportivos. Este sector se ha venido consolidando en los últimos 20 años, aunque los comerciantes manifiestan que encuentran dificultades para acceder a préstamos y a

apoyo financiero por parte del sector bancario, así que muchos de ellos han logrado consolidarse gracias a la inversión de recursos propios.

Foto 7: Sector Almacenes de Artículos de Cuero en el Siete de Agosto.



Fuente: Archivo fotográfico. Hospital Chapinero.2009.

Se encuentra en el barrio Baquero un uso primordial del suelo para vivienda, aunque algunas casas han sido convertidas en vivienda multifamiliar (inquilinos) o son utilizadas para “cupos universitarios” dada la alta presencia de instituciones de educación superior en el sector. En general las casas son de conservación arquitectónica y guardan en sus estructuras las características de la arquitectura de principios del siglo XX. Uno de los principales inconvenientes de la zona es que no se ha determinado el uso del suelo, por tal motivo algunas instituciones de educación superior se encuentran comprando las casas para convertirlas en sedes para este fin. En el territorio se ubican las sedes de la Fundación Universitaria del Área Andina y la Universidad Los Libertadores.

En promedio, los habitantes del sector poseen un grado de educación secundaria y universitaria y la población es adulta mayor en su gran mayoría. Sus principales problemáticas se remontan a la inseguridad que se produce por la soledad que se registra en horas de la mañana y de la tarde, en especial se presentan atracos en la Calle 64. Por su ubicación hay presencia de habitante de calle, expendedores y consumidores de sustancias psicoactivas; estas problemáticas sumadas a la constante rotación del Comandante de Policía, generan inseguridad en la zona. Toda esta problemática está asociada a la cercanía del barrio con el corredor universitario. A su vez el barrio Muequetá, está ubicado en la posible zona de tolerancia, situación que afecta la dinámica del área residencial. Hay presencia de bodegas de reciclaje que propician la llegada de población de recicladores y consumidores de sustancias psicoactivas; este ambiente se presta para desarrollar sitios de encuentro sexual, moteles etc. En este barrio se encuentra un gran número de locales comerciales, especialmente dedicados a la marroquinería. También existe un amplio número de locales destinados a la venta de artículos deportivos y comercio de bajo impacto.

En general las calles y carreras tienen un trazado lineal que las conduce en dirección norte-sur y oriente occidente, lo que genera que el tráfico de automóviles, especialmente particulares, haya ido en aumento cuando desean huir de los atascos de tráfico sobre la Avenida Caracas. En cuanto a las otras vías importantes del sector se encuentra la Avenida Colombia o Carrera 24, que sirve

de interconexión barrial y sectorial, la cual es utilizada por un amplio número de rutas de buses y transporte colectivo. En general las calles y aceras se encuentran en buenas condiciones, lo que permite movilizarse sin mayores inconvenientes, aunque dada la antigüedad de la mayoría de ellas, no fueron pensadas para personas en situación de discapacidad.

Como potencialidad se encuentra la concentración de empresas y sector comercial en el territorio, que tienen un impacto positivo en la generación de empleo y productividad para la ciudad, ya que según indicadores presentados previamente, el territorio es el que más empleos genera en la localidad y debe aprovecharse esta fortaleza para concretar alianzas estratégicas para mejorar las condiciones de generación de ingresos de las familias más vulnerables.

En cuanto a la oferta institucional pública del sector salud se cuenta con el CAMI Chapinero y la UPA Juan XXIII ambos del Hospital Chapinero. Cuenta con una amplia oferta de servicios de salud de tipo privado, como clínicas y consultorios médicos y odontológicos.

Frente a la oferta del sector educativo, se cuenta con las IED Heladia Mejía, Alemania Solidaria y Juan Francisco Berbeo. En el territorio se encuentran también las sedes de instituciones de educación superior como la Fundación de Educación Superior FES San José, la Fundación Universitaria Los Libertadores, la Fundación Universitaria del Área Andina y la Universidad del Rosario, sede Quinta Mutis. Además de una amplia oferta de centros de educación no formal.

Por otra parte, tiene la oferta del sector de integración social compuesto por el Jardín Infantil Santa Sofía. También están ubicados el comedor comunitario Alcázares (Fondo de Desarrollo Local) y el Centro Zonal del ICBF. Frente al equipamiento de seguridad cuenta con dos CAI, ubicados en el Siete de Agosto y Polo Club. En el territorio también se encuentran la sede del Parlamento Andino, la Zona Pastoral Social Cristo Sacerdote y la Casa de la Cultura de Barrios Unidos

Así mismo cuenta con 405 bienes de interés cultural<sup>133</sup> dentro de los cuales se destacan la Iglesia Santísima Trinidad, la Iglesia San Pedro Nolasco, la Iglesia Santa Teresa de Ávila, la Iglesia San Vicente de Paul, el Convento Siervas de María, Parroquia La Asunción de Nuestra Señora, la IED Heladia Mejía, el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y el Conjunto Residencial Polo Club los cuales hacen parte de la categoría de Conservación Integral.

### 3.2.1 Descripción de la población por Etapas de Ciclo Vital

Según proyecciones de población por UPZ para el 2009 hechas por la Secretaría Distrital de Planeación a partir de los datos del Censo DANE 2005, de un total de 81.379 personas que habitan el territorio, la distribución de la población por etapa de ciclo vital es la siguiente, (Ver Tabla 36)

Tabla 36. Distribución de la Población Territorio Alcázares por Etapa de Ciclo Vital.

	TERRITORIO 2					
	TOTAL	%	HOMBRE	%	MUJER	%
INFANCIA	9.065	11,1	4.643	51,2	4.422	48,8
JUVENTUD	18.705	23,0	9.278	49,6	9.428	50,4
ADULTEZ	41.062	50,5	19.752	48,1	21.310	51,9
PERSONA MAYOR	12.547	15,4	5.241	41,8	7.305	58,2
TOTAL POBLACION	81.379	100	38.914	47,8	42.465	52,2

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones de población 2009 con base en Censo DANE 2005.

133 Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

La mayor parte de la población del territorio, 50,5% (41.062 habitantes) se encuentra en la etapa Adulta, cuya distribución por sexo es la siguiente: el 51,9% son mujeres y el 48,1% hombres. Le sigue la población en etapa Juventud, 23% (18.705 habitantes), cuya distribución por sexo es la siguiente: 50,4% son hombres y 49,6% mujeres. En tercer lugar se encuentran las Personas Mayores, aportando el 15,4% (12.547 habitantes), y su distribución según sexo es la siguiente: 58,2% son mujeres y 41,8% hombres. Por último se encuentra la población en etapa Infantil, siendo el 11,1% de la población (9.065 habitantes), con una distribución por sexo así: 51,2% hombres y 48,8% mujeres. En general, la distribución de la población por etapa de ciclo vital en el territorio es similar a la distribución de la población observada para el total de la localidad.

### 3.2.2 Infancia

En el territorio Alcázares, según proyecciones de población para el 2009, residen 9.065 niños y niñas, aportando el 11,1% del total de población estimada para el mismo. Es de mencionar que dentro de esta etapa de ciclo vital, se incluyen a las mujeres gestantes, quienes por su condición de embarazo, se ven inmersas a unos cambios fisiológicos, sociales y personales, en los que su construcción de vida varía y debe ser adaptable a las nuevas concepciones. Así mismo, el ambiente prenatal es el cuerpo de la mujer gestante (madre), virtualmente todo lo que afecte su bienestar, desde su dieta hasta sus estados de ánimo, puede alterar el ambiente y el crecimiento de su hijo por nacer.<sup>134</sup> Lo anterior, muestra que existe un vínculo vivencial que conecta tanto a la madre como al hijo, y no solamente visto desde lo físico. Un ejemplo de este tipo de vivencias son aquellas en las que se reproducen situaciones que llevan a las violencias, en todos sus tipos. Las tasas de mortalidad y natalidad muestran una tendencia a la disminución en los últimos años. Esto se debe al mayor acceso a la inmunización, a la Atención Primaria en Salud, y a los programas de erradicación de enfermedades, como por ejemplo las Salas ERA. El grupo de edad que corresponde entre 1 a 4 años tiene la tasa más baja de mortalidad en la localidad manteniéndose estable durante los últimos años, presentando una tasa de 4,8 por 10.000 habitantes. Esto es consecuente con la implementación de programas AIEPI, IAMI, IAFI.

Frente a la **Salud Mental**<sup>135</sup>, en el escenario familiar se valida el castigo como pauta de crianza que genera acciones y omisiones desde la diada de lo físico y lo emocional que afecta el bienestar psicosocial de cada uno de los miembros de la familia. En la violencia intrafamiliar los niños, niñas y adolescentes principalmente son víctimas centrales de maltrato infantil por negligencia y abandono. Así mismo, en la etapa de infancia se presentan déficit de aprendizaje, discapacidad cognitiva, aumento del fenómeno de explotación sexual comercial, depresión infantil y abuso. Los principales factores que se encuentran son el hacinamiento, desempleo de los padres, cambios constantes de domicilio, presencia de inquilinatos en especial en el sector del Siete de Agosto.

El impacto negativo de estas condiciones en la salud mental de niños y niñas se encuentra determinado por el maltrato infantil por negligencia, abandono, abuso sexual, explotación comercial y laboral, dado por un conjunto de representaciones sociales, condiciones económicas, sociales y políticas y asociado a su vez a los aspectos de vivienda como inquilinatos y hacinamiento. Se presenta riesgo psicosocial ligado a zonas de inseguridad que deterioran la salud mental por su ubicación geográfica. Se evidencia inseguridad (ollas, expendio en parques, zona de alto impacto). Sumado a esto se existen barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento, la percepción baja de riesgo y factores culturales que generan dificultades en la asistencia a controles prenatales, afectando el bienestar de niños y niñas. Al igual que lo observado en el territorio Uno, Doce de Octubre, en Alcázares se presentan mayores casos de violencia física y negligencia en los niños y en las niñas, así como negligencia y abandono. (Ver Tabla 37)

Tabla 37: Notificación de Violencia Ejercida en Niños y Niñas. Territorio Alcázares. 2009.

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	3	21,4	6	27,2	14	100	36	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONÓMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	1	7,1	1	4,5	2	14,2	0	0
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	11	78,5	15	68,1	2	14,2	7	31,8

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009.

En relación a la manifestación de violencia se centra en los eventos de maltrato infantil que decanta en negligencia y descuido por parte de los padres y /o cuidadores hacia los niños y niñas específicamente en el cuidado e higiene personal y asistencia a controles médicos, odontología y nutricionales.

Frente a las condiciones de **Salud Oral**<sup>136</sup> los niños menores de 1 año no acceden a servicios, lo cual dificulta la promoción. Se evidencia la presencia de población en condición de discapacidad, que no es objeto de programas específicos. No existen programas especiales desde la ESE para esta población y en instituciones especiales existe sobreoferta de otros sectores y organizaciones, lo cual hace que se priorice su entrada sobre la intervención de la ESE. No hay vigilancia desde Salud Pública sobre los programas. Se presentan altos índices de enfermedad dental y baja calidad del cepillado, relacionados con negligencia de parte de los cuidadores; deficiente acompañamiento y supervisión de los adultos y patrones culturales de los padres y cuidadores.

Factores como el consumo de alimentos sin el balance nutricional adecuado y en especial aquellos compuestos de azúcar por parte de niños y niñas, implican daños para la salud oral. A su vez hay prevalencia de deficiencia de micronutrientes del 25% y la lactancia materna exclusiva es de 1.5%. En el hogar se usan biberones y chupos para entretener a los niños; factores que tienen un impacto negativo en la salud oral con la aparición de caries y causan mala posición dental a edades tempranas.

Con respecto al territorio 2 (Alcázares) se cuenta con intervenciones en tres colegios distritales donde a diferencia del territorio 1, los porcentajes más altos se evidencian en la categoría muy baja, baja y regular en cuanto a la calidad del cepillado. En cuanto al proyecto de comunidad saludable, se cuenta con el programa de sensibilización en salud oral en el Comedor Alcázares, donde se ha desarrollado un proceso juicioso que se considera como un factor protector en toda la localidad.

La **Salud Sexual y Reproductiva**<sup>137</sup> se ve afectada por la presencia de la zona de alto impacto (en especial en el barrio Siete de Agosto) ya que este territorio se convierte en un factor de riesgo para la explotación sexual y las construcciones en torno a lo femenino y lo masculino alrededor de la sexualidad. Por otra parte, hay aumento de la incidencia de casos de gestantes adolescentes con poca adherencia a los controles prenatales afectando los procesos de desarrollo del bebé, y contribuyendo de esta manera tener niños y niñas con estados de salud deficientes. En general se siguen presentando algunas problemáticas como lo son,

134 Papalia, D.E Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 2005. Ed. Mac Graw Hill. México.

135 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

136 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

137 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

la falta de una captación rápida de las gestantes en su primer trimestre, y en especial de gestantes que llegan fuera de Bogotá quienes no traen consigo ningún tipo de seguimiento o controles médicos, lo cual dificulta el acceso a información sobre su estado de salud y el del feto; esto permite evidenciar problemas de salud en los momentos del parto.

Adicionalmente, los niños y las niñas están iniciando su vida sexual a muy temprana edad, sin la orientación adecuada. Otro de los principales problemas es la dificultad para abordar los temas de identidades sexuales por parte de los cuidadores o de los docentes en los colegios, esto se demuestra porque hasta ahora se está empezando a evidenciar las orientaciones homosexuales y bisexuales en los niños y niñas; estas temáticas en la sexualidad son tratadas como tabúes en las familias y en los colegios creando para los niños una violencia psicológica y algunas veces física por parte de sus padres, hermanos, educadores y en especial por sus compañeros de colegio.

Por otra parte las condiciones de hacinamiento generan la falta de espacios individuales lo que conlleva a la violencia por razones socio-económicas, o por razones culturales; también se empieza a evidenciar la soledad de los niños frente a los procesos de familia y se genera el espacio de terceros cuidadores; se enmarca el abuso emocional, sexual, y la explotación de los niños y las mujeres; se dan de manera muy evidente las inequidades de género y el patriarcalismo como una pauta de autoridad y crianza.

Dentro de las **Condiciones Crónicas**<sup>138</sup> durante el proceso del desarrollo del niño y de la niña se encuentran casos de enfermedades crónicas como diabetes insulino dependientes lo que afecta el desarrollo integral del niño y de la niña durante su primera infancia. La falta de detección temprana y la deficiencia en el seguimiento debida a diversos factores en las madres gestantes con condiciones crónicas como la diabetes gestacional y la preclampsia, afectan de manera directa la salud tanto de la madre como del bebé. Se evidencia en esta etapa de vida la condición crónica de desnutrición u obesidad debida en gran parte a la malnutrición y al sedentarismo en los menores y entre otras causas a factores socioeconómicos, hábitos alimentarios y patrones culturales de sus padres o cuidadores.

Dentro de los determinantes que inciden en la vulneración del derecho a la **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>139</sup> en el territorio se encuentran problemáticas en hábitos de consumo de alimentos; debido a la oferta de alimentos no saludables en las tiendas escolares que no garantizan los adecuados aportes nutricionales acorde con la etapa de ciclo vital, generando deficiencias nutricionales y contribuyendo a un bajo rendimiento escolar. Una de las principales causas de la mal nutrición es la falta de empleo que han provocado los empleos informales y el trabajo infantil forzado por la situación económica familiar, estos sucesos llevan a los niños a no alimentarse bien y en los trabajos en las calles no permite que estos niños se alimenten y coman lo primero que puedan consumir de acuerdo al dinero recaudado en sus trabajos<sup>140</sup>.

A pesar de este panorama, existen factores protectores que se evidencian en esta localidad: Las instituciones cuentan con el equipamiento requerido para la toma de medidas antropométricas; capacitación a diferentes profesionales en la toma de medidas; información que permite estadísticas más representativas y por consiguiente la posibilidad de generar intervenciones acordes a las necesidades identificadas por este medio.

También se destacan los convenios desarrollados por la Alcaldía Local en torno a la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN y principalmente en el eje de disponibilidad; el seguimiento y evaluación por parte del Comité de SAN a la ejecución de los proyectos; la organización establecida

en la red de tenderos de la zona. De igual forma la localidad cuenta con diversos programas de apoyo alimentario desde diferentes entes tanto territoriales como locales en los cuales existe la posibilidad de inclusión con excepción; la concientización e interés de las instituciones locales en cuanto a las características socio económicas de la zona, al igual que la preocupación de la comunidad sobre las problemáticas de su localidad y el requerimiento de mantener los programas de apoyo alimentario. La existencia de herramientas pedagógicas y lúdicas para el desarrollo de temas de alimentación y nutrición y el contar con profesionales idóneos en las instituciones para el desarrollo de las sesiones son las principales fortalezas para impactar en la seguridad alimentaria y nutricional en esta localidad.

En los niños y niñas en condición de **Discapacidad**<sup>141</sup> hay abandono del proyecto de vida por parte de sus cuidadores. Sumado a esto la carencia de jardines que atiendan población infantil en situación de discapacidad y el desconocimiento o falta de divulgación de información de programas, proyectos u otras ayudas que otorga la Alcaldía Local de Barrios Unidos, la SLIS y demás estamentos para favorecer o mejorar las condiciones de vida, dificulta el acceso a una respuesta integral. No existe un programa recreativo deportivo destinado a población en situación de discapacidad.

En Instituciones del ICBF se ha evidenciado que hay pobre autonomía funcional y social que posibilite la expresión de sus capacidades para construir un proyecto de vida. Existe invisibilización y exclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, lo que impide su desarrollo como sujetos políticos y ciudadanos. Hay dificultad para el acceso a servicios integrales de salud adecuados a sus necesidades, que les garanticen una mejor calidad de vida y la preservación de su funcionalidad y autonomía. Se presenta dificultad en la articulación con redes de apoyo. También se registra un bajo desarrollo de habilidades y destrezas para el manejo de la población con discapacidad. En el territorio hay presencia de barreras arquitectónicas, actitudinales y comunicativas.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>142</sup> en esta etapa de ciclo vital está relacionada con el inadecuado manejo del tiempo de ocio y la falta de espacios, parques y escenarios y sus usos inadecuados. En el territorio 2 (Alcázares) se evidencia la falta de capacitación especializada en temas de estimulación temprana y de actividad de física que afecte positivamente a los niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar; persisten inadecuados hábitos alimentarios que no propician la práctica óptima de la actividad física, la recreación y el deporte. La presencia de habitante de calle y el consumo de sustancias psicoactivas en los parques y/o espacios de esparcimiento y recreación genera inseguridad para el desarrollo de prácticas óptimas de esparcimiento, actividad física, recreación y deporte. En contra posición se cuenta con corredores ecológicos que favorece las caminatas ecológicas; este territorio cuenta con equipamiento metropolitano que motiva la actividad física, la recreación y el deporte, así como con apoyos alimentarios en los comedores comunitarios.

En lo relacionado a la infancia se debe orientar, capacitar y acompañar tanto a los docentes como a los estudiantes (líderes, personeros) en el manejo de los temas de Actividad Física, Recreación y Deporte, con el fin de que se promocionen, practiquen de manera adecuada y puedan ser espacios para realizar estas actividades y las alfabetizaciones. Se debe crear en los colegios espacios que integren el deporte y la cultura, apoyando el desarrollo físico y mental de los niños, como por ejemplo realización de carnavales y jornadas lúdicas; también crear programas institucionales dirigidos a promover la práctica de actividad física desde la infancia, fomentando actividades como campeonatos para niños y jóvenes, que vinculen a numerosas instituciones públicas y privadas (ICBF, ONG, DILE, empresa privada), para que trabajen conjuntamente en la realización de eventos donde los niños puedan vincularse e integrarse por medio del deporte.

138 Unidad de análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

139 Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

140 Percepción de los referentes de etapa ciclo vital de infancia de acuerdo a las lecturas de los diagnósticos de las transversalidades SAN, salud y trabajo, y el diagnóstico de PDA de condiciones crónicas.

141 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

142 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

Las condiciones de **Trabajo**<sup>143</sup> se manifiestan en el territorio por la explotación laboral de niños y niñas que se ocupan en actividades como: Talleres latonería y pintura, restaurantes, oficios varios, puesto de verduras y frutas, durante los fines de semana o en contra jornada los que están estudiando, lo que limita el desarrollo de actividades propias de su etapa de ciclo vital. Se presenta expendio y consumo de sustancias psicoactivas.

El asumir roles que no corresponden a su etapa de ciclo vital, limita el desarrollo y el uso adecuado del tiempo libre. En los talleres están expuestos a riesgos físicos por el ruido, las radiaciones y el manejo de herramientas. En los restaurantes se exponen a riesgos de tipo biológico y físico debido a malas posturas, y movimientos repetitivos. En los puestos de verduras y frutas están existen riesgos psicosociales, generados por la atención constantes al público, por la necesidad de vender y a riesgo físico por el transporte de carga. Las labores son desarrolladas en contra jornada dedicando de 4 a 6 horas o los fines de semana. Debido a su condición económica están excluidos de los procesos de socialización, su permanencia en la escuela es limitada, no cuentan con el tiempo necesario para realizar actividades recreativas ya que esta labor la realizan unos permanentemente, los que están escolarizados en jornada contraria y la gran mayoría durante los fines de semana exponiéndose constantemente a riesgos físicos por ruido, irradiaciones ionizantes, a riesgos biológicos por el contacto con virus y bacterias.

En los puestos de verduras y frutas los niños y las niñas están expuestos a riesgo por carga física, riesgo psicosocial originado por la atención al público, además en el sector del Rosario se presenta expendio y consumo de sustancias psicoactivas. Esta situación puede afectar la seguridad de los niños que realizan este tipo actividades principalmente durante los fines de semana. Se afecta el desarrollo músculo esquelético y la permanencia en la educación.<sup>144</sup>

Las **Identidades de Género y las Orientaciones Sexuales** como procesos inherentes a los seres humanos son únicas, auténticas e irrepetibles, sus construcciones forman parte de cada sujeto o sujeta y deben darse en un marco de reconocimiento, ejercicio y restitución del derecho a la autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad, a la igualdad, a la no discriminación, a una vida libre de violencias, a la diversidad y la pluriculturalidad. El incluir la perspectiva de género en las acciones el PIC es una puesta del sector salud y en concreto del Distrito Capital para evidenciar los determinantes en salud que afectan a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas en cada etapa del ciclo vital; nos permite establecer las consecuencias de dichas desigualdades en términos de frecuencia de las enfermedades, en el curso de las mismas, en la mortalidad, en la percepción que tienen los sectores LGBT de la salud - enfermedad, en el acceso y uso de los servicios de salud y en cómo estas desigualdades configuran inequidades que generan problemas específicos de salud en niños, niñas, jóvenes, adultos/as y adultas/os mayores, asociado a los diferentes contextos en donde hombre y mujeres conviven<sup>145</sup>.

Se identifica que en la infancia existe una gran dificultad asociada al temor para abordaje el tema de las identidades de género y orientaciones sexuales en especial de los/las adultas responsables de los niños y de las niñas. Además se evidencia una gran limitación en el sistema de salud para documentar los casos de niñas y niños intersexuales, situación que hace más complejo el poder hacer un análisis de salud de esta población. Estos niños y niñas que se encuentran construyendo sus identidades y orientaciones sexuales son víctimas de violencia en el contexto escolar tanto por educadores/as y compañeros/as; aunque en los colegios de la localidad de Barrios Unidos en el 2009 no se hayan registrado estos casos, no quiere decir que no se presenten, y pone de manifiesto que el tema no es visibilizado; se deben establecer mecanismo que permitan recolectar y analizar esta información.

143 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

144 Documento aporte a la actualización diagnóstico local con participación social. Red local de salud y trabajo. Hospital Chapinero.2010.

145 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero ESE. 2010.

### 3.2.3 Juventud

En el territorio Alcázares, según proyecciones de población para el 2009, residen 18.705 jóvenes, aportando el 23% del total de población estimada para el mismo. Para efectos del trabajo, alrededor de esta etapa del ciclo vital y en concordancia a los cambios que suceden tanto a nivel físico, psicológico como de demandas y adaptaciones sociales actuales, los y las jóvenes son sujetos que en la actualidad se enfrentan a múltiples barreras y exigencias, se conciben como personas incomprendidas, juzgadas y rechazadas más si pertenecen a culturas que los y las identifican.

El proceso de Salud Mental<sup>146</sup> es evolutivo y dinámico de acuerdo al ciclo de vida en el que se encuentre las/los jóvenes, en este intervienen diferentes factores como: un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. La afectación de la salud mental en los y las jóvenes se evidencia por las manifestaciones comportamentales de depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas y la violencia entre pares. Los eventos de violencia intrafamiliar notificados al subsistema SIVIM 2009 en la localidad de Barrios Unidos fueron 462 casos de los cuales el 27,7% (128 casos) se presentaron en la etapa de ciclo juventud y dentro de esta etapa el 70,3% (90 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 29,6% (38 casos) correspondieron a hombres. En el territorio 2 (Alcázares) se presentaron 33 casos (25,7% de los casos en esta localidad por la etapa de ciclo vital juventud), de los cuales 27 casos (81,8%) corresponde a mujeres y 6 casos (18,2%) a hombres (Ver Tabla 38).

Tabla 38. Notificación de violencia ejercida en los y las jóvenes. Territorio Alcázares. 2009

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	1	16,6	12	44,4	6	100	27	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONÓMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	3	50	2	7,4	0	0	5	18,5
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	2	33,3	15	55,5	0	0	9	33,3

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

La **Salud Oral**<sup>147</sup> está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud; es un aspecto que no se puede dejar atrás debido a que la boca es un medio de comunicación”, además constituye una parte importante del desarrollo en el periodo de la adolescencia.

Los y las adolescentes entran a una etapa en que la belleza es muy importante, constituye un factor decisivo para ser aceptado dentro del grupo de pares, pues es a través de la boca que experimentan diferentes sensaciones relacionadas con la sexualidad, lo que la hace muy importante, por lo que si no está en buenas condiciones de higiene y un/a adolescente presenta caries o infecciones, no podrá relacionarse de manera adecuada ya que será desagradable para las

146 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

147 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

personas de su misma edad. Frente a la situación de salud oral en los y las jóvenes del territorio, se evidencia la falta de programas específicos en salud oral dirigidos a población LGBT. Deterioro en la salud oral en los y las jóvenes, asociado a malos hábitos alimenticios e higiénicos, a la moda como forma de inclusión e identificación a grupos sociales y culturales y/o a las barreras de acceso implementadas por sistema de aseguramiento.

Respecto a la Salud Sexual y Reproductiva<sup>148</sup>, la desorientación y pérdida de sentido frente a los proyectos de vida de los y las jóvenes subsecuente a la falta de oportunidades, inadecuado uso del tiempo libre, el consumo de SPA y alcohol, el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y/o inicio y/o exposición temprana a eventos sexuales, la explotación sexual y/o comercial, incrementan las posibilidades de embarazos a corta edad, de cáncer de cuello uterino y/o contagio de ITS/VIH entre adolescentes y jóvenes.

Los avances en equidad social hacia las mujeres, hacen que el embarazo a edades tempranas, a pesar de no ser un fenómeno nuevo, sea considerado como un problema de salud pública, en la medida que hace más difícil o trunca el proceso de escolarización de la mujer, además constituye uno de los mayores riesgos para la salud de ésta. El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en los jóvenes, pero el no uso de métodos anticonceptivos más que por desconocimiento, por factores subjetivos propios de los jóvenes hace que muchas de estas relaciones generen un embarazo no deseado y en un número indeterminado de casos terminen en un aborto clandestino<sup>149</sup>.

Frente al comportamiento de las Condiciones Crónicas<sup>150</sup> en esta etapa de ciclo vital se evidencia una mayor prevalencia de enfermedades crónicas especialmente cardiovasculares en edades más tempranas, debido a factores de riesgo socio-culturales como inadecuados hábitos alimentarios, inactividad física, obesidad, estrés, consumo de tabaco y alcohol entre los y las jóvenes. La aparición de enfermedades como la Hipertensión, la Diabetes y cardiovasculares, que se están diagnosticando a edades tempranas, se perciben como consecuencias asociadas al sedentarismo en el que permanecen los y las jóvenes. Lo anterior sumado a los factores de riesgo entre los que se encuentran la pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada, que contribuyen a la aparición de las enfermedades crónicas. Así mismo la ausencia de una nutrición adecuada y la inactividad física que generan un aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los y las jóvenes, es especialmente preocupante, ya que el desarrollo de hábitos saludables se logra en esta etapa y generalmente se mantienen durante toda la vida.

La población joven en condición de Discapacidad<sup>151</sup> se ve afectada por estar a cargo de cuidadores cuyo conocimiento empírico, adquirido a través de la experiencia, los llevan a representar un riesgo familiar y social, debido a la sobre protección de las personas a su cargo. Esta situación aumenta la condición de discapacidad del afectado, disminuyendo sus posibilidades de desarrollo y crecimiento personal, familiar y social. Adicionalmente, las posibilidades de inclusión laboral en condiciones dignas, son escasas así como las opciones de ingresar a capacitaciones formales o informales para el trabajo, generalmente por recursos económicos insuficientes.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>152</sup> en esta etapa de ciclo vital está asociada al manejo inadecuado del tiempo de ocio y a la falta de espacios como parques y escenarios, además del uso inadecuado que a veces se les da a estos espacios. En esta etapa el joven tiene diversas

posibilidades para utilizar su tiempo libre, pues además de la actividad física, están las actividades recreativas sedentarias (TV, video juegos), u otras que generan riesgos tales como el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas. Algunos incluso combinan dichas actividades, lo que genera que la actividad física deje de ser un factor protector y se convierta en un factor de riesgo. Aunque la etapa de juventud debe estar dedicada preferiblemente al estudio post secundario, la pobreza y falta de acceso a la educación superior obligan a muchos jóvenes a trabajar y abandonar o postergar los estudios superiores; adicionalmente, muchos de ellos asumen el doble rol de trabajar y estudiar para poder costear su educación, sometiéndose a intensas jornadas que los afectan física y psicológicamente. Las altas jornadas posibilitan en muchos casos que los y las jóvenes consuman sustancias psicoactivas como método de relajación consolidándose como un factor de riesgo de la salud mental.

Dentro de las condiciones de **Trabajo**<sup>153</sup>, en el territorio 2 (Alcázares), los jóvenes están vinculados a actividades laborales en talleres de latonería y pintura, restaurantes, oficios varios, cabinas telefónicas, ayudantes en plazas de mercado, cuidadores parenterales, en jornadas extensas y condiciones de trabajo que no garantizan su seguridad y salubridad. En los restaurantes trabajan hasta 12 horas diarias, y están expuestos a riesgos de tipo físico, como el ruido, carga física, posturas inadecuadas y factores biológicos al manipular alimentos. Los restaurantes pueden ser lugares muy estresantes por la presión que supone dar un servicio eficaz dentro de un horario apretado. También influyen en el estrés del personal del servicio de comidas los turnos de trabajo, la incertidumbre sobre sus ingresos, ya que dependen en gran parte de las propinas, y el trato con algunos clientes difíciles e irritables.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>154</sup> se ve afectada en esta etapa por las dificultades en la puesta en marcha del Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos de la localidad, afectando así el control de precios y calidad de los alimentos que se pueden disponer para el acceso y consumo, por la falta de articulación interinstitucional en los procesos educativos en diferentes temas de alimentación. No se cuenta con estrategias que permitan lograr impacto en la población; hay un déficit en el acceso a los alimentos por la baja condición socioeconómica (ligada a familias extensas), los malos hábitos alimentarios, costumbres y mitos que influyen en la decisión de compra de los alimentos y la oferta de alimentos no saludables en las tiendas escolares. Adicionalmente se presentan trastornos de la conducta alimentaria en los y las jóvenes.

Las inequidades de **Género**<sup>155</sup> se presentan al abordar la salud sexual con un énfasis en lo reproductivo dejando de lado el derecho al placer sexual y el disfrute de la sexualidad femenina, situación que las hace más vulnerables a infecciones de transmisión sexual. Se evidencian imaginarios culturales que continuamente “naturalizan” y mantienen las diferentes formas de violencia hacia las adolescentes y las jóvenes, afectando de forma significativa la salud mental de ellas. Se presentan barreras para acceder a métodos anticonceptivos, los cuales están sujetos al tipo de aseguramiento.

Frente a las **Identidades de Género y Orientaciones Sexuales**<sup>156</sup> llama la atención que dentro de estas estadísticas no se visibilice la población LGBT, situación que hace difícil la identificación de necesidades y el análisis de determinante en salud para este sector de la población. Se aborda la salud sexual con un énfasis en lo reproductivo en las relaciones sexuales heterosexuales desconociendo las identidades de género y las orientaciones sexuales no normativas. La violencia por identidades de género y orientaciones sexuales, se evidencia mucho más en esta etapa de ciclo vital en los colegios distritales, ya que en su gran mayoría continúan enfocando el tema de sexualidad en la salud reproductiva y la heterosexualidad como única opción para vivir la sexualidad; se deja de lado las identidades de género y las orientaciones sexuales no normativas, este es un tema vedado en el ámbito educativo.

148 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero ESE. 2010.

149 Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años en Nocaima (Cundinamarca). Rev. Ciencias. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 40-52, abril-junio de 2007.

150 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero ESE. 2010.

151 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero ESE. 2010.

152 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

153 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

154 Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

155 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

156 Ibid.

### 3.2.3 Adultez

En el territorio Alcázares, según proyecciones de población para el 2009, residen 41.062 adultos y adultas, aportando el 50,5% del total de población estimada para el mismo. La situación de calidad de vida y salud de la población adulta en esta localidad y en cada uno de sus territorios tiene connotaciones particulares, en donde determinantes como la estratificación social, la educación, los hábitos y los comportamientos de auto cuidado, han permitido y han condicionado a sus residentes: algunos al disfrute y hacia la posibilidad de continuar un buen proyecto de vida digno y gratificante, pero a otra gran mayoría los ha condenado a vivir en la desigualdad, en la injusticia y sometidos a condiciones indignas para la vida de cualquier ser.

La **Salud Mental**<sup>157</sup> en esta etapa está relacionada con imaginarios culturales y representaciones sociales que han favorecido la violencia contra las mujeres, además de violencias por la identidad de género, como la situación que se deriva en el rol de cuidadora de personas en condición de discapacidad en donde se ve afectada su autonomía. En los casos de violencias por la orientación sexual, las situaciones se ven expresadas en los estados emocionales, manifestaciones comportamentales, depresión y ansiedad de estos grupos poblacionales, que son muy fuertes en el territorio Alcázares.

La inequidad en el acceso de las/los adultas/tos a bienes y servicios en salud mental se da por falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional sanitaria, que afectan la calidad de vida y la salud mental de esta población. Esta situación se hace más fuerte en territorios donde algunos de sus residentes no tienen capacidad de pago para acceder a servicios de forma particular. La presencia de la zona de tolerancia y la inseguridad, el consumo de alcohol y cigarrillo, incrementa el riesgo psicosocial de los adultos y las adultas deteriorando su salud mental en el territorio de Alcázares.

Los eventos de violencia intrafamiliar notificados al subsistema SIVIM 2009 en la localidad de Barrios Unidos fueron 462 casos de los cuales el 25,2% (116 casos) se presentaron en la etapa de ciclo Adultez y dentro de esta etapa el 93,1% (108 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 6,9% (8 casos) a hombres. En el territorio 2 (Alcázares) se presentaron 37 casos, (31,8% del total de la localidad por la etapa de ciclo vital Juventud), de los cuales los 37 casos (100%) corresponde a mujeres. Existe un número mayor de casos de violencia física, emocional, sexual, económica y abandono, predominantemente en todos los territorios en las mujeres (Ver Tabla 39).

La intervención en **Salud Oral**<sup>158</sup> con adultos/as se limita a divulgar la información y procesos de acompañamiento para y por los niños, pero no está dirigida a corregir hábitos ni a crear modelos adecuados desde las intervenciones en salud pública para ellos, desde lo asistencial existen barreras dadas por el contenido en el plan de beneficios. Se evidencia presencia de población habitante de calle en el territorio con necesidades de rehabilitación (pérdida temprana de los dientes) por inadecuadas o nulas prácticas de auto cuidado, y que están estrechamente relacionadas con la vulnerabilidad.

Tabla 39. Notificación de Violencia Ejercida en los y las Adultos(as). Territorio Alcázares. 2009.

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	0	0	26	70,2	0	0	37	100

TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONÓMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	0	0	6	16,2	0	0	5	13,5

TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 2 (Alcázares)	0	0	6	16,2	0	0	3	8,1

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

Frente a la **Salud Sexual y Reproductiva**<sup>159</sup>, la reproducción de la inequidad de género, no involucra al varón como agente protector en el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, estos imaginarios provocan la negación del ejercicio de la sexualidad segura y responsable en los adultos y adultas, que se agudiza ante la reducción de este programa a lo reproductivo. De esta manera se invisibiliza o niega el desarrollo de la sexualidad en etapas previas al envejecimiento y en la vejez, sumándose a unos planes de beneficios deficientes con relación a los hombres; esta problemática tiene un asentamiento particular y de mayor daño en la población de la comunidad LGBT, ante la inexistencia de la atención diferenciada.

Respecto a las **Condiciones Crónicas**<sup>160</sup> el modelo económico existente en el país, en donde la pobreza produce y reproduce de manera permanente condiciones de vulnerabilidad en la vida del individuo y la familias, que contribuyen a asentar prácticas de vida cotidiana reflejadas en la alimentación, el sedentarismo, que caracteriza a la adultez y la práctica de malos hábitos, como factores desencadenantes para la aparición temprana de enfermedades crónicas, y que de acuerdo a los datos consultados son más vulnerables las mujeres. Debilitamiento en la calidad de vida y la salud de los adultos/as, derivados en gran medida de la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional que parte de la misma implementación del sistema de salud y el no compromiso del Estado con un envejecimiento activo de la población que empieza desde la gestación, lo cual se complejiza aún más por la ausencia de hábitos de auto cuidado y/o imaginarios socio-culturales.

La aparición de enfermedades como la hipertensión y la diabetes se están diagnosticando a edades tempranas, se percibe como factores asociados el sedentarismo en el que permanecen las personas y sobre todo los adultos/as cuyos roles laborales y/o domésticos se asocian con la quietud, dietas basadas en carbohidratos, situación muchas veces originada por la capacidad adquisitiva y aspectos culturales situación presente en el territorio.

La participación deficiente de la población en condición de **Discapacidad**<sup>161</sup> en los programas y proyectos de los planes de desarrollo local y distrital, expresada en una actitud de apatía hacia las acciones del Estado es evidente en el territorio Alcázares. En adición, si el acceso al mercado laboral de la población sin algún tipo de discapacidad, cada vez se encuentra más debilitada, peor es la situación para una persona en situación de discapacidad, donde los imaginarios no favorecen su posibilidad de vinculación laboral. Según los datos de la caracterización distrital del año 2007, el 2.9% del total de la población de la localidad se encuentra en situación/condición de discapacidad y para las zonas críticas (12 de Octubre parte de Andes y Alcázares) representarían el 3.10% en esta condición del total de los habitantes de estos tres territorios.

157 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

158 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

159 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

160 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

161 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.



La no práctica de **Actividad Física**<sup>162</sup> está relacionada con la no corresponsabilidad del contexto laboral de las/los adultas/tos con la práctica de la actividad física, recreación y deporte, y por el contrario promueve prácticas sedentarias, que aumenta la probabilidad de aparición de enfermedad crónica, sumado a ello, las barreras para el acceso de la población de bajos recursos, agravado por la falta de espacios públicos, falta de presencia institucional que permite el incremento de la inseguridad en estos entornos y escenarios.

Las condiciones de **Trabajo**<sup>163</sup> están relacionadas con la utilización de otras formas de generación de ingresos como alternativas de empleo, en unidades productivas informales como expendios de carnes y montallantas, que le permita generar los recursos necesarios para suplir su rol de proveedores sin las mínimas condiciones de seguridad, protección personal y de salubridad. En el territorio 2 (Alcázares) las personas adultas en el territorio se ocupan en los expendios de carne, exponiéndose a riesgos de tipo físico pues dentro de la dinámica laboral se presenta exposición constante a cambios de temperatura y manejo de la cadena de frío, riesgos de tipo ergonómico por el transporte de cargas, movimientos repetitivos y la realización del ejercicio laboral en posición bípeda, riesgos de tipo mecánico generados por el manejo de herramientas manuales corto punzantes. Los accidentes derivados de esta actividad son las cortaduras, lumbagos, hernias y amputaciones; el sistema físico más afectado es el osteomuscular.

En restaurantes que tienen un horario de atención al público desde las 7:00 AM y hasta las 5:00 PM, aunque algunas veces su horario se extiende hasta las 6:00 de la tarde con aproximadamente 12 horas de trabajo al día. Esta actividad es realizada principalmente por mujeres que están expuestas a riesgo químico, debido a la utilización de detergente en polvo, hipoclorito de sodio utilizado en la limpieza, aceites de origen vegetal, y margarinas; riesgo biológico por el inadecuado manejo de los residuos o desperdicios que se originan de este tipo de actividad económica, la no actualización del curso de manipulación de alimentos y la falta de procesos de asepsia como lavado de manos permanentemente. En carga física por las extensas jornadas laborales de pie, manejo de cargas, adopción de posturas inadecuadas en el desempeño de las diferentes tareas como organizar, picar, cortar los diferentes ingredientes para elaborar los alimentos. En el riesgo mecánico se identifica la utilización de elementos cortantes, mecanismos en movimiento, elementos a presión, exposición a caída de objetos.

En los expendios de carne los trabajadores están expuestos a riesgo de tipo físico pues dentro de la dinámica laboral se presenta exposición constante a cambios de temperatura y manejo de la cadena de frío, riesgos de tipo ergonómico por el transporte de cargas, movimientos repetitivos y la realización del ejercicio laboral en posición bípeda, riesgos de tipo mecánico generados por el manejo de herramientas manuales corto punzantes. Los accidentes derivados de esta actividad son las cortaduras, lumbagos, hernias y amputaciones; el sistema físico más afectado es el osteo muscular.

### 3.2.4 Envejecimiento y vejez

En el territorio Alcázares, según proyecciones de población para el 2009, residen 12.547 personas mayores, aportando el 15,4% del total de población estimada para el mismo. Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

Frente a la situación de **Salud Mental**<sup>164</sup> en esta etapa, los imaginarios culturales y representaciones sociales han favorecido a la violencia contra las mujeres y las violencias por identidades de género y orientaciones sexuales. Las condiciones laborales inestables han generado altos niveles de estrés y ansiedad afectando la salud mental. Se evidencian manifestaciones comportamentales de depresión y ansiedad. Hay afectación en la autonomía de las personas que ejercen el rol de cuidador (a) de una persona en condición de discapacidad. Se presenta inequidad en el acceso de las/los adultas/os mayores a bienes y servicios en salud mental, por la difícil inserción en el mercado laboral, aunado a la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional sanitaria que afectan la calidad de vida y la salud mental de los adultos y las adultas mayores. Hay consumo de alcohol y cigarrillo y por su ubicación geográfica se evidencia inseguridad (ollas, expendio en parques) generando riesgo psicosocial asociado a zonas de inseguridad que deterioran la salud mental.

En cuanto a los casos de violencia en personas mayores notificados por el subsistema SIVIM 2009, se presentaron 13 casos en el territorio, que corresponde al 54,1% de los reportados en toda la localidad en esta etapa de ciclo; el 53,8% (7 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 46,2% (6 casos) correspondieron a violencias contra los hombres. En la mayoría se evidencia violencia física, negligencia y abandono. Por otra parte, falta una cultura de la notificación a nivel institucional, familiar y comunitario por la inconsciencia y ausencia de sensibilidad frente al significado del maltrato en la persona mayor.

El deterioro en la **Salud Oral**<sup>165</sup> de las personas mayores, que además de los cambios fisiológicos y morfológicos propios de la edad se expresa en la presencia de endodoncia parcial o total, caries crónicas y enfermedad periodontal, ligados a prácticas culturales y de consumo que afectan la autoimagen y el aprovechamiento nutricional, lo cual conlleva a tratamientos de rehabilitación que no pueden asumir las personas mayores ni están cubiertas por las instituciones de salud. Se observa por tanto una baja consulta en salud oral que en ocasiones se reemplaza acudiendo a personal empírico o servicios más económicos y de baja calidad. A pesar de que el territorio cuenta con una amplia oferta de servicios odontológicos, estos son de carácter privado, limitando el acceso a los mismos por causa del factor económico y aunque, a través de recursos del Fondo de Desarrollo Local-Hospital Chapinero, se ejecutó un proyecto para la entrega de prótesis dentales a la población adulta y adulta mayor, su cobertura aún es insuficiente para suplir la alta demanda de la población con necesidades protésicas.

En esta etapa la **Salud Sexual**<sup>166</sup> está afectada por los diversos mitos y patrones culturales imperantes en épocas anteriores, en los cuales se considera normal la ausencia de una vida sexual. Por tanto la persona mayor ve frustrada esta expresión. Además si hay pérdida del compañero o compañera la situación se hace más evidente.

Respecto a las **Condiciones Crónicas**<sup>167</sup> hay ausencia de servicios integrales para la prevención y atención de las personas mayores en condición crónica, principalmente Hipertensión y Diabetes, de acuerdo a sus necesidades y a las características de la etapa. Según los reportes de la ESE, existe una gran cantidad de personas mayores atendidas con diagnóstico de Hipertensión o Diabetes, aunque la población del régimen contributivo obviamente no está incluida y por tanto, no hay un panorama real de la situación local frente a la magnitud de la problemática. Es importante anotar que se desconoce la proporción de prácticas negativas como el consumo de alcohol y cigarrillo entre las personas mayores de la localidad aunque se percibe como habitual de hombres y mujeres mayores, especialmente en Alcázares, donde se presenta gran cantidad de establecimientos para este consumo y por la dinámica comercial que se maneja en esta área, nos alerta sobre factores de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas.

La situación de la población en condición de **Discapacidad**<sup>168</sup> en esta etapa de ciclo vital está dada por el maltrato y el abandono. La no asistencia a servicios de rehabilitación debido a la falta de dinero, la distancia a los centros de atención y la falta de disponibilidad de un cuidador de apoyo. A su vez el papel de cuidador o proveedor limita el auto cuidado y aumenta el grado de la

164 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

165 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

166 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

167 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

168 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

162 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

163 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

condición de discapacidad. Cabe anotar que es la etapa donde se encuentra mayor cantidad de población en condición de discapacidad tanto en el territorio como en la localidad.

Frente a la no práctica de **Actividad Física**<sup>169</sup>, dado que el sedentarismo es uno de los mayores factores predictores de morbilidad y discapacidad en las personas mayores y está relacionado con situaciones que deterioran el bienestar emocional, como la soledad, el aislamiento, y producen un deterioro de las funciones mentales, por carencia de contactos sociales, es posible que a medida que la población envejece las personas con discapacidades encuentren barreras adicionales relacionadas con el proceso de envejecimiento, lo cual representa una doble carga económica tanto para las familias como para la sociedad.

Frente a las condiciones de **Trabajo**<sup>170</sup>, se presenta déficit de oferta institucional que responda a las necesidades particulares de las personas mayores. Las respuestas institucionales existentes no tienen en cuenta a este grupo poblacional pues se da por hecho que en esta etapa las posibilidades productivas son mínimas, así que las personas mayores no logran vincularse laboralmente, generando en ellas sentimientos de frustración al no poder aprovechar sus habilidades. En el 2009 se intervinieron 220 unidades de trabajo informal asesorando a un total de 22 mujeres y 20 hombres en la relación a salud y trabajo en los entornos laborales y se sensibilizaron 24 personas en esta etapa de ciclo vital para la prevención de eventos discapacitantes en ambientes laborales.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>171</sup> constituye una de las transversalidades de mayor impacto en la salud desde el comienzo de la vida, al tiempo que su carencia o disminución pueden conducir al deterioro de la calidad de vida y hasta la muerte, con más severidad en una etapa vulnerable como la vejez. En el territorio se evidencia déficit en el acceso a los alimentos, inadecuados hábitos alimentarios, costumbres y mitos que influyen en la decisión de compra y consumo de los alimentos, a pesar de que en el territorio se cuenta con la Plaza de Mercado Siete de Agosto, importante centro de abastecimiento de alimentos del sector. Por otra parte los patrones culturales y mitos aprendidos inciden en la decisión de compra de alimentos, llevando a inadecuados hábitos alimentarios, afectando así el estado nutricional y de salud. Adicional a ello, en los casos en los cuales las personas mayores son las responsables en la compra y/o preparación de la alimentación familiar, también influye directamente sobre los hábitos del resto de la familia independientemente de la etapa de ciclo vital.

Las inequidades de **Género**<sup>172</sup> se hacen manifiestas en esta etapa del ciclo debido a la multiplicidad de roles que la mujer ha tenido que desempeñar durante su ciclo de vida, afectando la salud mental y física en esta etapa y aunque la expectativa de vida de las mujeres es más larga en comparación con los hombres, la calidad de vida de ellas es más deficiente en comparación con los hombres, evidenciándose un mayor impacto y deterioro de su salud. De hecho hay un mayor impacto de la enfermedad crónica en la salud de las mujeres que en la de los hombres. El rol cuidador de la mujer restringe sus acciones de auto cuidado y entorpece la posibilidad de establecer espacio de socialización y de utilización de tiempo libre de una forma adecuada. Las mujeres adultas mayores se ven afectadas de manera diferencial en varios aspectos: su salud mental, su salud sexual, las enfermedades crónicas y el cáncer de cuello uterino y de seno. Estas afectaciones están directamente relacionadas con los roles inequitativos de género a los que se han enfrentado históricamente y que sumado a otras condiciones de vulnerabilidad (estrato, etnia, condición de desplazamiento, discapacidad, etc.) generan un mayor deterioro en su calidad de vida y salud.

169 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

170 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

171 Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

172 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

Frente al componente de **Identidades de Género y Orientaciones Sexuales**<sup>173</sup> se desconoce el ejercicio de los derechos sexuales para las y los adultos/as mayores manteniéndose imaginarios que generan inequidad para el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía en especial en las personas del sector LGBT. Llama la atención que dentro de las estadísticas no se visibilice la población LGBT, situación que hace difícil la identificación de necesidades y el análisis de determinantes en salud para este sector de la población.

### 3.2.5 Núcleo Problemático

*“En el Territorio Dos se presenta cambio en el uso del suelo por proliferación de establecimientos para el ejercicio de la prostitución, venta y consumo de alcohol, deteriorando el medio ambiente e incrementando la presencia de habitantes de calle.”*

Aunque según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) se determinó la clasificación de la UPZ Alcázares como **Residencial Consolidado**<sup>174</sup>, el hecho de que aún no se haya expedido el decreto reglamentario para esta UPZ, ha generado que el uso del suelo sea indiscriminado. A pesar de ser un sector eminentemente residencial, la comunidad manifiesta que en los últimos años el incremento de los establecimientos comerciales ha sido notorio, ya que un gran porcentaje de almacenes de venta de accesorios y repuestos para motocicletas, ferreterías y establecimientos de comidas, se han concentrado en los barrios Siete de Agosto y Once de Noviembre especialmente, lo que incide en la invasión del espacio público en los andenes y las principales vías. Pese a la implementación de las políticas de recuperación del espacio público que se han impulsado, aún se tienen dificultades en este aspecto por la presencia de vehículos estacionados en las vías.

Otra de las preocupaciones de los residentes es la reglamentación de la zona de alto impacto Siete de Agosto. Esta problemática se ha identificado como un dispositivo de movilización social muy importante en Barrios Unidos, que genera conflicto permanente entre el gobierno local y la comunidad. Por su parte el gobierno local y el distrital ven como ventajas de la reglamentación, el ordenamiento urbanístico de la ciudad y el incremento de la seguridad y control en la zona, al otorgar autorización para el uso de los servicios de trabajo sexual. Por otro lado, la comunidad residente lo ve como un desmejoramiento en el uso del suelo, un incremento de la inseguridad y un factor de incomodidad social para los vecinos ante la presencia de maleantes, personas en situación de prostitución, traficante de drogas, habitante de calle, entre otros y la desvalorización comercial de los inmuebles residenciales y comerciales aledaños.

En el 2008 la Secretaría de Planeación Distrital determinó que en el sector de la UPZ Alcázares ya no se autorizará el funcionamiento de negocios relacionados con la prostitución (residencias, locales de striptease o whiskerías). Las razones son diversas. En principio, la Ley 902 y el Decreto 4002 de 2004 restringieron la ubicación de casas de lenocinio y actividades afines en zonas donde también existen predios residenciales, de uso educativo o de culto. Esta ley, posterior a la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial (POT) en el 2003, que declaró las nuevas zonas de tolerancia, obligó a replantear el desarrollo de estas áreas. Tras analizar las características de los predios en el sector se hallaron incompatibilidades con viviendas, centros educativos e iglesias. En la UPZ Alcázares no será posible definir la zona de alto impacto a menos de que se adopte mediante un plan parcial.

Hay presencia de establecimientos donde se ejerce la prostitución, expendios de sustancias psicoactivas, con la problemática de inseguridad que esto genera. El sector comprendido entre la Calle 68 con Carrera 24 hasta la Calle 63 con Carrera 30 es preferentemente un sector dedicado a provisión de repuestos automotrices y talleres de mecánica automotriz. Allí se nota en forma especial la contaminación visual, auditiva e invasión de andenes y calzadas por vehículos.

Según información suministrada por la Subdirección Local para la Integración Social de Barrios Unidos (SLIS), en Alcázares se ejerce prostitución en calle y establecimientos tanto por hombres

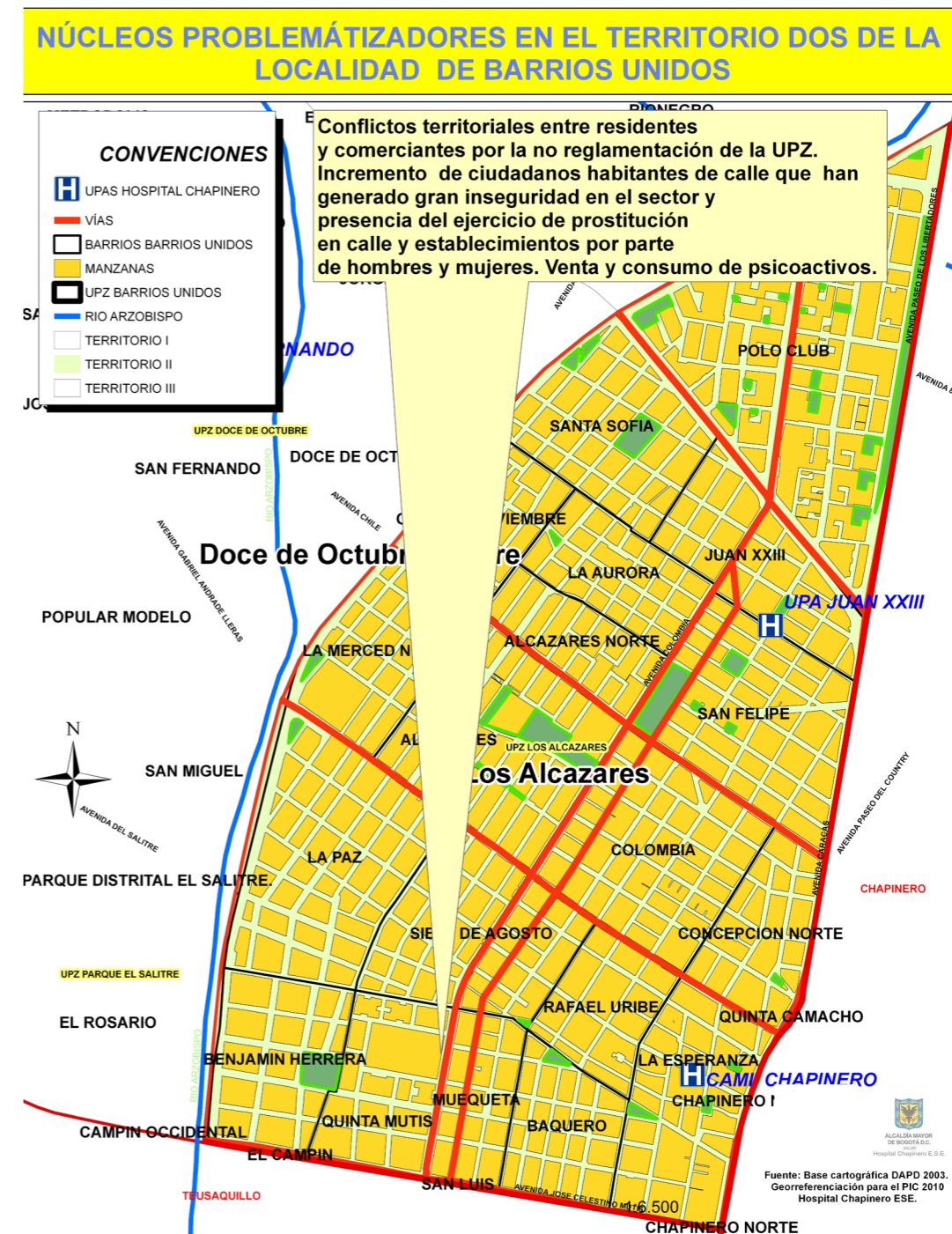
173 Ibid.

174 Son sectores consolidados de estratos medios de uso predominantemente residencial donde se presenta actualmente un cambio de usos y un aumento no planificado en la ocupación territorial.

como por mujeres. Se registran tres clases de lugares, así:

- Establecimientos de Prostitución: Lugares que tienen la infraestructura para el ejercicio de la prostitución (Las personas que ejercen prostitución están dentro del establecimiento, allí realizan el contacto y prestan el “servicio”).
- Establecimientos de Contacto: Lugares que sirven de contacto entre el cliente y la persona que ejerce prostitución (dentro del establecimiento permanecen las personas que ejercen prostitución, allí realizan el contacto y se desplazan a otros sitios a prestar el “servicio”).
- Establecimientos de Logística: Lugares que alquilan habitaciones y a los cuales llegan las personas que ejercen prostitución con los clientes a prestar el “servicio”.

Mapa 17: Núcleo Problemáticos en el Territorio 2.



La anterior problemática trae como consecuencias el Incremento de la inseguridad por la presencia de delincuencia común, trabajadores sexuales, traficantes de drogas, habitantes de calle, desvalorización comercial de los inmuebles residenciales y comerciales aledaños, el consumo y

venta de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, explotación sexual a menores y maltrato por parte de autoridades de control.

El proyecto de adultez con oportunidades de la SLIS, presta servicios sociales a personas vinculadas a la prostitución, en la localidad funcionan 53 establecimientos para el ejercicio de la prostitución<sup>175</sup>, así mismo, 278 personas que ejercen la prostitución residen en la localidad y se distribuyen en mayor número en el territorio Alcázares, en particular en el sector del Siete de Agosto, conforme a los datos del proyecto, ubicándose 28 establecimientos en este sector.

La población identificada en situación de prostitución a partir de los recorridos realizados en el presente año muestra un total de 1610 personas, entre 1507 mujeres y 103 LGBT visualizados. Es importante resaltar que Alcázares alberga la mayor cantidad de población vinculada al ejercicio de la prostitución y de establecimientos para el ejercicio de este oficio, por lo tanto, debe ser el territorio al cual se orientaran las acciones de la política distrital en busca del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de esta población y de mitigación de los efectos o problemáticas que se derivan de esta situación.

A su vez, la población habitante de calle según datos de la SLIS, ha ido en aumento. Se encuentran ubicados en 17 *parches*<sup>176</sup> y 59 *cambuches*<sup>177</sup> en el territorio, siendo el que mayor concentración de esta población tiene. La Avenida NQS alberga una buena cantidad de cambuches y parches a lo largo de su recorrido por la localidad, tal y como se ha observado en otras zonas donde las vías principales cuentan con canales en el separador los cuales son aprovechados como refugio por esta población. Para el caso de la localidad de Barrios Unidos se puede observar que el patrón de ocupación de esta población sigue no sólo al Canal del Salitre sino también el corredor vial de la Avenida NQS.

Según el análisis hecho a través de la transversalidad de ambiente<sup>178</sup> del Hospital Chapinero, frente al impacto ambiental se encuentran focos de residuos sólidos, como resultado de la mala disposición por parte de los residentes, comerciantes (plaza de mercado) y población flotante. Alta concentración de vendedores ambulantes y bodegas de reciclaje. Los habitantes de calle dispersan residuos en el proceso de reciclaje, y además, generan inseguridad. Los establecimientos comerciales de medicamentos no siguen los protocolos de eliminación de residuos, con los problemas asociados a esta situación.

Se evidencian altos niveles de contaminación ambiental relacionada con la presencia de fuentes móviles y comercio de autopartes en el Siete de Agosto (se ubican corredores viales como la carrera 30, calle 63 y 57 y carrera 24), así como en el Cementerio Chapinero, el cual genera también presencia de vectores y roedores. La contaminación auditiva se encuentra asociada con el flujo vehicular y talleres de mecánica automotriz. Hay presencia de microindustrias que aumentan la contaminación. Vertimientos sólidos y líquidos, así como de escombros en el Canal Salitre, los cuales contribuyen a la contaminación de la fuente hídrica y obstruyen algunos tramos con consecuencias como la proliferación de vectores y la presencia de olores ofensivos. Faltan espacios de recreación pasiva y zonas verdes, lo cual intensifica los riesgos psicosociales a los que está expuesta la población y disminuye la calidad del aire en el territorio. La no reglamentación del territorio hace que el uso de suelo sea utilizado de manera indiscriminada.

Foto 8: Carrera 30. Av. NQS.



Fuente: Archivo Fotográfico. Hospital Chapinero. 2009.

### 3.2 Territorio 3: Andes

Este territorio está conformado por la UPZ Los Andes (21). Limita al norte con la Avenida España (Av. Calle 100); al oriente con la Avenida Paseo de los Libertadores; al sur con la Avenida NQS – Norte Quito Sur, y la autopista Medellín (Av. Calle 80), y al occidente con la Avenida Congreso Eucarístico (Av. Carrera 68). Los barrios con los que cuenta esta UPZ son: Villa Calasanz, Conjunto Residencial Calle 100, Entrerríos, Escuela Militar, La Castellana, La Patria, Los Andes, Rionegro, Urbanización San Martín y Vizcaya. (Ver Mapa 18).

El territorio 3 Andes es de tipo residencial cualificado (Tipo 3). Los barrios construidos a partir de los años setenta y ochenta (Entrerríos, La Castellana, Polo Club) reflejan un patrón diferente, incorporando nuevos conceptos e urbanismo y paisajismo. Está totalmente urbanizada, predominando los conjuntos residenciales de edificios de cuatro y cinco pisos, y las casas habitacionales. El adecuado desarrollo urbanístico ha sido planteado con adecuado trazado de calles y zonas de recreación, pese a que su clasificación por el POT es “residencial cualificado” existe una fuerte presión por la tendencia al desarrollo comercial e industrial de pequeña escala, en especial en los sectores de Rionegro y La Castellana.

Estos terrenos correspondían inicialmente a haciendas dedicadas al cultivo de hortalizas y frutales. Gran parte de su extensión eran chucuas y lagunas. El desarrollo urbanístico data aproximadamente de los 40's, siendo el Barrio Rionegro uno de los primeros en desarrollarse. El conjunto residencial Entrerríos data de mediados de la década del 70.

175 Datos de Georreferenciación de Establecimientos. Proyecto de Adultez con Oportunidades, Atención a Personas Vinculadas a la Prostitución. Sub-dirección Local de Integración Social SLIS. 2008.

176 Los “parches” son los lugares donde se reúnen para realizar actividades con pares.

177 Los “cambuches” son los lugares donde los habitantes de calle duermen.

178 Unidad de análisis. TV Ambiente. Hospital Chapinero ESE. 2010.

Con una excelente infraestructura y vías de acceso, el territorio a la fecha presenta una dinámica económica mixta en la que se evidencian sectores netamente residenciales, otros en los que ha crecido la actividad cultural, empresarial y de servicios, y finalmente algunos sectores considerados con población especial. Resalta en este territorio los problemas de vulnerabilidad social de población residente en estratos residenciales medios sobre los que las políticas estatales tienen bajo nivel de intervención.

Foto 9: Conjunto Residencial Entrerríos.



Fuente: Archivo Fotográfico. Hospital Chapinero. 2010.

Entre los sectores residenciales sobresalen el Conjunto Residencial Entrerríos, y los barrios Andes y Patria. El Barrio La Castellana se ha caracterizado en los últimos años por el desarrollo de microempresas, el importante desarrollo de IPS y EPS así como por la actividad cultural generada desde el Teatro Nacional La Castellana. En el Barrio Rionegro se evidencia un importante desarrollo de talleres de mecánica automotriz, asociado a comercio minorista en los que prevalecen restaurantes, tiendas de abarrotes y mini mercados. Dada su ubicación estratégica y la presencia de importantes centros comerciales como Cafam de la Floresta e Iserra Calle 100, el territorio recibe a diario un porcentaje significativo de población flotante, que incide en la demanda servicios frente a los cuales el territorio tiene buena capacidad de respuesta.

Según datos de la Secretaría Distrital de Planeación<sup>179</sup> correspondientes al Censo DANE 2005 hay un total de 16.240 establecimientos según actividad económica en Barrios Unidos, del cual, el 16,97% (2.757 establecimientos) se encuentra ubicado en el Territorio 3. El 37,2% de estos establecimientos están dedicados a actividades comerciales, el 40,5% a servicios, y el 9% a industria. Dentro de la localidad, el territorio Andes

es el que tiene el segundo promedio de personas ocupadas con el 27,8%. Según promedio de personas empleadas por escala de ocupación, el territorio Andes tiene mayor participación en unidades económicas en rango de 51 a 200 empleados con el 43,4%, teniendo en cuenta la presencia de centros comerciales como Cafam La Floresta, Iserra 100 y las sedes de importantes empresas que se ubican principalmente en el sector de La Castellana.

Las viviendas de este territorio, pertenecientes a estratos 3, 4 y 5, aunque son de carácter residencial, paulatinamente ha ido cambiando su uso, convirtiéndose en talleres, pequeña y mediana empresa y en establecimientos comerciales y de servicios. El 43,26% de los habitantes del territorio se encuentran en estrato 4, el 33,03% en estrato 3 y el 16,46% en estrato 5. El 3% de los hogares del territorio cuentan con algún tipo de actividad económica<sup>180</sup>.

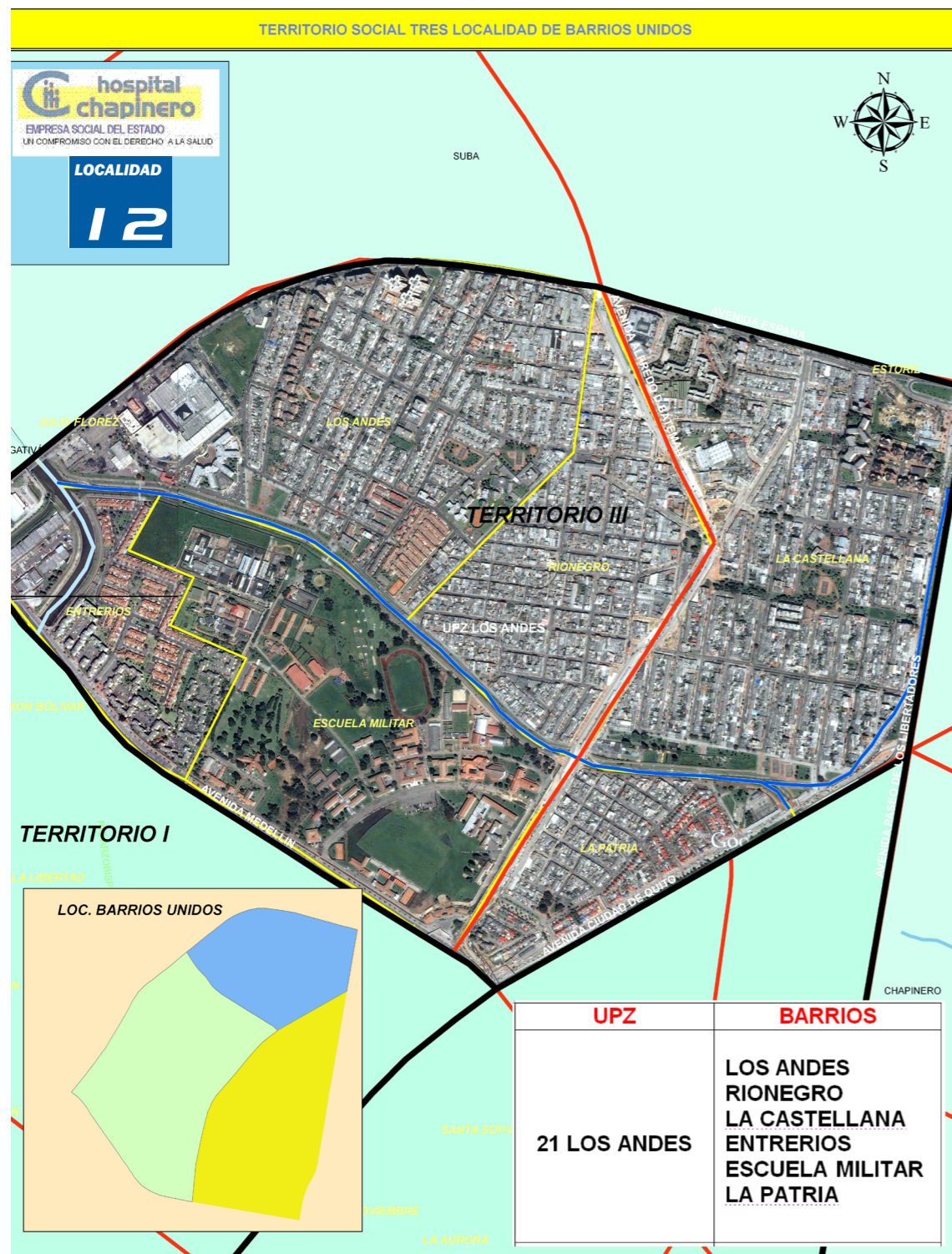
Una de las principales problemáticas se deriva de la contaminación ambiental generada por la acumulación de aguas negras y residuales a la altura de la Interceptores derecho e izquierdo del Canal Salitre en el punto ubicado entre Cafam La Floresta, El Reclusorio de Mujeres El Buen Pastor y el Conjunto Residencial Entrerríos. Los olores ofensivos, la proliferación de roedores e insectos y de aves de carroña en este punto son un factor determinante en las condiciones de salud de sus habitantes pues no son infrecuentes las enfermedades respiratorias favorecidas por este factor. Es claro que este problema es derivado de la contaminación de todo tipo de basuras y vertimientos a lo largo de los canales que recorren otras localidades y en el que este interceptor termina siendo el receptor final.

La población con mayor grado de vulnerabilidad se ubica en el Reclusorio de Mujeres El Buen Pastor, pues es claro que las condiciones de hacinamiento y las condiciones socioeconómicas tanto de las internas como sus familias constituyen factores de alto riesgo a nivel individual y familiar. La separación de los hijos a edades tempranas, la disminución de ingresos familiares y los altos niveles de agresividad a los que se ven expuestas estas familias repercute en la salud mental de dichas familias. Estas situaciones constituyen el principal factor generador de violencia en futuras generaciones y a la fecha no existe una política estatal efectiva de protección e intervención de riesgos sobre esta población vulnerable.

179 Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

180 *Ibid.*

Mapa 18: Territorio 3 (Andes).



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

Foto 10: Punto Crítico de Estancamiento de Aguas. Entrerrios-Cafam La Floresta.



Fuente: Archivo Fotográfico. Hospital Chapinero. 2010.

Se puede considerar que los niveles de respuesta y organización social a nivel institucional son adecuados en el territorio pues las condiciones socioeconómicas y educativas de la población en general han mitigado los efectos de la recesión económica nacional y permiten al grueso de la población mantener su empleo y en consecuencia su afiliación al régimen contributivo. No obstante, la comunidad siente la importancia de fortalecer estrategias interinstitucionales para abocar la problemática ambiental descrita, articulando acciones desde los sectores de Ambiente, Hábitat, Movilidad, Salud e Integración Social.

Actualmente este territorio está totalmente urbanizado prevaleciendo casas de habitación y conjuntos residenciales de edificios de cuatro y cinco pisos. El desarrollo urbanístico ha sido ordenado evidenciándose un adecuado trazado de calles y zonas de recreación. Se ha observado en los últimos años una tendencia al desarrollo comercial, por el cambio en la destinación de los inmuebles hacia microempresas, pequeña y mediana industria y comercio. El barrio Rionegro ha sido el que ha presentado mayor impacto, pues el mayor porcentaje de sus inmuebles han sido adaptados para talleres de mecánica o negocios destinados a la venta de repuestos de vehículos.

Rionegro se clasifica como estrato 3, pero sus condiciones de vida son muy precarias, pese a contar con todos los servicios públicos; predomina la modalidad de inquilinato y sub arriendo, las fachadas de las viviendas están deterioradas, los vidrios en muchos casos están rotos, se ve

la humedad y la desorganización. En las ventanas se observa ropa extendida y de acuerdo con los relatos de las funcionarias que han trabajado en el jardín infantil de la SLIS, muchos de los niños y niñas usuarios del proyecto, habitan en precarias condiciones, según lo constatado en las visitas domiciliarias realizadas por ellas. Es así como en una habitación de 2 o 3 camas, viven hasta 8 personas. La cocina que es compartida no cuenta con las condiciones higiénico sanitarias y el mobiliario se encuentra en mal estado, el olor es fuerte mezclado con la cotidianidad y la humedad. Se caracteriza por ser un sector residencial, con presencia de talleres, pequeña y mediana empresa y comercio. Con relación a su población residente, predomina la presencia de inquilinatos los cuales son habitados primordialmente por trabajadores (mecánicos, latoneros, y trabajadores del sector) con ingresos bajos y fluctuación los mismos.

Foto 11. Mesa Territorial con Niños y Niñas en el Barrio Rionegro.



Fuente: Archivo Fotográfico. Hospital Chapinero. 2010.

Los líderes comunitarios manifiestan que este barrio se caracteriza por estar habitado por un gran número de personas que se encuentran de paso por la localidad debido a que llegan a trabajar en el sector, en la modalidad a destajo; los ingresos económicos de estas personas no son los suficientes, proporcionándoles una mala calidad de vida en cuanto a la alimentación, el vestuario y la vivienda, otros de sus habitantes se encuentran en situación de desempleo o subempleo presentando características similares.

Otro barrio del territorio es Andes, que está clasificado como estrato 4 y tradicionalmente había sido de uso exclusivo para vivienda; con el paso de los años la dinámica del barrio Rionegro se ha ido extendiendo hacia éste, actualmente se identifican 3 sectores: el más próximo al barrio Rionegro que viene transformándose en un sector comercial e industrial, las fachadas de las viviendas se encuentran deterioradas al igual que las calles; se ven muchos letreros de “se arrienda, se vende o se

permuta” y comparte problemáticas con este barrio como la contaminación atmosférica y auditiva, tránsito vehicular, subarrendamiento, deterioro de las viviendas y mal manejo de residuos sólidos. Un poco más hacia el noroccidente de este barrio hay un sector residencial, zonas estéticamente arborizadas, fachadas limpias y mejor organizadas, pocas tiendas de abarrotes y supermercados, algunas de las casas han sido encerradas a modo de conjuntos residenciales y de cierta forma protege el 3 sector, donde las calles, construcciones y conjuntos, denotan unas adecuadas y hasta opulentas condiciones de vida de sus habitantes<sup>181</sup>.

Muy cerca del barrio Rionegro, cruzando la Avenida Suba, se encuentra el barrio La Castellana, catalogado como estrato 5 por cuanto las condiciones de vida de sus habitantes son adecuadas; visualmente hay un contraste entre estos dos barrios, que denotan dos realidades sociales completamente distintas, se considera que los habitantes de La Castellana tienen ingresos fijos, estabilidad económica y habitan el territorio bajo la modalidad de propietarios. Pese a que este barrio ha sufrido una transformación paulatina a comercial, la forma como se desarrolla la actividad económica corresponde al estatus del sector, es sede de empresas multinacionales y la distribución de productos se hace de forma muy sofisticada apareciendo centros y manzanas comerciales bien organizadas y estéticamente muy agradables, es el caso de Iserra 100, en la parte habitacional aparecen hermosos edificios y conjuntos residenciales con extremadas medidas de seguridad como alambrados eléctricos, cámaras de seguridad y todo tipo de vigilancia privada. En este barrio se encuentra el Teatro Nacional La Castellana y a sus alrededores, locales comerciales de alimentos, ofertas de estética corporal y almacenes de cadena<sup>182</sup>.

Otros barrios como Patria y Entrerriós, denotan un sector habitacional que empieza a sufrir transformaciones con la aparición de comercio e industria, menos organizada que en el sector La Castellana pero aun no tan invasiva como en Rionegro, sin embargo se comienza a notar un deterioro habitacional reflejado en fachadas gastadas, rejas y zonas verdes descuidadas, basuras y un incremento en habitantes de calle que transitan por el sector; no se conocen detalles frente a las condiciones de calidad de vida de sus habitantes y debido a la imposibilidad de las instituciones de abordar estas comunidades desde los proyectos y la cultura de las familias, que por tradición no solicitan ayuda a la institución por considerarlo algo vergonzante, la únicas formas de organización se dan frente a temas como seguridad o problemas ambientales que son algo más colectivo y pertenecen a la esfera pública<sup>183</sup>.

Como potencialidad se encuentra la concentración de empresas y sector comercial consolidado en el territorio, que tienen un impacto positivo en la generación de empleo y productividad para la ciudad, ya que este territorio emplea población proveniente de otras localidades.

En cuanto a la oferta institucional pública del sector salud se cuenta con la UPA Rionegro del Hospital Chapinero. El sector tiene una amplia oferta de servicios de salud de tipo privado, como clínicas, consultorios médicos y odontológicos y sedes de Empresas Promotoras de Salud (EPS) como Salud Total y Saludcoop ubicadas en el sector de La Castellana.

Frente a la oferta del sector educación se cuenta con la IED Domingo Faustino Sarmiento. El Instituto Nacional Femenino Lorencita Villegas de Santos, que se encontraba en el barrio Entrerriós en un predio arrendado a la Conferencia Episcopal de Colombia pero fue reubicado en la localidad de Usaquén, por no contar con el reforzamiento de las estructuras, lo que según habitantes del sector, ha generado malestar entre los padres y las madres de familia de las estudiantes por el traslado de las niñas que ocasiona mayores tiempos de desplazamiento.

En el barrio Rionegro recientemente se inauguró el programa Universidad Chevrolet para

181 Narrativa Barrios Unidos. Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2009. Op. Cit.

182 Ibid.

183 Ibid.

taxistas, en convenio con el SENA, ofreciendo formación técnica, ubicada en la sede del Colegio Cooperativo Calasancio.

Por otra parte se cuenta con la oferta del sector de Integración Social compuesto por el Jardín Infantil Rionegro y el Comedor Comunitario del mismo nombre. Frente al equipamiento de seguridad se tiene el CAI Rionegro. En el territorio también se encuentran la sede del Club de la Fuerza Aérea Colombiana.

Además, frente al proceso de implementación de la Gestión Social Integral (GSI) en este territorio y debido a la segregación espacial del mismo, se definió como estrategia de abordaje territorial, la apertura de dos mesas micro-territoriales una en el barrio Andes y otra en el barrio Rionegro. Debido al nivel de organización de la comunidad en torno a la Junta de Acción Comunal de este barrio y al apoyo del Laboratorio Social<sup>184</sup>, se logra avanzar más en la Mesa del Barrio Andes. Adicionalmente en otros barrios del territorio se adelanta un proceso de caracterización de actores por parte de estudiantes de trabajo social que desarrollan prácticas en la Subdirección de Integración Social de Barrios Unidos, con el propósito que en el 2011 se pueda ampliar la estrategia de GSI a todo el territorio.

### 3.2.1 Descripción de la población por Etapas de Ciclo Vital

Según proyecciones de población por UPZ para el 2009 hechas por la Secretaría Distrital de Planeación a partir de los datos del Censo DANE 2005, de un total de 43.559 personas que habitan el territorio, la distribución de la población por etapa de ciclo vital es la siguiente (Ver Tabla 40)

Tabla 40. Distribución de la Población Territorio Andes por Etapa de Ciclo Vital.

TERRITORIO 3						
	TOTAL	%	HOMBRE	%	MUJER	%
INFANCIA	4.410	10,1	2.315	52,5	2.093	47,5
JUVENTUD	9.776	22,4	5.392	55,2	4.383	44,8
ADULTEZ	22.023	50,6	10.443	47,4	11.580	52,6
PERSONA MAYOR	7.350	16,9	3.150	42,9	4.201	57,2
<b>TOTAL POBLACION</b>	<b>43.559</b>	<b>100</b>	<b>21.300</b>	<b>48,9</b>	<b>22.257</b>	<b>51,1</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones de población 2009 con base en Censo DANE 2005.

La mayor parte de la población del territorio, 50,6% (22.023 habitantes) se encuentra en la etapa Adulta, cuya distribución por sexo es la siguiente: el 52,5% son hombres y el 47,5% mujeres. Le sigue la población en etapa Juventud, 22,4% (9.776 habitantes), cuya distribución por sexo es la siguiente: 55,2% son hombres y 44,8% son mujeres. En tercer lugar se encuentran las Personas Mayores, aportando el 16,9% (7.350 habitantes), y su distribución según sexo es la siguiente: 57,2% son mujeres y 42,9% son hombres. Por último se encuentra la población en etapa Infancia siendo el 10,1% de la población (4.410 habitantes), con una distribución por sexo así: 52,5% son hombres y 47,5% son mujeres. En general, la distribución de la población por etapa de ciclo vital en el territorio es similar a la distribución de la población observada para el total de la población de la localidad.

### 3.2.2 Infancia

En el territorio Andes, según proyecciones de población para el 2009, residen 4.410 niños y niñas, aportando el 10,1% del total de población estimada para el mismo. Es de mencionar que

dentro de esta etapa de ciclo vital, se incluyen a las mujeres gestantes, quienes por su condición de embarazo, se ven inmersas a unos cambios fisiológicos, sociales y personales, en los que su construcción de vida varía y debe ser adaptable a las nuevas concepciones. Así mismo, el ambiente prenatal es el cuerpo de la mujer gestante (madre), virtualmente todo lo que afecte su bienestar, desde su dieta hasta sus estados de ánimo, puede alterar el ambiente y el crecimiento de su hijo por nacer.<sup>185</sup> Lo anterior, muestra que existe un vínculo vivencial que conecta tanto a la madre como al hijo, y no solamente visto desde lo físico. Un ejemplo de este tipo de vivencias son aquellas en las que se reproducen situaciones que llevan a las violencias, en todos sus tipos.

La **Salud Mental**<sup>186</sup> de niños y niñas se encuentra determinada por maltrato infantil por negligencia, el abandono, abuso sexual, explotación comercial y laboral en niños y niñas dado por un conjunto de representaciones sociales. Factores de riesgo psicosocial asociados a déficit de aprendizaje. Violencia entre pares (matoneo, de género) e inicio temprano en consumo de sustancias psicoactivas como alcohol. Mitos y creencias que afectan el auto cuidado y la responsabilidad de su salud sexual y el bienestar mental de la persona. En cuanto a los casos de violencia en la infancia se presentaron 33 en el territorio 3 (Andes) que corresponde al 30,5% de los reportados en toda la localidad en esta etapa de ciclo; el 15,1% (5 casos) correspondieron a niñas, mientras que el 84,8% (28 casos) correspondieron a violencias contra las niños. Al igual que lo observado en el territorio 1(Doce de Octubre) y 2 (Alcázares) en este territorio se evidencia con mayores casos la violencia física y negligencia en los niños y en las niñas negligencia y abandono. Ver Tabla 41.

Tabla 41. Distribución de la Población Territorio Andes por Etapa de Ciclo Vital

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3(Andes)	7	25	1	20	28	100	5	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONÓMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	0	0	3	10.7	7	25	0	0
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	16	57.1	1	20	3	10.7	2	40

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

Este territorio cobra fuerza por el barrio Rionegro donde la manifestación de violencia se centra en los eventos de maltrato infantil que decanta en negligencia y descuido por parte de los padres y /o cuidadores hacia los niños y niñas específicamente en el cuidado e higiene personal y asistencia a controles médicos, odontología y nutricionales. De igual manera se observa un alto número de mujeres cabeza de hogar que asumen el sostenimiento del hogar y el proceso de crianza de los hijos lo que genera sobrecarga de roles y se manifiesta en estrés y respuestas violentas en el proceso de crianza.

185 Papalia, D.E Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 2005. Ed. Mac Graw Hill. México.

186 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

184 Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2010. Op. Cit.



Frente a las condiciones de **Salud Oral**<sup>187</sup> se presentan altos índices de enfermedad dental y baja calidad del cepillado, relacionados con negligencia de parte de los cuidadores; deficiente acompañamiento y supervisión de los adultos y patrones culturales de los padres y cuidadores. Una de las principales problemáticas evidentes en la etapa de Infancia son las malas posiciones dentarias, que se asume se presentan debido a la mala nutrición de los niños y las niñas, razón por la cual se ha aumentado la necesidad de tratamientos odontológicos; esto junto a las malas prácticas de higiene oral con llevan a otro problema frecuente en los niños como es la caries dental y la gingivitis crónica. Estos dos problemas van sujetos a que las consultas odontológicas incluyan presencia de dolor, ya que los niños dependen de su padres para acudir al odontólogo.

La **Salud Sexual y Reproductiva** se ve afectada por el aumento de la incidencia de casos de gestantes adolescentes con poca adherencia a los controles prenatales afectando el procesos de desarrollo del bebé contribuyendo de este manera tener niños y niñas con estados de salud deficientes<sup>188</sup>.

Dentro de las **Condiciones Crónicas**<sup>189</sup> durante el proceso del desarrollo del niño y de la niña se encuentran casos de enfermedades crónicas como Diabetes insulino dependientes, que afecta el desarrollo integral de la primera infancia. La falta de detección temprana y la deficiencia en el seguimiento debida a diversos factores en las madres gestantes con condiciones crónicas como la Diabetes gestacional y la preclampsia, afectan de manera directa la salud tanto de la madre como del bebé. Se evidencia en esta etapa de la vida la condición crónica de desnutrición u obesidad, debida en gran parte a la malnutrición y sedentarismo en los menores, causada, entre otras, por factores socioeconómicos, hábitos alimentarios y patrones culturales de sus padres o cuidadores.

Dentro de los determinantes que inciden en la vulneración del derecho a la **Seguridad Alimentaria y Nutricional** en el territorio se encuentran problemáticas en hábitos de consumo de alimentos; debido a la oferta de alimentos no saludables en las tiendas escolares que no garantizan los adecuados aportes nutricionales acordes al ciclo vital, generando deficiencias nutricionales y contribuyendo a un bajo rendimiento escolar. Una de las principales causas de la mal nutrición es la falta de empleo, especialmente en las familias del sector de Rionegro, que ha provocado los empleos informales y el trabajo infantil forzado por la situación económica familiar. Estos sucesos llevan a los niños a no alimentarse bien y en los trabajos en las calles permite que coman lo primero que puedan encontrar de acuerdo al dinero recaudado en sus trabajos<sup>190</sup>.

En los niños y niñas en condición de **Discapacidad**<sup>191</sup> los programas educativos formales e informales disponibles para las personas con discapacidad y sus cuidadores y familiares, se caracterizan por las grandes dificultades para el acceso de la población a la cual están dirigidos. El fenómeno de la pobreza oculta, hace que los padres de los y las niñas en situación de discapacidad no hagan uso de los recursos disponibles en el área de salud y educación. Abandono del proyecto de vida por parte de los cuidadores de las personas con discapacidad.

La principal dificultad que presenta la población con discapacidad en la etapa de Infancia y Juventud, es el conflicto en la relación con los demás y con su entorno. Lo que muy seguramente afectará la inclusión social y la participación en los diferentes contextos sociales. Estas personas manifestaron que la mayor actitud negativa que les impide desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía son sus amigos y compañeros.

187 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

188 Unidad de análisis SSR. Hospital Chapinero. 2010.

189 Unidad de análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

190 Percepción de los referentes de etapa ciclo vital de infancia de acuerdo a las lecturas de los diagnósticos de las transversalidades SAN, salud y trabajo, y el diagnóstico de PDA de condiciones crónicas.

191 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>192</sup> en esta etapa de ciclo vital está relacionada con el inadecuado manejo del tiempo de ocio y la falta de espacios parques y escenarios, así como el uso inadecuado que se les da en ocasiones. En el territorio 3 (Andes) se evidencia la falta de espacios y/o zonas verdes propicias para la práctica de la actividad física; la falta de accesibilidad a servicios de salud, programas y proyectos diferenciales para la práctica de actividad física, recreación y deporte; invasión del espacio público (alamedas, andenes, corredores viales). Sin embargo funcionan programas alimentarios a través del comedor, de actividad física y estimulación temprana dirigidos a las madres (FAMIS), los cuales se evidencian como factores protectores.

Las condiciones de **Trabajo**<sup>193</sup> se manifiestan en la explotación laboral de niños y niñas que se ocupan en la realización de labores en venta ambulante y cabinas telefónicas. Muchos de ellos se dedican los fines de semana a estos trabajos y algunos lo hacen de manera permanentemente en el sector de Rionegro, limitando el desarrollo de actividades propias de su etapa de ciclo vital. En el territorio 3 (Andes) los niños y niñas que se ocupan en venta ambulante están obligados a realizarla constantemente, lo cual hace que se retiren de su contexto normal, aumentando sus desventajas en las condiciones de vida. Además se exponen a riesgos de tipo físico ocasionados por el ruido y las radiaciones, pueden presentar alteraciones en el sistema músculo esquelético y emocional. En las cabinas telefónicas están expuestos a riesgos de tipo psicosocial generados por la atención constante al público y también a afecciones en los sistemas músculo esquelético y emocional.

En los restaurantes están expuestos a riesgos por carga física, postura, movimientos repetitivos y a riesgos biológicos. Puede generar alteraciones en los sistemas músculo esquelético y emocional. Las actividades son realizadas permanente, fines de semana o contra jornada dedicando entre 4 y 6 horas. La vinculación de niñas y niños a este tipo de actividades limita su desarrollo físico y emocional, vulnera el derecho a la educación y afecta el desarrollo de actividades propias de su etapa de ciclo vital.<sup>194</sup>

### 3.2.3 Juventud

En el territorio Andes, según proyecciones de población para el 2009, residen 9.776 jóvenes, aportando el 22,4% del total de población estimada para el mismo. Los y las jóvenes son sujetos que en la actualidad se enfrentan a múltiples barreras y exigencias, se conciben como personas incomprendidas, juzgadas y rechazadas, más si pertenecen a culturas que los y las identifican.

El proceso de **Salud Mental**<sup>195</sup> es evolutivo y dinámico de acuerdo al ciclo de vida en el que se encuentre las/los jóvenes. En este intervienen diferentes factores como: un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. La afectación de la salud mental en los y las jóvenes se evidencia por las manifestaciones comportamentales de depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas y la violencia entre pares.

Los eventos de violencia intrafamiliar notificados al subsistema SIVIM 2009 en la localidad de Barrios Unidos fueron 462 casos de los cuales el 27,7% (128 casos) se presentaron en la etapa de ciclo juventud y dentro de esta etapa el 70,3% (90 casos) correspondieron a mujeres, mientras que el 29,6% (38 casos) a hombres. En el territorio 3 (Andes) se presentaron 14 casos (10,9% en esta localidad por la etapa de ciclo vital juventud), de los cuales 5 casos (35,7%) corresponde a mujeres y 9 casos (64,3%) a hombres (Ver Tabla 42).

192 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

193 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

194 Documento aporte a la actualización Diagnóstico Local con Participación Social. Red local de salud y trabajo. Hospital Chapinero. 2010.

195 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

Tabla 42. Notificación de Violencia Ejercida en los y las Jóvenes. Territorio Andes. 2009

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	7	77,7	2	22,2	9	100	5	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONÓMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	0	0	0	0	3	33,3	1	20
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	7	77,7	4	80	0	0	0	0

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

La **Salud Oral**<sup>196</sup> está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. La salud oral es un aspecto que no se puede dejar atrás debido a que la boca es un medio de comunicación”, además constituye un parte importante del desarrollo en el periodo de la adolescencia.

Existe un vacío en los programas de atención y prevención desde los 14 hasta los 26 años, lo cual impide el seguimiento de las problemáticas y frena la prevención y la promoción en la salud oral. Se evidencia un deterioro en la salud oral en los y las jóvenes, asociado a malos hábitos alimenticios e higiénicos, a la moda como forma de inclusión e identificación a grupos sociales y culturales y/o a las barreras de acceso implementadas por sistema de aseguramiento.

Frente a la **Salud Sexual y Reproductiva**<sup>197</sup>, la desorientación y pérdida de sentido frente a los proyectos de vida de los y las jóvenes subsecuente a la falta de oportunidades, inadecuado uso del tiempo libre, el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y/o inicio y/o exposición temprana a eventos sexuales, la explotación sexual y/o comercial, incrementan las posibilidades de embarazos a corta edad, cáncer de cuello uterino y/o contagio de ITS/VIH entre adolescentes y jóvenes.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR).

Frente al comportamiento de las **Condiciones Crónicas**<sup>198</sup> en esta etapa de ciclo vital se evidencia una mayor prevalencia de enfermedades crónicas especialmente cardiovasculares en edades más tempranas, debido a factores de riesgo socio-culturales como inadecuados hábitos alimentarios, inactividad física, obesidad, estrés, consumo de tabaco y alcohol entre los y las jóvenes.

La población joven en condición de **Discapacidad**<sup>199</sup> se ve afectada por la participación deficiente en los programas y proyectos de los planes de desarrollo local y distrital. Se observa una actitud apática de los beneficiarios en los programas de la Secretaría de Integración Social, por su visión asistencial; por el conocimiento empírico adquirido a través de la experiencia por parte de los cuidadores, que los llevan a ser un riesgo familiar y social, debido a la sobre protección de las personas a su cargo lo que a su vez aumenta la

condición de discapacidad de la persona que cuidan, disminuyendo posibilidades de desarrollo y crecimiento personal, familiar y social. También se evidencia abandono del proyecto de vida por parte de los cuidadores de las personas con discapacidad.

Los programas educativos formales e informales disponibles para las personas con discapacidad y sus cuidadores y familiares, se caracterizan por las grandes dificultades para el acceso de la población a la cual están dirigidos. Desfase entre la ubicación geográfica de los puntos de atención en salud, educación e inclusión social, respecto al lugar de residencia de la población en situación de discapacidad.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>200</sup> en esta etapa de ciclo vital está asociada al manejo inadecuado del tiempo de ocio, a la falta de espacios, como parques y escenarios destinados a tal fin, y al uso inapropiado de los mismos. En esta etapa el joven tiene diversas posibilidades para utilizar su tiempo libre, pues además de la actividad física, están las actividades recreativas sedentarias (TV, video juegos), o actividades que generan riesgos, tales como el consumo de bebidas alcohólicas y psicoactivos. Algunos incluso combinan dichas actividades, lo que genera que la actividad física deje de ser un factor protector y se convierta en un factor de riesgo.

Dentro de las condiciones de **Trabajo**, los/las jóvenes se encuentran vinculados a actividades laborales como restaurantes, ventas ambulantes, atención en cabinas telefónicas, ayudantes en negocios familiares, talleres de mecánica automotriz, en jornadas extensas y condiciones de trabajo que no garantizan su seguridad y salubridad.<sup>201</sup>

Las inequidades de **Género**<sup>202</sup> se presentan al abordar la salud sexual con un énfasis en lo reproductivo dejando de lado el derecho al placer sexual y el disfrute de la sexualidad femenina, situación que las hace más vulnerables a infecciones de transmisión sexual. Se evidencian imaginarios culturales que continuamente “naturalizan” y mantienen las diferentes formas de violencia hacia las adolescentes y las jóvenes, afectando de forma significativa la salud mental de ellas. Existen barreras para acceder a métodos anticonceptivos los cuales están sujetos al tipo de aseguramiento.

### 3.2.4 Adulthood

En el territorio Andes, según proyecciones de población para el 2009, residen 22.023 adultos y adultas, aportando el 50,6% del total de población estimada para el mismo. La situación de calidad de vida y salud de la población adulta en esta localidad y en cada uno de sus territorios tiene connotaciones particulares, en donde determinantes como la estratificación social, la educación, los hábitos y comportamientos de auto cuidado, han permitido y han condicionado a sus residentes: algunos al disfrute y la posibilidad de seguir un buen proyecto de vida digno y gratificante, pero a otra gran mayoría los ha condenado a vivir en la desigualdad, en la injusticia, sometidos a condiciones indignas para la vida de cualquier ser.

La **Salud Mental**<sup>203</sup> en esta etapa está relacionada con la multiplicidad de roles que cumple la mujer, los cuales afectan su estado emocional, mediante manifestaciones comportamentales como la depresión y la ansiedad, que además tienen su expresión en violencias de tipos inter generacional y de familia. Condiciones laborales inestables en las que se ve involucrado la adultez del territorio Andes, generan altos niveles de estrés y ansiedad, que afectan la salud mental y se reflejan en situaciones conflictivas a nivel de la familia.

Los eventos de violencia intrafamiliar notificados al subsistema SIVIM 2009 en la localidad de Barrios Unidos fueron 462 casos de los cuales el 25,2% (116 casos) se presentaron en la etapa de ciclo adultez y dentro de esta etapa el 93,1% (108 casos) correspondieron a mujeres mientras que el 6,9% (8 casos) a hombres. En el territorio 3 (Andes) se presentaron 21 casos (18,1% de los casos en esta localidad por la etapa

196 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

197 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

198 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

199 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

200 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

201 Unidad de Análisis. Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

202 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

203 Unidad de Análisis Salud Mental-Comité de Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

de ciclo vital adultez), de los cuales 15 casos (71,4%) correspondieron a mujeres y 6 casos (28,6%) a hombres. Se presenta en esta localidad un número mayor de casos de violencia física, emocional, sexual, económica y abandono y predominantemente en todos los territorios en las mujeres (Ver Tabla 43).

Tabla 43. Notificación de Violencia Ejercida en los y las Adultos(as). Territorio Andes. 2009.

TERRITORIOS	VIOLENCIA FISICA				VIOLENCIA EMOCIONAL			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	3	50	11	78,5	6	100	14	100
TERRITORIOS	VIOLENCIA SEXUAL				VIOLENCIA ECONOMICA			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	1	16,6	4	28,5	0	0	5	35,7
TERRITORIOS	VIOLENCIA NEGLIGENCIA				VIOLENCIA ABANDONO			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	CASO	%	CASO	%	CASOS	%	CASOS	%
Territorio 3 (Andes)	2	33,3	2	14,2	3	50	0	0

Fuente: SIVIM Hospital Chapinero E.S.E 2009

La intervención en **Salud Oral**<sup>204</sup> con adultos/as se limita a divulgar la información y procesos de acompañamiento para y por los niños, pero no está dirigida a corregir hábitos ni a crear modelos adecuados desde las intervenciones en salud pública para ellos; desde lo asistencial existen barreras dadas por el contenido en el plan de beneficios. Se evidencia presencia de población habitante de calle en el territorio con necesidades de rehabilitación (pérdida temprana de los dientes) por inadecuadas o nulas prácticas de auto cuidado, y que están estrechamente relacionadas con la vulnerabilidad.

Frente a la **Salud Sexual y Reproductiva**<sup>205</sup>, la reproducción de la inequidad de género, no involucra al varón como agente protector en el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, estos imaginarios provocan la negación del ejercicio de la sexualidad segura y responsable en los adultos/as; que se agudiza ante la reducción de este programa a lo reproductivo, factor que invisibiliza o niega el desarrollo de la sexualidad en etapas previas al envejecimiento y en la vejez, sumándose a unos planes de beneficios deficientes con relación a los hombres, esta problemática tiene un asentamiento particular y de mayor daño en la población de la comunidad LGBT, ante la inexistencia de la atención diferenciada.

Respecto a las **Condiciones Crónicas**<sup>206</sup> el modelo económico existente en el país, en donde la pobreza produce y reproduce de manera permanente condiciones de vulnerabilidad en la vida del individuo y la familias y que contribuyen a asentar prácticas de vida cotidiana reflejadas en la alimentación, el sedentarismo que caracteriza a la adultez y los malos hábitos, son factores desencadenantes para la aparición temprana de enfermedades crónicas y que de acuerdo a los datos, se observa que es más vulnerable la mujer. Debilitamiento en la calidad de vida y la salud de los adultos/as, derivados en gran medida de la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional que parte de la misma implementación del sistema de salud y el no compromiso del estado con un envejecimiento activo de la población que empieza desde la gestación, lo cual se complejiza aún más por la ausencia de hábitos de auto cuidado y/o imaginarios socio-culturales.

Frente a la situación de la población en condición de **Discapacidad**<sup>207</sup> se evidencia la participación deficiente de esta población en los programas y proyectos de los planes de desarrollo local y distrital, la actitud apática a los programas y a los planes para la población con discapacidad y para sus familias, cuando

éstos no les ofrecen beneficios inmediatos, por su visión asistencialista. El conocimiento empírico adquirido a través de la experiencia por parte de los cuidadores que los llevan a ser un riesgo familiar y social, debido a la sobre protección de las personas a su cargo lo que a su vez aumenta la condición de discapacidad de la persona que cuidan disminuyendo posibilidades de desarrollo y crecimiento personal, familiar y social.

La no práctica de **Actividad Física**<sup>208</sup> está relacionada con la no corresponsabilidad del contexto laboral de las/los adultas/tos con la práctica de la actividad física, recreación y deporte, y por el contrario promueve prácticas sedentarias, que aumenta la probabilidad de aparición de enfermedad crónica, sumado a ello, las barreras para el acceso de la población de bajos recursos, agravado por la falta de espacios públicos, falta de presencia institucional que permite el incremento de la inseguridad en estos entornos y escenarios.

Las condiciones de **Trabajo**<sup>209</sup> están relacionadas con la utilización de otras formas de generación de ingresos como alternativas de empleo, en unidades productivas informales como expendios de carnes y montallantas, que le permita generar los recursos necesarios para suplir su rol de proveedores sin las mínimas condiciones de seguridad y protección personal y de salubridad. En el territorio 3 (Andes) como alternativa ante el desempleo, los hombres y las mujeres en esta etapa de ciclo vital se ocupan en expendios de carne y montallantas para generar los recursos necesarios para cumplir con su rol de proveedores (as), sin las más mínima condiciones de seguridad y salubridad. Dentro de los riesgos se encuentran: Riesgos físicos: ruido, iluminación; riesgo psicosocial: atención al público; riesgo carga física: postura. Movimientos repetitivos, riesgos mecánicos: manejo de herramientas. Afección de los sistemas músculo esquelético y emocional.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional**<sup>210</sup> se ve afectada por la dificultad en la puesta en marcha del plan maestro de abastecimiento de alimentos de la localidad, afectando así el control de precios y la calidad de los alimentos que se pueden disponer para el acceso y consumo, lo que ve agudizado por el déficit en el acceso a los alimentos, por baja condición socioeconómica (ligada a familias extensas), malos hábitos alimentarios, costumbres y mitos que influyen en la decisión de compra de los alimentos. A su vez los patrones culturales y mitos aprendidos inciden en la decisión de compra de alimentos, llevando a inadecuados hábitos alimentarios, afectando así el estado nutricional y de salud de las personas, que se expresan en estados nutricionales de malnutrición y de aparición temprana de enfermedades de algún tipo crónicas. Los hogares de estratos medios y altos pueden beneficiarse de ofertas de alimentos y almacenar y conservarlos; en contraste con los de estratos bajos, donde las compras se hacen a diario y por ello se pagan los mismos alimentos a un costo más alto (Grupo Focal Adulto 2009). Un factor protector en los hogares en recesión económica es la oferta de programas sociales en la localidad, sin embargo, se presentan barreras de acceso a programas de apoyo alimentario, debido a pertenecer a un estrato alto (3,4), y un nivel de SISBEN alto, en personas vulnerables que presentan inseguridad alimentaria, en programas como comedores comunitarios algunos no logran la cobertura total<sup>211</sup>.

Las inequidades de **Género**<sup>212</sup> se manifiestan en la medida en que la salud de la mujer se aborda desde lo reproductivo, dejando de lado el derecho al placer sexual y el disfrute de la sexualidad femenina, situación que las hace más vulnerable a las Infecciones de transmisión sexual; con una atención en los servicios de salud no diferencial en términos de género y de las poblaciones del sector LGBT. La multiplicidad de roles de las mujeres no les permite incluir la actividad física como un hábito de vida saludable; en los hombres muchas veces la actividad física se combina con el consumo de alcohol.

208 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

209 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

210 Unidad de Análisis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Chapinero. 2010.

211 Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Barrios Unidos 2008-2012

212 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

204 Unidad de Análisis Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

205 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

206 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

207 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

### 3.2.5 Envejecimiento y vejez

En el territorio Andes, según proyecciones de población para el 2009, residen 7.350 personas mayores, aportando el 16,9% del total de población estimada para el mismo. Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida.

Frente a la situación de **Salud Mental**<sup>213</sup> en esta etapa, los imaginarios culturales y representaciones sociales han favorecido a la violencia contra las mujeres y violencias por identidades de género y orientaciones sexuales. Las condiciones laborales inestables han generado altos niveles de estrés y ansiedad afectando la salud mental. Se evidencian manifestaciones comportamentales de depresión y ansiedad. Hay afectación en la autonomía de las personas que ejercen el rol de cuidador(a) de una persona en condición de discapacidad. Se presenta inequidad en el acceso de las/los adultas a bienes y servicios en salud mental, por diferencias de contratación en el mercado laboral aunado a la falta de integración funcional, complementariedad y continuidad en la oferta institucional sanitaria que afectan la calidad de vida y la salud mental de los adultos y las adultas. En cuanto a los casos de violencia en personas mayores notificados por el subsistema SIVIM 2009 en el territorio 3 (Andes) se presentaron 4 casos (16,6% de los casos en esta localidad por la etapa de ciclo vital persona mayor), de los cuales todos los casos corresponden a mujeres. En la mayoría de los casos se evidencia violencia física, negligencia y abandono.

El deterioro en la **Salud Ora**<sup>214</sup> de las personas mayores que además de los cambios fisiológicos y morfológicos propios de la edad, se expresan en la presencia de endodoncia parcial o total, caries crónicas y enfermedad periodontal ligados a prácticas culturales y de consumo que afectan la autoimagen y el aprovechamiento nutricional, lo cual conlleva a tratamientos de rehabilitación que no pueden asumir las personas mayores ni están cubiertas por las instituciones de salud. Se observa por tanto una baja consulta en salud oral que en ocasiones se reemplaza acudiendo a personal empírico o servicios más económicos y de baja calidad. A pesar de que el territorio cuenta con una amplia oferta de servicios odontológicos, estos son de carácter privado, limitando el acceso a los mismos por causa del factor económico y aunque, a través de recursos del Fondo de Desarrollo Local-Hospital Chapinero se ejecutó un proyecto para la entrega de prótesis dentales a la población adulta y adulta mayor, su cobertura aún es insuficiente para suplir la alta demanda de la población con necesidades protésicas.

En esta etapa la **Salud sexual**<sup>215</sup> está afectada por los diversos mitos y patrones culturales imperantes en épocas anteriores, en los cuales se consideraba normal la ausencia de una vida sexual. Por tanto la persona mayor ve frustrada esta expresión. Además si hay pérdida del compañero o compañera la situación se hace más evidente.

Respecto a las **Condiciones Crónicas**<sup>216</sup> hay ausencia de servicios integrales para la prevención y atención de las personas mayores en condición crónica, principalmente Hipertensión y Diabetes, de acuerdo a sus necesidades y a las características de la etapa. Según los reportes de la ESE, hay una gran cantidad de personas mayores atendidas con Diagnóstico de Hipertensión o Diabetes, aunque la población del régimen contributivo obviamente no está incluida y por tanto, no hay un panorama real de la situación local frente a la magnitud de la problemática. Es importante anotar que se desconoce la proporción de prácticas negativas como el consumo de alcohol y cigarrillo entre las personas mayores de la localidad, pero se percibe como habitual de hombres y mujeres mayores, la cual se presenta en gran cantidad de establecimientos destinados a este consumo y por la dinámica comercial que se maneja en esta área, lo cual nos advierte sobre la aparición de factores de riesgo para las enfermedades de tipo crónico.

La situación de la población en condición de **Discapacidad**<sup>217</sup> en esta etapa de ciclo vital está dada por el maltrato y el abandono. La no asistencia a servicios de rehabilitación debido a la falta de dinero, la distancia a los centros de atención y la falta de disponibilidad de un cuidador de apoyo. A su vez el papel de cuidador

213 Unidad de Análisis Salud Mental. Hospital Chapinero. 2010.

214 Unidad de Análisis Salud Oral. Hospital Chapinero. 2010.

215 Unidad de Análisis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Chapinero. 2010.

216 Unidad de Análisis Crónicas. Hospital Chapinero. 2010.

217 Unidad de Análisis Discapacidad. Hospital Chapinero. 2010.

o proveedor limita el auto cuidado y aumenta el grado de la condición de discapacidad.

Frente a la no práctica de **Actividad Física**<sup>218</sup>, dado que el sedentarismo es uno de los mayores factores predictores de morbilidad y discapacidad en las personas mayores y está relacionado con situaciones que deterioran el bienestar emocional, como la soledad, el aislamiento, y producen un deterioro de las funciones mentales por la carencia de contactos sociales, es posible que a medida que la población envejece las personas con discapacidades encuentren barreras adicionales relacionadas con el proceso de envejecimiento, lo cual representa una doble carga económica tanto para las familias como para la sociedad.

Frente a las condiciones de **Trabajo**<sup>219</sup>, se presenta déficit de oferta institucional que responda a las necesidades particulares de las personas mayores. Las respuestas institucionales existentes no tienen en cuenta a este grupo poblacional, y se da por hecho que sus posibilidades productivas son mínimas, así que las personas mayores no logran vincularse laboralmente, generando en ellas sentimientos de frustración al no poder aprovechar sus habilidades.

La **Seguridad Alimentaria y Nutricional** constituye una de las transversalidades de mayor impacto en la salud desde el comienzo de la vida, al tiempo que su carencia o disminución pueden conducir al deterioro de la calidad de vida y hasta la muerte, con más severidad en una etapa vulnerable como es la vejez. En el territorio se evidencia déficit en el acceso a los alimentos, inadecuados hábitos alimentarios, costumbres y mitos que influyen en la decisión de compra y consumo de los alimentos. Por otra parte los patrones culturales y mitos aprendidos inciden en la decisión de compra de alimentos, llevando a inadecuados hábitos alimentarios, afectando así el estado nutricional y de salud. Adicional a ello, en los casos en los cuales las personas mayores son los responsables en la compra y/o preparación de la alimentación familiar, también influye directamente sobre los hábitos del resto de la familia independientemente de la etapa de ciclo vital.<sup>220</sup>

Las inequidades de **Género**<sup>221</sup> se hacen manifiestas en esta etapa de ciclo debido a la multiplicidad de roles que la mujer ha tenido que desempeñar durante su ciclo de vida, afectando la salud mental y física en esta etapa y aunque la expectativa de vida de las mujeres es más larga en comparación con los hombres, su calidad de vida es más deficiente en comparación con los hombres, evidenciándose un mayor impacto y deterioro de la salud de ella; de hecho hay un mayor impacto de la enfermedad crónica en las mujeres que en hombres. El rol de cuidador de la mujer restringe sus acciones de auto cuidado y entorpece la posibilidad de establecer espacio de socialización y de utilización de tiempo libre de una forma adecuada.

### 3.2.6 Núcleos Problemáticos

“Se evidencia deterioro en las condiciones ambientales de la zona Andes, relacionado con la contaminación del aire (debido a la emisión de gases vehiculares principalmente en la calle 100 y en la Av. Suba); contaminación auditiva (relacionada con el ruido producido por parte del club de la FAC ubicado en la Carrera 61A con Calle. 90); contaminación del corredor ecológico de ronda del río Negro (debido a la mala disposición de basuras provenientes de micro industrias de calzado, comercio de alimentos y desechos de la comunidad en general; por la acción de recogedores de basura que disponen sus desechos en el sector; por vertimientos de desechos y aguas lluvias como aguas negras y por acumulación de lodos producto del arrastre de sólidos provenientes de los cerros orientales) y por la contaminación de andenes, zonas verdes y recreativas (debido a que los propietarios de mascotas no recogen las excretas de las mismas)<sup>222</sup>”.

218 Unidad de Análisis Actividad Física. Hospital Chapinero. 2010.

219 Unidad de Análisis Trabajo-Ámbito Laboral. Hospital Chapinero. 2010.

220 Unidad de Análisis. TV SAN. Hospital Chapinero. 2010.

221 Unidad de Análisis Género. Hospital Chapinero. 2010.

222 Núcleo Problemático definido desde el ejercicio de Laboratorio Social implementado en la localidad a partir del Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2010. Op. Cit.

Estas situaciones se relacionan con diferentes enfermedades que presentan los habitantes del sector, como afecciones del oído relacionadas con la agudeza, estrés y ansiedad por los elevados niveles de ruido a que se encuentran expuestos. Los lugares donde se hace mala disposición de basuras, se convierten en focos propicios para el crecimiento y la proliferación de roedores y vectores que, a su vez, constituyen una fuente de propagación de enfermedades infectocontagiosas, respiratorias y de transmisión de enfermedades por vectores, así como el deterioro del paisaje y la desvalorización de las zonas aledañas. Esta situación pone en riesgo la salud de los habitantes del territorio y en especial la de los niños, niñas y jóvenes; de los habitantes aledaños al canal del río Negro y de los ubicados en cercanías al club de la FAC, sector de la calle 100 y Av. Suba; habitantes y comerciantes del territorio río Negro (microindustrias de calzado, comercio de alimentos, entre otros). De acuerdo a la situación anteriormente descrita, se puede observar que los derechos más afectados en este territorio son: el derecho a un ambiente sano, a la salud y a la recreación.

Esto se presenta por diversas causas: En la dimensión singular, se evidencia poca conciencia ciudadana en torno a los horarios de recolección de las basuras, la carencia de sitios específicos y adecuados para el depósito de residuos en las plazas de mercado y la acción de recogedores de basuras que usan el canal del río Negro como depósito de desechos. Así mismo se evidencia que las personas involucradas en la problemática carecen de actitudes para la preservación y cuidado ambiental.

En la dimensión particular, se evidencia falta de respuestas realmente integrales por parte del Estado en el territorio, que conduzcan al goce efectivo de un ambiente de calidad y en equilibrio. En el nivel general, se evidencia que se está incumpliendo con la normatividad respecto al uso del suelo-espacio público y el manejo de residuos, no hay un cuidado integral para que el río Negro, como fuente de agua del Distrito, cuente con las condiciones adecuadas para el bienestar de todos y todas en el territorio.

Se evidencia que en el Plan de Desarrollo Local no se encuentran actividades puntuales para la restitución de Fuentes ecológicas y recursos protectores del medio ambiente en la localidad y mucho menos para el territorio y los recursos asignados son realmente pocos para toda la vigencia.

*Ante las condiciones de desempleo y sub-empleo la población de este territorio ha buscado alternativas de ingreso en la informalidad, en el sector automotriz, comerciantes, entre otros, que afectan la calidad de vida de los habitantes, y genera dificultad de acceso al Sistema General de Seguridad Social, dificultades económicas, fragilidad social y vulneración de derechos en todas las etapas del ciclo vital.*

Al igual que la localidad, este territorio mantiene un porcentaje de desempleo menor al de la ciudad; sin embargo, no existe una garantía frente a las condiciones de trabajo, el acceso, estabilidad y seguridad social con que cuentan algunos de sus habitantes, es el caso del barrio Rionegro y del sector anexo del barrio Los Andes, donde se ha podido establecer que las condiciones de trabajo de la mayoría de los/las adultos/as que se desempeñan en áreas de reparación y mantenimiento de automóviles, industria textil y de alimentos son inadecuadas; en cuanto al tipo de contrato donde prevalece el destajo, los bajos ingresos, la falta de seguridad social y los riesgos en cuanto a la salud ocupacional deterioran su calidad de vida y la de sus familias. Los/as gestores/as del equipo territorial consideran que las principales consecuencias de este hecho son las malas condiciones de vivienda, mala alimentación, imposibilidad de acceso a educación superior por parte de los jóvenes y adultos jóvenes, y la falta de acceso a actividades recreativas y culturales que repercuten en hechos como la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de jóvenes y adultos/as, problemas nutricionales en niños, niñas y mujeres gestantes<sup>223</sup>.

Mapa 19: Núcleos Problemáticos en el Territorio 3.



Fuente: Base cartográfica Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

De acuerdo a la intervención del Ámbito Laboral del Hospital Chapinero durante el 2010 en Unidades de Trabajo Informal (montallantas y expendios de carne) con 22 trabajadores caracterizados (adultos y adultas) se ha evidenciado en el sector que la difícil situación socioeconómica, lleva a que cada vez aumenten los establecimientos dedicados a la economía informal con el fin de generar un ingreso que permita cubrir sus necesidades básicas. Una dificultad que se manifiesta es el no acceso al SGSS precisamente debido a la informalidad, y el pago de pensión, salud y ARP se ve como algo costoso, por lo cual los trabajadores no están dispuestos a asumir estos costos, o existe temor a perder los beneficios que conllevan el tener un nivel SISBEN 1 o 2. Cabe aclarar que en muchos casos el trabajo es a destajo. Adicionalmente los trabajadores desconocen sus derechos y beneficios laborales. Adicionalmente se han identificado y caracterizado 13 niños y niñas trabajadores en venta ambulante, cabinas telefónicas y restaurantes y 4 adolescentes trabajadores en el territorio, donde se observa la participación en domicilios, venta ambulante, y apoyo en negocios familiares.

Dentro de las causas para que los y las jóvenes se vinculen laboralmente se encuentran el poder colaborar con los negocios familiares, hacer aportes para los gastos de la casa, la obtención de dinero para satisfacer sus necesidades. Otros lo consideran como herramienta para su proyecto de vida<sup>224</sup>. Los y las jóvenes que logran acceder a algún tipo de empleo lo hacen con inadecuadas condiciones de trabajo que contemplan situaciones de inequidad, injusticia y bajos salarios. Otro problema que tienen los y las jóvenes es la dificultad de acceder a educación debido a las dificultades económicas, lo que retrasa o en algunos casos imposibilita el acceso a niveles de educación superior, lo que tiene un impacto negativo en sus proyectos de vida.<sup>225</sup>

*“Deterioro del medio ambiente como consecuencia de situaciones como la inadecuada disposición de residuos sólidos y de vertimientos, así como la inadecuada tenencia de mascotas, lo que se agrava por la presencia de amplios sectores del territorio dedicado a actividades comerciales e industriales. Se ocasiona invasión del espacio público y problemas de movilidad, todo esto asociado al desconocimiento de las normas y a la falta de cultura ciudadana, lo que ha generado situaciones de conflicto entre la comunidad”.*

Según datos de la TV de Ambiente<sup>226</sup> del Hospital Chapinero en el sector se presentan problemas de contaminación ambiental principalmente por la gran cantidad de establecimientos como talleres de mecánica automotriz y de ornamentación, ubicados en el barrio Rionegro, los cuales ocasionan inconvenientes higiénico sanitarios por la ignorancia sobre las normas; se evidencia población trabajadora flotante y de bajo nivel de conocimiento y educación sobre temas de tipo ambiental y de salud ocupacional. También existe contaminación auditiva asociada con el flujo vehicular y al ruido proveniente de los talleres antes mencionados. A su vez la comunidad que ha asistido a la mesa territorial durante este año, ha manifestado su preocupación por el deterioro ambiental el cual asocian a la contaminación por emisión de gases de los carros que circulan en las avenidas principales como la Calle 80, la Carrera 68, la Avenida España o calle 100 y la Avenida NQS.

Se encuentran focos de residuos sólidos, como resultado de la mala disposición por parte de los residentes, comerciantes y población flotante. La presencia de roedores está asociada a la inadecuada disposición de residuos sólidos principalmente por parte de vendedores ambulantes que se ubican en la zona aledaña a la Parroquia del barrio Rionegro, generando a su vez desorden en la disposición de basuras e invasión del espacio público. Las familias del sector disponen sus basuras inadecuadamente puesto que no tienen en cuenta los horarios de recolección de las mismas. Los puntos críticos se encuentran ubicados en la Calle 94 con Carrera 60, además de los semáforos de la Calle 97 entre Av. Suba y Carrera 60; la Calle 94 con Carrera. 59, zonas destinadas como depósito de basuras. Por otra parte una queja constante de los residentes del sector es el inadecuado manejo de mascotas, los propietarios de estas, no recogen las excretas de sus mascotas generando contaminación y malos olores en las vías. Gran parte de la problemática ambiental del sector está relacionada con temas de convivencia ciudadana y conocimiento de la normatividad vigente, lo que hace necesario llevar a cabo procesos de formación y sensibilización para mejorar la convivencia entre vecinos y cuidado del medio ambiente.

224 Información Ámbito Laboral. 2010.

225 Grupo Focal con jóvenes. Casa de la Juventud. SDIS. 2010

226 Unidad de Análisis. TV Ambiente. Hospital Chapinero. 2010.

*“Se presentan dificultades en el acceso a servicios sociales del Estado por la inadecuada clasificación de SISBEN, debido a que el territorio es estrato tres y es aledaño a sectores estrato cuatro y cinco, razón por la cual se generan puntajes de clasificación más altos que no reflejan las condiciones de vulnerabilidad al interior de las familias, generando barreras de acceso a salud y a servicios sociales”.*

En este territorio se presentan barreras de acceso a los servicios debido a los requisitos del sector público para su atención teniendo en cuenta que este territorio está estratificado como 3, y el mayor número de personas por la dinámica de continuo desplazamiento dentro de la ciudad no tiene ningún tipo de vinculación<sup>227</sup>.

Según datos de la Secretaría de Planeación Distrital<sup>228</sup>, el 71% de la población que ha sido encuestada de acuerdo a la metodología SISBEN II, se encuentra clasificada dentro del nivel III, por lo que la comunidad ha manifestado la necesidad de ampliar las coberturas de los programas sociales a este nivel, siendo una constante la solicitud de revisión de puntajes a través de mecanismos como los derechos de petición ya que al tener un puntaje alto y no contar con un ingreso que permita suplir algunas necesidades básicas, se ven vulnerados derechos como la alimentación, la salud y la vivienda entre otros.

227 Narrativa Barrios Unidos. Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2009. Op. Cit.

228 Fuente: Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.

# 4.

## **4. ANALISIS DE LA DETERMINACION DE LA RESPUESTA SOCIAL**

El análisis de la respuesta social en los territorios se hace necesario dentro del enfoque de determinantes, puesto que permite, a partir de la profundización del análisis territorial y de los perfiles de protección y deterioro, determinar si la respuesta que se está presentando es coherente con la realidad social, en términos de oportunidad e integralidad de las acciones. En tal sentido, la respuesta social en la localidad, corresponde a la oferta de servicios de cada uno de los sectores, obedeciendo a su vez a las metas establecidas dentro del *Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Positiva: para vivir mejor 2008-2010*, por cada uno de los cinco objetivos estructurantes contemplados en el mismo, como lo son Ciudad de Derechos, Derecho a la Ciudad, Ciudad Global, Participación, Descentralización, Gestión Pública y Transparente y Finanzas Sostenibles. Así mismo, el *Plan de Desarrollo Local Bogotá Positiva: Para vivir mejor, Barrios Unidos humana y posible 2009-2012*, aporta a estas metas establecidas en los objetivos estructurantes, a través de proyectos que fueron priorizados por la comunidad en los Encuentros Ciudadanos en el 2008, tomando como punto de partida los diagnósticos locales aportados por los diferentes sectores y las necesidades priorizadas por la comunidad en estos encuentros.

A su vez, a partir de la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI) definida en el Artículo 6º del Plan de Desarrollo Distrital, se avanza en la coordinación de acciones intersectoriales para poder llevar una respuesta integral y organizada a cada uno de los tres territorios sociales. Para tal fin se cuenta con los resultados de los ejercicios de lectura integral de necesidades que se ha venido llevando a cabo en estos territorios desde el 2008, año en que se dio inicio a la implementación de esta estrategia.

Dentro de la infraestructura de Barrios Unidos, se identifican las construcciones destinadas a la prestación de servicios de salud, educación, bienestar e integración social, actividades de comercio y servicios y las estructuras de servicios públicos para la atención de las necesidades de la población. Barrios Unidos se destaca por albergar dentro de su territorio equipamientos como la Alcaldía Local. En salud cuenta con 357 instituciones prestadoras de servicios de salud privadas como el Hospital Infantil San José (antiguo Hospital Lorencita Villegas de Santos), la Clínica Materno Infantil Saludcoop, una sede del Hospital Méderi e instituciones públicas como el Hospital Chapinero con 4 UPAS y un CAMI.

La respuesta del educativo de la localidad de Barrios Unidos es muy diversa y cuenta con una cobertura positiva debido a la presencia de 10 Colegios Distritales cada uno con 2 o más sedes, esto permite brindar oportunidades de desarrollo a futuro para población en edad escolar, así como una amplia oferta del sector privado distribuida a lo largo de los tres territorios Los Alcázares, Doce de Octubre y Andes. En este sentido, se identificaron 5 Universidades (4 de ellas se ubican en Alcázares), cuenta también, con 16 Centros de Educación No Formal localizados en su mayoría en Los Alcázares y en menor proporción en Andes; en colegios y jardines infantiles de carácter privado que agrupan un total de 86 establecimientos en los tres territorios.

Dentro de la respuesta frente a defensa y justicia se destaca la Cárcel del Buen Pastor, la Escuela Militar de Cadetes José María Córdoba, la Comisaría de Familia XVII, la Contraloría de Barrios Unidos y la Personería Local. La respuesta en seguridad ciudadana está dada por una estación de Policía y cuatro CAI.

En cultura se destacan los teatros la Castellana y Quimera, la Biblioteca San Fernando, un museo (Museo de los Niños), cuatro centros culturales y artísticos, una Casa de la Cultura y las salas de cine ubicadas en los Centros Comerciales Cafam La Floresta e Iserra 100. En cuanto al equipamiento relacionado con el culto religioso, se ubican dentro de la localidad 20 iglesias parroquiales, estas se distribuyen entre los tres territorios (Alcázares, Doce de Octubre y Andes), con mayor concentración en Alcázares.

En equipamientos de abastecimiento de alimentos se destacan las plazas Doce de Octubre y Siete de Agosto. La respuesta en equipamientos de bienestar social está dada una Subdirección Local para la Integración Social (SLIS), cinco jardines infantiles de la SDIS, una Casa de la Juventud, cuatro Comedores Comunitarios y un Centro Zonal del ICBF<sup>229</sup> y 347 hogares comunitarios los cuales alcanzan una mayor concentración en el territorio Alcázares, seguida del Doce de Octubre.

En equipamientos de tipo administrativo están: el Parlamento Andino y la Conferencia Episcopal, Findeter Regional Bogotá Cundinamarca y las Notarías 6 y 52.

#### 4.1 Análisis de los Servicios y del Modelo de Salud

El Hospital Chapinero ESE, ubicado en la ciudad de Bogotá, departamento de Cundinamarca, es una institución pública prestadora de servicios de salud con calidad, orientada a la atención integral en salud pública, prevención de la enfermedad, promoción de estilos de vida y trabajo saludables, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación para la población del Distrito Capital, especialmente de las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo.

##### 4.1.1 Reseña histórica

El Hospital Chapinero Empresa Social del Estado I Nivel de Atención, es una entidad pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud con jurisdicción y campo de acción en todo el territorio del Distrito Capital. Se remonta al año 1912 fecha en la cual se constituyó como Puesto de Salud prestando sus servicios de medicina general y odontología, posteriormente su actividad se orientó al Programa “Gota de leche”, que suministraba alimentación básica al menor y su familia. En el año 1983 se intensificaron los programas maternos infantiles y en 1989 toma el nombre de Policlínico de Chapinero inaugurándose el servicio de urgencias con apoyo de los servicios de diagnóstico de laboratorio clínico y rayos X.

Durante el periodo de 1992 y 1997 con la descentralización de la salud distrital, surge el sistema local de salud de Chapinero, con dos establecimientos de atención: CAMI: Centro de Atención Inmediata y la UPS Unidad Primaria de Atención. En este último año el Hospital adelanta obras de infraestructura con el propósito de mejorar la red de atención y calidad de los servicios asistenciales.

Según Acuerdo 17 de diciembre de 1997, los hospitales se transforman en E.S.E., el hospital de Chapinero con fecha cuatro (4) de agosto de 1998 se transforma en Empresa Social del Estado, E.S.E. y en junio del año 2000, el Concejo de Bogotá a través del Acuerdo 11, decidió la fusión de varios de los hospitales adscritos al Distrito Capital, entre ellos los hospitales Chapinero I Nivel E.S.E. y Juan XXIII I Nivel E.S.E., dando como resultado el Hospital Chapinero E.S.E., esta nueva entidad nace a partir de Octubre del año 2000.

A través del Acuerdo 001 del 24 de agosto del año 2000, se adoptó el estatuto del Hospital de Chapinero E.S.E. en su naturaleza jurídica como entidad pública del orden distrital, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

El Hospital de Chapinero como Empresa Social del Estado, es consciente del compromiso ineludible que tiene con sus usuarios, cuyo objetivo inherente es prestar un servicio de salud con excelencia y oportunidad, así como programas especiales que llenen las necesidades más sentidas de la población del Distrito a atender.

229 Perfil económico y empresarial. Localidad Barrios Unidos. Cámara de Comercio de Bogotá. 2007.



#### 4.1.2 Estructura

El Hospital Chapinero ESE, cuenta con una estructura conformada por varias unidades de atención: un (1) CAMI, cinco (5) Unidades Primarias de Atención: UPA Juan XXIII, UPA San Luís, UPA Rionegro, UPA San Fernando. UPA Lorencita, una (1) UBA Mariscal Sucre y dos (2) Servicios Extramurales móviles. Su sede administrativa funciona en la Calle 76 No. 20 C – 96. (Ver Mapa 20)

#### 4.1.3 Organización administrativa

El Hospital Chapinero cuenta con dos instancias de dirección: La Junta Directiva y el Comité de Gerencia. El comité de Gerencia está en cabeza del Gerente de la institución, apoyado por dos subgerencias para las áreas Administrativa-Financiera y Servicios de Salud y cuatro (5) oficinas asesoras: jurídica; planeación; gestión pública; participación social y atención al usuario; y control interno y disciplinario. Una (1) oficina de control: Revisoría fiscal.

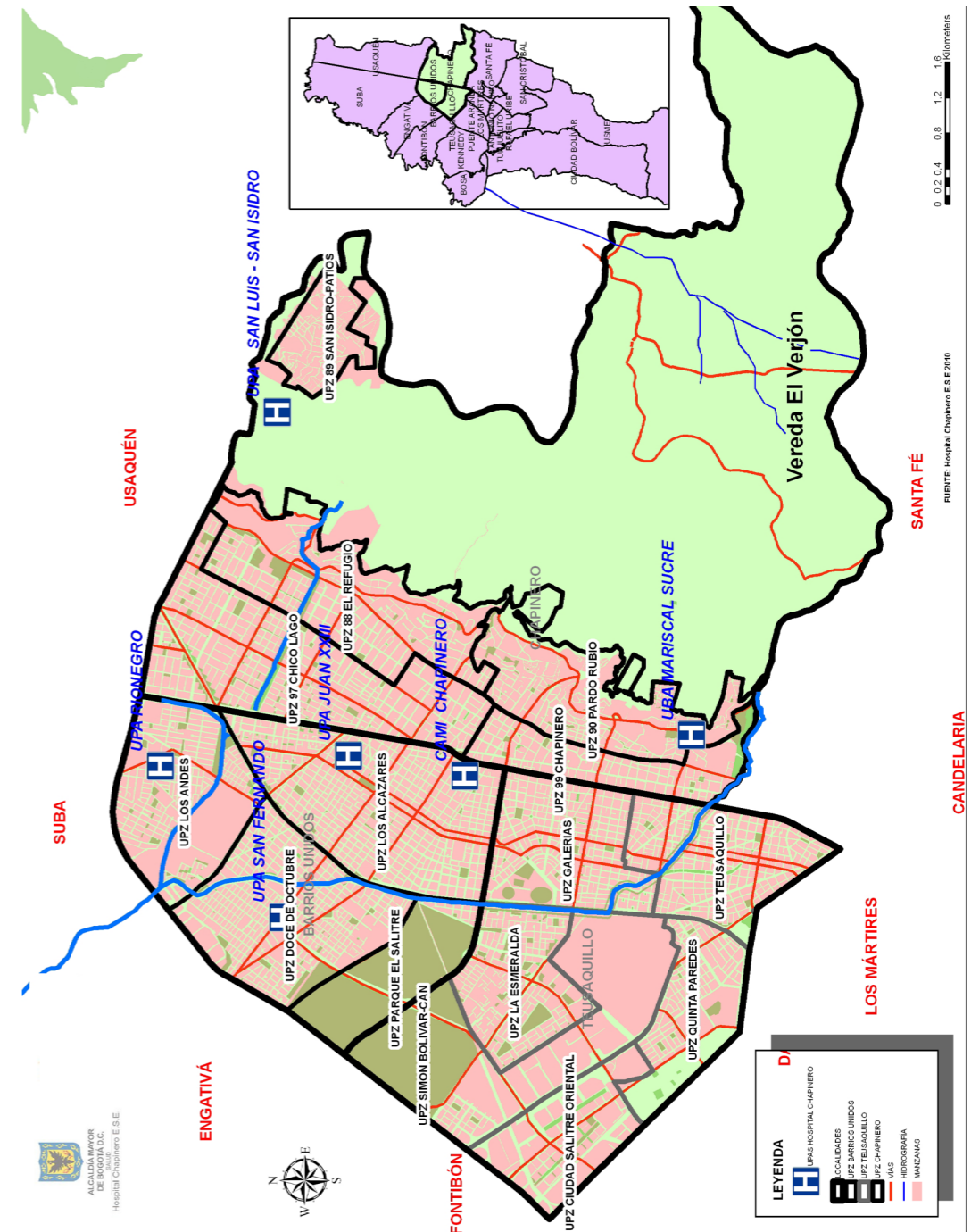
El Hospital cuenta con un grupo multidisciplinario conformado por 125<sup>230</sup> funcionarios de planta, 600<sup>231</sup> Contratistas en Misión y 20<sup>232</sup> personas vinculadas por outsourcing pertenecientes al personal de servicios generales y vigilancia.

#### 4.1.4 Organización institucional

El Plan de Desarrollo del Hospital de Chapinero ESE Primer Nivel de Atención 2008-2012, “UN COMPROMISO CON EL DERECHO A LA SALUD” constituye el marco de las políticas, objetivos, estrategias y líneas de acción orientadas a incidir en las condiciones de vida de la población del Distrito Capital, particularmente en sus áreas de influencia.

Con este proceso de planeación institucional se busca dar un enfoque estratégico que permita tomar decisiones con el propósito de gestionar respuestas sociales integrales inter, intra y transectorialmente, para afectar de manera positiva los determinantes de salud, prestar servicios asistenciales y de salud pública con calidad, alcanzar y mantener rentabilidad social y sostenibilidad económica y desarrollar el posicionamiento corporativo de la institución, teniendo como ejes centrales la estrategia promocional de la salud y la Atención Primaria en Salud (APS) renovada y el ciclo para la gestión PHVA (planear, hacer, verificar actuar). Se promoverá la participación ciudadana en el control de la gestión pública.

Mapa 20: Área de influencia del Hospital Chapinero ESE.



230 Planta de Personal Hospital Chapinero ESE Junio 2009  
 231 Contratistas en Misión, Talento humano Julio 2009  
 232 Subgerencia Administrativa y Financiera Junio 2009

Fuente: Hospital Chapinero. 2010.

El plan demanda el desarrollo simultáneo de instrumentos institucionales y legales que aseguren que sus lineamientos van a tener expresión a través de la ejecución de sus proyectos y la identificación de actividades consistentes con él, que se despliegan en los planes operativos anuales y de los planes de acción por procesos, siempre con el propósito de avanzar en la garantía del derecho y el acceso a la salud para la población de las tres localidades y el mejoramiento de la capacidad física, tecnológica y de talento humano del Hospital, para el cumplimiento de sus objetivos corporativos.

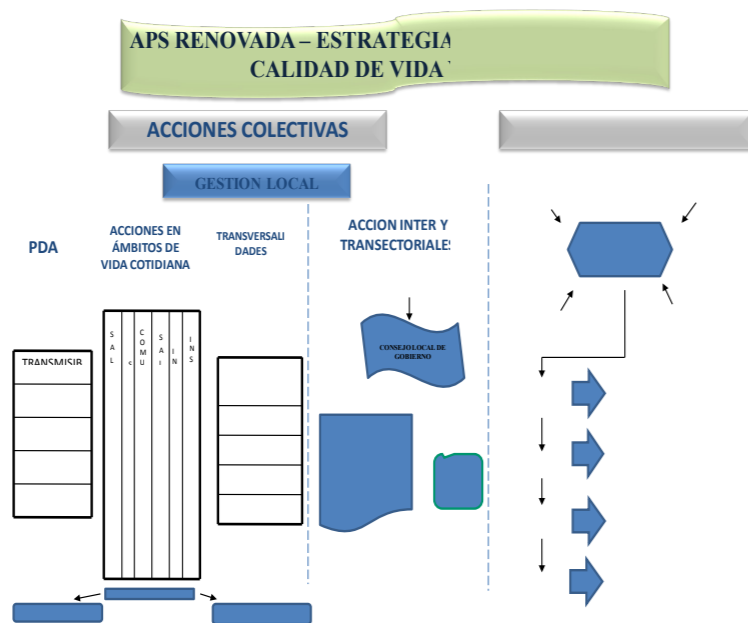
#### 4.1.5 Modelo de atención

El modelo de atención en salud del Hospital Chapinero se caracteriza por estar diseñado para focalizar el riesgo en el proceso salud enfermedad de los usuarios, en todos y cada uno de los diferentes procesos de atención que reciben nuestros usuarios y trabajar sobre él, empleando todos los mecanismos y esquemas de operación necesarios para intervenirlos, de forma que se pueda prevenir, controlar, eliminar, atenuar o disminuir, según su naturaleza y características.

Compromete al conjunto de actores del sistema y de la sociedad de acuerdo a sus competencias, de allí el compromiso institucional por buscar la coordinación y articulación de acciones en todos los actores, mediante el desarrollo de políticas, estrategias y demás formas de intervención para la reducción y mitigación de los riesgos en forma concertada; con la participación activa y decidida de los propios beneficiarios de la gestión, los usuarios.

El Hospital organiza sus procesos, realiza los análisis y jerarquiza los riesgos, identifica los daños más frecuentes en la salud de sus usuarios, plantea las acciones integrales de acuerdo con las expectativas, posibilidades y recursos locales; programa y ejecuta las actividades para incidir de alguna forma sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud y, posteriormente supervisa y evalúa periódicamente los procedimientos, compromisos y resultados para lograr la retroalimentación necesaria y optimizar su gestión. (Ver Gráfico 28)

Gráfico 27 : Modelo de Atención del Hospital Chapinero.



Fuente: Subgerencia de servicios asistenciales. 2009.

El Hospital Chapinero en concordancia con las políticas distritales de salud, realiza sus acciones bajo dos grandes estrategias: La estrategia promocional de calidad de vida y salud y la atención primaria en salud renovada. Las acciones se organizan teniendo en cuenta los Proyectos de Desarrollo de Autonomía-PDA y las transversalidades y se implementan en los ámbitos de vida cotidiana de las localidades de Chapinero, Teusaquillo y Barrios Unidos. Dependiendo de la fuente de financiamiento, las acciones pueden pertenecer a proyectos provenientes de los planes de desarrollo local - Unidades de Ejecución Local denominado proyectos UEL o al Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, este último perteneciente al Plan Distrital de Salud.

Dentro de las acciones colectivas la gestión local intra y transversal juega un papel fundamental en el desarrollo de todas las actividades propuestas en los Proyectos de Autonomía de Desarrollo PDA derivadas del diagnóstico local de cada una de las localidades a intervenir, bajo las acciones en los ámbitos de la vida cotidiana. Este trabajo lo desarrollan el equipo de salud del Hospital Chapinero conformado por profesionales de la salud de diferentes disciplinas con un enfoque social y humano quienes interactúan con los comités locales de gestión y comunitarios para el desarrollo de los diferentes programas y proyectos. Cada uno de los actores involucrados en el modelo debe desarrollar con enfoque preventivo y de mejoramiento continuo los procesos institucionales con el fin de promover un servicio con calidad.

Las actividades de vigilancia en salud pública como una línea de política dentro del Plan Nacional de Salud Pública tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública con intervenciones de capacidad de respuesta eficiente y eficaz con un enfoque de determinantes que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos.

Dentro de las acciones individuales el Modelo de Atención está estructurado en dos partes: Gestión de la Oferta y Gestión de la Demanda. En la primera se especifican entre otros, la definición y selección de servicios de salud; operación de la Red de Atención de Servicios de Salud; Sistema de Referencia y Contrarreferencia, perfiles de la Red de Servicios y mecanismos de participación social. Para la Gestión de la Demanda se describen entre otros los mecanismos que determinen los perfiles de riesgo de la población, los programas de Promoción y Prevención, los indicadores de calidad y el programa de Educación a los Usuarios, confluyendo estas acciones a través del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado - POSS y; el Programa de Promoción y Prevención hacia las acciones colectivas de la población a intervenir.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencias debidamente estructurado y en funcionamiento se constituye en garantía de la adecuada, continua y oportuna prestación de los servicios de salud, de forma que se pueda intervenir desde la etapa de prevención y protección de la salud hasta la fase de recuperación de la enfermedad de un usuario, garantizando la atención adecuada, oportuna, continua y de optima calidad de los usuarios. Dentro de la red de prestación de los servicios de segundo nivel los Hospitales de referencia son Hospital de Suba y Hospital de Engativá y el tercer nivel de atención el Hospital Simón Bolívar.

Los servicios de salud ofrecidos por el Hospital Chapinero ESE comprenden atenciones individuales y acciones colectivas. Las atenciones individuales incluyen atenciones integrales ambulatorias generales, atenciones para eventos prioritarios en salud pública, actividades de protección específica y detección precoz de interés en salud pública, atenciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (atenciones especializadas ambulatorias: ginecobstetricia, salud mental; atenciones odontológicas, hospitalarias de baja complejidad, obstétricas como partos de bajo riesgo; urgencias y cirugía: pomeroy).

El Hospital Chapinero E.S.E ha venido realizando un trabajo articulado para lograr niveles superiores de calidad, todo esto con el fin de prestar un excelente servicio a sus usuarios tanto internos como externos, el Hospital Chapinero sabe que su razón de ser es la de mejorar la calidad de vida y salud de las comunidades de estas tres localidades por lo que se ha evidenciado un mejoramiento continuo en la calidad de sus servicios, esto se puede evidenciar con los logros en los siguientes aspectos:

- SISTEMA UNICO DE HABILITACION: El hospital se encuentra certificado en habilitación desde Octubre de 2006
- SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Se da cumplimiento con el reporte de indicadores al Ministerio de Protección Social, de acuerdo a lo establecido en la norma.
- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: Se cuenta con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), actualizado a Junio de 2009.
- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: El hospital fue seleccionado en Octubre de 2008 por el Ministerio de Protección Social entre 105 IPS a nivel nacional, para recibir el acompañamiento en el proceso de acreditación, se hizo el lanzamiento en Febrero de 2009 y de acuerdo a asesoría recibidas por el mismo Ministerio, durante el primer semestre de 2009, se realizó la segunda autoevaluación de estándares y se levantaron los planes de mejoramiento.

A partir de Agosto de 2009, el Ministerio contrató la unión temporal “Proyecto Calidad UT” y desde ese momento se ha venido recibiendo la asesoría por parte de ellos para la implementación de los planes de mejoramiento y de acuerdo a la matriz de calificación que llevan, el Hospital se encuentra calificado en todos los ítems evaluados en 100. Adicionalmente, esta institución de salud, se ha caracterizado por la calidad en sus servicios en los siguientes eventos:

- Segundo lugar en la Encuesta de Satisfacción CNC 2007.
- Premio Distrital de la Calidad: Explorador de Plata 2007.
- Rankin Veeduría Distrital: 2do lugar, primeros niveles 2007 y 2008.
- Rankin Veeduría Distrital: 1er lugar, primeros niveles 2009 y 2010.
- Reconocimiento transparencia Contraloría Distrital 2007.
- Reconocimiento como líderes a nivel distrital en diligenciamiento de SIDBA.
- Premio Distrital a la gestión: Dos galardones de oro 2009.
- Reconocimiento de la SDS por coberturas de vacunación.
- Acompañamiento del MPS para proceso de acreditación.

Es importante mencionar también que en el proceso de mejoramiento continuo del que hace parte la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se vislumbran grandes cambios a nivel

institucional. Uno de ellos es la reposición del CAMI CHAPINERO enmarcado en el Plan Maestro de Equipamiento en Salud del Distrito y que permitirá responder a las necesidades de renovación en la infraestructura de las Instituciones Hospitalarias. En la construcción y la dotación del nuevo CAMI se invertirán recursos por más de 14.000 millones de pesos; parte de estos recursos están priorizados dentro de los planes financieros del Distrito Capital. Sin embargo, el Hospital Chapinero dispuso recursos propios generados de los excedentes en los años anteriores, para adelantar los estudios preliminares. Los beneficios que tendrán los usuarios con la renovación son múltiples:

- Se optimizarán las áreas de urgencias, observación, hospitalización y salud mental del Hospital.
- Se aumentará el número de consultorios médicos, odontológicos, psicología, psiquiatría y enfermería.
- Adicionalmente, se contará con parqueadero con acceso a los visitantes, salas múltiples especiales para PYP y dotación de sistemas de información y comunicaciones

#### 4.2 *Análisis de la Oferta de Servicios del Hospital Chapinero*

Los servicios que presta el Hospital Chapinero se dividen en:

- Asistenciales POS y POS-S
- Acciones de Promoción y Prevención (PYP)
- Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
- Fondo de Desarrollo Local-Proyectos UEL.

##### 4.2.1 *Servicios asistenciales POS y POS-S*

Por ser el Hospital Chapinero E.S.E. una Institución Prestadora de Servicios de Salud del Primer Nivel de Complejidad, presta servicios incluidos en el POS – S acordes con su nivel. En detalle comprenden<sup>233</sup>:

##### 4.2.1.1 *Servicios ambulatorios.*

- Medicina.  
Consulta en medicina general.  
Especialidad en psiquiatría.
- Enfermería.  
Control prenatal.  
Control de crecimiento y desarrollo.

233 Fuente: Plan de mercadeo. Oficina asesora de planeación. Hospital Chapinero. 2010.

Enfermería.

Curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

Planificación familiar.

Toma de citología vaginal.

Vacunación.

Nutrición.

Toma de muestras.

- Salud Oral.
  - Odontología General.
  - Endodoncia.
  - Rehabilitación Oral.
  - Promoción y Prevención en Salud Oral.
- Salud mental
  - Hospital Día Salud Mental.
  - Atención Habitante de Calle.
  - Intervención en Crisis.
  - Atención en Salud Mental a Pacientes con Discapacidad.
- Terapias.
  - Sala E.R.A.
  - Terapia Física.
  - Cámara Hiperbárica.
  - Magnetoterapia.
- Apoyo diagnóstico.
  - Laboratorio Clínico.
  - Imágenes diagnósticas
  - Ecografía Obstétrica y Pélvica.
  - Rayos X primer nivel.
- Otros servicios.

Nutrición.

Optometría.

#### **4.2.1.2 Servicio Urgencias.**

Consulta urgencias 24 horas.

Observación urgencias.

Atención parto bajo riesgo.

#### **4.2.1.3 Atención Hospitalaria.**

Hospitalización baja complejidad.

#### **4.2.1.4 Servicios Quirúrgicos Ambulatorios.**

Pomeroy.

#### **4.2.2 Promoción y Prevención (PYP)**

El Hospital Chapinero ha sido reconocido por su excelente desempeño como líder en la vigencia 2008 de la Sub - Red Norte para la red materno perinatal, habiendo sido reconocida su gestión, por segundo año consecutivo, gracias al excelente desempeño y a los resultados mostrados desde el año 2006. Gracias al impacto positivo de sus programas de promoción y prevención en la comunidad, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se han venido mejorando de manera constante las cifras en coberturas útiles en vacunación. Se ha demostrado que al afectar los determinantes en salud de la comunidad, se contribuye al mejoramiento constante de la calidad de vida y salud de las mismas.

Servicios ofertados:

- Control de crecimiento y desarrollo 0-10 años
- Consulta de detección temprana de alteraciones en el joven y adulto
- Prevención de transmisión de enfermedad sexual y de VIH/SIDA
- Asesoría PRE Y POST test de VIH 1 y 2
- Prevención y detección del cáncer de cuello uterino (citologías)
- Planificación familiar
- Medición de la agudeza visual
- Curso de preparación para maternidad y la paternidad
- Club de Hipertensos

- Prevención de factores de riesgos cardiovasculares
- Higiene oral
- Vacunación para niños y mujeres en edad fértil

#### 4.2.3 Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La vacunación es la medida de intervención de salud pública que más costo- efectividad tiene. A pesar de haber iniciado su desarrollo hace más de 100 años, aún siguen muriendo en el mundo casi dos millones de niños por enfermedades que son potencialmente prevenibles a un bajo costo. El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es una iniciativa conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmuno prevenibles. De esta forma el PAI garantiza la eliminación, erradicación y control de las Enfermedades Prevenibles por Vacunas (EPV) en la población objeto a través de estrategias de Promoción, prevención y vigilancia en Salud Pública, en el marco del Sistema General de Seguridad (SGSSS) del país.

El Plan Ampliado de Inmunizaciones, en el marco del SGSSS se considera un servicio público esencial que se presta bajo principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Es prioritario y se encuentra incluido en las políticas de gobierno a favor de la niñez y la mujer. Por tanto, sus actividades están incluidas en los planes de beneficios del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

El Plan Ampliado de Inmunizaciones tiene como objetivo contribuir a la eliminación, erradicación y control de las enfermedades prevenibles por vacunas a través del mantenimiento de coberturas útiles, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por estas enfermedades en la población infantil, adolescente y mujeres en edad fértil del Distrito Capital.

Dentro de sus objetivos específicos se encuentran:

- Consolidar la certificación de la erradicación de Poliomiélitis.
- Cumplir con los lineamientos del plan de erradicación del Sarampión
- Cumplir con los lineamientos del Plan de Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.
- Eliminar el Tétanos Neonatal
- Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmuno prevenibles.
- Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población objeto del PAI

El Hospital Chapinero debe garantizar la adquisición y distribución oportuna y suficiente de insumos para cubrir con el esquema nacional de vacunación a toda la población objeto del PAI en la localidad de Barrios Unidos. La ESE Chapinero también se encarga del suministro de los diferentes biológicos para cada una de las IPS de las tres localidades de acuerdo a la programación establecida, además se encuentra sistematizada la información del movimiento de biológicos durante todo el año.

La ESE cuenta con el centro de acopio exclusivo para el almacenamiento y distribución de los biológicos y con el personal idóneo, así como con la infraestructura adecuada. El personal de vacunación de las IPS asiste a los Comités Locales PAI donde son capacitados mensualmente en PAI.

La estrategia del grupo extramural tiene como objetivo la búsqueda activa de susceptibles (no vacunados), casa a casa, institución a institución para iniciar o completar esquema de vacunación en un área geográfica determinada. Haciendo especial énfasis en aquellas de difícil acceso. Actualmente el Hospital cuenta con equipos extramurales, vehículos y enfermeras jefes supervisoras de terreno los cuales intensificaron la estrategia, realizan seguimientos a cohortes de recién nacido, este personal está siendo capacitado mensualmente en PAI.

Otra de las estrategias del PAI consiste en un sistema de mercadeo, comunicaciones e información permanente en PAI, con el fin de obtener una mejor adherencia y respuesta de la población sobre temáticas tales como: las ventajas, fortalezas, falsas creencias, red de prestadores de servicios de vacunación, entre otros.

Con la implementación de las líneas de acción del PAI, durante los años 2005 y 2006 se mejoraron las coberturas de Polio y Triple Viral, se logró la cobertura del 95% en Sarampión, alcanzando la certificación a nivel distrital y se cumplió con la meta planteada para Influenza en niños y adultos mayores.

Para la realización de este análisis deben tenerse en cuenta algunas consideraciones: Para calcular la meta de vacunación anual se toman dos variables: la primera es la población calculada según proyecciones DANE, que se convertiría en la población objeto del programa, y la segunda es el número de IPS que tienen sedes en la localidad y a donde se supone que deberían acudir los habitantes a ser vacunados.

Esto adquiere especial importancia en la localidad en la medida en que un importante número de personas atendidas y/o vacunadas en las IPS de la localidad provienen de otras localidades, lo que afecta el logro de coberturas útiles de vacunación; desde la localidad se está aportando al logro de coberturas de otras localidades pero está afectando la meta establecida para Barrios Unidos.

Otra de las dificultades que interfiere en el logro de las metas es la falta de compromiso de las IPS privadas en cuanto a la exclusividad del talento humano en PAI y el compromiso del personal de salud de remitir los niños al servicio de vacunación y crear una mayor demanda.

##### 4.2.3.1 Coberturas Vacunación Año 2009-2010

Las coberturas en vacunación deben interpretarse desde dos puntos de vista: Desde la perspectiva de las coberturas administrativas y desde coberturas vacunales en territorio, medidas a través de las encuestas rápidas de vacunación. En este orden de ideas las coberturas administrativas dan cuenta del porcentaje de cumplimiento de aplicación de terceras dosis de una determinada institución (la cual aporta con este número de dosis a las coberturas distritales), frente a las metas asignadas desde Secretaría Distrital de Salud, pero no del estado vacunal en los territorios. Las metas asignadas a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) se derivan del cálculo del histórico de dosis aplicadas por dicha institución en los últimos 5 años, del número de nacidos vivos en el Distrito y del incremento proyectado por el Área de PAI de la SDS.

En el 2009 para Barrios Unidos, se alcanzaron coberturas de más del 95% en todos los biológicos. Como lo muestra la Tabla 44, en menores de 1 año se logró un porcentaje de cobertura de 128% en anti polio, de 172% en Rotavirus, de 206% en Neumococo, y de 456% en BCG, por concentración de Instituciones que atienden partos en la localidad. En población de un año, se alcanzaron las siguientes coberturas: del 130% en Triple Viral, del 123% en Fiebre Amarilla, y del 115% en Hepatitis A.

Tabla 44. Porcentaje de Coberturas Vacunales por Biológico. Barrios Unidos. 2009.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA D.C. % DE CUMPLIMIENTO METAS POR BIOLÓGICO SEGUN LOCALIDADES ENERO - DICIEMBRE DEL 2009																
LOCALIDAD	POBLACION MENOR 1 AÑO	MENORES DE UN AÑO								POBLACION DE 1 AÑO	1 AÑO					
		ANTIPOLIO		B.C.G		NEUMOCOCCO		ROTAVIRUS			TRIPLE VIRAL		FIEBRE AMARILLA		HEPATITIS A	
		VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%		VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%
12 BARRIOS UNIDOS	2221	2849	128	10120	456	4574	206	3819	172	2191	2859	130	2692	123	2529	115

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION  
FUENTE POBLACION: Cohortes de vacunación

CUMPLIMIENTO 95% 7,8 Y MAS  
CUMPLIMIENTO 90% 7,4 A 7,7%  
DEFICIT DE CUMPLIMIENTO MENOR 87,3% Y MENOS

Fuente: Coordinación PAI. Hospital Chapinero. 2009.

En el 2010, con corte a septiembre para Barrios Unidos, se han alcanzado las siguientes coberturas en todos los biológicos: en menores de 1 año se ha logrado un porcentaje de cobertura de 69% en anti polio, del 69% en DPT, de 172% en BCG, del 69% en Hepatitis B, del 69% en Haemophilus y el 72% en Rotavirus, como lo muestra la Tabla 45. En población de un año, se han alcanzado las siguientes coberturas: del 72% en triple viral, del 64% en fiebre amarilla, y del 42% en Hepatitis A.

Tabla 45. Porcentaje de Coberturas Vacunales por Biológico. Barrios Unidos. 2010.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA D.C. % DE CUMPLIMIENTO METAS POR BIOLÓGICO SEGUN LOCALIDADES ENERO A SEPTIEMBRE 2010																							
LOCALIDADES	POBLACION MENOR 1 AÑO	MENORES DE UN AÑO										POBLACION DE 1 AÑO	1 AÑO										
		ANTIPOLIO		D.P.T		B.C.G		HEPATITIS B		HAEMOPHILUS			NEUMOCOCCO		ROTAVIRUS		TRIPLE VIRAL		FIEBRE AMARILLA		HEPATITIS A		
		VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%		VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	
12 BARRIOS UNIDOS	4234	2914	69	2914	69	7295	172	2914	69	2914	69	3279	77	3039	72	4001	333	2868	72	2555	64	1665	42

FUENTE : SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION  
FUENTE POBLACION: Cohortes de vacunación

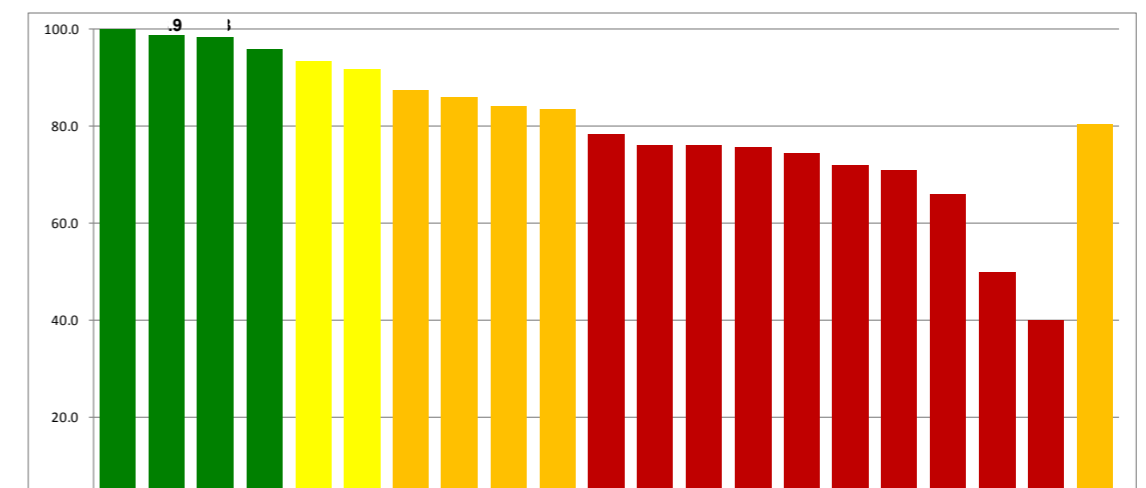
CUMPLIMIENTO 95%  
CUMPLIMIENTO 90%  
DEFICIT DE CUMPLIMIENTO MENOR 89%

Fuente: Coordinación PAI. Hospital Chapinero. 2010.

Los bajos porcentajes de cobertura de Fiebre Amarilla y de Hepatitis A se explican debido a la no disponibilidad de biológico a nivel Distrital, lo que afecta el cumplimiento de las metas establecidas.

Frente al cumplimiento de vacunación con Sarampión-Rubéola, este es el comportamiento (Gráfico 29):

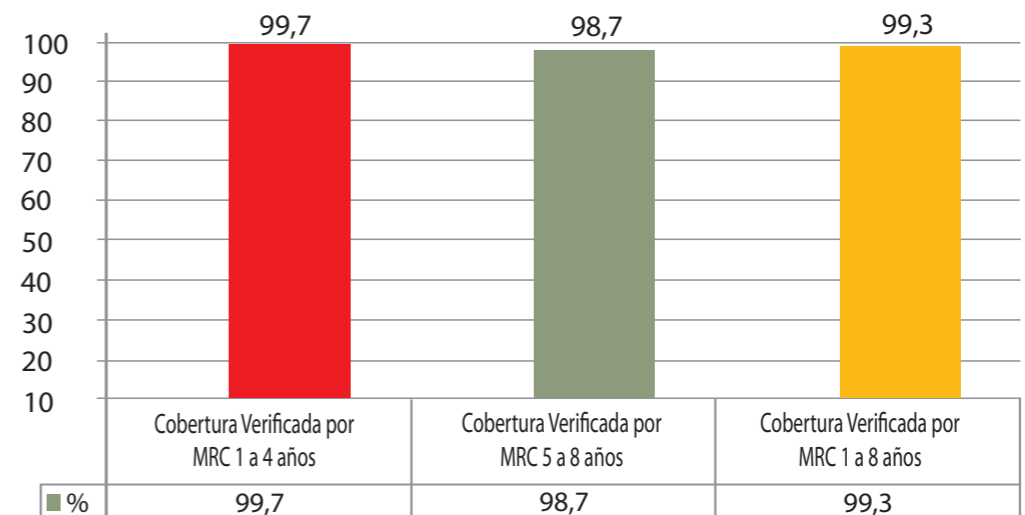
Gráfico 28: Comportamiento Cobertura Vacunación Sarampión-Rubéola. 2010.



Fuente: Coordinación PAI. Hospital Chapinero. 2010.

En Bogotá el cumplimiento va en un 80.3%. El comportamiento para Barrios Unidos es del 49.8%, treinta puntos por debajo del cumplimiento distrital. Este porcentaje de cumplimiento no es por dosis aplicada, sino que va acorde a la medición que establece la Secretaría Distrital de Salud, según localidad de residencia, y como se explicó anteriormente, el aporte que se hace de vacunación desde Barrios Unidos se suma a coberturas por lugar de residencia de otras localidades, por lo que se atiende población flotante en las distintas IPS de Barrios Unidos. Para poder establecer el cumplimiento de coberturas, dadas las anteriores apreciaciones, durante el mes de octubre se llevó a cabo un Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación, presentando los siguientes resultados (Ver Gráfico 30)

Gráfico 29. Resultados Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación Sarampión-Rubéola. 2010.



Fuente: Oficina PAI Hospital Chapinero. 2010.

La cobertura de vacunación Sarampión-Rubéola para la población de 1 a 4 años es del 99,7%. La cobertura verificada del mismo biológico para la población de 5 a 8 años es del 98,7%, con una

cobertura total del 99,3%, lo que demuestra la necesidad de ajustar las metas asignadas desde la Secretaría Distrital de Salud, que correspondan a la dinámica local.

#### 4.2.4 Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se desarrollan todas las acciones de salud colectiva partiendo de un Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud y desde la estrategia de Gestión Social Integral (GSI), que toma el proceso salud-enfermedad como un continuo, el cual está dado por los determinantes sociales que influyen en la calidad de vida de la población, gracias a ello se despliegan todas las acciones desde tres grandes componentes:

- Gestión Local de la Salud
- Ámbitos de Vida Cotidiana
- Vigilancia en Salud Pública

##### 4.2.4.1 Gestión local de la salud

Desde el componente de *Gestión Local de la Salud* se realiza todo el trabajo intersectorial teniendo en cuenta las características territoriales, ya que cada cual presenta una problemática y unas dinámicas propias y la lectura de necesidades se traduce en acciones integrales, gracias a la abogacía que realiza este equipo en cada uno de los espacios locales y a la concertación de agendas sociales. Este proceso es asumido desde la Gestión Social Integral como estrategia para el posicionamiento de las políticas públicas en la localidad con enfoque territorial y transectorial, a través del cual se busca ampliar la participación en la concertación de agendas territoriales y locales, y de respuestas integrales. Para la organización de las acciones del componente se definen las siguientes categorías de acción:

- **Construcción de conocimiento**

Dentro del trabajo realizado por el componente durante el 2010 en esta categoría se destaca el análisis de la situación de salud de la localidad con enfoque territorial y poblacional a través de unidades de análisis desde cada PDA y TV, y desde los Equipos Técnicos Poblacionales por etapa de ciclo vital, para la construcción del Diagnóstico Local con Participación Social, así como la consolidación de documentos propios del componente a través de la Caja de Herramientas que son un soporte técnico para la ejecución de las acciones propias de gestión local.

- **Posicionamiento político**

En esta categoría se logró avanzar en la consolidación de las tres Mesas Territoriales: Doce de Octubre-Salitre, Alcázares y Andes (barrio Andes y barrio Rionegro) con participación de la comunidad en cada uno de los territorios sociales definidos para la localidad, en articulación con sectores como Integración Social, Ambiente, Hábitat, Movilidad, Gobierno (IDPAC), SDS, Cultura e ICBF entre otros. A la fecha se cuenta con núcleos problemáticos priorizados en cada territorio, concertación de algunos temas generadores y avance en la respuesta integral en el territorio Andes. También se apoya todo el proceso de movilización para la votación de la comunidad en el proceso de presupuestos participativos frente a los temas de prevención de violencias y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. De igual forma se continúa con el fortalecimiento de espacios como el Consejo Local de Gobierno, el Consejo Local de Política Social (CLOPS), la Comisión Local Intersectorial de Participación (CLIP) y el Comité de Derechos Humanos, articulándolos al proceso

de implementación de la Gestión Social Integral.

- **Direccionamiento estratégico**

Dentro de esta categoría se logra avanzar en la consolidación de la propuesta PIC, que aporta a la definición de respuestas integrales en los tres territorios sociales, como contribución desde el sector salud. A su vez se consolida el proceso de seguimiento de las acciones del componente a través del diligenciamiento del tablero de indicadores del componente.

Desde las etapas de ciclo vital y desde los PDA y TV se fortalecen espacios como:

El Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) es un espacio de participación comunitario y de las instituciones gubernamentales y privadas que llevan a cabo actividades en torno a los Ejes de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la construcción del Plan Local de Seguridad Alimentaria. Según resolución de la Alcaldía Mayor de Bogotá No 068 del 7 de julio de 2004, en su artículo 5º establece que el Subcomité Operativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus mesas temáticas estarán conformados por los miembros que se indican en el artículo 2º del Acuerdo 86 de 2006. Dentro de los miembros se encuentran: Hospital Chapinero, Alcaldía Local, DILE, Subdirección de Integración Social, Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD), IDIPRON, Secretaría de Desarrollo Económico, Universidad del Rosario, operadores de comedores comunitarios e ICBF entre otros. El Hospital Chapinero realiza la convocatoria desde la Secretaría Técnica.

El Consejo Local de Discapacidad busca la articulación de acciones en torno a la inclusión social y restitución de derechos vulnerados de las personas en condición de discapacidad. Como funciones tiene: brindar la asesoría y concepto técnico a las autoridades locales en la formulación de programas, planes y proyectos a favor de las personas en condición de discapacidad de la localidad. El Hospital Chapinero tiene a cargo la Secretaría Técnica de este espacio.

El Consejo Local de Discapacidad hace parte del Comité de Banco de Ayudas Técnicas, donde se cuenta con dos profesionales de la estrategia "Rehabilitación Basada en Comunidad" (RBC), que ejercen acciones dentro del Ámbito Familiar, allí se ha logrado un proceso de articulación y un posicionamiento de la temática de discapacidad a nivel local, ya que se ha designado recursos para el fortalecimiento y continuidad del Banco de Ayudas Técnicas. Dentro de los actores sociales que conforman el Consejo están: Hospital Chapinero, Alcaldía Local, Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), 1 representante por cada tipo de discapacidad e IDRD entre otros.

El acompañamiento y apoyo que se brinda al Consejo Local de Juventud está dado desde el Equipo Local de Apoyo Interinstitucional (ELAI), el cual desarrolla un trabajo en equipo y articulado, realizando actividades culturales y lúdicas así como la integración de acciones partiendo del posicionamiento de la Política Pública de Juventud. En el ELAI participan SLIS, Hospital Chapinero, IDRD, IDPAC, DILE, Secretaría de Hábitat, Secretaría de Movilidad y rectores y orientadores de algunos colegios de la localidad.

La Red Social Materno Infantil busca, desde el trabajo en Red Social, posicionar la política pública en salud materno infantil a partir de la movilización social y del empoderamiento ciudadano en el desarrollo de alianzas, a través del trabajo intersectorial con instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, Subdirección Local de Integración Social, y el Comité de Infancia y la Red del Buen Trato, entre otros.

La Red Social Materna Infantil ha sido uno de los procesos de mayor sostenibilidad al interior, ya que ha logrado el afianzamiento de procesos de articulación institucional y la definición de nuevos espacios que se consideraron necesarios, se han movilizado hacia lo local propuestas de

trabajo alrededor de la Infancia entendida desde la gestación, posibilitando fortalecer procesos de posicionamiento político en lo local y el reconocimiento de la familia gestante como nicho primario de interacción y construcción de vínculos, con trascendencia a la dinámica social y comunitaria.

La Red del Buen Trato busca movilizar actores y sectores en torno de la sensibilización por el buen trato y la prevención de todo tipo de violencias en la localidad, como recurso humano en los procesos de construcción social, de convivencia y de resolución de todas y todos en lo cotidiano de los ámbitos: Escolar, familiar, laboral, institucional entre otros, en donde es posible resignificar la palabra, el afecto, la expresión de las emociones y sentimientos desde lo terapéutico, permitiendo que la ternura habite en cada uno como mediador propositivo de las relaciones democráticas. Entre sus integrantes se encuentran Hospital Chapinero, que lleva la Secretaría Técnica, la SLIS, ICBF, Zona Pastoral Social Cristo Sacerdote, Fundación Niño Jesús, IDPAC a través de la representante de Mujer y Géneros, y algunas madres FAMI de la localidad, entre otros. Se destaca la institucionalización de la Jornada por la No Violencia y la Promoción del Buen Trato, que se lleva a cabo cada año.

Desde el Comité de Infancia se busca la articulación de las instituciones que protegen los derechos de la infancia y la familia tomando como eje trazador la Política Pública de Infancia. También se apoya al Consejo de Niños y Niñas, conformado desde el 2009. Este año se direccionó el proceso de rendición de cuentas de Infancia desde esta instancia local a través de movilización en los tres territorios de la localidad. En este espacio participan Hospital Chapinero, SLIS, ICBF, IDIPRON, Universidad del Rosario, IDR, DILE y representantes de proyectos del Fondo de Desarrollo Local (FDL) como jornadas alternas y restitución de derechos para personas en condición de discapacidad, entre otros.

El Comité de Adulthood busca la articulación de acciones frente a la gestión integral, que van encaminadas hacia esta etapa de ciclo vital, siendo un punto de encuentro el tema de productividad. Este año se ha coordinado el proceso de formulación de la política pública social de adultos y adultas del distrito, a través de talleres participativos locales donde se han recogido insumos para esta formulación, esperando que se tenga en cuenta el sentir de los adultos y adultas de la localidad. En este espacio participan la SLIS, Hospital Chapinero, Corpo Siete, ARTEBU, y el Grupo de Mujeres Productoras de la localidad.

El Comité de Adulto Mayor coordina acciones en pro de la calidad de vida de las personas mayores de la localidad a través del plan de acción concertado al interior de esta instancia. Como logro de este espacio se tiene la asesoría jurídica gratuita que brinda la ONG Acción Trece, que busca la restitución de derechos para este grupo poblacional en particular. Adicionalmente se hace un proceso de convocatoria y elección de representantes para el Consejo Local del Adulto Mayor. Por otra parte se apoyó el proceso de formulación y divulgación de la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez del Distrito. Entre los actores que participan en este espacio están la SLIS, el Hospital Chapinero, la Personería Local, la Junta Administradora Local, dinamizadores de grupo de adulto mayor por territorio, ONG Sueños y Esperanzas y la ONG Acción Trece.

Desde la Comisión Ambiental Local (CAL) se lleva a cabo la construcción de plan de acción para integrar acciones intersectoriales para dar respuesta a las problemáticas ambientales de la localidad como Canal Salitre y zona inundable Salitre entre otros. Se destaca el Festival por el Canal Salitre que se viene llevando a cabo desde hace tres años. Participan: Alcaldía Local, Hospital Chapinero, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Hábitat, Acueducto, Aseo Capital, líderes y organizaciones ambientales locales.

Desde el Comité de Mujer y Géneros se posiciona el Plan de Igualdad de Oportunidades del Distrito y se destaca la conmemoración del Día de la No Violencia en Contra de las Mujeres y el proceso de mujeres productivas y productoras de la localidad. En este espacio participan la SLIS,

IDPAC, Hospital Chapinero, representantes de organizaciones sociales, DILE, ICBF, Secretaría de Cultura, la Alcaldía Local y el IDIPRON.

Por otro lado desde el componente de *Ámbitos de Vida Cotidiana*, se busca trabajar en espacios sociales donde se desarrolla la vida cotidiana y se interactúa con la comunidad, desde diversas perspectivas, integrando las acciones. Estos Ámbitos son:

#### 4.2.4.2 **Ámbito Comunitario:**

El Ámbito Comunitario es un espacio social donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos, también se construye vida colectiva conduciendo a la conformación, fortalecimiento del tejido social a partir de las prácticas sociales en espacios públicos, configurando así formas de vivir y de relacionarse con otros. Es así como día a día el Ámbito Comunitario ha venido tomando fuerza a nivel organizativo, de movilización y de gestión, frente a las dificultades y necesidades del diario vivir, con el propósito fundamental de mejorar la calidad de vida y de salud, a pesar de las diferentes adversidades. Desde el trabajo comunitario, las intervenciones del ámbito han dado desde su quehacer, diferentes respuestas a los requerimientos de la comunidad, siendo estas respuestas evaluadas desde la posición crítica, no como la respuesta definitiva ni completamente satisfactoria. La aceptación de esta respuesta no se evidencia, ya que en los lineamientos no se establece el indicador que permita medir el impacto generado por la misma<sup>234</sup>. A continuación se presentarán los logros y respuestas, de acuerdo a los ejercicios realizados al interior del ámbito para evidenciar las mismas:

En la intervención Grupos gestores comunitarios se logra la conformación de los grupos, generando interés en los participantes sobre la importancia de la autonomía y la apropiación de su ser como sujetos políticos con capacidad decisoria, participación en procesos locales que impliquen toma de decisiones, exigibilidad, control, entre otros. El trabajo con los grupos ha permitido la identificación de las habilidades de los referentes y refuerzo de las mismas en los espacios de fortalecimiento técnico en los núcleos de trabajo comunitario, con el fin de mejorar la calidad de las intervenciones. Hay un reconocimiento de las intervenciones al interior de la ESE y las potenciales articulaciones, así como el reconocimiento de la presencia del ámbito comunitario en la construcción de los diagnósticos locales durante el año 2009, y el reconocimiento de organizaciones y grupos caracterizados durante el mismo año, insumo en las unidades de análisis como aporte a la construcción del diagnóstico.

La intervención de personas en situación de prostitución, ha logrado el posicionamiento y reconocimiento a nivel interno, local y distrital, sus respuestas están enfocadas a: el reconocimiento de los derechos sexuales en salud por parte de las personas que ejercen prostitución y de las personas vinculadas a esta actividad, realización de talleres que permite a las personas que ofrecen servicios sexuales corregir prácticas inadecuadas para su salud.<sup>235</sup> La aceptación y cumplimiento del proyecto por parte de algunos dueños y administradores de los lugares de encuentro y contacto sexual que permite desarrollar actividades con la población y generar ciertos cambios que reducen los riesgos en la población sujeto. Construcción de los Centros de Escucha e implementación del formato de diario campo para su aplicación acorde a las dinámicas propias de la población. Fortalecimiento de los procesos de articulación con el fin de generar redes de apoyo que aporten a la satisfacción de necesidades de la población.

Salud oral<sup>236</sup> por su parte ha favorecido el acceso a los servicios de salud oral con el propósito de que la población beneficiaria reciba tratamiento odontológico integral. Se logra sensibilizar a la población en la importancia y autoestima de la salud oral. Se consolida el posicionamiento de la Política de Salud Oral en la comunidad.

<sup>234</sup> *Ámbito Comunitario. Documento de Análisis respuestas integrales. Hospital Chapinero. ESE. PIC 2010.*

<sup>235</sup> *Ibid.*

<sup>236</sup> *Ibid.*



Aunque la intervención de Muévete Comunidad lleva poco tiempo en ejecución, ha sido bien recibida por la comunidad y sus respuestas han estado encaminadas a la realización de reconocimiento documental, institucional, de territorios para la apropiación de elementos para la ejecución del programa, trabajo en equipo desde la transversalidad de actividad física, articulación con otros líderes o instituciones que ofertan servicios a los grupos como universidades y Juntas de Acción Comunal, articulación con intervenciones al interior del ámbito y de la ESE, socialización y trabajo de la metodología de acciones basadas en comunidad, logrando su comprensión para que sea apropiada por los diferentes profesionales, culminación en la elaboración de iniciativas de grupos promotores, quienes han comprendido su importancia e impacto.

Las respuestas que se generan desde la intervención de fortalecimiento a organizaciones juveniles se dan en términos de articulaciones con las diferentes intervenciones del ámbito y de la ESE, para desarrollar el proceso de servicios amigables, que se logra fortalecer orientado a adolescentes y jóvenes.

Los procesos de Salud Mental en las localidades han avanzado en las respuestas a la comunidad de la siguiente manera: Se realizó el proceso de sensibilización y prevención con los grupos ya conformados, se priorizó la investigación de conducta suicida en las tres localidades como respuesta a la solicitud de la comunidad, se avanzó en el estudio de las problemáticas generales de las localidades con el fin de definir los núcleos problemáticos y temas generadores y proponer alternativas de solución desde la GSI<sup>237</sup>. Igualmente se identificó a los niños y las niñas como sujeto de derechos, y se reconoció la importancia de proteger a la población infantil de los accidentes y lesiones externas para mejorar la calidad de vida y el bienestar. Por otra parte, se llevó a cabo el reconocimiento por parte de las personas de los grupos y de los líderes de las instituciones y el trabajo que se hace desde salud mental por parte del Hospital. También se puede mencionar la realización de conversatorios sobre la construcción de la Política Pública de Sustancias Psicoactivas y la movilización de las personas para permitir este tipo de actividades.

Desde la Red Social Materno Infantil se gestan respuestas que benefician a la comunidad sujeto, como lo son: Coordinación de acciones con instituciones de la localidad y nodos al interior del Hospital, fortalecimiento y participación sostenida de las redes primarias y secundarias que demuestra el impacto de la red en la comunidad, canalización a los diferentes servicios de promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva, restitución de los derechos vulnerados a los niños y gestantes de la localidad, mejoramiento de la calidad de vida de los niños y gestantes y sus familias a través de la utilización de los canales certeros de comunicación con el Hospital y el conocimiento de los servicios integrales.

Desde el programa Tú Vales, las respuestas están encaminadas al reconocimiento de los referentes conceptuales, políticos y normativos para orientar sus acciones desde los módulos de actividad física, nutrición y, salud mental y espacios libres de humo, los cuales están orientados a incrementar el consumo de frutas y verduras, elevar los niveles de actividad física, establecer los acuerdos por espacios libres de humo e incrementar la capacidad de liderazgo, que a mediano y largo plazo contribuyan a lograr condiciones favorables en la vida cotidiana de las personas. Para este trabajo se ha avanzado en la identificación y el contacto con líderes o grupos comunitarios de cuidadoras de hogares interesados o sensibles al mejoramiento de la calidad de vida de sus comunidades, al igual que se efectuó la selección de organizaciones representativas de los barrios como Juntas de Acción Comunal, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), e instituciones gubernamentales, grupos de madres comunitarias, parroquias, grupos de interés en agricultura urbana, grupos étnicos, organizaciones motivadas por instituciones, por cuanto ellas tienen bajo su responsabilidad recursos comunitarios y reconocen a otros grupos o instituciones y en general redes sociales de las comunidades que serían idóneas para la implementación del programa.

Con dichos grupos se realiza sensibilización frente a los beneficios en cuanto a prácticas alimentarias adecuadas, la actividad física y los acuerdos por espacios libres de humo, y se lideran cambios y una lectura compartida de necesidades particulares frente a las temáticas que aborda el programa, así como un análisis situacional del contexto, de sus vivencias, de creencias, de

percepciones, de acuerdo a sus condiciones socioculturales, características étnicas, perspectivas de género etc., las cuales son tenidas en cuenta para el desarrollo exitoso de las sesiones educativas adelantadas con los grupos comunitarios. Como resultado del proceso con los grupos se construye con los participantes un recetario, y un calendario de actividad física por localidad.

La intervención de Discapacidad ha permitido generar respuestas como: la participación activa de más personas de la localidad, orientación a los participantes en cuanto a las competencias ciudadanas, y el fortalecimiento de conocimientos y conceptos, empoderamiento de la RBC y conocimiento de la estrategia desarrollándola con la comunidad y la familia, permitiendo una inclusión social para personas en condición de discapacidad y para las personas que tienen a su cargo, fomentando el crecimiento de la organización, haciendo que nuevas personas formen parte del proceso, buscando así el mismo objetivo, promover una inclusión social frente a la participación y movilización social.

Articulación con otras acciones que mejoren los procesos y conlleven a mejorar la calidad de vida. El programa ha permitido establecer actividades para la elaboración de productos artesanales. Con esto se busca realizar iniciativas en las que se pueda vincular laboralmente a personas en situación de discapacidad, para que desarrollen sus habilidades, contando con las capacidades adquiridas por cada uno de los integrantes de la formación de jóvenes padrinos, como son los tipos de discapacidad RBC y el desarrollo de las competencias ciudadanas, entre otros, siendo orientadores y multiplicadores con sus ahijados y la comunidad en general.

Las acciones de las Estrategias IAMI, IAPI Y AIEPI, están orientadas a la atención integral a las familias gestantes y a los menores de 5 años haciéndose menos evidentes las barreras de acceso. Se ha realizado un avance impactando favorablemente las tasas de morbi-mortalidad, sin reportar muertes por EDA y ERA en niños menores de 5 años. Con los actores sociales se adelantó un acercamiento y se realizó un trabajo para el conocimiento y priorización de las 17 Prácticas Claves Saludables.

Se recopiló la información de la aplicación de las encuestas hechas para definir la actitud frente a las 17 prácticas que permitieron generar el documento que muestra la realidad del posicionamiento de ellas a través de una Línea Base. Se realizó la capacitación a 26 Agentes Comunitarios en Salud sobre la estrategia AIEPI en los meses de mayo y junio, dentro de los cuales están los de SASC, (quedando para el segundo semestre los seguimientos de los antiguos y recién capacitados, el abordaje a los Hogares de Comunitarios de Bienestar HOBIS, a los Grupos Familia e Infancia FAMIS y al Plan de Trabajo con los Actores Sociales). Con éstas acciones se logró que más personas tuviesen el conocimiento y la habilidad para el manejo y protección de la vida de los menores, además de la apropiación de conceptos para disminuir el riesgo de enfermedad, complicaciones y muertes de la población materno infantil por enfermedades prevenibles y haciendo que se retome el derecho al libre desarrollo de la personalidad, disminuyendo la inequidad y mejorando el acceso a los servicios de salud de una manera más integral.

Desde la intervención de Entornos Saludables Comunitarios (ECOS) se ha logrado el acompañamiento a procesos y sensibilizaciones en temáticas relacionadas con el medio ambiente y que impactan también a la salud en espacios como: Campaña Local Educativa Intersectorial, (dirigida a la comunidad, colegios y gremios), capacitación en manejo del agua, manejo de residuos y mejoramiento sanitario. Se ha realizado un trabajo desde las Mesas Territoriales de Calidad de Vida, articulando la política y los procesos de transversalidad, en los espacios donde se ha priorizado el tema de salud ambiental de las localidades. En los procesos de sensibilización adelantados con las familias sobre el manejo adecuado de residuos sólidos (manejo de residuos de plaguicidas, residuos orgánicos y métodos de disposición), se ha logrado la apropiación de conceptos.

237 *Ibid.*

Desde Ámbito Comunitario se enfatiza en el conocimiento de las organizaciones y grupos que potencian los procesos en el orden social. Dicho proceso busca el fortalecimiento técnico orientado a fortalecer el tejido social de los territorios locales a partir de la consolidación de grupos y organizaciones sociales y comunitarias, formadas para la participación, la gestión y el control social, incidiendo en la garantía de sus derechos y en los escenarios políticos, mediante el desarrollo de las acciones de los proyectos de autonomía y transversalidades, en una perspectiva de ciclo vital y de derechos. En la localidad de Barrios Unidos se han caracterizado 32 entre grupos y organizaciones.

#### **Presencia del Ámbito Comunitario en lo local:**

En la localidad de Barrios Unidos se evidencia que las intervenciones del Ámbito Comunitario están más distribuidas por los territorios, haciendo presencia en los tres territorios, aunque en algunos sectores es mayor la presencia que en otros. En el caso del Territorio No 1, que comprende la UPZ Parque Salitre y 12 de Octubre, las intervenciones se encuentran centradas en esta última UPZ, estando presentes principalmente en los barrios La Libertad y San Fernando Occidental. Lo mismo sucede con el Territorio No. 3, que está constituido por la UPZ Los Andes, y las intervenciones tienen mayor presencia en el barrio Rionegro.

Para el Territorio No. 2 que comprende la UPZ Los Alcázares, se evidencia mayor distribución de los grupos en el territorio, teniendo presencia principalmente de Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar.

La población intervenida en este territorio comprende los ciclos vitales de jóvenes, adultos y personas mayores.

Algunas de las alianzas estratégicas con otras instituciones como la Secretaría Local de Integración Social, Instituto Distrital de Recreación y Deporte, han permitido implementar procesos integrales donde se abarca la salud y los programas respectivos de la entidad, generando mayor impacto en la comunidad y apertura de nuevos espacios.

#### **4.2.4.3 Ámbito Familiar-Salud a Su Casa (SASC)**

En el año 2004 se dio inicio a la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud, *Salud A Su Casa*, teniendo desde entonces como principales enfoques el individuo, la familia y la comunidad. El modelo utiliza como estrategia fundamental la APS (Atención Primaria en Salud) basada en los principios de integralidad, equidad, accesibilidad y participación social en la atención de la salud según las necesidades de las personas; no sólo con las acciones ya conocidas como la atención médica en todas sus derivaciones sino además teniendo en cuenta todos los determinantes que puedan afectar el bienestar del individuo, la familia o la comunidad como son las condiciones de su entorno (Medio Ambiente, Vivienda, Colegio, Trabajo, Barrio entre otros).

Para dar respuesta a las necesidades se realiza la articulación de los diferentes servicios: PIC, POS, POS-S, actividades no POS, y proyectos del Fondos de Desarrollo Local (Salud), así como gestión intersectorial especialmente con la Subdirección de Integración Social, frente a las necesidades identificadas en las familias priorizadas en los territorios de Salud a Su Hogar (SASH) hoy Salud a Su Casa (SASC).

El objetivo del programa Salud a Su Casa es mejorar la calidad de vida de las familias mediante, el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella, y promuevan el ejercicio de sus derechos. Esto se logra identificando las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva del ciclo individual y familiar para diseñar respuestas integrales. Para tal fin Salud a su Casa se encuentra estructurado en sus tres grandes componentes: *gestión, promoción y restitución*.

En Barrios Unidos la ESE cuenta con un equipo de SASC desde donde se abordan las familias, individuos y comunidad, a partir del enfoque de Atención Primaria en Salud. A su cargo está la caracterización y el seguimiento de 1.200 familias que viven en condiciones de exclusión y vulnerabilidad. Este micro territorio hace parte del territorio social 1, Doce de Octubre-Salitre, y desde sus acciones contribuye a dar respuesta a los núcleos problemáticos identificados allí.

Dentro de las acciones del componente de *gestión*, el Hospital realiza todas las actividades referidas a gestión intra e interinstitucional, realización de informes, construcción y seguimiento del plan de gestión, desarrollo de acciones para el posicionamiento estratégico y asistencia a reuniones.

Dentro de las actividades del componente de *promoción* se desarrollan las caracterizaciones y visitas de seguimiento por parte de las auxiliares de salud pública, los núcleos de gestión, las acciones de entornos saludables y las actividades de Salud Oral.

En el componente de *restitución* se llevan a cabo visitas de acompañamiento a gestantes, intervención psicosocial y visitas de discapacidad.

- **ACCIONES PROMOCIONALES:**

#### **Núcleos de gestión:**

Los núcleos de gestión buscan el desarrollo de capacidades en aspectos operacionales y estratégicos de la gestión del territorio desde la perspectiva comunitaria e Institucional. En Barrios Unidos este núcleo se reúne una vez al mes en el Barrio La Libertad y dentro de sus logros se destacan: la realización de un ejercicio sobre mecanismos de protección y exigibilidad de Derechos Humanos como lo son, el Derecho de Petición y la Acción de Tutela, para dar respuesta al problema del nivel SISBEN en este micro territorio. Este ejercicio se realiza con el apoyo de la ONG especializada en asesoría jurídica a población vulnerable Acción 13.

Por otra parte se adelanta una capacitación sobre el manejo de residuos sólidos y reciclaje dando respuesta a la necesidad expresada por la comunidad, debida a la inadecuada disposición y uso de los residuos en cada uno de los hogares, que trae más consecuencias como malos olores, presencia de roedores y enfermedades en la comunidad. La población se ha mostrado receptiva y participativa en las reuniones lo cual permite que se desarrollen las actividades de forma asertiva y se despejen las dudas correspondientes a cada temática. Con el grupo se realizan acuerdos para generar acciones entre la comunidad y las instituciones necesarias para dar respuestas integrales a las problemáticas identificadas en el territorio.

#### **Plan Integral de Entornos Saludables:**

El Plan Integral de Entornos Saludables tiene como objetivo general, la promoción de la construcción colectiva de entornos saludables dentro de los microterritorios de Salud a su Casa, a través de la participación, la educación y la movilización social de los diversos actores presentes en el territorio.

Para este año se tomó como base la información recolectada de caracterizaciones de entorno, anteriores y posteriormente de la información de campo actual, confrontada con las realidades físicas encontradas en la UPZ 22 (Barrios Doce de Octubre, La Libertad, San Fernando y Gaitán). A través de la identificación de necesidades se han encontrado problemáticas como: deterioro del medio ambiente (vectores por inadecuada disposición de residuos sólidos y presencia de perros callejeros) y desconocimiento de mecanismos de exigibilidad de derechos, problemática por el nivel SISBEN y necesidad de visitas para evaluar condiciones higiénico-sanitarias. Adicionalmente, a lo largo del proceso se ha orientado a algunas personas sobre los programas que el Hospital

ofrece a la comunidad, como la construcción de entornos de trabajo saludables dirigido a las UTIS (Unidades de Trabajo Informales), Salud a su Casa, entre otras.

### **Promoción de la Salud Oral en el Ámbito Familiar:**

El objetivo de esta intervención es hacer del ámbito familiar un espacio social favorable a la salud oral, a partir de la construcción de prácticas sociales protectoras y el favorecimiento del acceso a los servicios de salud oral a través del seguimiento y acompañamiento a las familias caracterizadas, realizando monitoreo a la práctica de higiene oral y fortalecimiento a la promoción de prácticas en salud oral en la familia. Durante el 2010 se han llevado a cabo visitas a 196 familias caracterizadas en la localidad de Barrios Unidos (Barrios Simón Bolívar, San Fernando, Gaitán y Doce de Octubre). El mayor número de familias con monitoreo a la práctica de higiene oral, fortalecimiento a la promoción de prácticas en la familia, se encuentran ubicadas en el barrio San Fernando, con un 44% del total de la población atendida, seguida de los barrios Simón Bolívar y Gaitán con el 21% cada uno. El mayor porcentaje de la población asesorada, se encuentra en el rango de edad de 0 a 9 años. Según distribución por sexo, la mayor parte de la población asesorada corresponde a población femenina.

- **ACCIONES RESTITUTIVAS**

Intervención Psicosocial:

Es un proceso que a través del apoyo psicológico, busca potenciar el desarrollo de autonomía y empoderar frente al reconocimiento y uso efectivo de los recursos que poseen las familias, a fin de facilitar la comprensión y solución de los problemas que les afectan, constituyéndose en una herramienta importante en la construcción de ciudadanía y el ejercicio de derechos. Así pues, desde el fortalecimiento de las habilidades para la vida, la expresión emocional, la comunicación asertiva, las estrategias de afrontamiento y la resolución de conflictos se pretende que las familias logren articular respuestas más eficaces ante las exigencias sociales. Para ello, desde la intervención psicosocial se realiza la sensibilización en reconocimiento y exigencia de derechos, articulación intra e interinstitucional, apoyo psicológico, entre muchas otras acciones orientadas a quienes más lo necesitan, siendo una estrategia válida y de vital importancia en el desarrollo de procesos de movilidad social orientados a mitigar los impactos de la inequidad social a través del fortalecimiento del núcleo fundamental de la sociedad y la familia.

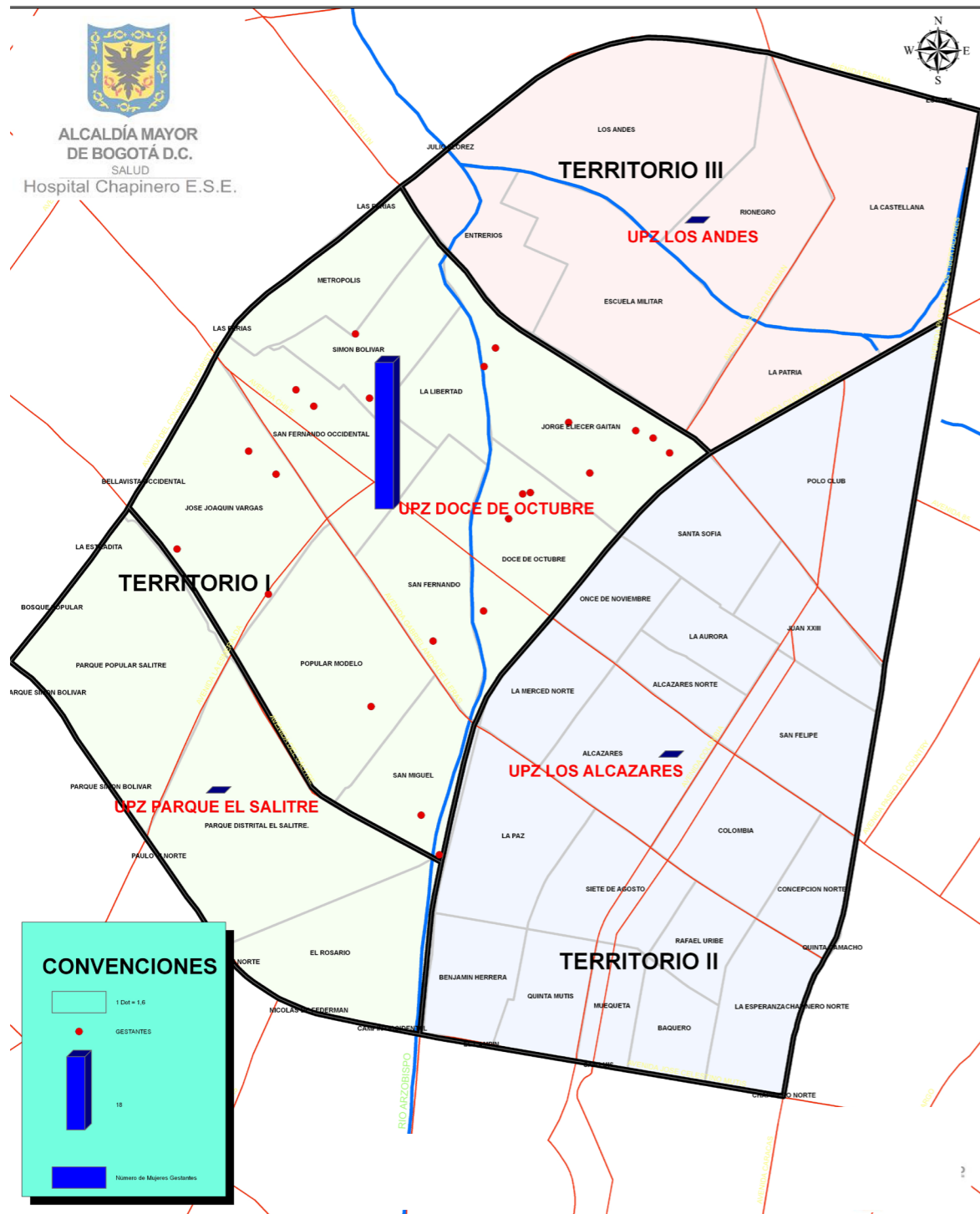
### **Seguimiento a gestantes en alto riesgo:**

El seguimiento a gestantes en alto riesgo es una estrategia que busca fortalecer las redes primarias familiares de las gestantes, partiendo del abordaje del concepto de alto riesgo como aquella situación percibida desde el vínculo salud-enfermedad y manejada desde el área familiar de las personas afectadas por la misma. Las focalizaciones de los casos se priorizan gracias a la labor de las auxiliares de Salud a su Casa, quienes son las que determinan cuales son los eventos a intervenir. Al mismo tiempo, se cuenta con la participación de las y los jefes de los puntos, quienes remiten los casos más relevantes y que requieren de la aplicación de la intervención. Durante el año 2010 se ha hecho seguimiento a 375 gestantes con el propósito de determinar la adherencia al control prenatal, riesgos físicos, ambientales y sociales, además del cumplimiento de los compromisos establecidos con las familias gestantes en cada una de las visitas. Se determina también los avances en los planes de mejora que corresponden a los riesgos psicosociales, todo esto con el apoyo de la intervención de las psicólogas en el manejo de los eventos depresivos y estresantes que fueron remitidos. Los barrios donde se enfatizó la intervención en Barrios Unidos fueron El Rosario, Simón Bolívar, Doce de Octubre, Gaitán, San Fernando, Benjamín Herrera, Patria y Rionegro.

Sin embargo al realizar las visitas se observó que muchas de estas gestantes tienen antecedentes personales y familiares relevantes, principalmente de: cesareas previas, abortos previos inducidos o espontáneos, hipertensión inducida por el embarazo o preclamsia. La mayoría de ellas proviene de madres y abuelas con un gran número de hijos y en algunas con atención de estos partos en casa; las que ya han tenido alguna gestación manifestaron que asistieron a los controles prenatales en ocasiones anteriores y sólo una de ellas asegura que no hubo control prenatal y la atención del parto fue en casa.

Con respecto a la inscripción al control prenatal es relevante que en algunas de ellas no existe una preocupación por realizarlo de forma temprana, independientemente de la edad y tampoco tienen interiorizado que es necesario asistir al control prenatal mensualmente y a los cursos de la maternidad y paternidad; acerca de este tema manifiestan: pereza, no les interesa, entre otras. Referente al grado de escolaridad llama la atención como el 75% de todas las usuarias de las tres localidades tienen como grado de escolaridad secundaria y de retiro el grado 8º y 9º. Es de resaltar que en estos grados los alumnos escolarizados ya han recibido orientación en métodos de planificación familiar y autocuidado. Al momento de la visita, el 60.5% de las gestantes no contaban con un apoyo social, mientras el 32.8 % se encontraban vinculados con el Proyecto de Gestantes y Lactantes de la Secretaría Distrital de Integración Social, el 4.2% con comedor comunitario y el 2.5 % con Familias en Acción. Es de resaltar que a partir de la primera visita, en los seguimientos, algunas gestantes se han podido inscribir a los programas de apoyo social, teniendo también que asistir a algunas reuniones que les permiten formación para el mejoramiento de su calidad de vida y el cuidado de su salud; la mayoría de las usuarias prefieren acceder al bono de gestantes y lactantes de la SDIS, el cual pueden redimir en un supermercado y en caso de llevar soportes de bajo peso les dan uno adicional. Este por lo tanto ha sido un beneficio para la población en bajo peso. A continuación se presenta el mapa con la distribución espacial de las gestantes de la localidad. (Ver Mapa 21)

Mapa 21: Gestantes Identificadas desde el Ámbito Familiar. 2010.



Fuente: Base cartográfica DADP 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

**Asesoría domiciliar a familias en situación de discapacidad:**

El objetivo general de esta intervención es restituir y promover la autonomía funcional, social y política en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras de manera que impacte en su calidad de vida e inclusión social. En lo recorrido del año 2010 se han llevado a cabo un total de 702 asesorías distribuidas de la siguiente forma (Ver Tabla 46)

Tabla 46. Distribución Asesorías Discapacidad. 2010.

Acciones	Total
Número total de asesorías iniciadas en territorios de SASC 1 y 2 visita	90
Número total asesorías nuevas iniciadas en la localidad 1 y 2 visita	130
Número de canalizaciones efectivas producto de asesorías nuevas 1y 2 visita	55
Número total de asesorías en territorios de SASC 3 y 4 visita	146
Número total asesorías en la localidad 3 y 4 visita	220
Número de canalizaciones efectivas producto de asesorías 3 y 4 visita	61

Fuente: Informes trimestrales Ámbito Familiar. 2010.

La mayor parte de las familias en condición de discapacidad que fueron asesoradas por la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) se ubican con mayor incidencia en la UPZ de Doce de Octubre, le sigue el territorio de Los Alcázares. Es de resaltar que la concentración en dichas UPZ de esta población se debe a que su nivel socioeconómico otorgado por el SISBEN los ubica en los niveles 1, 2 y 3, lo cual les permite acceder a beneficios de P y P estatales y comunitarios. En Barrios Unidos se ha identificado que la discapacidad predomina en personas mayores de 60 años, relacionada directamente con las enfermedades crónicas, ya que la mayoría se la población lleva un estilo de vida poco saludable, de igual manera la discapacidad predomina en mayor proporción en la población femenina. Igualmente se observa que la estrategia actualmente está asesorando a unidades familiares con alguno de sus miembros en situación de discapacidad y en edad productiva y población comprendida entre los 10 y 27 años. Mantiene prevalencia de atención la población entre los 0 a 9 años con el 7% de las asesorías de la estrategia RBC. La mitad de la población asesorada presenta discapacidad motora (50%), como consecuencia de enfermedades crónicas no tratadas oportunamente, fracturas mal consolidadas sin rehabilitación posterior, traumas por accidentes de tránsito o enfermedades degenerativas; en segundo lugar se encontraron usuarios asesorados con discapacidad cognitiva y múltiple (12%) a consecuencia de enfermedades neonatales, perinatales y postnatales que generaron retraso mental y otras afecciones. En menor proporción se encuentra la población con discapacidad visual (6%) y auditiva (4%). A continuación se presenta el mapa con la distribución espacial de las personas en condición de discapacidad intervenidas por al ámbito. (Ver Mapa 22)

**4.2.4.4 Ámbito Escolar-Salud al Colegio (SAC)**

Salud al Colegio es un programa que se genera de la alianza entre las secretarías de Salud y Educación para mejorar la calidad de vida en las comunidades educativas del Distrito Capital. Desde

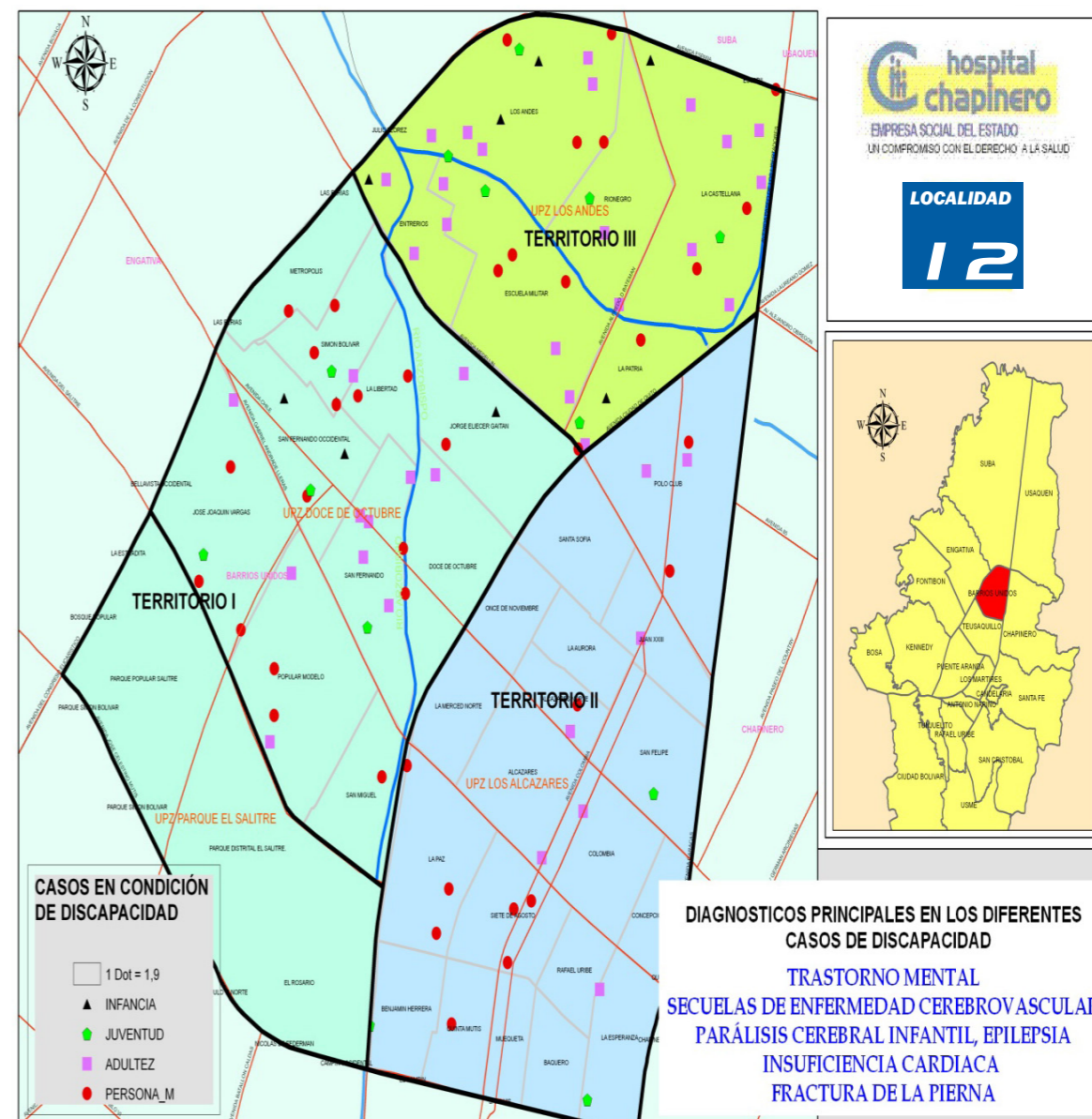
sus intervenciones busca afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y la salud de la población escolarizada de la localidad, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional e intersectorial que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que respondan a las necesidades y expectativas de la población escolar partiendo de un enfoque promocional.

Además propende por facilitar la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan en la vida cotidiana de las instituciones educativas potenciando su función, promoviendo el desarrollo de acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud que interfieren en las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar, favoreciendo el acceso a servicios de salud. Para dar respuesta el ámbito se encuentra organizado de la siguiente forma:

- **GESTION DE LA SALUD PÚBLICA:**

Desde este componente se coordinan los procesos movilizados desde los PDA y las TV y los impulsados por las acciones promocionales. A partir de la *construcción del conocimiento* se hace seguimiento a los indicadores de las acciones, como aporte al diagnóstico local, y seguimiento a eventos prioritarios en salud pública que han sido reportados. En *posicionamiento político* se han generado espacios de trabajo interinstitucional e intersectorial, con la Secretaría de Educación Distrital, a través de la Dirección Local de Educación (DILE), la Secretaría Distrital de Integración Social, a través de la Subdirección Local de Integración Social (SLIS), la Personería Local y redes y mesas, como espacios de abogacía y exigibilidad de derechos que faciliten el acceso a los servicios de salud por parte de las comunidades educativas en temas como: salud mental, salud sexual y reproductiva, discapacidad y accidentalidad escolar entre otros.

Mapa 22: Personas en Condición de Discapacidad por Territorios. 2009.



Fuente: Base cartográfica DADP.2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

- **PROCESOS DE RESPUESTA A TEMAS IDENTIFICADOS:**

Para la adecuada gestión de los procesos de cada PDA y TV se deben tener en cuenta las siguientes particularidades del programa:

**Promoción:**

Las acciones de promoción se hacen desde cada componente del programa, de manera colectiva y buscando un propósito pedagógico: lograr que las comunidades educativas, especialmente los directivos, los docentes y orientadores comprendan las acciones que se realizan en la institución y ayuden a fortalecerlas desde la comprensión del quehacer de los equipos, cuando hacen suplementación y cuando aplican semaforizaciones en salud oral, entre otras. También se promueve la importancia de que las comunidades educativas sepan qué hacer frente a los eventos de salud que se presenten.

**Restitución:**

Este componente integra las acciones sectoriales de carácter educativo, preventivo, de identificación, atención y seguimiento en diversas situaciones que limitan las posibilidades de aprendizaje. También busca promover el acceso a los servicios de salud y el desarrollo de acciones preventivas y favorecer el desarrollo de los procesos de vigilancia en salud pública. Desde los referentes de PDA y TV se realizan las acciones de canalización, seguimiento, abogacía, exigibilidad, y monitoreo de los eventos, con el fin de informar periódicamente a la comunidad educativa si los casos llegaron a ser atendidos o se quedaron sin resolver y porque causas (barreras de acceso).

- **COBERTURA DEL PROGRAMA:**

Para la localidad de Barrios Unidos se cuenta con un cubrimiento el 90% de las instituciones oficiales ya que la IED Lorencita Villegas de Santos fue trasladada para la localidad de Usaquén, sin embargo depende del DILE de Barrios Unidos. En comparación con el cubrimiento de todas las instituciones oficiales y no oficiales sólo se cuenta con un cubrimiento del 9.09%. (Ver Tabla 47)

Tabla 47. Cubrimiento de Instituciones Locales

INTITUCIONES LOCALES						
Localidad	No. De colegios oficiales	No. Instituciones cubiertas por el programa	Porcentaje de cubrimiento oficiales	No. De colegios no oficiales	Total de instituciones locales	Porcentaje de instituciones cubiertas de la localidad
Barrios Unidos	10	9	90	89	99	9,09

Fuente: Informe SAC. Hospital Chapinero. 2010.

En cuanto a la población cubierta por la gestión territorial la cual opera localmente con un gestor territorial desde la SED, encargado de coordinar las acciones adelantadas del programa, junto al equipo de gestión del Hospital, en cabeza del coordinador del programa. Esta estructura permite que las comunidades educativas se dispongan a los procesos propios que desarrolla Salud al Colegio. Se ha trabajado directamente con los rectores de la localidad de Barrios Unidos incluida la rectora de la IED Lorencita Villegas de Santos. Igualmente al interior de cada una de las instituciones se cuenta con un Equipo Gestor (encabezado por rectores, orientadores, coordinadores, docentes, padres de familia, estudiantes) en donde se busca construir agendas conjuntas que permitan darle gestión y resolución a temas sentidos por la comunidad educativa. En estos espacios se han logrado un mayor posicionamiento del programa y se han realizado acuerdos para facilitar las acciones de las diferentes intervenciones, en cada una de las IED. Se trabaja además con 718 docentes de las diez IED de la localidad. La matrícula oficial de la localidad de Barrios Unidos es de 17.034 que

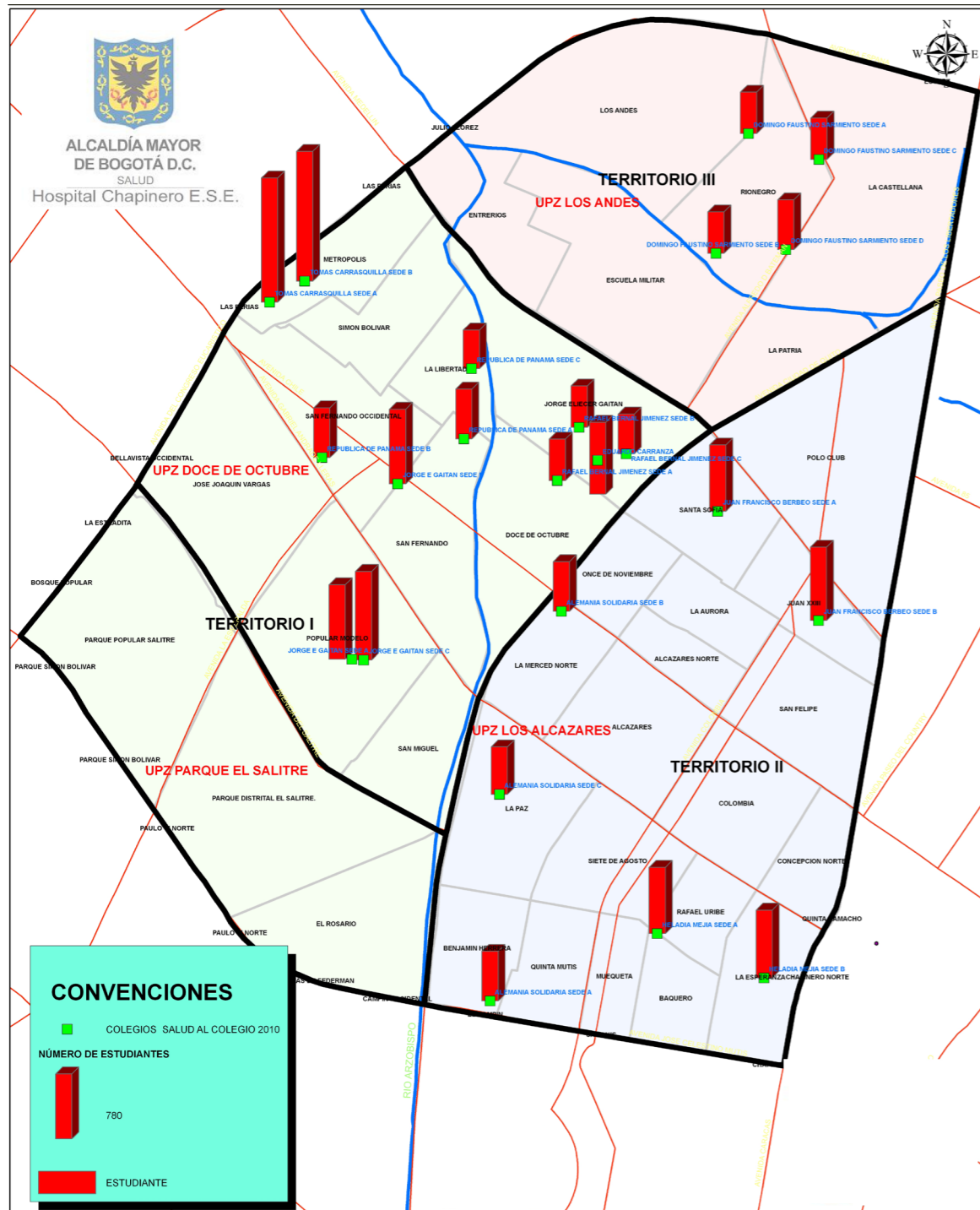
equivale al 65.16% de la población con la que trabaja el programa SAC. A continuación se presenta el mapa de los colegios intervenidos por el ámbito. (Ver Mapa 23)

**Desarrollo de acciones:**

Dentro del marco de la gestión territorial y desde la GSI y la coordinación SAC de nivel central, se ha visto la necesidad de trabajar metodologías en el campo de los derechos humanos, a partir del despliegue de Equipos de Acciones Promocionales en Salud Escolar, que desarrollan estrategias en temas como: convivencia con el fin de sensibilizar a la comunidad educativa sobre la exigibilidad de los derechos, restitución de los mismos y en espera de realizar la audiencia pública a nivel distrital. Dichas audiencias buscan la participación de entes distritales como la Personería, para dar respuesta a las necesidades de las comunidades educativas, potencializando la participación y la movilización de las mismas. Se espera no sólo abarcar los colegios públicos sino también los privados. Otra de las intenciones que se tiene con estas capacitaciones es el que los profesionales tengan herramientas en el momento de realizar el Foro Local de Salud al Colegio.

Otro de los direccionamientos en articulación con el nivel central, es el análisis que se llevan a cabo desde cada uno de los territorios, en donde se revisan los núcleos problemáticos con los insumos entregados por cada PDA y Transversalidad, mediante el formato que evalúa los determinantes sociales de las temáticas de interés para las IED. El equipo de gestión construye 9 núcleos problemáticos para las IED que a continuación se relacionan (Ver Tabla 48).

Mapa 23: Distribución Espacial de los Colegios de la Cobertura de SAC. 2010.



Fuente: Base cartográfica DADP.2003. Georreferenciación de bases de datos del Hospital Chapinero ESE. 2010.

Tabla 48. Núcleos Problemáticos Identificados en los Territorios desde el Ámbito Escolar.

NUCLEO PROBLEMÁTICOS	TEMÁTICAS DE INTERÉS	EXPRESION DE LA PROBLEMÁTICA	POBLACION
Maltrato por negligencia, abandono, presunto abuso sexual en niños y niñas por el conjunto de representaciones sociales, condiciones sociales, políticas y económicas de los territorios.	Condiciones de Salud Oral deficiente, no existencia de hábitos sanos de alimentación, poco interés de los padres en llevar a los niños y niñas al sistema de salud	Dificultades para tener elementos de higiene oral, falta de acompañamiento de los padres en las prácticas de auto cuidado, formas inadecuadas de prácticas de cepillado, baja calidad del cepillado, falta de interés de los padres para llevarlos a los servicios de salud.	Infancia
Ausencia de soporte emocional y acompañamiento de los cuidadores madre/padre en el proceso de crianza, el cual es delegado a terceros	Ideación e intento de suicidio	Casos reportados, soledad, depresión en niños, violencia	Infancia y Adolescencia
Riesgo psicosocial asociado a zonas de inseguridad al interior de las IED y en su entorno que deterioran la salud mental. Manifestaciones comportamentales de depresión, ansiedad y consumo de SPA	Violencia Escolar, Consumo y expendio de SPA, ideación e intento de suicidio.	Consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, cigarrillo, DIC y marihuana; expendio al interior de la IED y en su entorno, hurto, pandillismo, violencia entre pares, riñas callejeras, barras bravas, presencia de culturas o tribus urbanas.	Infancia y Adolescencia
Falta de espacios adecuados para la realización de actividades recreo deportivas al interior de la IED	Sedentarismo, manejo y uso adecuado del tiempo libre	Espacios reducidos para la actividad física y de esparcimiento (descansos)	Infancia y Adolescencia
Explotación laboral de niños, niñas y adolescentes que se ocupan en actividades como: venta ambulante, cuidadores de carros, carpintería, oficios varios, restaurantes, talleres, puestos de verduras y frutas	Cansancio en horas escolares,	Bajo rendimiento académico, poco interés a las actividades escolares, cansancio en horas escolares	Infancia
Altos niveles de contaminación ambiental por la presencia de industrias, aguas residuales, focos de residuos sólidos y contaminación auditiva por vías principales	Malos olores y presencia de vectores y roedores	Presencia de vectores, roedores y enfermedades respiratorias constantes	Infancia y Adolescencia
Brechas inter generacionales que generan conflicto en el establecimiento de relaciones y procesos de comunicación entre docentes y alumnos.	Falta de respeto por las figuras de autoridad, malas relaciones entre docentes y alumnos, irrespeto	Poca comunicación entre docentes y alumnos	Infancia y Adolescencia
Gestación temprana derivada por reproducción de imaginarios y de conductas que desorientan a niños/as y adolescentes, delegación del tema desde familia hacia el ámbito escolar; deficiente y/o equivocada información sobre la salud sexual y reproductiva.	Embarazo en adolescentes, métodos anticonceptivos, expresión de sentimientos inadecuados en espacios de la IED.	Embarazo temprano.	Adolescencia
Detección de problemas de aprendizaje, disminución de la capacidad visual y auditiva en estudiantes de primer y segundo ciclo	Bajo rendimiento académico, dispersión en horas de clase, hiperactividad	Hiperactividad, señales de alarma visual y auditiva	Infancia

Fuente: Informes Ámbito Escolar. 2010.

El trabajo con el Gestor Local de Educación en la localidad de Barrios Unidos mantiene la estrategia planteada inicialmente de movilizar, dinamizar y fortalecer los equipos gestores como escenarios de construcción de agendas, toma de decisiones y participación de la comunidad educativa en las temáticas de interés de cada IED. Con la gestora se posicionan temáticas de interés en espacios como la reunión de rectores y orientadoras de la localidad; en la primera se han presentado las estrategias comunicativas para las IED y los boletines por colegio y local, así como concertación de acuerdos y nivel de avance en el proceso de vacunación de Rubéola y Sarampión, donde actualmente los colegios se encuentran con un porcentaje de cubrimiento del 100%. Es de resaltar que en estas reuniones el programa siempre cuenta con un punto en la agenda a tratar mensualmente lo cual ha sido estratégico en la toma de decisiones y respuestas locales a las IED.

• **PROCESOS ESTRUCTURANTES DEL AMBITO ESCOLAR:**

Los PDA y TV que circulan por el ámbito escolar se ordenan en tres procesos estructurantes que facilitan la realización de acciones en promoción de la salud escolar:

**Acciones integradas:**

La Intervención de Acciones Integradas ha venido posicionando su trabajo en las instituciones educativas distritales, al mismo tiempo se han venido implementando acciones, que se realizan de manera articulada con los PDA y/o TV para dar respuesta integral en las instituciones educativas. Acciones Integradas articula el Programa de Convivencia y Protección Escolar, programa liderado por la Secretaría de Educación, siendo ésta, parte de la vinculación que se hace desde Salud al Colegio y al mismo tiempo se convierte en otra de las estrategias que potencializan las acciones y se convierte en una línea de trabajo de mucho interés, tanto para el sector educación como de la salud. Este programa busca reducir los índices de violencia en el ámbito escolar y sus entornos, y generar condiciones de convivencia a través de cinco componentes: Protección Escolar Integral para la Convivencia; Resolución Pacífica de Conflictos; Manejo Saludable y Creativo del Tiempo Libre; Participación para la convivencia y para la Solidaridad.

**Prácticas de cuidado cotidiano:**

Agrupamos a las intervenciones que tienen el propósito de promover prácticas de auto cuidado, entendido como el conjunto de cuidados que se brinda una persona o una colectividad para tener una mejor calidad de vida. Las prácticas de auto cuidado pueden depender directamente de la persona o de la colectividad, en cuyo caso la función del sector salud es brindar las herramientas y materiales apropiados para fortalecerlas. También puede depender de factores externos que los individuos o los colectivos no están en capacidad de controlar directamente y sobre los cuales también es importante intervenir mediante acciones de gestión de la salud pública. Estas intervenciones son: Actividad Física, Salud Oral, Nutrición Suplementación, Nutrición Patrones, Ambiente. En la siguiente tabla se relacionan las acciones teniendo en cuenta el mapa de acuerdos establecidos y temáticos de interés de las comunidades educativas:

Tabla 49. Núcleos Problemáticos Identificados en los Territorios desde el Ámbito Escolar.

PRÁCTICAS DE CUIDADO COTIDIANO	
IED	ACCIONES
Heladia Mejía	Alimentación Saludable: El tren nutricional, Menús saludables, Enfermedades crónicas, Higiene y conservación de alimentos, Jugando a la ruta saludable, Frutas y Verduras una pareja para cada uno, Tips para consumir más ensaladas.
	Actividad Física: Pausas activas, Rumbas aeróbicas, Taller de atención y memoria, Corporeidad, Higiene postural y ergonomía, Juegos Pre-deportivos.
	Salud Oral: Monitoreo del cepillado, Acciones de promoción y prevención de manera lúdico-pedagógica para el cuidado de la salud oral.
Rafael Bernal Jiménez	Se identificó el 17% de niños y niñas con Necesidades educativas Transitorias, NET, en la IED, los cuales fueron canalizados a los sistemas de salud y de esta manera se contribuyó a la garantía de este derecho.
	Se promueven las prácticas en salud oral, actividad física, alimentación saludable, y trabajamos temas del medio ambiente; además de trabajar por los niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas transitorias mediante la implementación de una estrategia articulada de promoción.
	Se logró trabajar con el equipo PRAE de sede A, jornadas tarde y mañana y en la sede B, en la elaboración de piezas comunicativas enfocadas al uso adecuado del recurso hídrico.
	Se está trabajando con los estudiantes de ciclo 2 y 3, el Tren de los Alimentos, así como con las tiendas escolares.
República de Panamá	La salud oral contribuye a generar sonrisas saludables en la población estudiantil, es por ello que se han realizado 630 valoraciones y seguimientos identificando que algunos de ellos requieren mayor acompañamiento por parte de los padres de familia para que los estudiantes realicen un cepillado adecuado y mejoren su salud oral, debido a que la mayoría se encuentra en prioridad alta.
	Se identificó el 9% de niños y niñas con Necesidades Educativas Transitorias, NET, en la IED, los cuales fueron canalizados a los sistemas de salud y de esta manera se contribuyó a la garantía de este derecho.
	Se logró trabajar con el equipo PRAE de las sedes A y C, jornada mañana, en la elaboración de piezas comunicativas enfocadas al uso adecuado del recurso agua.
	Se está trabajando con los estudiantes de ciclo 2 y 3 el Tren de los Alimentos y se ha realizado una labor con las tiendas escolares.
República de Panamá	La salud oral contribuye a generar sonrisas saludables en la población estudiantil, es por ello que se han realizado 735 valoraciones y seguimientos identificando que algunos de ellos requieren mayor acompañamiento por parte de los padres de familia, para que los estudiantes realicen un cepillado adecuado y mejoren su salud oral, debido a que la mayoría se encuentra en prioridad alta



<b>Jorge Eliécer Gaitán</b>	Se identificó el 9% de niños y niñas con Necesidades Educativas Transitorias, NET, en la IED, los cuales fueron canalizados a los sistemas de salud
	Se logró articular desde actividad física varias estrategias lúdicas, pedagógicas, con los estudiantes de la sede B y se desarrolló una jornada pedagógica con los docentes de las sedes B y C, jornada mañana, en la semana de receso.
	En salud oral se realizaron valoraciones y seguimiento a 237 estudiantes contribuyendo a mejorar la sonrisa de los estudiantes gaitanistas. Además, se desarrollaron acciones de promoción a la salud oral con los estudiantes de la sede C y se emitieron las canalizaciones a los servicios de salud, entregadas escolares y a padres de familia, para que estos se comprometan y continúen con la realización y gestión de canalizaciones a los servicios de salud oral en los sitios de referencia de la ESE Chapinero.
	Se involucró a un grupo de jóvenes del Comité de Emergencias y Desastres, proyección de video de los componentes del Plan Escolar de Gestión del Riesgo. Identificación del punto de encuentro de la sede A por parte de los curso de PRAES, identificación y localización de elementos de seguridad de la IED sedes A. De esta manera estaremos preparados ante cualquier situación de riesgo en la IED
<b>Tomás Carrasquilla</b>	Se identificó el 7% de niños y niñas con Necesidades educativas Transitorias NET en la IED, los cuales fueron canalizados a los sistemas de salud.
	En salud oral se realizaron valoraciones y seguimientos a los estudiantes de transición, identificando que algunos de ellos requieren mayor sensibilización a los padres de familia para que los estudiantes realicen un cepillado adecuado y mejoren su salud oral, debido a que la mayoría se encuentra en prioridad alta.
	Se realizó la caracterización de la tienda escolar y se sensibilizó a los docentes para implementar la alimentación saludable en las materias.
	PAESA logró trabajar con el equipo PRAE de la sede B, jornada tarde, en la metodología lúdico artística con la elaboración de piezas comunicativas enfocadas al uso adecuado del recurso agua. Muy buena disposición por parte de la docente de PRAES y se capacitó al Comité de Emergencias y Desastres, en los componentes del Plan Escolar de Gestión del Riesgo. Se identificó el punto de encuentro de la sede B, por parte de los curso de grado 4 y se localizaron los elementos de seguridad de la IED sedes A y B.
<b>Alemania Solidaria</b>	Se promueven las prácticas en salud oral, actividad física, alimentación saludable, y trabajamos temas del medio ambiente; además de trabajar por los niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas transitorias.
	Se llevan a cabo monitoreos del cepillado, permitiendo evidenciar disminución de la caries dental de todos los estudiantes de la IED.

<b>Juan Francisco Berbeo</b>	Desde las actividades de Alimentación saludable: se priorizan las temáticas de: Diagnóstico de hábitos alimentarios, el Tren Nutricional, Menús saludables, Cine foro, Enfermedades por malnutrición, higiene y conservación de alimentos, frutas y verduras.
	Acciones Integradas: Durante el primer semestre se enfocaron al grupo de teatro: se realizan acciones en prevención de consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva.
	Desde actividad física se busca que los alumnos sean creativos, competitivos, planeen, realicen y evalúen acciones que promuevan actitudes positivas hacia estilos de vida sanos.
<b>Eduardo Carranza</b>	Jornada de toma de Talla y Peso con un total de 770 estudiantes valorados.
	Se llevan a cabo monitoreo del cepillado, permitiendo evidenciar disminución de la caries dental de todos los estudiantes de la IED.
	Actividades de manejo de tiempo libre y actividad física.

Fuente: Informes Ámbito Escolar. 2010.

#### Suplementación con micronutrientes:

El objetivo primario de los programas de suplementación con hierro es el de mejorar los depósitos corporales, con el fin de disminuir las deficiencias del mismo y prevenir la anemia en la población, como una medida profiláctica implementada principalmente en grupos de riesgo. En éste caso para la población de menores de 14 años, al igual que la desparasitación y la suplementación con vitamina A, como fases adjuntas en el proceso de suplementación, en las instituciones educativas. El total de niños, niñas, y jóvenes cubiertos en las instituciones por el programa de suplementación se presenta distribuido de la siguiente manera: 5.088 niños y niñas en colegios y 1.765 niños y niñas en jardines.

#### Transformación de prácticas culturales y sociales:

Proceso que agrupa los PDA de salud mental (consumo de sustancias psicoactivas, violencias e ideación suicida) y el de salud sexual y reproductiva mediante el diseño e implementación de estrategias que complementan las iniciativas que a través del PEI, de los manuales y pactos de convivencia, genera la propia institución educativa. Algunas de estas estrategias son: apoyo a los pactos de convivencia, de buen trato, de no uso de sustancias tóxicas en las instituciones educativas, acercamiento de las redes de apoyo interinstitucionales e intersectoriales que apoyen el trabajo de promoción, dando salida a los casos que la escuela no está en capacidad de manejar. En la siguiente Tabla se relacionan las actividades dentro de este proceso relacionadas para cada IED: (Ver Tabla 50)

Tabla 50 Transformación de Prácticas Culturales y Sociales por IED.

TRANSFORMACION DE PRÁCTICAS CULTURALES Y SOCIALES	
IED	ACCIONES
Heladia Mejía:	Salud Mental: Comunicación asertiva, Expresión de sentimientos y emociones, Solución de problemas y conflictos, Promoción de la línea 106.
	Salud Sexual y Reproductiva: Autoestima, Relaciones interpersonales, Manejo adecuado del espacio personal, Conceptos claros en sexualidad, Prevención del embarazo, Enfoque de derechos sexuales y reproductivos, Autoconocimiento, Comunicación Asertiva.
	SPA: Se trabajó con los padres de familia, a los cuales se les expone la situación de sus hijos y se realiza un trabajo de sensibilización en cuanto a su quehacer como padres de familia. Se busca replicar el modelo de "Buscando Ánimo" en el cual participó la orientadora al interior del Colegio y se inició la sensibilización con los docentes de primaria.
Rafael Bernal Jiménez	Se creó una pieza comunicativa con padres y madres de familia en pro de sensibilizarlos de la importancia de formar a los hijos con amor y autoridad.
	Se están realizando acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas a través de la construcción de un cuento comic, retomando la fábula de "Rin Rin Renacuajo", el cual se encaminará en los comportamientos de un joven del 2010 y de la representación gráfica del documento "Confesión de un cigarrillo".
	Se están realizando acciones de prevención de la salud a través de la danza, el canto y el dibujo en temas como convivencia, sustancias psicoactivas, salud sexual y salud ambiental.
	Se realizan actividades sobre los derechos sexuales y reproductivos con los grupos priorizados por cada sede educativa.
República de Panamá	Se está promoviendo el derecho a la recreación en la sede B, a través de la elaboración de juegos elaborados por los mismos estudiantes como una estrategia de recuperación del espacio a través del juego.
	Se realizan actividades sobre los derechos sexuales y reproductivos con los grupos priorizados por cada sede educativa.
	Desde el nodo de transformaciones culturales y sociales implementado por el programa SAC, se realizan actividades lúdico pedagógicas de aula encaminadas y diseñadas desde las habilidades para la vida (autoconocimiento, toma de decisiones, autoestima, relaciones interpersonales, expresión de sentimientos, comunicación asertiva) y desde luego todo esto enfocado en los derechos sexuales y reproductivos, prevención del consumo de SPA y solución de problemas y conflictos.
Jorge Eliécer Gaitán	Hay un grupo focal con el que se trabaja temas de promoción de la salud sexual y los servicios amigables
	Se están restituyendo derechos en salud a madres gestantes y a sus hijos de la sede A, verificando su acceso a los servicios de salud.
	Se están elaborando piezas comunicativas con los estudiantes para promocional la línea 106 y de esta manera reducir los índices de suicidio en Bogotá.
	Se están trabajando desde las habilidades para la vida específicamente la comunicación asertiva, como estrategia para afrontar situaciones difíciles.

Tomás Carrasquilla	En la Prevención de consumo de sustancias psicoactivas se desarrollaron acciones con el grado 4º en la sede B, jornada de la mañana y se realizará un acompañamiento al grado 1004, que consistirá en fortalecer el trabajo que viene desarrollando este curso y se profundizará en esta temática la puesta en escena de la Fábula el "Gato Michín". El trabajo consiste en direccionar esta historia a la vida cotidiana que lleva un joven que ingresa al mundo de la drogas.
	Acciones integradas propone emplear un grupo focal seleccionado como promotor de la salud escolar dentro de su medio comunicativo, que es la emisora institucional, en la sede A, en torno a la formación conceptual en cada línea de intervención SSR, SPA, PAESA y Convivencia, para, a partir de esto realizar pautas comunicativas (cuñas) en torno a la promoción de hábitos de vida saludables.
	En la sede B, jornada de la tarde, la propuesta es promover la práctica de auto cuidado con relación a la salud mental y el bienestar en los docentes de la institución, con enfoque dentro de los derechos a la recreación y a la salud; con los padres de familia promover la convivencia escolar dentro de la escuela de padres de la institución.
	Se promueve la línea 106 en las dos sedes educativas a través de grupos focales.
Alemania Solidaria	Desde SSR se realiza el abordaje de los grados 5°, 6°, 7°, 9°, 10° y 11°. Se han realizado 14 acciones con un total de 391 estudiantes abordados.
	Desde el nodo de transformaciones culturales y sociales implementado por el programa Salud Al Colegio, se realizan actividades lúdico pedagógicas de aula encaminadas y diseñadas desde las habilidades para la vida (autoconocimiento, toma de decisiones, autoestima, relaciones interpersonales, expresión de sentimientos, comunicación asertiva) y desde luego todo esto enfocado en los derechos sexuales y reproductivos, prevención del consumo de SPA y resolución de conflictos.
Juan Francisco Berbeo	Desde Salud Sexual y Reproductiva se busca desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo, el respeto, la toma de decisiones, la autoestima, el respeto por sí mismo y por el otro enmarcados en los derechos sexuales.
	Acciones de salud mental, promoción de la línea 106.
	Durante el primer semestre se acompaña a los docentes en temas de interés priorizados por las orientadoras: Culturas o tribus urbanas, Conducta suicida, (factores de riesgo, factores protectores y rutas de atención).
Eduardo Carranza	En el colegio se realizan actividades sobre los derechos sexuales y reproductivos.
	Se desarrollan actividades encaminadas a la prevención y promoción de la salud sexual, la salud mental y las sustancias psicoactivas.

Fuente: Informes Ámbito Escolar. 2010.

#### Inclusión social:

Mediante las TV que integran este proceso se responde a las necesidades concretas, de acuerdo con la etapa de ciclo vital, género, condiciones físicas y culturales, reconociendo los derechos individuales y colectivos. La aplicación del enfoque diferencial permite hacer frente a situaciones de inequidad atendiendo a principios de justicia y equidad de las víctimas en el marco de los sistemas de protección internacional y nacional, para responder a la reparación y garantía efectiva del derecho a la salud. *Discapacidad y Salud visual.*

• **Discapacidad:**

En cada una de las líneas de acción de la intervención, se viene realizando actividades encaminadas al desarrollo de la inclusión en los colegios, tanto promotores como integradores de Barrios Unidos y así mismo, los docentes y los padres reconocen la diversidad de aprendizajes de los alumnos. Esta aceptación y reconocimiento, es una base importante para el avance y el progreso de los alumnos no sólo en su ámbito escolar sino familiar y social. Se realizó un trabajo arduo con las intervenciones del nodo de prácticas de cuidado cotidiano, en donde se integran las intervenciones de Actividad Física, Salud Oral, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Suplementación con Micronutrientes, Necesidades Educativas, Medio Ambiente, Salud Visual y Auditiva, para fomentar los buenos hábitos y estilos de vida saludables en la población a la cual va dirigido. Las acciones se enfocaron en lograr el desarrollo de la autonomía en pro de la participación social, basadas en alternativas pedagógicas, metodológicas y lúdicas, en donde el enfoque pedagógico y el horizonte de dichas acciones es el aprendizaje significativo, el cual está fundamentado en procesos y obedece a continuidad de encuentros con la población.

En la localidad se tiene como meta el trabajo en 22 colegios promotores y un colegio integrador, en donde se observa que teniendo en cuenta los indicadores cuantitativos, en donde el indicador según los lineamientos de la intervención es el número de niños y niñas identificados con necesidades educativas transitorias y atendidos, se observa que durante el trimestre comprendido entre julio y septiembre de 2010 se han identificado un total de 160 niños y niñas con signos de alerta, de los cuales se ha logrado canalizar 89 niños a las diferentes aseguradoras y 20 han logrado ser atendidos. Hay un porcentaje del 12,5% en la atención de los niños y las niñas canalizados; cabe aclarar, que en este proceso sólo se tiene en cuenta los alumnos que entregan reporte (citas a médico general, autorización de servicios terapéuticos, o informes de tratamiento) al servicio de orientación o a profesionales del hospital. No se tiene en cuenta aquellos padres que expresan que a pesar de que los alumnos están en tratamiento, no se tienen soportes físicos del mismo.

Frente al porcentaje de colegios con estrategias para la inclusión de niños con discapacidad, las instituciones educativas distritales y sus diferentes sedes con modalidad promotora de calidad de vida identificadas en la localidad fueron de 22, con plan de acción ajustado, de acuerdo con la fase de balance realizada en el mes de julio de 2010, en donde se incluyó el trabajo de nodo en algunos de los colegios descritos anteriormente.

Al igual que el trimestre anterior, la Tabla 51, muestra los colegios que en todas sus sedes promueven la inclusión social de niños con discapacidad a pesar de ser colegios promotores.

Tabla 51. Relación de Colegios que Tienen en sus Aulas Niños y Niñas con Discapacidad.

COLEGIO	PROMUEVE LA INCLUSIÓN
Eduardo Carranza	NO
DOFASA Sede A, B, C y Deva	SI
San Felipe Neri	NO
Corazón de María	NO
Heladia Mejía sede B	NO
Jorge Eliécer Gaitán sedes A y C	SI
Rafael Bernal Sede A, B y C	SI
República de Panamá Sedes A, B y C	SI
Tomás Carrasquilla sedes A y B	NO
Juan Francisco Berbeo sedes A y B	SI

Fuente: Datos tomados D.I.L.E Barrios Unidos

Lo anterior refleja un porcentaje del 50% de los colegios que le apuestan a la inclusión escolar y social de niños y niñas en condición de discapacidad, partiendo de sus particularidades como personas y de sus ritmos de aprendizaje, lo cual se ha logrado a través de la consolidación de proyectos educativos que propenden por dicha inclusión y de las diferentes acciones de acompañamiento para tal fin.

Frente a las necesidades y procesos de respuesta a temas identificados, de manera general se registran las siguientes necesidades en la fase seguimiento y monitoreo (Ver Tabla 52).

Tabla 52. Necesidades Identificadas y Respuestas.

NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LAS IED	RESPUESTA DESDE LA LÍNEA DE NECESIDADES EDUCATIVAS TEMPORALES Y PERMANENTES A LAS NECESIDADES DE LAS IED
<b>Atención en salud a los estudiantes con Problemas de aprendizaje, comportamiento, lenguaje y atención</b>	La línea de NET realiza seguimiento a los niños canalizados en los meses anteriores, con el fin de verificar la gestión ante las EPS; a los padres de los niños identificados se les realizan asesorías en las cuales se socializan los pasos a seguir ante las EPS para lograr la restitución del derecho a la salud.
<b>Participación activa de la familia en apoyar el proceso de los niños con Necesidades Educativas en el hogar y en los tratamientos que necesiten</b>	Se realizan encuentros de sensibilización en donde se motive y mantenga la participación activa de las familias en la atención de las necesidades educativas transitorias
<b>Diagnósticos de los niños y niñas identificados</b>	Se llevan a cabo encuentros con los padres de familia de los alumnos identificados, en donde se socializan los pasos a seguir ante las EPS para lograr la restitución del derecho a la salud, realizando conversatorios de manera individual con los padres que así lo requieran. Diseñando piezas comunicativas que afiancen el proceso.
<b>Trabajo con los alumnos en el aula de clase</b>	Llevando a cabo actividades lúdicas, con los alumnos del ciclo I, II y III de las IED en donde se den herramientas en la realización de clases más lúdicas con los alumnos, con el fin de que el aprendizaje sea significativo, además de promocionar hábitos de estudio adecuados en los alumnos
<b>Docentes con manejo adecuado de niños y niñas con necesidades educativas temporales</b>	La transversalidad ha realizado encuentros de saberes prácticos con docentes en donde se unifiquen criterios de manejo de niños y niñas con necesidades educativas. Realizando encuentros de motivación para la aplicación de esas prácticas al interior del aula. Desarrollando piezas comunicativas que faciliten el afianzamiento de la información
<b>Apoyar el proceso escolar no sólo a la población con discapacidad sino con problemas de aprendizaje, comportamiento y/o lenguaje.</b>	Realizando encuentros de saberes prácticos con docentes y padres en donde se unifiquen criterios de manejo de niños y niñas con necesidades educativas. Realizando encuentros de motivación para la aplicación de esas prácticas al interior del aula. Desarrollando piezas comunicativas que faciliten el afianzamiento de la información
<b>Acompañamiento al proceso de integración de niños y niñas con discapacidad</b>	De manera paralela se han desarrollado encuentros de saberes prácticos con docentes en donde se unifiquen criterios de manejo de niños y niñas con discapacidad. Realizando encuentros de motivación para la aplicación de esas prácticas inclusivas al interior del aula. Desarrollando piezas comunicativas que faciliten el afianzamiento de la información

Fuente: Informe Ámbito Escolar 2010.

- **Salud Visual:**

La detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual permite un correcto desarrollo del individuo y por ende de su salud visual, con la promoción se previenen enfermedades visuales, oculares y motoras, reduciendo la ceguera prevenible o curable. El desarrollo de la visión se extiende desde el nacimiento hasta los ocho años, donde una alteración estancaría el desarrollo de la función visual. Esto se convierte en un objetivo primordial para la valoración precoz que nos llevará a un diagnóstico visual a tiempo y en caso necesario a una oportuna corrección, evitando así barreras en el desarrollo del infante.

Se han abordado 4 IED en los ciclos 1, 2 y 3 hasta grado quinto de educación primaria, con edades comprendidas entre los 5 y los 13 años, dentro de los criterios que se tuvieron para remisión, se encuentran:

- Disminución de la agudeza visual menor a 20/30.
- Patologías oculares.
- Alteraciones motoras.
- Usuarios de gafas sin tratamiento mayor a 1 año.

Basados en estos criterios se obtuvieron los siguientes resultados por IED intervenida:

Alemania Solidaria sede C: Se brindó capacitación a profesores de la jornada de la tarde y se realizó el tamizaje visual a 244 estudiantes de las dos jornadas; fue necesario remitir 73 casos para ser atendidos dentro de los centros de salud, las edades oscilan entre 8 y 13 años. Se evidenciaron patologías oculares de blefaritis en 18 niños y conjuntivitis alérgica en 12 casos, donde el compromiso ocular también se encuentra afectado, los casos por alteraciones en el estado motor ascienden a los 5 casos, se evidenció un caso con pseudoafaquia, alteraciones motoras, este caso en particular requiere que se realice nuevamente la valoración para la actualización del defecto visual.

Tomás Carrasquilla: La capacitación a docentes se realizó en las dos jornadas, al igual que se han valorado alumnos de las mismas para un total de 292 niños, donde 86 presentan alteraciones visuales, esta población fue remitida con su institución de salud. Se diagnosticaron 12 casos de conjuntivitis alérgica al igual que 10 de blefaritis, en la parte motora sólo se evidenciaron 4 casos, y se remitieron a 4 de los 12 usuarios de gafas abordados en la institución.

República de Panamá: Se abordaron 261 niños entre 5 y 13 años, se remitieron 70 para ser valorados en las EPS o ARS, se capacitaron las profesoras de la tarde, se realizó la reunión de padres para primer ciclo con un bajo grado de asistencia. Dentro de los casos remitidos se encuentran 8 casos con blefaritis, 5 con conjuntivitis alérgica, desviación en sólo 3 de los casos y un problema en el proceso de acomodación. Se evidenció 1 caso con ptosis palpebral que fue remitido para ser retomado el control con Optometría y/u Ortóptica.

Juan Francisco Berbeo: Se han valorado un total de 168 estudiantes entre los ciclos 1 y 3, con edades entre 6 y los 11 años, se remitieron 60 casos con posibles patologías y/o alteraciones visuales. Como orzuelos, blefaritis y conjuntivitis alérgica. No se evidenciaron casos con alteraciones en la función motora.

#### 4.2.4.5 **Ámbito de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):**

Desde el Ámbito IPS se promueve la gestión en salud pública realizada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tanto de la red pública como de la privada que permita el posicionamiento y fortalecimiento de los procesos, estrategias, planes y proyectos, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población. Las acciones del ámbito se orientan al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, en tal sentido, se ha hecho un diagnóstico de la situación de las IPS objeto de intervención, con el fin de elaborar planes operativos en conjunto con las instituciones, que permitan el mejoramiento de las condiciones de la atención sanitaria en los centros asistenciales públicos y privados. La problemática distrital en salud pública, exige el fortalecimiento de los servicios que prestan las IPS, para responder efectivamente a las necesidades de la Infancia, Juventud, Adultos y Adultos Mayores en los territorios sociales.

Las líneas de intervención que desarrolla este ámbito son: Estrategias de promoción y protección de la salud materna e infantil, programa de detección y control de cáncer de cuello uterino, transmisibles, salud oral, salud mental, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, proyecto de atención integral a la gestante, programa de prevención, detección precoz y atención integral a personas con condiciones crónicas, estrategia de rehabilitación basada en comunidad – Instituciones amigas de la persona con discapacidad, humanización de los servicios de salud desde el enfoque de identidades de género y orientaciones sexuales y salud sexual y reproductiva.

- **Estrategia Promoción de la Salud Materna e Infantil AIEPI, IAMI, IAFI, ERA**

Las Estrategias Materno Infantiles IAMI-AIEPI-IAFI-ERA contemplan factores y prácticas promocionales y protectoras de la salud infantil, a la vez que orientan a nivel institucional, comunitario y familiar, sobre la forma de brindar la mejor atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, centrando la atención no sólo en la enfermedad actual sino en el niño y la niña como sujeto de derechos y su entorno familiar, con lo que busca contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población infantil de la ciudad. Dentro de las actividades desarrolladas se encuentran: La articulación con Red Norte de las estrategias para el plan de capacidades ciudadanas, con el curso clínico de AIEPI y Conversando con Madres, la unión con SaludCoop para capacitación y actividades en pro de la lactancia materna, visitas de entrenamiento, seguimiento y re inducción en las estrategias materno-infantiles y línea ERA en las UPAS de la localidad. Se obtuvo sensibilización del 85% de los funcionarios en lactancia materna y 76% capacitados en AIEPI.

- **Programa de prevención y detección de cáncer de cuello uterino**

El programa de Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino implementado en el Hospital Chapinero ha desarrollado una serie de procesos de gestión que ha permitido la continuidad en la consolidación y posicionamiento del programa. Por lo anterior, se continúa con la ejecución de actividades conjuntas con diferentes actores internos y externos, cuyo fin primordial es el de generar alianzas y compromisos que permitan fortalecer el desarrollo de procesos de planeación y gestión. A nivel interno se desarrolló con la Gerencia, la Subgerencia de Servicios de Salud, los coordinadores de las IPS y los componentes del Ámbito de IPS, con el fin de fortalecer los procesos de gestión y la construcción de estrategias para canalizar usuarias al programa y permitir su accesibilidad hacia los servicios de tamizaje; la coordinación del área de promoción y prevención y el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino trabajan articulados, pues dicho programa pertenece a esta línea de atención. Semanalmente se reporta la toma de citología vaginal por punto de atención y aseguramiento de la usuaria.

Durante el periodo de 31 de Julio al 14 de Agosto se llevó a cabo la Jornada Distrital de Toma de Citología Vaginal. En el Hospital de Chapinero se realizó la inauguración el día 31 de Julio en el CAMI

de 8 AM a 2 PM, con el fin de aumentar las coberturas como Hospital y aportar a la meta como ciudad, fue asignada una meta de 420 citologías para esta jornada. Se realizaron 369 citologías de las cuales 311 son población objeto para el programa, el cual nos da un cumplimiento del 74%. Con el ámbito comunitario y el programa de población en situación de prostitución, se realizó el proceso de sensibilización a esta población en la localidad de Chapinero y Barrios Unidos. Con el Ámbito Familiar se hace énfasis en la canalización por parte de los promotores de Salud a su Casa (SASC) de mujeres para toma de citología.

Dentro del proceso de articulación con los actores externos se ha mantenido la participación en la Red Norte de Cáncer de Cuello Uterino cuyas actividades iniciales se han enfocado en el restablecimiento de acciones para el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia que tiene actualmente con el Hospital de Engativá II Nivel, Hospital Suba II Nivel.

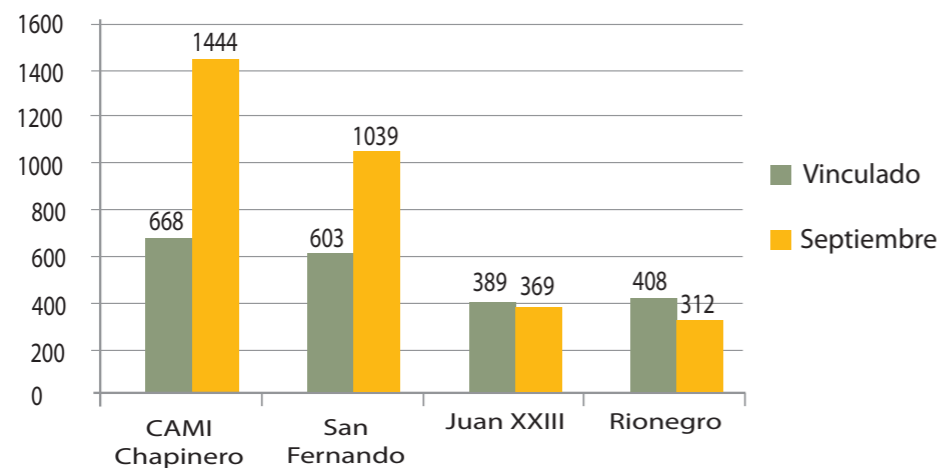
Dentro de los resultados de la intervención se destacan las jornadas de citologías dirigidas a las mujeres habitantes de Barrios Unidos, que sean población pobre, no asegurada y perteneciente al régimen subsidiado; éstas se toman mensualmente, los últimos viernes de cada mes. También se realizó el trabajo mensual con mujeres en situación de prostitución, articulado con la Secretaría de Integración Social, en temas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, resaltando la importancia de la toma periódica de la citología vaginal y autoexamen de mama.

Tabla 53. Consolidado Citologías Periodo de Enero a Septiembre de 2010 en Barrios Unidos, según Tipo de Afiliación.

Punto de atención	Vinculado	Subsidiado
CAMI Chapinero	668	1444
San Fernando	603	1039
Juan XXIII	389	369
Rionegro	408	312
<b>TOTAL</b>	<b>2068</b>	<b>3164</b>

Fuente: Ámbito IPS. 2010

Gráfico 30. Total de Citologías Realizadas de Enero a Septiembre de 2010 según Tipo de Afiliación



Fuente: Ámbito IPS. Informes trimestrales. 2010.

Se ha hecho seguimiento al 100% de usuarias con resultado anormal. La base de datos de las usuarias del programa de Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino es enviada mensualmente a Secretaría Distrital de Salud.

#### • Enfermedades Transmisibles

Un elemento de importancia a tener en cuenta, en lo relacionado con la articulación con otros programas, lo constituye, el que de manera mensual desarrolla el PDA de enfermedades transmisibles con el grupo de profesionales que lideran la intervención de salud sexual y reproductiva. Este trabajo acoplado, pretende la identificación de situaciones relacionadas con la asociación (co infección) Tuberculosis-VIH(Virus de Inmunodeficiencia Humana), evento que para las dos intervenciones, genera una serie de actuaciones enfocadas a las personas que están en esta condición y que desde enfermedades transmisibles implica el monitoreo riguroso del paciente, no sólo con el trabajo articulado con la IPS responsable de él, sino también con las visitas domiciliarias, que como consecuencia se generan.

Dentro de las actividades desarrolladas se destacan: La actualización de la base de datos de Tuberculosis, la asesoría técnica y capacitación a IPS, insistiendo en captación de sintomáticos respiratorios, las visitas domiciliarias de los pacientes diagnosticados con Tuberculosis que residen en Barrios Unidos, con el fin de: identificar reacciones adversas al tratamiento, educar al paciente y a su familia en circunstancias propias de la enfermedad y de su tratamiento, aclarar dudas e inquietudes, reforzar el auto cuidado como elemento fundamental en la mejoría de esta problemática, potencializar la participación de las comunidades y de los ciudadanos en general, con fundamento en la identificación del sintomático respiratorio. De manera concomitante a esta actuación, es fundamental dar a conocer que las visitas que desarrolla el PDA a este tipo de usuarios; en este momento se cuenta con una base de datos actualizada, la que permite que tales actuaciones estén más organizadas y en consecuencia las visitas se realicen con una mayor aproximación a la secuencia establecida en los lineamientos, esto es, al 2º, 6º y 12 mes de tratamiento. Conversatorios, que sobre el tema de la Tuberculosis realiza el referente de la ESE, mensualmente para pacientes y familia y reuniones con las asociaciones de usuarios y los COPACOS.

#### • Salud Oral

El proyecto de desarrollo de autonomía de Salud Oral en el Ámbito IPS, se propone fortalecer la calidad y calidez de los servicios de salud oral, a través de un conjunto de acciones que contribuyen a la atención integral que se debe brindar a todo usuario que demanden la atención en las instituciones de salud con un enfoque promocional y preventivo que responda a las necesidades y expectativas de la comunidad con calidad y calidez. La implementación de este proyecto fortalece la conformación de patrones culturales favorables a la salud, aportando a la garantía del ejercicio de derechos y deberes en salud oral a los individuos y sus colectivos cercanos. Con un enfoque promocional y preventivo dando respuesta a las necesidades y expectativas de la comunidad, donde interactúan diferentes actores.

Dentro de las actividades realizadas se encuentran: la asistencia técnica y capacitación en cirugía básica oral a los odontólogos de la ESE, acompañamiento y evaluación a higienistas orales y la aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios del servicio.

#### • Salud Mental

La intervención del PDA de salud Mental se plantea como un proceso continuo que busca lograr el posicionamiento de la Salud Mental en las IPS tanto de la red pública como del sector privado, enfocado en la promoción y oferta de servicios en salud mental y la prevención de los eventos que afectan la salud mental, todo esto con el propósito de lograr el mejoramiento en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios.

- **Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SAAJ)**

Un servicio de salud amigable constituye una “forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud”. Esta dinámica orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población adolescente y joven, promoviendo su vinculación, participación y alternativas novedosas, adaptadas a su realidad para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. Por tal razón desde la intervención, que hace parte del ámbito de vida cotidiana IPS, se busca apoyar la gestión y el fortalecimiento del proceso de diseño e implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en las cuatro subredes, propiciando el fomento de la calidad, la calidez, la eficiencia de los servicios y el trabajo en red para impactar positivamente las condiciones de salud de la población juvenil. Como parte de los objetivos de la intervención, apoyamos la gestión y el fortalecimiento del proceso de diseño e implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en los cuatro hospitales de la subred Norte propiciando el fomento de la calidad, la calidez, la eficiencia de los servicios y el trabajo en red para impactar positivamente las condiciones de salud de la población juvenil.

Se realizó implementación del modelo SSAAJ, en la UPA Rionegro en la modalidad de consulta diferenciada el día 25 de Agosto, la población sujeto fueron los estudiantes de I.E.D Domingo Faustino Sarmiento. A través del ámbito escolar con su estrategia Salud al Colegio se socializan los objetivos y ventajas de los SAAJ. (Ver Tabla 54)

La población sujeto fueron los estudiantes del grado 8° y 11° de la Institución Educativa Distrital Domingo Faustino Sarmiento. Se desarrollaron actividades tales como educación y asesoría en planificación familiar, Derechos sexuales y Reproductivos, educación en salud oral, importancia del auto cuidado, proyecto de vida, Identidad y diversidad de género por medio de actividades lúdico recreativas, así como divulgación del video de amor propio, promoción de portafolio de servicios para la población de 10-26 años de edad capitada con el Hospital Chapinero. Para la ejecución de dicha actividad se venía trabajando en un comité integrado por los ámbitos antes mencionados desde el mes de mayo.

Tabla 54. Registro de Instituciones Educativas Intervenidas en SAAJ- Barrios Unidos

Territorio	Institución	Población Cubierta
2	República de Panamá	179
2	Tomás Carrasquilla	109
2	Rafael Bernal	303
3	J. F. Berbeo	118
3	Eduardo Carranza	61
3	Alemania Solidaria	128
3	Domingo Faustino Sarmiento	122
<b>Total de personas</b>		<b>1020</b>

Fuente: Informe Ámbito IPS. 2010.

- **Proyecto único de atención integral a la gestante y sistema único de identificación e información**

Para la realización de las actividades del proyecto es necesario realizar una revisión periódica de las bases de datos de gestantes inscritas a controles prenatales en los meses del periodo Julio – Septiembre 2010. A estas gestantes se les realizó una visita de captación y valoración de riesgo Psicosocial a fin de dar una atención integral a las gestantes que tienen sus controles prenatales en el Hospital Chapinero.

Para el periodo Julio - Septiembre de 2010 se contó con la logística, los insumos requeridos y el apoyo de otras intervenciones, esto con el fin de brindar una atención integral a la gestante con riesgo psicosocial dando cubrimiento a las gestantes identificadas en micro territorios, logrando captar un número total de 78 gestantes clasificadas con alto riesgo psicosocial.

En el periodo Julio – Septiembre de 2010, se identificó y canalizó a las diferentes intervenciones del PIC a 78 gestantes con riesgo biopsicosocial a fin de fortalecer su red de apoyo familiar.

Desde el mes de julio de 2010 se continuó con las 8 categorías identificadas desde el 2009 para la clasificación del riesgo que no solamente permite identificar el origen y causalidad del riesgo sino priorizar y reorganizar el accionar del hospital frente a la prevención del riesgo y fomentar acciones promocionales en la población de mujeres con un enfoque de la promoción de la salud preconcepcional.

**Riesgo Psicosocial:**

Del total de gestantes identificadas en el periodo Julio – Septiembre de 2010 (78), el 100% (78) presenta riesgo psicosocial adicional al riesgo materno, agudizando así el riesgo inminente de enfermar o complicar su gestación actual, a continuación se presentan los hallazgos. (Ver Tabla 55)

Tabla 55. Riesgo Psicosocial.

RIESGO PSICOSOCIAL PRINCIPAL		
RIESGO	No DE GAR	%
DEPENDENCIA ECONOMICA	74	94.8
TENCION EMOCIONAL	60	76.92
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	1	0

Fuente: Base de datos gestantes. Hospital Chapinero. 2010.

De las gestantes con riesgo Psicosocial identificadas (74), el 94.8% refiere ser dependiente económicamente de un familiar, el 76.92% (60) presentaron signos de tensión emocional durante la visita inicial y el 0.7% (1) manifestó que se encuentra en riesgo porque en su familia hay episodios de violencia intrafamiliar. La captación de las gestantes para la valoración de riesgo psicosocial permite además, identificar la relación que existe entre el padre del bebé y la gestante. (Ver Tabla 56)

Tabla 56. Relación entre los Padres.

RELACIÓN ENTRE LOS PADRES		
TIPO DE RELACIÓN	NÚMERO	%
NOVIO	32	41
ESPOSO	15	19.23
NO RESPONDE	20	25.6
AMIGO	11	14.10
TOTAL	78	100,0

Fuente: Base de datos gestantes proyecto. Hospital Chapinero. 2010.

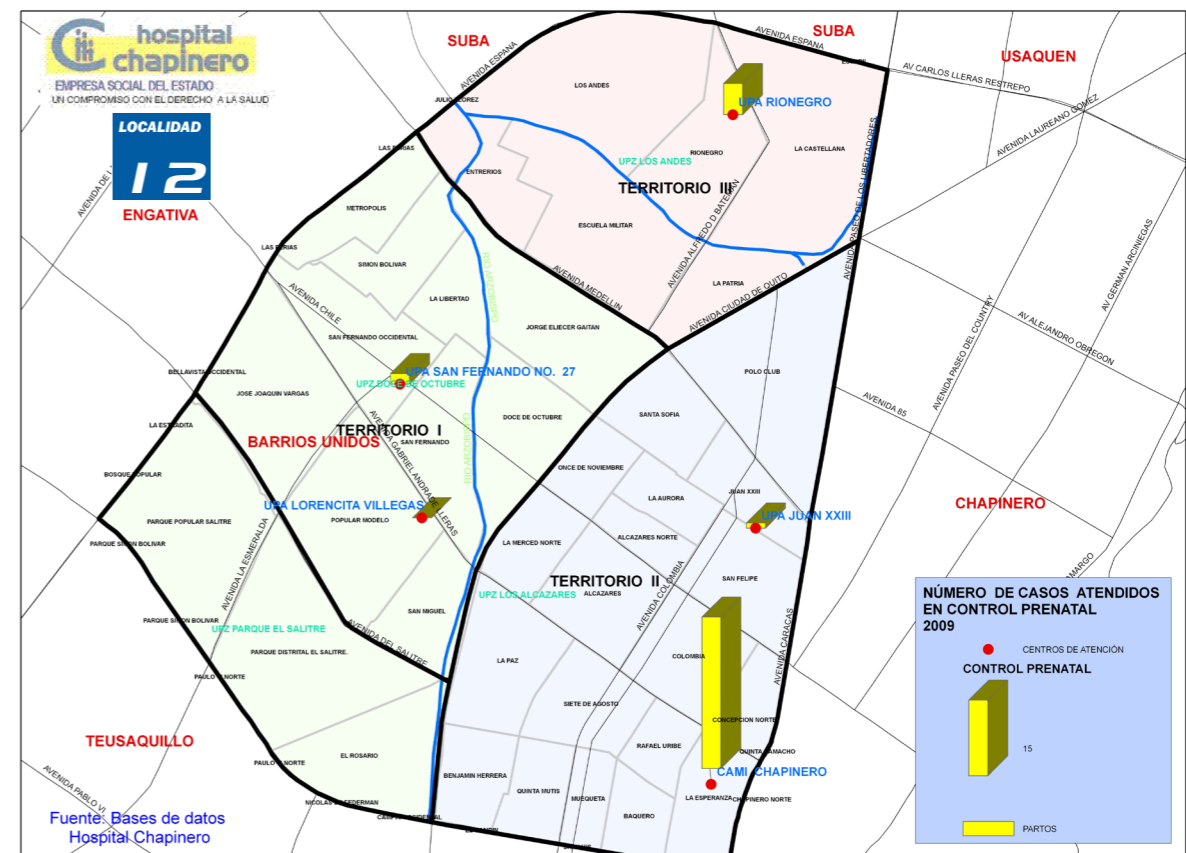
Se evidencia un alto porcentaje de madres solteras de un 81%, donde sólo un 19% de las gestantes identificadas cuenta con una red de apoyo de pareja fortalecida. A continuación se presenta el mapa con el número de casos atendidos por centro de atención en la localidad. (Ver Mapa 24)

• **Programa de prevención, detección precoz y atención integral a personas con condiciones crónicas**

Las metas se dirigieron a realizar asesoría, seguimiento y evaluación del programa al 100% de los puntos de atención de la ESE Chapinero; y a realizar asesoría y seguimiento de la actividad al 100% de los funcionarios asistenciales de la ESE Chapinero: Enfermeros, Auxiliares de Enfermería y Médicos asistenciales. El proceso de articulación PDA Crónicas se ha venido desarrollando a través de la articulación y fortalecimiento de alianzas colaborativas con los diferentes ámbitos, PDA y Transversalidades que conforman el PIC. Se realizaron las visitas de seguimiento mensual a cada punto de atención del Hospital Chapinero, se ha encontrado una adecuada capacidad de respuesta de los servicios de salud. En estas visitas de asistencia técnica se hizo la revisión del seguimiento a usuarios en condición crónica, con diagnósticos de Diabetes e Hipertensión Arterial. Se recalca la demanda inducida hacia este programa por parte de los médicos y auxiliares del Programa de Crónicos, para generar un posicionamiento político, dándole la importancia que tiene tanto para la institución como para sus usuarios y así cumplir con los objetivos del programa.

La consulta de control de crónicos con diagnóstico de HTA y Diabetes, respectivamente, mantiene su mayoría en el CAMI Chapinero, como se ha expresado en otros informes, este punto de atención se encuentra ubicado en una zona urbana con alta concurrencia de trabajadores informales, población habitante de calle y vendedores ambulantes, población que en términos de aseguramiento tiene asignado al Hospital Chapinero como IPS de Primer Nivel de atención, además en este punto se encuentra ubicada la Atención en Urgencias lo cual convoca un alto número de usuarios que presentan una complicación de su condición crónica.

Mapa 24: Gestantes atendidas en control prenatal en el Hospital Chapinero por punto de atención. 2009.



Fuente: Base cartográfica DADP. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

El 16.4% de los asistentes a la consulta de control también participan del Taller de Crónicos, estos usuarios reciben la convocatoria principalmente por parte del médico, pues el seguimiento telefónico se prioriza en los usuarios que no asisten al control, y dentro de este seguimiento se incluye la convocatoria al Taller semanal de Crónicos, lo que se ve representado en el 2.4% de los usuarios que asisten al Taller pero no son constantes en sus consultas de control. La proporción de inasistencia es mayor por parte de los usuarios vinculados, sin embargo, de acuerdo con el total de éstos la proporción de inasistentes a consulta corresponde al 39.7%, mientras que en el caso de los afiliados al régimen contributivo la proporción de inasistencias fue de 35.1% durante el período analizado; con estas cifras se concluye que la diferencia de inasistencia por aseguramiento no es considerable, 4,6 puntos.

Dentro de los motivos de inasistencia más comunes entre los usuarios consultados, el olvido es la causa más frecuente, esto puede estar relacionado con la oportunidad de las citas ya que, según las encuestas de satisfacción al usuario en condición crónica, las citas se programan para un promedio de tres semanas posteriores a la solicitud, teniendo en cuenta que la mayoría de usuarios asisten a las IPS CAMI Chapinero y UPA San Fernando. Siguiendo, se encuentra como segunda causa de inasistencia a consulta la falta de dinero para llegar al punto de atención, pues algunos usuarios cambian constantemente de domicilio pero su punto de referencia en cuanto a servicios de salud es esencialmente el CAMI Chapinero, lo que implica gastos de traslado hacia dicho punto.

En tercer lugar se encuentra la ausencia de un acompañante considerando que estos usuarios en su mayoría pertenecen a la etapa de Persona Mayor, y por su condición crónica y de vulnerabilidad a los accidentes, requieren de un cuidador. En muchos casos, el cuidador es una persona más joven que no dispone del tiempo para cumplir con las citas de los usuarios y por consiguiente hace que ésta se pierda. A continuación se presenta el mapa de la distribución de condiciones crónicas en la localidad. (Ver Mapa 25)

- **Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –Instituciones amigas de la discapacidad**

El objetivo es la intervención en las IPS privadas asesoradas y al interior de la E.S.E para promover la aplicación del principio de la igualdad de oportunidades, la integración social, gestionando procesos de cambio dentro de las IPS que permitan la optimización en la atención, la unificación de conceptos sobre discapacidad, programas y proyectos que mejoren la atención y la satisfacción plena en la misma a personas en condición de discapacidad y su familia.

**Dentro de sus acciones se encuentran:**

El fortalecimiento de la estrategia de IPS amigas de la persona con discapacidad y su familia, sensibilizando sobre la discapacidad y la importancia de brindar a la persona con discapacidad la formación, información acorde a sus necesidades y teniendo en cuenta una atención diferenciada, con la identificación de rutas de acceso y barreras.

El manejo de la sexualidad en poblaciones con discapacidad, abordaje de sexualidad con la familia.

Articulación con el programa de crónicos, mensualmente se realizan reuniones, para mejorar la calidad en la atención y en la prevención de limitaciones evitables para esta población.

Las IPS amigas de las personas con discapacidad en Barrios Unidos son: Hospital Infantil Universitario de San José y la Clínica Materno-infantil.

- **Humanización de los servicios de salud desde el enfoque de identidades de género y orientaciones sexuales**

Esta intervención, para poder generar condiciones de coordinación y respuesta efectiva que garantice el derecho a la salud plena a las personas LGBT, está planteada a través de acciones que se organizan en Red de servicios IPS: Red Norte, la cual se encuentra a cargo de la ESE Chapinero; Red Sur con la ESE Hospital del Sur, Red Centro Occidente con el Hospital centro Oriente, y la Red Sur Occidente a través de la ESE Vista Hermosa. Para el caso de Red Norte, la ESE Chapinero, tiene a su cargo el acompañamiento de una profesional de las Ciencias Sociales que actúa como Referente para incorporar el enfoque de Identidades de Género y Orientaciones Sexuales, en los ámbitos IPS, de los hospitales de Engativá, Suba, Usaquén y Chapinero.

En el Hospital Chapinero, existen tres referentes para el componente de identidades de género y orientaciones sexuales, la asistencia a los ámbitos y reuniones dentro de la ESE, se realizan por parte de gestión local, debido a acuerdos contemplados con dichas referentes, esto con el fin de posicionar el tema en los demás hospitales donde no existen referentes. Al interior del ámbito IPS se realizaron diversas actividades que permiten la incorporación del enfoque diferencial y la importancia de tener en cuenta la identificación de la población LGBT en las intervenciones y el uso de un lenguaje incluyente.

En este escenario también se participa de las Unidades de Análisis por Etapa de Ciclo Poblacional y Territorial, y en algunas ocasiones del Proyecto UEL dirigido a la población Transexual en ejercicio de prostitución de la Alcaldía Local de Chapinero. Las ULG que tiene que ver con el ámbito IPS, reuniones PIC, COVE y reuniones con las referentes de género para llevar a cabo acciones conjuntas. Como estrategia general de trabajo para todos los Hospitales de la Red Norte, se asiste y participa de las mesas de sexualidad de cada una de las localidades, así se realizan acciones con la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Identificación de barreras de acceso de población LGBTI frente al Derecho a la Salud desde el Ámbito IPS: Esta se realizó con el fin de avanzar en el reconocimiento de las barreras existente en el sector salud, frente a la atención diferencial a la población lesbiana, gay, bisexuales, transgeneristas, e intersexual (LGBTI). Es necesario reconocer el enfoque de identidades de género y orientaciones sexuales, como la base conceptual y metodológica de esta intervención, pues este enfoque surgió, ante la demanda por las formas en que se vulneran los derechos de las personas, por efecto de sus identidades de género o sus orientaciones sexuales y la necesidad de generar respuestas específicas que protejan, garanticen, restituyan y eviten la vulneración de los mismos. Desde este enfoque, además, se considera que en la pluralidad de las sexualidades y los géneros se encuentra el potencial de expresión, creatividad y de las personas, las sociedades y las culturas. Se trata entonces de hacer una mirada a la sexualidad como derecho, como espacio de realización y parte del ejercicio de la ciudadanía.<sup>238</sup>

- **Salud sexual y reproductiva:**

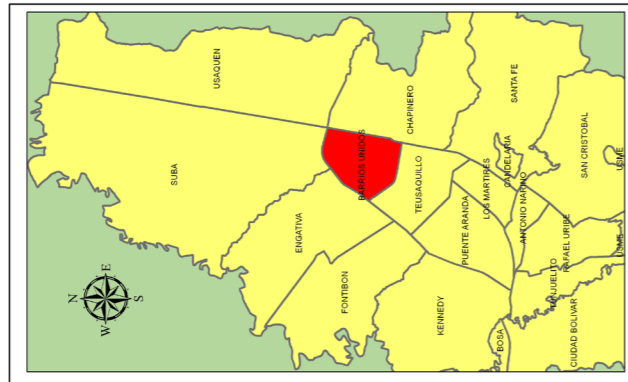
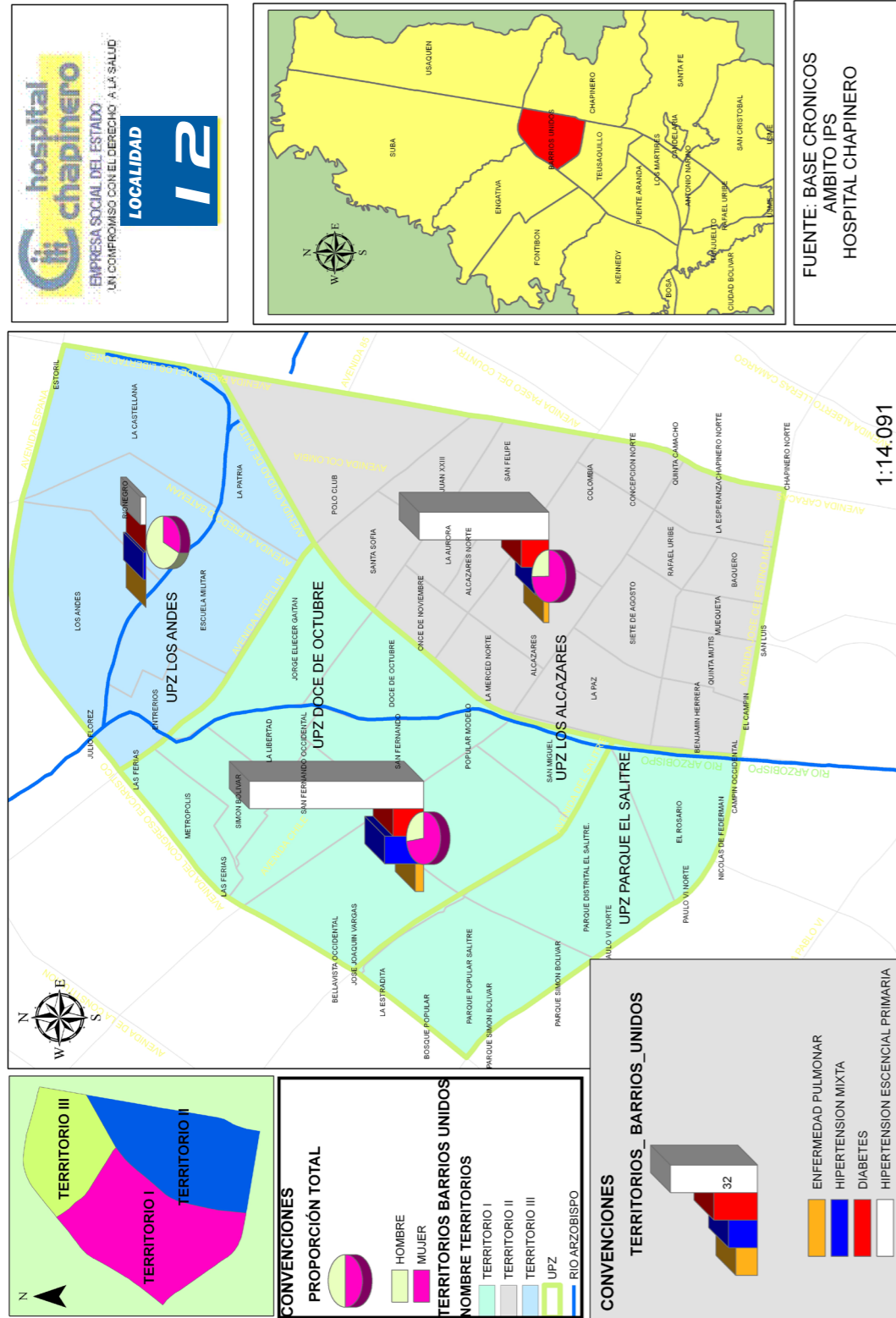
La gestión de programas de salud sexual y reproductiva en el ámbito IPS se define como el conjunto de acciones integradas en Empresas Sociales del Estado, es lo que dicta el lineamiento de la SDS; pretendiendo así, que este componente conciba cambios sociales tales como la generación de nuevos conocimientos y se pueda precisar respuestas para lograr una transformación social en cuanto a procesos de organización y comprensión general. Visto desde este punto y cumpliendo con los lineamientos:

- Se coordinó con P y P el seguimiento en salud a usuarios con presencia de ITS.
- Se realizó proceso de articulación con la Red Social Materno Infantil de Gestión local para coordinar acciones de la Mesa de Sexualidad y Género en donde anteriormente se había definido la participación del PDA de SSR en este espacio, la cual consiste inicialmente en el presentar a la mesa informes estadísticos de estado respecto de ITS, SIP, partos en adolescentes y la guía de atención de sífilis gestacional elaborada por SDS.
- Se participó en reunión de auditoría de la SDS y se elaboró Plan de Mejoramiento según lo sugirió SDS. Se fortalecieron las diferentes intervenciones del PIC, la canalización oportuna a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en todos los puntos de atención de la ESE Hospital Chapinero.

<sup>238</sup> Retroalimentado de la cartilla por una ciudad de derechos, Secretaría Distrital de Planeación, 2008.



Mapa 25: Distribución Crónicas en Barrios Unidos. 2009.



FUENTE: BASE CRONICOS  
AMBITO IPS  
HOSPITAL CHAPINERO

Fuente: Base cartográfica DADP. 2003. Georreferenciación de bases de datos. Hospital Chapinero. 2010.

Por otro lado se articuló con el referente de población en situación de prostitución, la realización de los talleres dirigidos a la población en mención, capacitándolos en el manejo, uso y cuidado del preservativo, así como en infecciones de transmisión sexual, de acuerdo a articulación con SSR. Por otro lado se fortaleció con las diferentes intervenciones del PIC la canalización oportuna a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en todos los puntos de atención de la ESE Hospital Chapinero.

Respecto a la participación en la Red Distrital de VIH, se llevó a cabo la asistencia y participación en este espacio; aquí en los diferentes grupos de trabajo o subcomités se apoyó el proceso de desarrollo de la Red de VIH. El Hospital Chapinero actualmente hace parte del subcomité académico, el cual hizo un estudio sobre la cantidad de colaboradores de las ESE que tienen seminario, curso, taller, especialización en VIH, con el fin de aclarar dudas acerca de los conocimientos que existen en VIH, su prueba y su manejo. Se presentan los primeros resultados frente a la Red Distrital de VIH.

En el proyecto de Habitantes de Calle, se articuló con el referente respectivo acerca de la temática de regulación de la fecundidad, prevención de ITS, de la mortalidad materna perinatal y la salud sexual. También, se hizo entrega de condones UNFPA para su distribución gratuita a la población en situación de prostitución, previo taller de postura, manejo, uso, prevención de ITS y/o derechos sexuales y reproductivos y a cargo del referente de población en situación de prostitución.

En los diferentes espacios visualizados se generan alianzas estratégicas que permitan apuntar y trabajar por el cumplimiento de las metas del Plan Nacional y Distrital de Salud en SSR. Dichos espacios fueron el NODO, las ULG, el Comité institucional materno perinatal, la reunión de subred norte, entre otros.

Respecto al diligenciamiento de la matriz de seguimiento a ITS/VIH, ésta se ha desarrollado de forma oportuna y sin contratiempos y el informe respectivo se ha entregado vía correo electrónico en los plazos asignados para esta tarea.

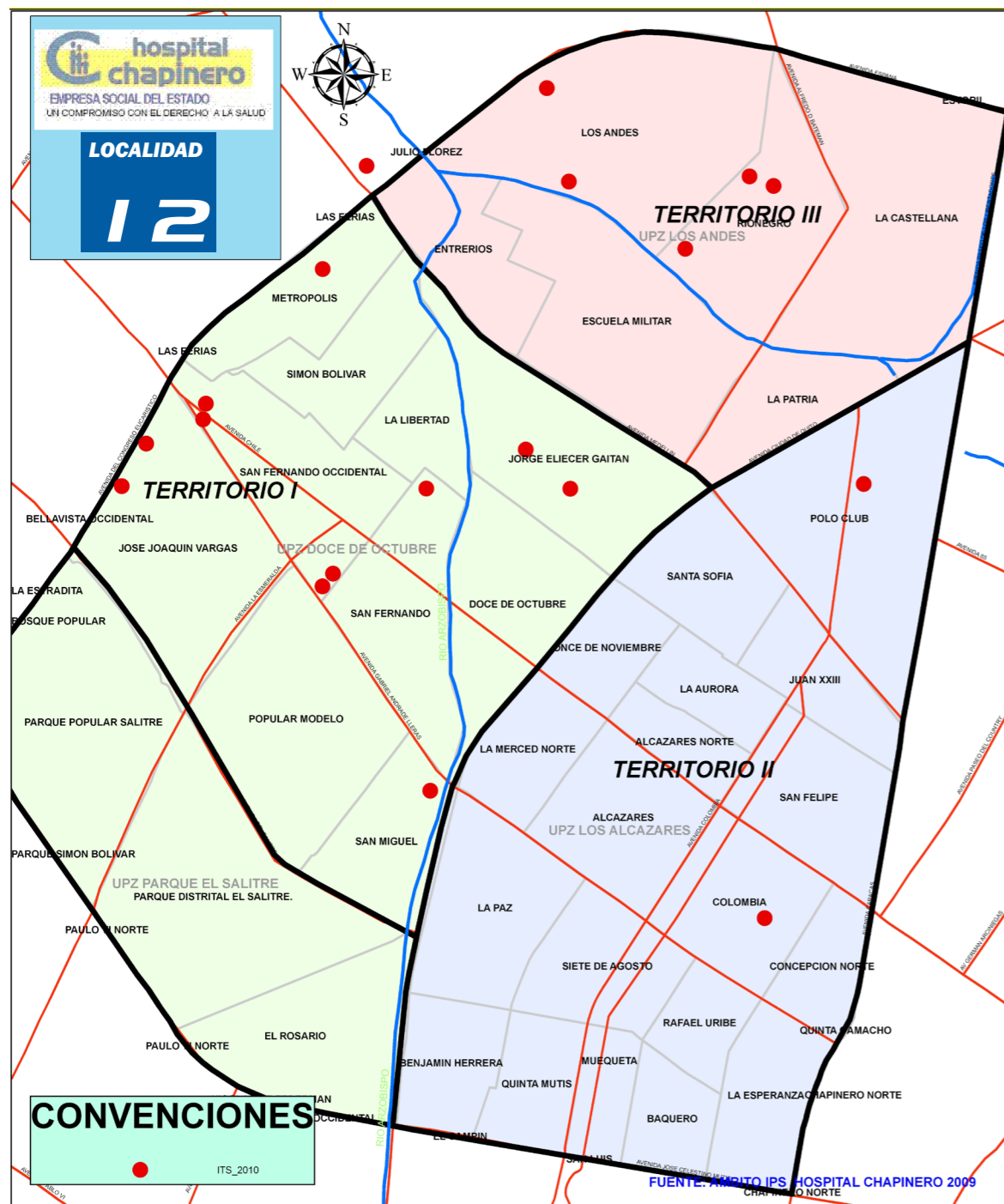
VIH Gestantes: La prueba (pre test, tamizaje y post) se ha garantizado a todas las gestantes que por Seguridad Social deben ser atendidas por el Hospital Chapinero, hasta el momento no se cuenta con usuarias positivas para esta infección.

Hipotiroidismo congénito: A todos los recién nacidos en CAMI Chapinero se les garantiza la toma de la prueba, el reporte de este evento ha sido negativo

ESTRATEGIA INTEGRAL: Se reportó a SDS los indicadores INTEGRAL, al igual que la presentación de los avances del modelo en la ESE.

Adicionalmente, el PDA de Salud Sexual y Reproductiva desarrolla procesos de capacitación en relación a las necesidades de conocimientos en el personal asistencial de los servicios de salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta lo evidenciado durante la vigencia 2009, así como las nuevas guías impartidas desde el nivel central (Guías de Atención Materna, SDS - 2010). De manera permanente el PDA de SSR educa en manejo, uso, postura adecuada, precauciones, doble protección respecto de preservativos o condones y se hace entrega gratuita de los mismos a los actores institucionales que así lo soliciten, previa educación en SSR. En este sentido el referente de Población en Situación de Prostitución ha hecho la solicitud y entrega de más de 576 unidades de condones UNFPA incluyendo en dicho número los preservativos que ha utilizado para la educación respectiva. A continuación se presenta el mapa con la distribución de casos de ITS en la localidad. (Ver Mapa 26)

Mapa 26: Distribución ITS en la Localidad. Primer Trimestre. 2010.



Fuente: Base cartográfica DAP. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE 2010.

#### 4.2.4.6 *Ámbito Laboral-Salud al Trabajo.*

El Programa Salud al Trabajo aporta al mejoramiento de la calidad de vida de los y las trabajadoras del Distrito, controlando los determinantes intermedios (condiciones de trabajo riesgosas, hábitos de trabajo inseguros, desconocimiento de las prácticas seguras de trabajo, entre otros) de la salud de los trabajadores. Además favorece el ejercicio de la ciudadanía y los procesos de organización de los y las trabajadores para la exigibilidad de los derechos anexos al trabajo y la búsqueda de alternativas conjuntas que favorezcan los niveles de productividad de sus actividades económicas. Este proyecto, tiene dos campos de acción: uno en el nivel distrital, que recoge las actividades que de manera intersectorial se adelanten con otros actores y sectores del sistema y buscan respuestas integrales a las necesidades identificadas en la población trabajadora del Distrito; y, otro en el nivel local, el cual opera a través de las ESE en el Ámbito Laboral desde donde se desarrollan una serie de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud y trabajo de la población trabajadora tanto formal como informal de la localidad. Para el despliegue de sus intervenciones el ámbito está organizado en dos componentes: la *promoción de entornos saludables en lugares de trabajo* y la *restitución de derechos*.

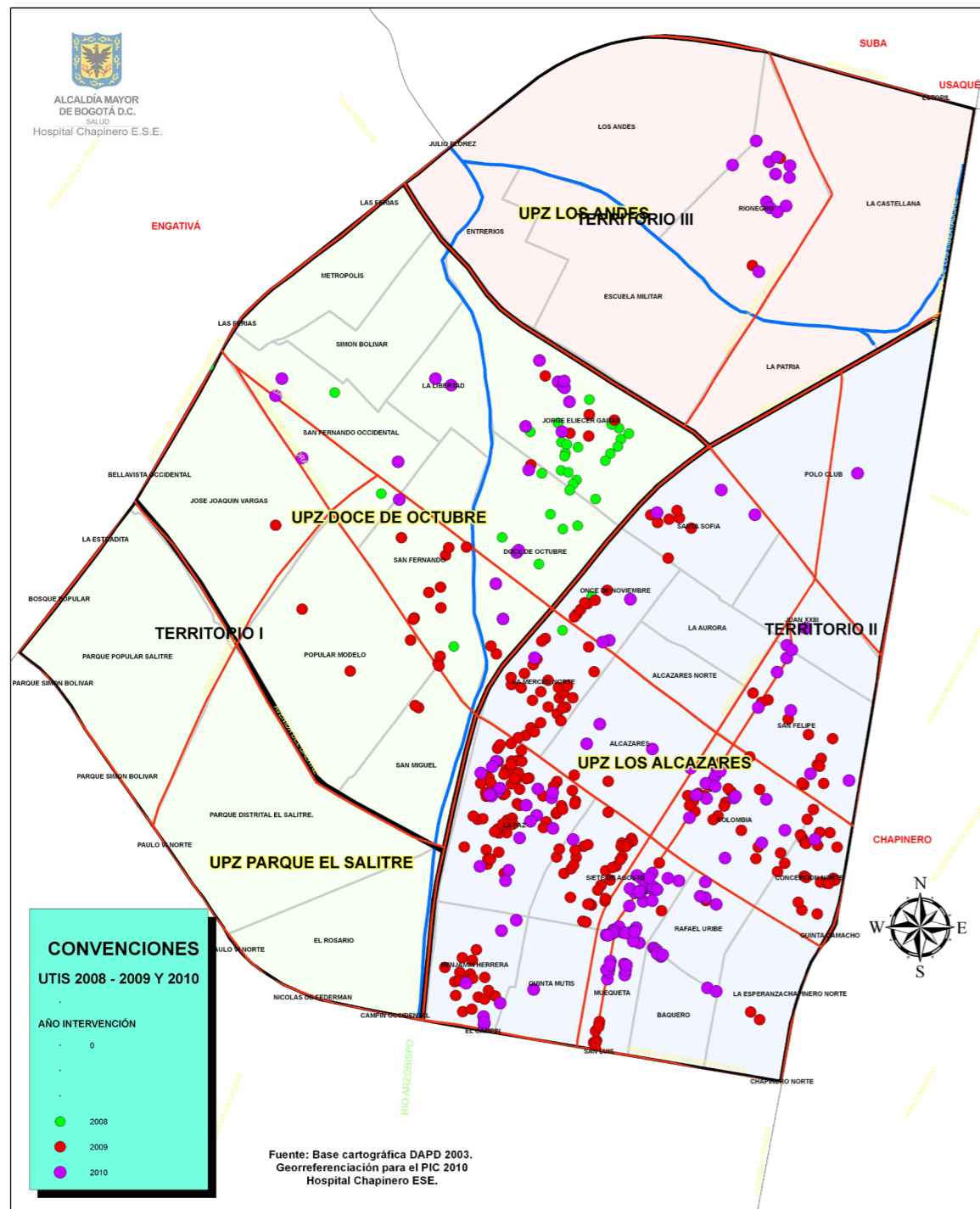
#### • **COMPONENTE DE PROMOCION DE ENTORNOS SALUDABLES EN LUGARES DE TRABAJO**

Dentro del componente de *promoción de entornos saludables en lugares de trabajo* se diagnostican las condiciones de salud y trabajo y se implementan estrategias de formación (asesorías técnicas y capacitaciones), adopción de medidas preventivas y correctivas para reducir los índices de accidentalidad laboral y de enfermedades ocupacionales en Unidades de Trabajo Informal distribuidas en los tres territorios de la localidad.

Entornos de trabajo saludables en Unidades de Trabajo Informal (UTI):

Durante el 2010 se realizó la intervención a 171 Unidades de Trabajo Informal, distribuidas de la siguiente forma: 40 marroquinerías ubicadas en el barrio Siete de Agosto, 44 expendios de carne en los barrios 7 de Agosto, 12 de Octubre, Gaitán, y Rionegro y 87 montallantas de Alcázares, Andes y San Fernando. A continuación se presenta el mapa de la distribución espacial de las UTIS en la localidad. (Ver Mapa 27)

Mapa 27: Distribución Espacial de UTIs Intervenido en Barrios Unidos. 2010.



Fuente: Base cartográfica DAPD. 2003. Georreferenciación de bases de datos Hospital Chapinero ESE. 2010.

**Intervención en plazas de mercado:**

En las plazas de mercado, Siete de Agosto y Doce de Octubre, se asesoró en el diseño y la implementación del Plan de Emergencias y en capacitación en Brigadas Contra Incendio.

**Formación de líderes en salud y trabajo por actividad económica:**

Según los lineamientos establecidos en “Salud al trabajo 2010”, se deben tener tres propósitos: Contribuir a la configuración de un escenario común para compartir experiencias y problemas frente los determinantes de la calidad de vida de los y las trabajadoras por sector económico y de acuerdo a las dinámicas propias de la localidad. En segundo lugar, asumir una postura colectiva ante una problemática, para el desarrollo posterior de la estrategia de gestión. Como parte de este propósito, los líderes deben identificar un representante dentro del grupo, que tenga la posibilidad de asistirlos en los diferentes espacios de toma de decisiones en la localidad (mesa territorial de calidad de vida y salud, red local de salud y trabajo, COPACOS, entre otros). Y en tercer lugar, el taller es un dispositivo que aporta en la comprensión de las relaciones entre salud y trabajo y desde allí posibilita herramientas específicas para mejorar las condiciones de salud en el trabajo y en general los determinantes que afectan la calidad de vida.

**COMPONENTE RESTITUCION DE DERECHOS**

En el componente de *restitución de derechos* se desarrollaron las intervenciones de discapacidad y trabajo infantil. Frente a la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad se realizó asesoría a empresas formales para promover la inclusión de esta población, por medio de talleres y jornadas informativas sobre normatividad y políticas vigentes en el tema, además de abordar aspectos de responsabilidad social con las directivas de estas empresas. Así mismo se evalúan los puestos de trabajo según perfiles de esta población identificados.

Por otra parte en la intervención de trabajo infantil las acciones están encaminadas, por una parte a la prevención de la explotación laboral y vinculación a peores formas de trabajo, y por otra a la caracterización de la población trabajadora infantil, con el fin de lograr su desvinculación laboral, y a través de la intervención de trabajo protegido se buscan mejorar las condiciones laborales del menor. Se cuenta además con la acción intersectorial a través del trabajo y la gestión de la Mesa de erradicación del trabajo infantil de Barrios Unidos, vinculando sectores como la SLIS, la DILE, el Hospital Chapinero, Centros Amar y la Casa del Menor Trabajador, entre otros actores, que desarrollan acciones con esta población.

Promoción y preservación de la autonomía en trabajadores informales con discapacidad por medio de la información en derechos y el fortalecimiento de la participación y organización social:

Identificación y caracterización de 12 trabajadores con discapacidad en cuanto a nivel educativo, aseguramiento, tipo de discapacidad y socialización de la Política Pública de Discapacidad. Se dan a conocer las redes sociales de apoyo.

Prevención de la discapacidad por eventos relacionados con el trabajo en población trabajadora informal:

El grupo de discapacidad del Ámbito Laboral concertó con los referentes de las UTIS, el grupo ocupacional con mayor prioridad para realizar la intervención de prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo en la población trabajadora informal, para buscar una sensibilización en los temas de discapacidad, Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, hábitos de vida saludable y comunicación inclusiva, buscando favorecer un entorno laboral adecuado que permita mejorar los determinantes que inciden en la relación salud enfermedad, desde el punto de vista de la prevención para así generar conciencia y construcción conjunta de alternativas que minimicen la probabilidad de sufrir limitaciones.

**Asesoría a empresas para la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector formal:**

Se sensibilizaron 18 empresas para la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad, logrando la motivación de los empresarios para tener en cuenta a estas personas, generando mayores oportunidades de inclusión.

**Generación de condiciones de trabajo protegido para jóvenes entre 15 y 18 años trabajadores:**

Se desarrolla en tres fases: diagnóstico de condiciones de salud y trabajo; sensibilización al empleador o acudiente para generación de condiciones de trabajo protegido o desvinculación, según caso y la tercera de seguimiento.

Caracterización: El proceso de identificación, caracterización, canalización y atención, se realizó con 15 jóvenes trabajadores (3 mujeres, 12 hombres), a través de búsqueda activa en espacios distintos a la escuela y en las UTIS (Unidades de Trabajo Informal) intervenidas por la ESE Hospital Chapinero.

**Caracterización, canalización, atención y seguimiento de niños, niñas trabajadores:**

Durante el trimestre Julio–Septiembre de 2010, se da por terminado el proceso de identificación, caracterización y canalización de 147 niños y niñas trabajadores (NNT) y se establece el primer contacto con los padres, madres y/o cuidadores, a través de las intervenciones familiares con el propósito de sensibilizar en la prevención del trabajo infantil de los niños y niñas pertenecientes a la localidad de Barrios Unidos, y así lograr la desvinculación efectiva de las actividades económicas y la restitución de las condiciones de salud, educación y tiempo libre.

Actividades realizadas: Orientación hacia las acciones apropiadas en la formación de los hijos, enmarcadas en el abordaje de las pautas de crianza. Acuerdos con los padres para la asistencia y permanencia en la institución educativa y participación en espacios de formación diferentes donde desarrollen sus capacidades y aptitudes. Se registran 19 documentos de recepción a la canalización efectiva a programas y servicios de Promoción y Prevención. Por parte de la especialista se realiza seguimiento en la localidad y sensibilización al padre del niño o niña para su desvinculación e intervención sobre temas como hábitos saludables (sueño y descanso, alimentación, higiene personal, ejercicio, importancia de los controles médicos), condiciones de salud en el trabajo, factores de riesgo.

**Peores formas de trabajo infantil:**

Se observan principalmente en plazas de mercado, debido a los riesgos por posturas y esfuerzos en la realización de la tarea. La mendicidad, considerada un delito desde la Ley de Infancia y Adolescencia del 2006, pero débilmente incluida en el convenio 182 y la resolución 1677 del 2008, ha permitido interpretaciones que la dejan fuera de las PFTI. Fue priorizada este año por la Mesa de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil de esta localidad, en la conmemoración del Día Internacional en contra del trabajo infantil, a pesar de ello, es lamentable la baja respuesta institucional en casos crónicos, en familias con bajo nivel socioeconómico y en población indígena.

Fortaleciendo vínculos y proyectando futuro: Tiene como objetivo la promoción de la salud mental en el Ámbito Laboral y la prevención de la vinculación a peores formas de trabajo infantil con niños, niñas y adolescentes trabajadores escolarizados y desescolarizados.

**4.2.4.7 Ámbito Institucional. Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada (IPCAE)**

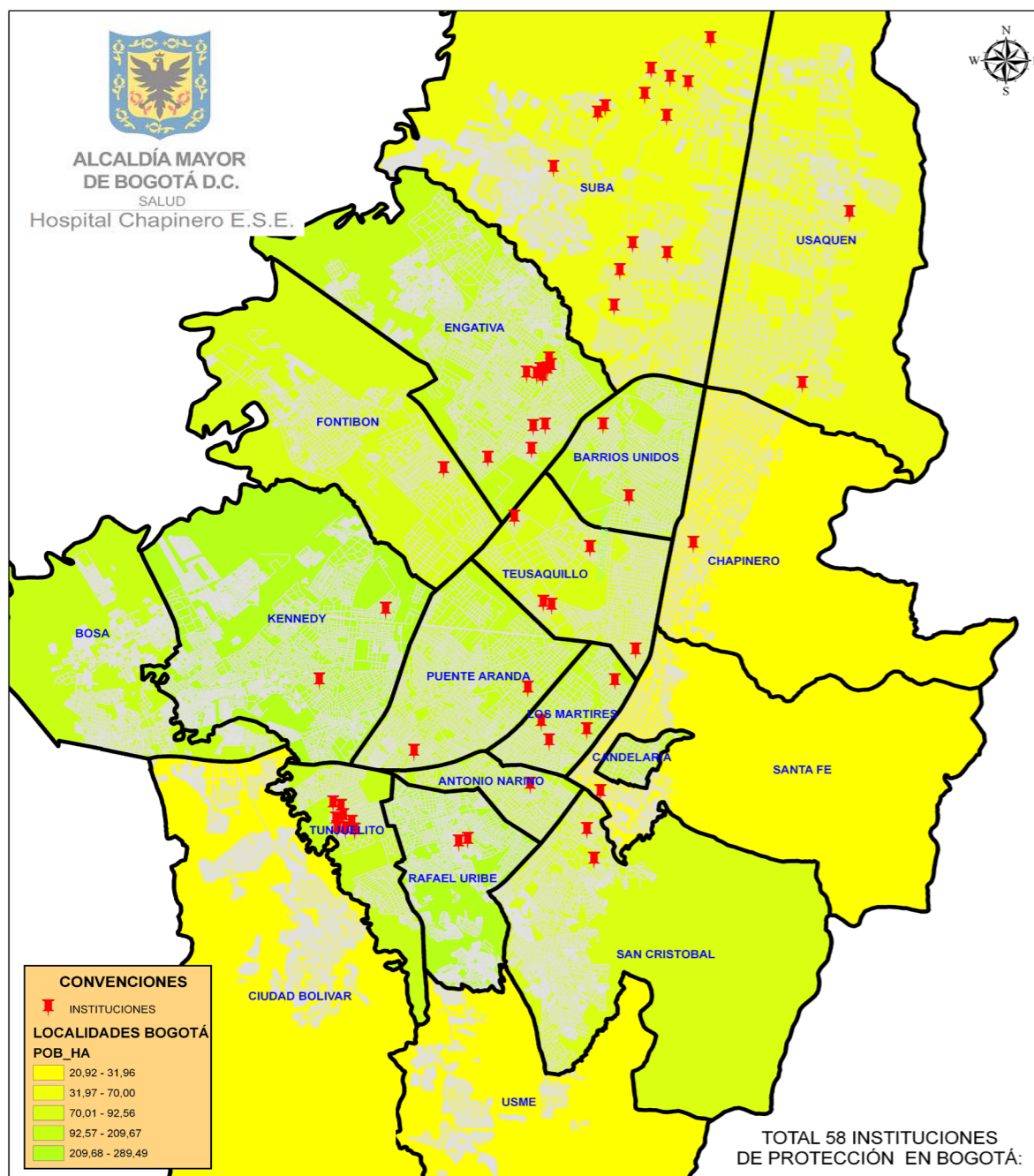
La intervención inició a principios del año 2008 con 40 instituciones como respuesta conceptual y operativa de articulación entre los sectores de salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva, para vivir mejor”, en donde se planea la garantía y restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; la administración propone desarrollar acciones para garantizar el ejercicio y restablecimiento de los derechos de esta población, en el marco de las definidas por la Ley 1098 de 2006, ejecutadas en coordinación con el ICBF, y determinadas como una meta del proyecto en el objetivo 4 de Protección: “Cubrir 68 instituciones para atención de menores en protección con estrategias de gestión y acción en salud pública”. En la actualidad se cuenta con un total de 58 instituciones en el Distrito y en la localidad de Barrios Unidos existen 2. (Ver Mapa 28).

El objetivo de la intervención es fortalecer a través de acciones de salud pública los procesos de articulación intersectorial que propendan por la autonomía, el reconocimiento, restitución y ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes en protección y medida de restablecimiento de derechos ubicados en medio institucional bajo rectoría del ICBF Regional Bogotá, garantizando condiciones que posibiliten su desarrollo humano integral en armonización con las políticas distritales. Para el ámbito institucional, las respuestas sociales apuntan a garantizar, promover, proteger y/o restituir el desarrollo autónomo de los ciudadanos, mediante los procesos integrales, los cuales permitirán transformar los escenarios sociales, orientados por una perspectiva de derechos, esta es la intención que anima a la Estrategia Promocional de Calidad de Vida<sup>239</sup>.

El alcance de este ámbito es el desarrollo de las acciones de los proyectos de autonomía y transversalidades en una perspectiva de ciclo vital integrado al abordaje de la prestación de servicios de atención en las instituciones, mediante el fortalecimiento de la gestión, la calidad y calidez de los programas que abordan algunos de los eventos de interés en salud pública.

239 De Negri Filho, A. (2006). La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2004 – 2005. Revista Investigaciones en Seguridad Social y Salud. Número 8. Enero - Diciembre de 2006. Bogotá.

Mapa 28: Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada Intervenido por el Hospital Chapinero. 2010.



Fuente: Base Cartográfica DADP.2003 y Georreferenciación de bases de datos del Hospital Chapinero ESE. 2010.

• **CARACTERIZACION DE LA POBLACION**

De acuerdo con la información obtenida durante el año 2010 desde la Intervención en Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada, se encuentra un total de la población de 3.054 niños, niñas y adolescentes bajo medida de protección y restablecimiento de derechos, identificados en las diferentes modalidades de internado por ICBF, de los cuales 1.735(57%) son hombres y 1.319(43%) mujeres. (Ver Tabla 57).

Tabla 57. Total de la Población Atendida por Modalidad. Ámbito IPCAE. 2010.

MODALIDAD	No INSTITUCIONES	POBLACIÓN	
		HOMBRES	MUJERES
Atención en medio institucional-centros de protección internado por condiciones de amenaza o vulneración	28	768	628
Atención en medio institucional-centros de protección internado con discapacidad o enfermedad de cuidado especial	11	322	285
Atención en medio institucional centros para adolescentes en conflicto con la Ley Sistema de Responsabilidad Penal -centro de atención especializada (privación de la libertad)	7	375	70
Atención en medio institucional centro de emergencia por condiciones de amenaza o vulneración 0-5 años, gestantes, lactantes.	8	239	220
Atención en medio institucional centros de protección internado con consumo de sustancias psicoactivas	1	0	91
Atención en medio institucional centros para adolescentes desvinculados de grupos armados centros de atención especializada cae	1	25	6
Instituciones de protección internado en condición de explotación sexual	2	6	19
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>1735</b>	<b>1319</b>
<b>TOTAL</b>		<b>3054</b>	

Fuente: Informes IPCAE 2010

• **PROCESO DE LA INTERVENCION**

Inicialmente se realiza la identificación y acercamiento a las instituciones de protección en modalidad internado, a partir de una lectura integral de necesidades y la elaboración participativa del plan de acción con cada institución, para la construcción e implementación de respuestas que mejoren la calidad de vida y salud de niños, niñas y adolescentes, desde la organización de las acciones orientadas a dar respuesta integral y oportuna a las necesidades, seguimiento, monitoreo y evaluación de la intervención.

Para lograr dar cumplimiento a la implementación de acciones es necesario realizar el trabajo con los PDA y Transversalidades relacionadas con la intervención: Salud Oral, Salud Mental, Crónicas, Discapacidad (RBC), Entornos Saludables, Diversidad de género y orientaciones sexuales, Estrategias AIEPI – IAMI – IAFI – y la Línea de ERA y como líneas complementarias Actividad Física y SSR, teniendo como referencia las acciones por etapa de ciclo vital de Infancia y Adolescencia, para poder establecer así mismo procesos de articulación y socialización de acciones PIC.

En este sentido, desde cada línea de trabajo se realiza asesoría, asistencia técnica, acompañamiento y monitoreo, así:

**Gestante:**

- Promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales que afectan la calidad de vida.
- Orientación integral y psicoprofilaxis.
- Promoción de los factores protectores individuales, familiares e institucionales.
- Promoción del autocuidado: SSR.
- Promoción y seguimiento del desarrollo prenatal.
- Prácticas de convivencia democrática y participativa.
- Promoción del uso adecuado del tiempo libre.
- Promoción de la Salud Mental.
- Promoción del Buen Trato.
- Prevención del Consumo de Sustancia Psicoactivas.
- Promoción de lactancia materna.
- Promoción de prácticas de salud oral.
- Promoción de prácticas nutricionales.
- Promoción y prevención: Esquema de vacunación.
- Actividad Física.
- Promoción de estilos de vida saludables para prevenir condiciones crónicas

**Recién Nacido y Menores de 1 año:**

- Promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales.
- Promoción y seguimiento del crecimiento y desarrollo: Estimulación temprana: factores de riesgo y signos de alerta.
- Promoción del desarrollo social y emocional sano.
- Implementación de la estrategia IAMI, IAFI, AIEPI.

- Prevención y manejo de ERA.
- Promoción de prácticas nutricionales.
- Promoción y prevención: Esquema de vacunación.
- Adicionalmente a las anteriores se lleva a cabo para Recién Nacido. Promoción de las medidas para reducir la muerte súbita y Promoción de la salud oral: Estimulación para la dentición sana en menores de 1 año.

**Preescolar de 1 a 4 años y Escolar de 5 a 9 años:**

- Promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales: Factores de riesgo y signos de alerta.
- Promoción y seguimiento del crecimiento y desarrollo: Estimulación temprana y desarrollo psicomotor.
- Promoción del desarrollo social y emocional sano.
- Estrategias para la detección temprana de trastornos del aprendizaje.
- Promoción del Buen Trato.
- Promoción del auto cuidado: SSR.
- Promoción de prácticas de salud oral.
- Promoción de prácticas nutricionales.
- Prevención y manejo de ERA.
- Promoción y prevención: Esquema de vacunación.
- Adicionalmente a las anteriores se lleva a cabo para Preescolar de 1 a 4 años: Implementación de la estrategia IAMI, IAFI, AIEPI y para Escolar de 5 a 9 años promoción de prácticas saludables.

**Adolescencia Inicial: De 10 a 14 años y Adolescencia Media: De 15 a 18 años:**

- Promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales: Factores de riesgo y signos de alerta.
- Prevención de riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Promoción del desarrollo social y emocional sano. Convivencia democrática y participativa.
- Promoción del Buen Trato.

- Estrategias relacionadas con el desarrollo de habilidades y competencias para la vida.
- Promoción del uso adecuado del tiempo libre.
- Promoción del auto cuidado: SSR.
- Promoción de prácticas de salud oral.
- Promoción de prácticas nutricionales.
- Prevención y manejo de ERA.
- Promoción y prevención: Condiciones Crónicas
- Promoción de temas relacionados con el género y construcciones sociales, identidad de género, y equidad de género.

En el marco de los programas, proyectos de desarrollo de autonomía, transversalidades y estrategias en Salud Pública, se han realizado las siguientes acciones:

#### **PDA Crónicas:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las condiciones crónicas incluyen un grupo de padecimientos y enfermedades que a pesar de tener manifestaciones clínicas diversas, comparten algunas características básicas comunes, como son su persistencia, el requerir manejo durante años o decenios y el hecho de que desafían seriamente la capacidad de los servicios de salud.

Se caracterizan también por tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples condiciones de exposición, periodos de latencia largos, evolución prolongada, relativa incurabilidad, y carácter degenerativo, que sin manejo adecuado, llevan a discapacidad o alteración funcional, con la consecuente pérdida de autonomía del sujeto afectado. Las condiciones crónicas son consecuencia de la forma como se satisfacen necesidades humanas de: alimentación, recreación, transporte, trabajo, afecto, interacción con el ambiente, educación, vivienda y comunicación.

En las instituciones, de la lectura de necesidades, han surgido los siguientes temas: estrés laboral, prevención del consumo de SPA, alimentación saludable, prevención del cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual e inmovilización y contención de pacientes.

Las acciones a realizar desde el PDA de Crónicas están relacionadas con la identificación, captación y seguimiento de población con condiciones crónicas institucionalizadas; creación de base de datos de población en condición crónica y posicionar las acciones de restitución, conocimiento y garantía del derecho a la salud desde acciones en Salud Pública.

Se identificaron enfermedades prevalentes en la *infancia* como: epilepsia, síndrome convulsivo, trastornos de la alimentación, obesidad y sobrepeso, diabetes, hipertensión, estrés, VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

#### **Salud Mental:**

Esta intervención promueve espacios que propendan por la salud mental de los niños, niñas

y adolescentes en protección y bajo medida de restablecimiento de derechos, de acuerdo a las necesidades identificadas con la institución, teniendo en cuenta el desarrollo y potenciación de los recursos individuales e institucionales en relación con las condiciones biopsicosociales esenciales para la calidad de vida y el desarrollo humano integral.

#### **Estrategias Materno Infantiles:**

Identificar el grado de implementación y apropiación de las estrategias AIEPI- IAMI-IAFI en las instituciones de protección que albergan niños y niñas menores de 5 años, a partir de las asesorías, seguimiento y acompañamiento mensual que se haga desde la línea de trabajo.

Asesorar a las instituciones en la creación de un protocolo de estimulación temprana de acuerdo a las necesidades de los niños y niñas de 0 a 5 años, como parte de la estrategia AIEPI.

Fomentar hábitos saludables para evitar morbi-mortalidad en niños, niñas y adolescentes gestantes y lactantes.

#### **Transversalidad Discapacidad:**

El Ámbito Institucional desde la transversalidad de discapacidad, se define como el espacio social de vida cotidiana, de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad en modalidad de internado, con características de vulnerabilidad y dentro de dinámicas particulares de determinación social.

La institución debe ser un espacio donde se desarrollan procesos de construcción y articulación de competencias ciudadanas, promoción de la autonomía, convivencia, participación y articulación de diversos actores, orientados al mejoramiento de la calidad de vida e inclusión social de esta población, desde la base de una atención regida por principios de calidez, calidad, reciprocidad y participación, que signifiquen el fortalecimiento de una cultura incluyente que garantice el ejercicio de derechos y deberes de la población con discapacidad, sujeto de su atención.

En este sentido, una Institución Amiga de la Persona Con Discapacidad (PCD) y su Familia se define como aquella que “conoce y comprende las necesidades y expectativas de la PCD y su familia y con base en esto acoge, orienta y apoya a la PCD y su familia para satisfacerlas a través de una atención regida por principios de calidez, calidad, reciprocidad y participación” (grupo constructor de la estrategia, 2007).

#### **Transversalidad Entorno Saludable:**

Su objetivo es realizar asesoría, asistencia técnica, acompañamiento y monitoreo para la construcción e implementación de los planes de seguridad, salubridad y sanitarios. Considerando que las condiciones ambientales de los centros de permanencia de la población institucionalizada presentan deficientes condiciones higiénico-sanitarias y de infraestructura, las cuales generan riesgos en salud por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), además de otras enfermedades infectocontagiosas, se llevan a cabo intervenciones que permitan reconocer la situación en salud ambiental e implementar barreras de transmisión, en busca de reducir riesgos en estos centros de atención.

#### **Salud Sexual y Reproductiva:**

El objetivo es fomentar los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes, como base para el reconocimiento y protección de los derechos del cuerpo en la sexualidad y en la reproducción, para evitar riesgos de morbi mortalidad y embarazos no deseados.

Dentro de las acciones desarrolladas, se trabajó con la población de adolescentes, sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, métodos reguladores de la fecundidad; se utilizaron presentaciones en DVD, rotafolios, publicidad de promoción y prevención.

#### **PDA Salud Oral:**

El adecuado cuidado de la salud oral es una de las condiciones básicas para la salud integral de todo ser humano, sin importar su edad, género o condición social; es por esto que se hace fundamental la creación y fortalecimiento de estrategias de salud pública enfocadas en crear y mantener hábitos saludables de salud oral en los diferentes grupos etarios, por lo cual se tiene como objetivos, propiciar prácticas protectoras en los actores sociales que hacen parte de las casas de protección para los niños, niñas y adolescentes, y fortalecer el acceso a los servicios de salud oral.

#### **Género, diversidad de género y orientaciones sexuales:**

Promueve la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con medida de protección y restitución de derechos y propende por su calidad de vida y salud en el ámbito institucional, como espacio que proporciona los medios necesarios para su desarrollo biopsicosocial. Dentro del accionar del equipo interdisciplinario que ha venido interviniendo en estas instituciones, se ha observado algunas pautas de crianza en la niñez y la adolescencia que no promueven la equidad, la pluriculturalidad y diversidad étnica o de las sexualidades, y que repiten patrones hegemónicos, patriarcales y no equitativos en función de los géneros, las identidades de género y las orientaciones sexuales, lo que amerita la línea de intervención de promoción de la equidad e igualdad de oportunidades desde la perspectiva de género, identidad y orientaciones sexuales en dichas instituciones.

De las 58 instituciones a cargo del subcomponente IPCAE, se han priorizado 29; por lineamiento las acciones y temáticas desarrolladas hasta la fecha son: Género y construcciones sociales, Identidad de género, Equidad de género y Educación para la sexualidad. Se han sensibilizado 103 funcionarios (as), 83 mujeres y 20 hombres; 188 adolescentes, 95 del género femenino y 93 género masculino y 28 niñas y niños (15 y 13 respectivamente).

#### **Línea Complementaria de Actividad Física:**

Las acciones de la línea complementaria giran en torno a la promoción de hábitos de vida saludable que impliquen el movimiento; la actividad física es cualquier movimiento humano intencional que busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales, en un contexto histórico determinado. Algunos elementos que involucra la actividad física son: movimiento corporal como instrumento cognitivo de uno mismo y del entorno; el movimiento es primordial para el desarrollo cognitivo en los niños y jóvenes, con el se aprende, se experimenta y se explora.

Las acciones desarrolladas en la línea complementaria de actividad física, están articuladas con el PDA Crónicas, en un plano de colaboración y corresponsabilidad con los funcionarios, profesionales, cuidadores y demás personas de apoyo en las Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada en modalidad internado, implementando las acciones previstas en los correspondientes planes de acción, mediante actividades de promoción en Fisioterapia y el desarrollo (por etapa de ciclo vital).

#### **4.2.4.8 Componente de Vigilancia en Salud Pública:**

Desde el componente de *Vigilancia en Salud Pública* se manejan los sistemas de información institucional y local, ésta última obtenida desde las IPS, tanto públicas como privadas que operan como Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de la localidad. La comunidad también hace parte de este sistema de información local gracias al reporte de eventos a través de la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.

Desde este componente se lidera la puesta en marcha de la Sala Situacional que es un espacio de análisis de situaciones de salud donde se busca dar respuestas integrales gracias a la participación de los diferentes actores sociales.

Tiene relación directa con la administración, gerencia y operación de los sistemas de información SISVAN, SIVIM, Estadísticas Vitales, SISVESO, Infecciones Intra Hospitalarias (IIH), entre otros. Por lo tanto, es relevante el papel que juega, tanto la red de servicios de atención en salud como otras redes de servicios sociales (educación, vivienda, alimentación, suministro de agua potable, entre otros), para detectar, notificar y confirmar eventos de salud bajo vigilancia y es a través de ellas que los programas de control ejecutan muchas de sus acciones. En consecuencia, la operación, desarrollo y fortalecimiento del Sistema de VSP en la localidad y en el Distrito Capital, depende en gran medida del nivel de organización, infraestructura, capacitación y compromiso de las redes de servicios y redes sociales locales establecidas para proteger a la población de la localidad.

- **Consolidación de la Red de Vigilancia en Salud Pública**

Se lleva a cabo asesoría, mantenimiento y asistencia técnica a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que conforman la red de vigilancia tanto local como institucional. El porcentaje de notificación semanal al SIVIGILA obtuvo un promedio en el trimestre de 100% para la localidad de Barrios Unidos, es decir 10 puntos porcentuales por encima del estándar esperado. En cuanto a la notificación positiva, el porcentaje observado fue del 48,3% en promedio. Con respecto al tercer trimestre del año 2009 la notificación positiva disminuyó en un 4,7%. Se espera que este porcentaje aumente con la notificación de morbilidad por IRA y EDA. La notificación negativa por parte de las UPGD de la localidad fue del 51,7% en promedio, con respecto al tercer trimestre del año anterior la notificación negativa aumentó en un 4,7%. El porcentaje de UPGD silenciosas para el periodo evaluado fue de 0% en promedio, con respecto al año anterior el comportamiento fue igual.

- **Mantenimiento de las bases de datos**

Se hace mantenimiento de los subsistemas de información SIVIGILA, SISVAN, SIVIM, IIH, SISVESO, los cuales están conformados por bases de datos que se deben actualizar, filtrar y depurar que dan cuenta de los eventos de notificación obligatoria, del estado nutricional de menores de 10 años y gestantes, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, comportamiento de la mortalidad evitable, entre otros.

En cuanto al mantenimiento de las bases de datos, considerando específicamente, el aplicativo del SIVIGILA 2010, se ha venido depurando semana a semana, cerrando y actualizando los casos notificados, en el momento está en un 95%. Semanalmente se está retroalimentando a las UPGD la notificación en archivos planos con las correcciones correspondientes vía email.

Para las intervenciones, de acuerdo a la clasificación de los casos según protocolo, el porcentaje de cumplimiento fue del 95% en promedio. Este resultado, aunque satisfactorio, se puede mejorar hasta el 100%, por ser uno de los objetivos fundamentales del sistema.



Adicionalmente, se realizó seguimiento a los indicadores establecidos en los protocolos de vigilancia de los eventos inmuno prevenibles, los cuales se enviaron en el informe de búsqueda activa de PFA, Sarampión y Rubéola solicitados en el año en curso.

Las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) realizadas durante el tercer trimestre fueron en total 68; de alto impacto 38, de control 23 y brotes 7. En la localidad de Barrios Unidos se realizaron 17 IEC, las cuales se realizaron oportunamente según los tiempos establecidos en los lineamientos de cada evento. Sin incluir todos los seguimientos que hasta el momento se han realizado de influenza A H1N1.

- **Análisis de la Situación en Salud**

La información recolectada a través de los diferentes subsistemas es sometida a análisis, para lo cual se llevan a cabo espacios como los Comités de Vigilancia Epidemiológica y la Sala Situacional multi temática.

En los COVES Locales se han tratado temas como la actualización datos UPGD-BAI y eventos de interés en Salud Pública, Reglamento Sanitario internacional, Comportamiento SIVIM I Semestre, resultados del I semestre de los subsistemas: SISVESO, Discapacidad, SISVAN, SISVAN Escolar, Conducta Suicida, Vigilancia Comunitaria. Presentación Protocolo A H1N1 y socialización de programas de transversalidad y género y violencia sexual. Se socializó el protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación Aguda por medicamentos y SIVIGILA 2010 entre otros.

Al interior del Hospital se desarrollaron unidades de análisis con referente de Ciclo Vital Infancia de Gestión Local y Referentes de las Estrategias Materno Infantiles de diferentes ámbitos de la vida cotidiana (IPS, Comunitario, Escolar). Se realizó articulación de Sala Situacional con el Grupo Funcional de estrategias Materno Infantiles, con el fin de socializar documentos producidos en la Sala Situacional, hacer un análisis de este espacio y realizar seguimiento a compromisos adquiridos.

Se inició la organización de Grupos Focales acerca de VIH y Sífilis Gestacional y Congénita; se realizará un grupo focal por cada localidad con diferentes grupos poblacionales (Barrios Unidos: Grupo de Universitarios de 20 a 26 años). Estos grupos contarán con la participación de la referente de Salud Sexual y Reproductiva del ámbito IPS con el fin de realizar un taller de uso de preservativo como actividad de cierre en cada sesión.

- **Seguimiento a sistemas de vigilancia**

Se hace de acuerdo a cada subsistema de información.

SISVAN: Asesoría al 100% de las IPS que se encuentran reportando al subsistema. El 83% de la población que es atendida en consulta de crecimiento y desarrollo y control prenatal es notificada dentro del sistema. Se ha hecho capacitación a profesionales en las unidades de vigilancia que reportan a SISVAN. El porcentaje de búsqueda activa de recién nacidos de bajo peso es del 100%.

En este trimestre se dio inicio a la notificación de adulto mayor. 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. En este contexto, reviste especial importancia el abordaje de la problemática de la malnutrición en las personas mayores de 60 años - grupo poblacional en aumento 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 sean costo efectivas, con enfoque promocional que permitan avanzar hacia un envejecimiento saludable.

Frente a la captura de menores de 5 años, se encuentra que durante el segundo trimestre la población de esta edad ha mejorado su estado nutricional; un 46.5% presenta desnutrición y un 44.5% tiene un adecuado estado nutricional al momento de la visita inicial, lo que hace que la intervención sea un apoyo no sólo de caracterización de la situación inicial reportada (bajo peso), sino que se convierta en una guía y brinde orientación en la búsqueda de nuevos y mejores hábitos alimentarios en esta población. Cabe resaltar que el 50% de la población donde mayor aceptabilidad tenemos como programa es en la población de Barrios Unidos.

Frente a los recién nacidos con bajo peso durante el tercer trimestre del año 2010 se evidencia que la población de recién nacidos de bajo peso notificados a SISVAN, está conformada por un grupo que registra peso entre 1400 grs. y 2400 grs. El nivel socioeconómico de estas familias es en un 80% de estrato 3 en adelante y sólo un 20% pertenece a los estratos 1 y 2. Se encuentran en el análisis de campo durante el trimestre una población con diagnóstico a la visita inicial de recuperación de peso con respecto al nacimiento en un lapso no mayor a 20 días, de 27.3 % con peso adecuado, un 33.3% en recuperación del bajo peso y en un 39,4% con el peso bajo de recién nacido. Al primer control el 100% de la población analizada sale del bajo peso y obtienen más de los 2500 grs.

De las gestantes con bajo peso durante la visita inicial se realiza la sensibilización a la gestante en cuanto a su estado nutricional y su relación con el desarrollo del bebé. Se ha encontrado que la población gestante visitada, en su mayoría, no asisten a capacitación o cursos psicoprofilácticos de sus seguros médicos.

La población se ubicó nutricionalmente así: bajo peso gestacional 55.6%, bajo peso en recuperación 20% y adecuado peso para la gestación en un 24.4%. El incremento entre control y control de las gestantes se observó en promedio de 1.5 kilos por mes, desde el momento de la visita inicial y el primer control en comparación con lo reportado por las UPGD'S.

SIVIM: Se ha venido realizando mayor atención a los casos de seguimiento (casos prioritarios), siendo esto positivo, dado que se busca generar atención prioritaria a los eventos como abuso sexual, violencia física y / o negligencia, abandono, económica y emocional que generen riesgo de vida en la persona afectada. En cuanto a los casos de control, se continúa con el apoyo desde los diferentes programas del PIC y desde el proceso de SIVIGILA, generando una mayor cobertura de la notificación y recepción de eventos para el sistema SIVIM, con el fin de dar cumplimiento a las acciones de restitución de derechos de las víctimas de violencias.

Estadísticas Vitales: Se hace asesoría y asistencia técnica a IPS en estadísticas vitales. En Barrios Unidos las instituciones visitadas fueron: Hospital Infantil San José, Hospital Universitario Barrios Unidos, Clínica Materno infantil Cruz Blanca, Clínica Videlmédica. En estas visitas se realizó un proceso variado de seguimiento y evaluación a la implementación del aplicativo RUAf-ND, y seguimiento a la evaluación de cobertura de los meses de noviembre, diciembre de 2009; y enero y febrero de 2010.

Seguimiento a indicadores, vigilancia y control de las IIH: Se continúa con el proceso de la gestión de vigilancia de la Infección Intra Hospitalaria Institucional, búsqueda activa mensual, se envía mensualmente la tabla de indicadores de IIH. Se realizaron los Comités de IIH Institucional mensualmente (3). Se realizó evaluación del Plan de Acción del año 2009 y se construyó el del año 2010, teniendo en cuenta las tres estrategias de la política: Vigilancia Epidemiológica, Gestión de la Calidad y Uso Racional de Antibióticos. Se hizo revisión de resultados de listas de chequeo de lavado de manos y de aislamiento. Se revisa mensualmente a través del Comité de Farmacia, el uso racional de antibióticos. Igualmente se continúa en la búsqueda activa Institucional, se re socializa en el comité la resolución 073 del año 2008 y la Política de Infección Intra Hospitalaria.

**Vigilancia en Salud Pública Comunitaria:** El trabajo efectuado por Vigilancia en Salud Pública Comunitaria durante el año 2010, permitió dar continuidad al proceso de posicionamiento de las acciones de este sub sistema de Vigilancia en Salud Pública en la localidad de Barrios Unidos, aportando al diagnóstico local, un análisis de la situación de salud y los determinantes sociales que inciden en la presencia de eventos de interés en salud pública en los habitantes de la localidad, así como la importancia de la notificación de eventos de interés en salud pública. Se menciona el trabajo efectuado desde el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM en el mes de agosto, cuya temática desarrollada fue las Violencias y el Consumo de Psicoactivos en la localidad de Barrios Unidos, en articulación con el proceso de presupuestos participativos de la localidad que priorizo estos dos temas

**Subsistema de Emergencias y Desastres:** Dentro de los procesos desarrollados encontramos los siguientes: Participación activa en el Comité Local de Emergencias de Barrios Unidos. Participación activa en los diferentes espacios de seguimiento y fortalecimiento del subsistema; realización de capacitaciones a diferentes actores sociales en temas de emergencias haciendo énfasis en situaciones de salud pública, asesoría en la elaboración de planes de emergencias en establecimientos e instituciones locales; se ha velado en la atención de emergencias de interés en salud pública, incluyendo la georreferenciación de las mismas, estandarización y seguimiento al procesos de disponibilidad semanal llevado a cabo en las áreas de epidemiología y ambiente, elaboración de guías para respuesta a terremoto de gran magnitud, consolidación de la memoria histórica y políticas del subsistema emergencias. Adicionalmente de las actividades prioritarias realizadas por el Médico Veterinario se está actualizando el censo de aves indispensable para el programa de prevención en caso que se reporten emergencias por la aparición del Virus de la Influenza Aviar y el documento de implementación del Reglamento Sanitario Internacional por parte del subsistema de emergencia para ser implementado a nivel distrital.

**Vigilancia salud pública en discapacidad:** A partir de abril de este año se está realizando el registro para la localización y caracterización en condición de discapacidad. Se caracterizaron en total 45 personas de primera vez y con 13 personas se realizaron actualizaciones para un total de 58 personas en condición de discapacidad, identificadas y registradas para este periodo en Barrios Unidos. Se continúa con la depuración y actualización de la información de la base de datos del DANE 2005-2007, donde en cada mes se validan 320 registros de la localidad de Barrios Unidos.

**SISVESO:** El subsistema de salud oral SISVESO, sigue contando con las tres unidades primarias generadoras de datos UPGD, donde la UPA San Fernando realiza la notificación por sistema y la UPA Rionegro hace la notificación en físico, y la odontóloga centinela de la UPA San Luis trabaja dos días a la semana.

**Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida:** El objetivo de la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida es captar los datos correspondientes a los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio con el fin realizar seguimiento de los mismos mediante la intervención psicosocial de la conducta suicida del ámbito familiar, conocer su comportamiento epidemiológico y de esta forma contribuir a la prevención del suicidio consumado en el Distrito Capital.

**SIVIGILA:** El equipo de vigilancia epidemiológica (SAA) del Hospital Chapinero, realizó visitas a las UPGDs por localidad; se realizaron seguimientos a los procesos de notificación y asesorías, Instalación de aplicativos 2010, búsquedas activas institucionales mensuales de todos los eventos de importancia en salud pública incluyendo Rubéola Sarampión y PFA en las UPGDs propias y búsquedas activas institucionales trimestrales de Rubéola Sarampión y PFA en UPGDs. Se realiza además proceso de caracterización de UPGDs que ingresan al sistema de notificación.

#### 4.2.4.9 Acciones desde medio ambiente

Estas acciones tienen como objetivo la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sanitario de establecimientos abiertos al público con el objetivo de minimizar el impacto de los mismos a la salud pública. El Hospital Chapinero cuenta con cinco líneas de intervención, a través de las cuales busca afectar los determinantes en salud y ambiente de la población, partiendo desde la Política Distrital de Salud y Ambiente.

Estas líneas de intervención son:

**Seguridad Alimentaria:** Acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a establecimientos en los cuales se manipulan, procesan y almacenan alimentos y bebidas. Cursos de manipulación de alimentos y operativos. Los puntos críticos donde se aplicaron más medidas fueron los supermercados, minoristas, expendios de licores y restaurantes, por las condiciones higiénico sanitarias que presentan y por resultados no aceptables del Laboratorio de Salud Pública.

**Saneamiento Básico:** El saneamiento básico, permite capacitar, para preservar las condiciones óptimas de las fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano, disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños, manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura, control de la fauna nociva, como ratas, cucarachas, pulgas, etc., mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda. Inspección sanitaria e identificación de Saneamiento Básico, Control de Vectores.

**Medicamentos Seguros y Servicios de Salud:** A través de la cual se supervisa la infraestructura, el uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.

**Enfermedades compartidas:** A través de Vacunación canina y felina, se llevaron a cabo operativos de recolección canina, esterilización a hembras caninas y felinas, visitas por tenencia inadecuada de mascotas, visitas para manejo integral de accidente por agresión animal y control vectorial.

**Industria y ambiente:** Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a establecimientos comerciales o que cuentan con algún tipo de actividad productiva. El objetivo de la intervención es que los establecimientos cumplan con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en la ley 9 de 1979 y sus decretos reglamentarios, lo cual conlleva a que las personas que trabajan en estos sitios o las que hagan uso de los servicios que ofrecen las mismas, tengan unas condiciones adecuadas evitando que se vea afectada su salud por el uso, manipulación, transporte y/o almacenamiento de productos químicos de manera inadecuada. La línea de Industria y Ambiente, realiza visitas de inspección higiénico sanitarias a depósitos de materiales de construcción, ferreterías, fábricas de productos textiles, fábricas de colchones, establecimientos que utilicen como materia prima el metal, la madera, el cuero, el plástico, estaciones de servicio, talleres automotores, salas de belleza, centros de estética corporal, lavanderías (plantas de lavado), establecimientos donde se produzcan, manejen, expendan, re envasen o almacenen sustancias químicas que son insumo para procesos industriales.

Adicionalmente se realiza mensualmente una capacitación junto con el Ámbito Laboral en temas de manejo seguro de sustancias químicas, legislación sanitaria, salud ocupacional y planes de emergencia a establecimientos que lo requieran.

### 4.3 Análisis para la Atención Oportuna Frente a Urgencias y Emergencias

La generación de riegos en una urbe con las proporciones de Bogotá requiere de la aplicación de acciones y mecanismos destinados a prevenir su materialización y minimizar las consecuencias en caso de la ocurrencia de un siniestro; sin embargo al considerar la diversidad de actividades

que se realizan día tras día en la metrópolis, es evidente la importancia de identificar de forma integral el tipo de amenazas a las que se encuentra expuesta la población. Si bien es cierto que la ciudad cuenta con organismos de socorro dedicados exclusivamente a la atención y respuesta de emergencias asociadas a amenazas como: sismos, incendios, hurtos, asonadas, entre otras; aún se encuentra en gestación la ampliación de conceptos asociados a riesgos en salud pública.

Por lo que el fortalecimiento del trabajo tanto teórico como práctico en la atención de este tipo de emergencias en las diferentes zonas de la ciudad, resulta imprescindible para la construcción de conocimientos que permitan hacer un análisis profundo y sólido de las amenazas, que proporcione posteriormente herramientas tendientes a generar alternativas en la prevención de eventos adversos en la salud pública de las comunidades más vulnerables.

Por otro lado cabe resaltar la importancia del posicionamiento la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en espacios como el Comité Local de Emergencias (CLE), a través de sus Empresas Sociales de Estado (ESE), lo cual proporciona una visión general del riesgo en la ciudad y permite la divulgación y articulación de las acciones adelantadas en materia de salud pública tanto a nivel zonal como central.

Es por ello que se evidencia la necesidad de mantener y seguir afianzando el espacio para la gestión del riesgo con un enfoque en salud pública, ya que de la relevancia que se le dé al tema dependerá la promoción de acciones acertadas que propendan a elevar la calidad de vida de la ciudadanía.

#### **4.3.1 Riesgos en la localidad**

La localidad de Barrios Unidos presenta una de connotación meramente consolidada por lo que la valoración de vulnerabilidades, amenazas y riesgos está íntimamente ligada a fenómenos de carácter antrópico, entre los cuales se encuentran el crecimiento no planificado de la ciudad; el cambio de uso del suelo; la inmigración de población de diferentes partes de la ciudad al territorio y el crecimiento de pequeñas o medianas empresas que carecen de políticas de seguridad industrial fuertes. A continuación se hace un recuento de los principales escenarios de riesgo identificados por los diferentes espacios locales.

##### **4.3.1.2 Escenarios de riesgo presentes en Barrios Unidos**

**Ciudad Consolidada:** La localidad de Barrios Unidos presenta adecuaciones, cambios y mezclas de usos en predios, de residencias a micro y pequeñas industrias que no cuentan con políticas claras en cuanto al despeño ambiental ni respecto a la seguridad industrial. Este fenómeno es más notorio en los barrios de Siete de Agosto, Rionegro, en la UPZ Doce de Octubre, por lo que los riesgos asociados son de carácter estructural y tecnológico, tales como derrames, fugas, explosiones e incendios y se relacionan. Dentro de este componente cobran una importancia significativa la existencia de viviendas vetustas sin mantenimiento adecuado, sectores e inmuebles catalogados como bienes de interés cultural, sin apropiados mantenimientos y adecuaciones, construcciones sin especificaciones sísmo resistentes, modificaciones constructivas inadecuadas, diferencias de alturas, situación que en un sismo genera golpeteo entre placa y muro generando daños adicionales colaterales al movimiento, construcciones sin columnas continuas (Columnas que existen en el primer piso desaparecen en el segundo pero puede ser que reaparezcan en el tercero).

**Redes:** Tal como se menciona en el párrafo anterior la localidad de Barrios Unidos en su mayoría cuenta con predios y sectores vetustos, los cuales por sus características de mantenimiento, obsolescencia y antigüedad, las redes de energía eléctrica, así como

los transformadores, se encuentran en un avanzado estado de deterioro; también es frecuente observar fugas, explosiones e incendios por déficit de infraestructura y redes adecuadas. Dentro de sus límites corre el río Salitre, el cual se encuentra canalizado y es una de las redes de captación de aguas negras y lluvias más amplias de la ciudad que sumado al inadecuado manejo de residuos sólidos contribuye a la generación de riesgos como enfermedades transmisibles por la proliferación de vectores y roedores e inundaciones por obstrucciones en tuberías.

**Industria:** Según el Plan Local de Prevención y Atención de Emergencias (PLPAE) de Barrios Unidos de 2009, la participación del sector industrial en los activos de la localidad es del 34.18%, la zona industriales principal es el Doce de Octubre, y en general toda la localidad excepto los barrios de los Andes, San Fernando Occidental, Rosario, Polo Club. En la localidad se encuentran entre otras las empresas de PAVCO S.A., productos Ramo S.A., Consorcio Metalúrgico S.A., Inselso S.A. y los laboratorios Wyeth inc. y Ayerst Hormona S.A. Además la localidad cuenta con problemas marcados en contaminación del suelo por inadecuados manejos en algunas estaciones de servicio, además el nivel freático se encuentra cerca de la superficie lo cual genera inundaciones frecuentes en sótanos donde hay el agravante de existir subestaciones eléctricas ubicadas en algunos de ellos, a lo anterior se suma el agravante de factores como: manejo inadecuado de sustancias inflamables, procesos de seguridad deficientes, procesos tecnológicos inadecuados, disposición final inadecuada de RIP - Residuos Industriales Peligrosos, industrias con mal manejo de residuos de sustancias químicas, utilización irregular de gas propano por parte de vendedores ambulantes.

**Aglomeraciones de público:** Establecimientos nocturnos en barrios como el Doce de Octubre y Siete de Agosto entre otros. Centro de Alto Rendimiento Deportivo, CiCi Acupark, la Escuela de Salvamento Acuático, Parque El Salitre, Palacio de los Deportes, Parque el Lago, Museo de los Niños, establecimientos educativos, instituciones de educación no formal; equipamientos colectivos de bienestar social, hogares de tercera edad, casas vecinales y jardines infantiles; templos de culto e iglesias; centros comerciales, hipermercados, almacenes de cadena y entidades bancarias, entre otros; que son susceptibles de generar riesgos estructurales, de electrocución o incendios, estampidas humanas y brotes por intoxicaciones con alimentos y licores.

##### **4.3.1.2 Riesgos en Salud Pública**

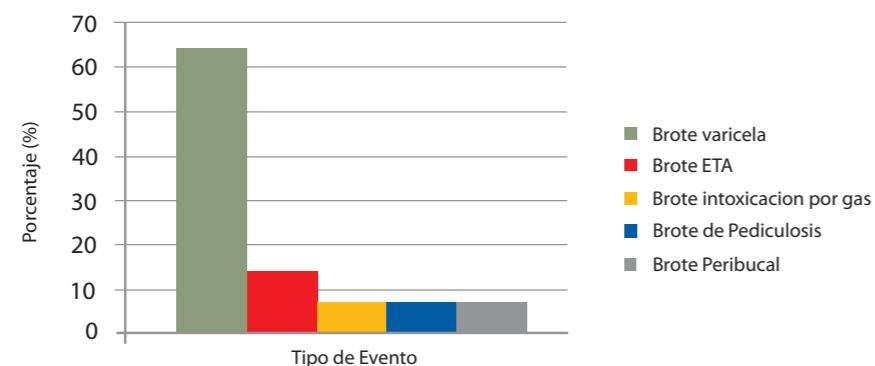
Algunos de los eventos en salud pública susceptibles de presentarse en los diferentes territorios de la localidad, se señalaron en los escenarios de riesgo descritos en el inciso anterior, tal es el caso de las intoxicaciones asociadas a las aglomeraciones de público o las inundaciones por obstrucciones en tuberías o falta de mantenimiento en sumideros y canales; sin embargo es importante destacar la problemática relacionada con la inadecuada disposición de residuos sólidos, principalmente originada por actividades de reciclaje y separación que llevan a cabo un número cada vez mayor de habitantes de calle en la ronda del río Salitre. En los recorridos de ola invernal desarrollados por el Comité Local de Emergencia CLE, en lo corrido de este año, se identificaron bodegas y centros de acopio de residuos sólidos (en su mayoría clandestinas) que contribuyen a aumentar este fenómeno, teniendo como consecuencia factores de riesgo que afectan a la comunidad tales como olores ofensivos, transmisión de enfermedades por la proliferación de vectores como insectos y roedores.

Por otro lado es importante señalar riesgos los riesgos en salud pública asociados a la actividad industrial Local como: intoxicaciones, fugas, explosiones, accidentes de trabajo y contaminación del suelo con residuos peligrosos como aceite vehicular, hidrocarburos de diversos tipos, contaminantes

atmosféricos, entre otros, que en conjunto con la vulnerabilidad estructural de gran parte de los barrios de la zona acrecientan la posibilidad de la materialización de un siniestro de gran magnitud.

En el periodo comprendido entre los meses de enero a octubre del presente, el Hospital de Chapinero ha sido notificado para la atención de diferentes emergencias en salud pública presentadas en la localidad de Barrios Unidos, las cuales se muestran gráfica y porcentualmente a continuación (Ver Gráfico 32)

Gráfico 32. Porcentaje de Emergencias en Salud Pública Reportadas al Hospital de Chapinero de Enero a Octubre de 2009 - Localidad de Barrios Unidos



Fuente: Referente de Emergencias y Desastres Hospital Chapinero. 2009.

El gráfico revela, que del 100% de las emergencias reportadas (14 en total), la mayor parte de los eventos corresponden a brotes de Varicela con un 64%, en segundo lugar se encuentran las Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA con un 14%, atribuibles a la gran cantidad de expendios de comida en el sector, mientras que eventos esporádicos como brotes por intoxicación con gases, pediculosis y peribucal correspondieron al 7%.

Tal como se describe a lo largo del presente documento, la naturaleza de los riesgos locales y distritales evidencian la estrecha correlación de las acciones de salud pública como medidas en su prevención, mitigación y atención, por lo tanto la existencia de la línea de Emergencias y Desastres Ambientales, es fundamental para la integración permanente, constante y oportuna del Hospital de Chapinero en espacios como los Comités Locales de Emergencias CLE, ya que es allí donde se establecen las necesidades prioritarias de la comunidad, por lo que se pueden canalizar las intervenciones de la ESE con mayor efectividad.

Por otro lado la necesidad de expertos en el tema de emergencias al interior de la institución resulta fundamental para fortalecer los planes y procesos de respuesta en caso de la materialización de siniestros de cualquier naturaleza, así como la difusión a las diferentes líneas y ámbitos del Hospital pertinentes en cuanto a la aplicación de los protocolos de respuesta en salud pública frente a sismos de gran magnitud, tal como se evidenció en el simulacro Distrital por terremoto realizado el 9, 10, 11 y 12 de Octubre del presente.

Es importante señalar las acciones adelantadas por el Hospital de Chapinero, a través de la línea de Emergencias en la divulgación de información de la gestión del riesgo con un enfoque en salud pública en los diferentes ámbitos de las tres localidades los cuales se describen a continuación:

**Colegios:** En conjunto con los miembros de ámbito escolar se han generado espacios al interior de las instituciones educativas donde se brindan asesorías que permiten fortalecer sus planes escolares de emergencias, con un enfoque en salud pública sin dejar de lado aspectos como la evacuación categorización del riesgo y respuesta ante sismos de gran magnitud.

**Comunidad en general:** Con el apoyo de los miembros de entornos saludables se han realizado asesorías con miras a la implementación de las cartillas de Plan Familiar de Emergencias, propuestas por la DPAE y la SDS, en los hogares de sectores vulnerables como los de la UPZ de Pardo Rubio de la localidad de Chapinero. También se han adelantado asesorías en temas de emergencias a manera de charla en espacios como: La Cámara de Comercio, el Consejo de Sabios, diversos jardines infantiles, centros comerciales, las Alcaldías Locales entre otros. Cabe resaltar que en todos los espacios se hizo énfasis además de los factores de riesgo en salud pública, a las contingencias recomendadas en caso de la ocurrencia de un sismo de gran magnitud.

En la atención de diferentes eventos presentados en cada una de las tres localidades de influencia y reportados al Hospital, la línea de emergencias sirve como puente para articular las acciones adelantadas por las diferentes áreas de la institución y de otras entidades (según sea el tamaño de la emergencia), en el caso de la ocurrencia de brotes u otro tipo de emergencia ambiental para brindar una respuesta organizada, eficaz y oportuna. Tal es el caso de la pandemia por Influenza AH1N1, donde se estableció una sala situacional por diferentes equipos competentes de la ESE, para administrar de la mejor manera la situación (establecimiento de sistema comando incidente SCI) y prevenir factores de riesgo como la contaminación cruzada tanto en pacientes como en el personal administrativo y asistencial.

#### 4.4 Análisis de la Inversión Local –Fondo de Desarrollo Local (FDL). Proyectos UEL Salud

A continuación se presenta la inversión en salud a través de los recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Local programado en el Plan de Desarrollo 2009-2012, dando respuesta a las necesidades identificadas en la localidad, en concordancia con lo priorizado en las agendas sociales y en los diferentes espacios locales.

Cabe resaltar que todos los proyectos de la UEL Salud financiados con recursos del Fondo de Desarrollo Local, reflejan un estudio juicioso de la realidad y las necesidades locales, por parte de los encargados de su formulación, en este caso oficinas de planeación de la Alcaldía y Referentes UEL del Hospital Chapinero. Las problemáticas abordadas también reflejan la coherencia de la orientación de los recursos hacia la población vulnerable y las problemáticas priorizadas a través de la agenda social.

En la evaluación del proceso se encuentran demoras en la formulación, en algunos casos, especialmente por la diversidad en criterios de abordaje manejados tanto por la Secretaría Distrital de Salud en el nivel central y local, como por referentes de los Hospitales y otros actores locales. No porque no se haya estudiado la Estrategia Promocional de Calidad de Vida sino porque en ella pueden entenderse varios métodos de abordar una misma problemática y porque en ocasiones resulta difícil hacer ajustes a las realidades locales y no duplicar intervenciones con otras acciones del Plan de Intervenciones Colectivas o de otras Instituciones y organizaciones.

#### 4.4.1 Plan de Desarrollo Local 2009-2012

El Plan de Desarrollo Local “Bogotá Positiva: para vivir mejor. Barrios Unidos Humana y Posible” aprobado mediante Acuerdo Local 003 de 2008, tiene como objetivos mejorar la calidad de vida de la población y que se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos y ambientales con criterios de universalidad e integralidad, convirtiéndose en un territorio de oportunidades que contribuya al desarrollo de la familia, en especial de los niños y niñas en su primera infancia. Una localidad incluyente, justa y equitativa, en la que la diversidad y la interculturalidad sean una oportunidad y la reconciliación, la paz, la solidaridad y la convivencia sean posibles. Una localidad cuya construcción sea el resultado de un proceso permanente de participación en el que cada vez, más personas se involucren en la discusión y decisión de los asuntos públicos. Una localidad generadora de recursos y oportunidades, próspera y solidaria, competitiva y capaz de generar y distribuir equitativamente la riqueza. Una localidad en la que todos y todas disfruten de los beneficios del desarrollo. Una localidad responsable con una gestión pública efectiva, transparente, abierta a la participación ciudadana y con servicios cercanos a la ciudadanía.

Para tal fin, el Plan de Desarrollo se encuentra enmarcado dentro de 5 Objetivos Estructurantes, en concordancia con el Plan de Desarrollo Distrital: “Bogotá Positiva: para vivir mejor”. Estos Objetivos Estructurantes son: Ciudad de Derechos, Derecho a la Ciudad, Ciudad Global, Participación, y Gestión pública efectiva y transparente

El objetivo Ciudad de Derechos, dentro del cual se desarrollaron las acciones en salud, tiene como propósito construir una Localidad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos, en la que se disminuyan las desigualdades evitables, con la institucionalización de políticas que permitan trascender los períodos de gobierno y consolidar una localidad en la cual la equidad, la justicia social, la reconciliación, la paz y la vida en equilibrio con la naturaleza y el ambiente sean posibles para todas y todos.

Para el logro de los objetivos frente a la inversión en salud, se establecen los programas Bogotá sana, Igualdad de oportunidades y derechos para la inclusión de la población en condición de discapacidad y Toda la vida integralmente protegidos, a través de los cuales se busca garantizar el derecho a la salud, mediante un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

Se establece como proyecto “Gestión Social e Integral para la Calidad de Vida”, el cual tiene como metas:

1. Atención integral en salud, promoción, prevención y atención a 4.000 personas discriminados entre: niños y niñas, adolescentes y jóvenes, adultos, personas mayores y población expuesta a vulneración de sus derechos durante la vigencia del plan, tendiendo como Línea de Base: 728 niños y niñas vigencia 2005, 28 niños y niñas en prevención y atención de problemas de aprendizaje, 600 jóvenes FDL 2006-2007. 50 gestores COPACOS 2008, 693 personas mayores a través del FDL 2005-2007 y 350 personas en 2008.

El proyecto “Atención y reconocimiento de derechos de la población en condición de discapacidad”, tiene como metas:

1. Fortalecer el Banco de Ayudas Técnicas para 100 personas en forma anual, teniendo como Línea de Base 260 personas con discapacidad, atendidas junto con sus familias durante 2006-2007 y 50 durante el 2008.

El proyecto “Infancia y adolescencia feliz y protegida integralmente”, tiene como metas:

1. Vincular a 200 niños, niñas menores de 15 años y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial expuestos a situaciones de vulneración de derechos, en forma anual.

El proyecto “Jóvenes visibles, con derechos y responsabilidades” tiene como metas:

1. Formar a 2.000 jóvenes en forma anual en alternativas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, teniendo como Línea de Base: 7.000 jóvenes atendidos por parte de la SDIS y 2417 personas entre jóvenes, padres de familia y docentes. Atención terapéutica a 121 jóvenes FDL 2006, y 300 jóvenes FDL 2007 en Escuela del Cuerpo.

2. Atender terapéuticamente a 80 jóvenes farmacodependientes en forma anual.

3. Formar en promoción de los derechos sexuales y reproductivos a 1.200 jóvenes durante la vigencia del Plan. Línea de Base: 270 mujeres FDL 2006, 3.200 personas capacitadas 2006-2007.

El proyecto “Familias Positivas”, tiene como meta:

1. Atender a 100 familias con derechos vulnerados a través del acceso a la justicia familiar y social, y promoción y restitución de derechos en forma anual. Tiene como Línea de Base: 219 núcleos familiares FDL 2005-2006, 110 FDL 2007 y 40 cofinanciados por el Hospital Chapinero.

2. Prevenir el maltrato infantil, el abuso y explotación sexual en 1.000 niños, niñas y adolescentes en forma anual. Tiene como Línea de Base: 3925 niños y jóvenes en prevención de violencia sexual e intrafamiliar FDL 2006. 2.700 en 2007 y 600 en 2008.

El Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo Local denominado “BOGOTA POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR. BARRIOS UNIDOS HUMANA E INCLUYENTE” asciende a \$47.958 millones de pesos constantes de 2008, de los cuales \$6.710 millones corresponden a Gestión Pública Efectiva y Transparente, \$19.600.5 millones a Ciudad de Derechos, \$17.627.5 millones a Derecho a la Ciudad, \$2.250 millones a Ciudad Global y \$1.770 millones a Participación. Se financiará en la Administración Local con ingresos corrientes, transferencias y recursos de capital, entre los que se destacan las multas, venta de activos fijos, recaudo de fotocopias y otros ingresos no tributarios.

De acuerdo al Plan Plurianual de Inversiones los recursos para los programas dentro de los cuales se encuentra definida la inversión en el sector salud, se distribuyen de la siguiente forma (Ver Tabla 58)

Tabla 58. Plan de Inversiones del PDL Barrios Unidos 2009-2012.

Programa	Ciudad de Derechos				Total
	2009	2010	2011	2012	
Bogotá Sana	350.000.000	370.000.000	400.000.000	450.000.000	1.570.000.000
Igualdad de oportunidades y de derechos para la inclusión de la población en condición de discapacidad	270.000.000	330.000.000	380.000.000	400.000.000	1.380.000.000
Toda la vida integralmente protegidos	680.000.000	548.250.000	606.250.000	640.000.000	2.474.500.000

Fuente: Plan de Desarrollo Barrios Unidos Humana y Posible. 2009-2012.

Las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Local guardan coherencia con las necesidades manifestadas por la comunidad en los Encuentros Ciudadanos llevados a cabo en el año 2008, en relación con la Agenda Social Local y el Diagnóstico Local, y dan continuidad a los proyectos que se vienen ejecutando en la localidad, sin que haya interrupción de las acciones que se adelantan en materia de salud en la localidad. A continuación se presenta el estado de ejecución de los proyectos de la UEL salud, correspondientes a este Plan de Desarrollo Local:

#### 4.4.1.2 **Proyectos ejecutados Vigencia 2008-Ejecución 2009:**

- **Fortalecer el Banco de Ayudas Técnicas para personas en condición de discapacidad de la localidad:**

A través de este proyecto se busca restituir la autonomía funcional, social y política de la persona en condición de discapacidad, su familia, cuidador o cuidadora, a partir del otorgamiento y acceso a ayudas técnicas dentro del enfoque de derechos. Con una cobertura de 112 Personas en situación de discapacidad física, auditiva o visual que necesiten ayudas técnicas, 112 núcleos familiares y adición de 48 Personas en situación de discapacidad física, auditiva o visual que necesiten ayudas técnicas y de 48 núcleos familiares para un total de 160 personas y 160 núcleos familiares beneficiados.

- **Campaña de prevención contra la explotación sexual y la explotación laboral infantil**

Este proyecto busca contribuir a la prevención de la explotación sexual y del trabajo infantil en la localidad de Barrios Unidos, mediante el desarrollo de herramientas de prevención y protección, espacios de sensibilización y campañas de formación, beneficiando a 600 niñas y niños entre los 6 y 18 años y a 200 padres y madres de familia.

- **Promoción, prevención y atención terapéutica a víctimas en violencia sexual e intrafamiliar**

A través de este proyecto se busca contribuir a la garantía, protección y restablecimiento de los derechos a través de acciones de atención terapéutica, prevención a niñas, niños, hombres, mujeres y adultos mayores víctimas o en riesgo de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual y promoción de la “no violencia”, beneficiando a 80 grupos familiares para atención terapéutica, 1000 niños y niñas y 200 padres y madres de familia y comunidad en general.

- **Programa de prevención y auto cuidado integral para la población persona mayor**

Busca promover el envejecimiento activo a través de la implementación de un Proyecto de Atención Integral para la Persona Mayor de la localidad de Barrios Unidos que incluye el desarrollo de tres componentes básicos: Envejecimiento Autónomo, Envejecimiento Saludable y Envejecimiento Protegido, con la finalidad de promover prácticas saludables en la vida cotidiana y el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de los beneficiarios del proyecto. Beneficiando a 200 hombres y mujeres mayores de 55 años, 200 Cuidadores y/o familiares de las personas beneficiarias del proyecto.

- **Realizar campañas de planificación familiar –sexualidad placentera y responsable**

Busca brindar herramientas que permitan el empoderamiento de los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres de la localidad de Barrios Unidos en etapa reproductiva, basadas en una comunicación asertiva, a fin de lograr una correcta toma de decisiones que contribuya a favorecer la calidad de vida de los beneficiarios. Población beneficiaria 240 mujeres y hombres, con edades entre 15 a 30 años participantes del proceso de empoderamiento de deberes y derechos en SSR. 479 mujeres beneficiarias del proyecto 1482 Vigencias 2004, 2006 y 2007. Total 719 personas

- **Promoción y movilización de adultos y adultas con actitud positiva y oportunidades**

Busca promover el desarrollo humano integral en los adultos y adultas de la localidad de Barrios Unidos desde los diferentes espacios de la vida cotidiana, interviniendo positivamente en su proyecto de vida, permitiendo un rol más activo y participativo con la familia, el trabajo y la comunidad, con énfasis en la sensibilización y toma de conciencia en aspectos como el auto cuidado y la autoestima para impactar en la calidad de vida de los habitantes de Barrios Unidos, beneficiando a una población de 250 mujeres y hombres, con edades entre los 23 a 49 años que reside o labora en la localidad de Barrios Unidos.

#### 4.4.1.3 **Proyectos ejecutados vigencia 2009-ejecución 2010:**

- **Promoción, prevención y atención terapéutica a víctimas en violencia sexual e intrafamiliar**

Busca contribuir a la garantía, protección y restablecimiento de derechos a través de acciones de atención terapéutica, prevención de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, explotación sexual y laboral infantil y promoción del buen trato, dirigidas a niñas, niños, hombres, mujeres, adultos y mayores víctimas o en riesgo de violencia intrafamiliar y/o sexual, beneficiando a 100 grupos familiares remitidos por Comisaría de Familia o Red de Buen Trato para atención terapéutica. 100 niños para prevención en violencia intrafamiliar y sexual y a 200 adultos. Con una inversión de \$ 166.399.162.

- **Acciones de promoción y prevención a niños, niñas y jóvenes (salud oral, visual y auditiva)**

Tiene como objetivo contribuir a las acciones de promoción en salud y prevención de la enfermedad a través de la identificación y del fortalecimiento de los conocimientos de los escolares en salud visual oral, visual y auditiva, y hábitos alimentarios y nutricionales mediante talleres de caracterización y sesiones lúdicas. Se realizaron actividades educativas en hábitos nutricionales, tienda escolar, escuela del cuerpo, salud oral, salud visual y auditiva. Sesiones educativas a padres y docentes de las instituciones educativas beneficiadas por el convenio. Se realizó la entrega de 400 kits de salud oral y apoyando a Salud al Colegio se entregaron 7650 kits de salud oral y 210 cepilleros. En el componente de salud auditiva se efectuó la entrega de 39 audífonos de 6 y 8 canales de 16 bandas de los cuales se beneficiaron 24 niños. Igualmente fueron favorecidos 400 niños, niñas y jóvenes en edades de 6 a 18 años escolarizados habitantes de la localidad de Barrios Unidos que no estaban en intervención por el programa de Salud al Colegio; a 25 docentes y 400 de padres de familia y/o cuidadores (as) de los niños, niñas y jóvenes beneficiarios del proyecto, para un total de población directa de 825 personas. Valor total del proyecto \$135.586.266.

- **Vacunación contra Varicela**

Contribuir con la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad debido a la incubación y presencia del virus de la varicela en la población menor de cinco años de la localidad. Se aplicaron 600 vacunas a niños y niñas menores de 5 años y se realizaron talleres de sensibilización a padres de familia. Valor total del proyecto \$87.750.726.

- **Banco de Ayudas Técnicas para personas en condición de discapacidad**

Busca favorecer el desarrollo de la autonomía funcional, social y política de las personas y sus familias en condición de discapacidad física, visual y/o auditiva de la localidad, a través del otorgamiento y adaptación de ayudas técnicas. Se ha alcanzado un avance de ejecución del 96%, beneficiando a 41 usuarios y entregando 56 ayudas técnicas. Valor total del proyecto \$ 62.515.782.

- **Cuidando a cuidadores(as), niños y niñas beneficiarios del Banco de Ayudas Técnicas para personas en condición de discapacidad**

Busca contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida del cuidador y su niño o niña en condición de discapacidad, permitiendo espacios que faciliten reducir los efectos físicos y psicológicos del oficio de cuidador y promover el desarrollo de habilidades en el menor. Lleva un porcentaje de ejecución del 61%. Se están atendiendo a la fecha 42 niños, niñas y jóvenes y a 42 cuidadores. Se han realizado 40 sesiones de meso terapia y 84 de cámara hiperbárica, así como 48 sesiones de aroma terapia y 40 de yoga dirigida a la población objetivo. Valor total del proyecto \$ 38.613.354.

- **Proyecto “Sonreír”-Prótesis dentales**

A través de este proyecto se busca restaurar la autoimagen biopsicosocial que despliega culturalmente el ser humano actual respecto de su proceso de envejecimiento, la anatomía y la fisiología perdidas al paso de los años, mediante la colocación de un aparato dentó protésico-protésico permitiendo al paciente retirárselo por sí mismo para su higienización. A la fecha se encuentra en un avance del 98%. Se entregaron 408 prótesis, beneficiando a 215 personas. Se entregaron 113 kits de higiene oral y se cumplió a cabalidad con la realización de los controles post y la actividad educativa. Valor total del proyecto \$ 102.352.088.

#### 4.5 Análisis de la Respuesta Social por Núcleos Problemáticos

En concordancia con el proceso de implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI) en la localidad de Barrios Unidos, y como resultado del análisis de los Núcleos Problemáticos en cada uno de los territorios, a continuación se presenta la respuesta integral que el Hospital Chapinero aporta desde el sector salud y la respuesta desde otros sectores en cada uno de los tres territorios de la localidad: Doce de Octubre-Salitre, Alcázares y Andes (Andes y Rionegro).

##### 4.5.1 Núcleos relacionados con desempleo y sub empleo

*“En el Territorio Doce de Octubre-Salitre, ante las condiciones de desempleo y sub-empleo la población de este territorio ha buscado alternativas de ingreso en la informalidad, en el sector automotriz, ebanistería, entre otros, al igual que en el Territorio Andes, Rionegro donde las personas buscan su ingreso a la informalidad, en el sector automotriz, comerciantes, entre otros. Estas actividades afectan la calidad de vida de los habitantes, y generan dificultad de acceso al Sistema General de Seguridad Social, dificultades económicas, fragilidad social y vulneración de derechos en todas las etapas del ciclo vital”*

##### 4.5.1.1 Respuesta desde el Hospital Chapinero:

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital Chapinero se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y trabajo identificados a través del Ámbito Laboral, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y trabajo de los y las trabajadores(as) informales de la localidad. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

**Desde Gestión Local:** Desde este componente del Plan de Intervenciones Colectivas se lleva a cabo el análisis de situación de salud y trabajo desde las diferentes Etapas de Ciclo Vital, con el fin de identificar aquellas situaciones que afectan la salud y calidad de vida de los y las trabajadores(as) en los diferentes territorios. A su vez desde el proceso de gestión de la salud en la adultez se adelanta la articulación de acciones frente al tema de productividad en el Comité de Adultez, y en este año en particular, con la formulación de la Política Pública Social de Adultez se espera mejorar la respuesta integral frente al tema de empleo y productividad

**Desde el Ámbito Laboral:** A través de la promoción de entornos saludables en lugares de trabajo se realizó intervención en 171 UTIs para identificación de riesgos y asesoría para el mejoramiento de las condiciones de trabajo distribuidas de la siguiente forma: 40 marroquinerías ubicadas en el barrio Siete de Agosto, 44 expendios de carne en los barrios 7 de Agosto, 12 de Octubre, Gaitán, y Rionegro y 87 montallantas de Alcázares, Andes y San Fernando, esta intervención se realizó en varias etapas: Caracterización de los y las trabajadoras en sus condiciones generales y de trabajo. Capacitaciones para identificar, mitigar y controlar los riesgos laborales propios de cada actividad, con énfasis en la fuente (maquinaria) y en el trabajador (elementos de protección personal y cultura del auto cuidado). Asesorías en la elaboración y ejecución de planes de mejoramiento de condiciones de salud y trabajo. Seguimiento a las UTIs en el plan de mejoramiento. Se obtuvo una cobertura del 100% de las Unidades de Trabajo, establecidas para la localidad.

También se lleva a cabo la formación de dos grupos de líderes en salud y trabajo quienes recibieron formación para el liderazgo y capacitación en recursos legales en pro de los derechos a la salud y al trabajo, con dos grupos: Integrantes del Comedor Comunitario de Alcázares y con Comerciantes del barrio Rionegro.

Dentro del componente de restitución de derechos se han identificado y caracterizado a 12 trabajadores en condición de discapacidad y remisión a redes de apoyo como la ONG Acción 13, programas de integración social y grupos comunitarios de personas con discapacidad; y la prevención de la discapacidad por accidentes de trabajo. A través de la intervención se logró la búsqueda de alternativas para reducir los riesgos más evidentes a los que están expuestos los trabajadores, como uso de sierras y material corto punzante, el uso continuo de elementos de protección personal y la conciencia de la importancia de mantener posturas adecuadas y manejo correcto de las cargas, para evitar lesiones osteo musculares. También se ha realizado asesoría a 18 empresas para la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad.

Frente al trabajo infantil se ha llevado a cabo la generación de condiciones de trabajo protegido para jóvenes entre 15 y 18 años trabajadores, a través de la identificación, caracterización, canalización y atención de los mismos, y la caracterización, canalización, atención y seguimiento de 147 niños y niñas trabajadores. También se participa en la Mesa de Erradicación del Trabajo Infantil de la localidad, la cual lleva dos años conformada, destacando que fue desde la gestión de la coordinación del Ámbito Laboral, que se conformó este espacio, mediante el cual se han apoyado la formulación de proyectos tendientes a la prevención del trabajo infantil y explotación sexual; se lleva a cabo la jornada del Día Contra el Trabajo Infantil y se hace gestión intersectorial para la canalización de casos de menores trabajadores a los diferentes servicios como SLIS, DILE y Casa del Menor Trabajador entre otros.

##### 4.5.1.2 Respuesta desde otros sectores:

La Alcaldía Local a través del Fondo de Desarrollo Local adelanta los siguientes proyectos, los cuales buscan mejorar las condiciones de empleo y de productividad de los habitantes de la localidad:

El proyecto “Alternativas productivas para la generación de ingresos para poblaciones vulnerables” busca atender a 200 personas con alternativas de aprovechamiento comercial en el marco del Plan Maestro de Espacio Público durante la vigencia del Plan de Desarrollo Local. Hasta la fecha se han beneficiado 109 vendedores y vendedoras ambulantes de la localidad.

El proyecto “Fortalecimiento del emprendimiento en la localidad de Barrios Unidos y la formación al trabajo” busca crear y poner en operación una Unidad Local de Desarrollo Empresarial de Barrios Unidos (ULDEBU) durante la vigencia del plan. A la fecha se desarrolló la imagen corporativa de la ULDEBU, se construyó la base de datos de los trabajadores productivos, de los emprendedores y

de los empresarios de la localidad. Cada grupo se formó de acuerdo a las temáticas establecidas en el proyecto. Se realizó Diplomado en Alta Gerencia, dirigido a los emprendedores y empresarios, y se realizaron seminarios en Alta Gerencia, Economía Solidaria, Cooperativismo y Programación Neurolingüística. Se efectuaron 30 planes de mercadeo, 35 manuales de calidad, 30 planes de gestión administrativa, 35 planes de negocio, 32 sitios WEB administrables y se diseñaron 54 imágenes corporativas a emprendedores. Se conformaron dos redes empresariales y productivas y se vincularon laboralmente alrededor de 63 personas.

El proyecto “Fortalecimiento del emprendimiento en la localidad de Barrios Unidos y la formación para el trabajo” busca formular y poner en marcha un plan local de formación para el trabajo durante la vigencia del Plan. El proyecto a la fecha lleva un avance del 80% en cinco programas educativos, beneficiando a 180 alumnos.

Por su parte la Subdirección Local de Integración Local, a través del proyecto “Adulter con Oportunidades”, durante este año coordinó la formulación de la Política Pública Social de Adulter, con un componente importante de productividad y generación de ingresos. Además cuenta con el servicio de Formación para el Trabajo y Generación de Ingresos. Desde el proyecto “Infancia y adolescencia feliz y protegida integralmente” se atienden a niños, niñas y adolescentes trabajadores en los Centros Amar.

Desde el Instituto para la Economía Social (IPES), que hace parte de la Secretaría de Desarrollo Económico se llevan a cabo procesos de asesoría y acompañamiento a emprendedores y microempresarios vulnerables con el fin de mejorar su competitividad y productividad, así como facilitar el acceso a fuentes de financiamiento y ahorro. También se llevan a cabo procesos de formación y de capacitación para el empleo. El IPES actualmente tiene la administración de la Plaza de los Artesanos, ubicada en la localidad. La Secretaría de Desarrollo Económico además cuenta con el programa Bogotá Trabaja, que es una vitrina virtual a través de la cual se encuentra información sobre oportunidades laborales, procesos de formación para el trabajo y estrategias para encontrar empleo.

La Cámara de Comercio de Bogotá cuenta con el programa Bogotá Emprende a través del cual se brindan servicios para la creación, crecimiento y consolidación de empresas sostenibles para que contribuyan a la generación de empleos y desarrollo económico.

#### 4.5.3 Núcleos relacionados con el deterioro ambiental

*“En el Territorio Uno Doce de Octubre se presenta deterioro del medio ambiente debido al mal manejo de residuos sólidos y de vertimientos, así como la inadecuada tenencia de mascotas lo que se agrava por la presencia de amplios sectores del territorio dedicado a actividades comerciales e industriales, generando a su vez invasión del espacio público y problemas de movilidad, todo esto asociado al desconocimiento de las normas y a la falta de cultura ciudadana.”*

*Se evidencian además altos niveles de contaminación atmosférica relacionada con la presencia de industrias de madera, colchones, ornamentación y fuentes móviles, de igual manera se evidencia contaminación auditiva asociada con el flujo vehicular, la industria maderera, talleres de mecánica automotriz y presencia de microindustria afectando la calidad del entorno.”*

*“En el Territorio dos Alcázares se presenta cambio en el uso del suelo, por proliferación de establecimientos para ejercicio de la prostitución, venta y consumo de alcohol, deteriorando el medio ambiente e incrementando la presencia de habitantes de calle, factores que han perjudicado la calidad de vida de sus residentes en todas las etapas del ciclo vital”.*

*“Se evidencia deterioro en las condiciones ambientales del Territorio Andes, micro territorio Rionegro, relacionado con la contaminación del aire (debido a la emisión de gases vehiculares principalmente en la calle 100 y en la Av. Suba); contaminación auditiva (ocasionado por el ruido producido por parte del club de la FAC ubicado en la carrera 61A con calle 90); contaminación del corredor ecológico de ronda del río Negro (debido a la mala disposición de basuras provenientes de micro industrias de calzado, comercio de alimentos y desechos de la comunidad en general; por la acción de recogedores de basura que disponen sus desechos en el sector; por vertimiento de desechos y aguas lluvias como aguas negras y por acumulación de lodos producto del arrastre de sólidos provenientes de los cerros orientales) y por la contaminación de andenes, zonas verdes y recreativas (debido a que los propietarios de mascotas no recogen las excretas de las mismas)<sup>240</sup>”.*

*“En el Territorio Andes, micro territorio Rionegro se presenta deterioro del medio ambiente debido al mal manejo de residuos sólidos y de vertimientos, así como la inadecuada tenencia de mascotas lo que se agrava por la presencia de amplios sectores dedicados a actividades comerciales e industriales, generando a su vez invasión del espacio público y problemas de movilidad, todo esto asociado al desconocimiento de las normas y a la falta de cultura ciudadana”.*

#### 4.5.3.1 Respuesta del Hospital Chapinero:

Frente a estos núcleos problemáticos, desde el Plan de Intervenciones Colectivas se cuenta con la siguiente respuesta a través de sus componentes:

**Desde Gestión Local:** Acciones desde Gestión Sanitaria y Ambiental para la salud GESA a través del posicionamiento de temáticas propias de la transversalidad de ambiente mediante la participación en espacios locales como la Comisión Ambiental Local (CAL), en la Mesa Inter local río Salitre, Mesa Distrital de Salud Ambiente y formulación participativa de la política de salud y ambiente del distrito.

**Desde Ámbito Comunitario:** Acciones desde Entornos Saludables Comunitarios (ECOS). Se ha realizado un trabajo para la consolidación de la ruta de la salud ambiental y a nivel distrital se aporta al fortalecimiento de la Mesa de Trabajo de Salud Ambiental ECOTSA. Se efectuó el proceso de acompañamiento a organizaciones sociales que trabajan temas de salud ambiental, articulación de los procesos de participación ciudadana al ámbito comunitario, institucional, intersectorial, entre otras, al igual que capacitaciones a diferentes actores. Finalmente lleva a cabo la articulación con proceso de vigilancia comunitaria tratando de suplir todas las problemáticas puestas por la comunidad de los territorios.

**Desde Ámbito Familiar:** Intervención del Plan Integral de Entornos Saludables (PIES). En la localidad de Barrios Unidos durante el 2010 se han llevado un total de 372 visitas domiciliarias distribuidas así: 102 viviendas con primera visita, 106 viviendas con segunda visita, 74 viviendas con tercera visita y 90 viviendas con cuarta visita, la mayoría de estas ubicadas en el barrio Doce de Octubre. A través de la visita domiciliaría se han identificado otros factores que inciden en la calidad de vida de las familias como son discapacidad, mujeres gestantes sin control prenatal, problemas psicológicos que son canalizados y reportados a los grupos correspondientes para que sean intervenidos según el caso. También se ha llevado a cabo caracterización de entornos y movilización desde el Núcleo de Gestión de SASC frente al tema ambiental, taller de manejo adecuado de residuos sólidos y participación en la formulación de la política de salud y ambiente.

**Desde el Ámbito Escolar:** Plan Ambiental Escolar (PAESA) en las IED Domingo Faustino Sarmiento, Jorge Eliécer Gaitán, Tomas Carrasquilla, Alemania Solidaria y República de Panamá y en los Jardines Infantiles Rionegro, Ángel del Nutrir, María Goretti, La Inmaculada, La Esperanza y el

240 Núcleo Problemático definido desde el ejercicio de Laboratorio Social implementado en la localidad a partir del Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2010.



Rosario. Trabajo en temas como Gestión del Riesgo, manejo de residuos sólidos y recurso hídrico. Participación en Festival río Salitre.

**Desde el Ámbito Laboral:** Intervención en las dos Plazas de Mercado (Doce de Octubre y Siete de Agosto) se asesoró en diseño e implementación del plan de emergencias y brigada contra incendio. En vigencias anteriores se han revisado condiciones de trabajo y entorno y se han hecho las recomendaciones y el seguimiento correspondiente.

**Desde el Ámbito Institucional (IPCAE):** Las actividades desarrolladas en los Institutos de Protección son: Sobre medicamentos se manejan temas como: adquisición, almacenamiento, disposición final, según la Resolución 371 de 2009; clases de medicamentos, efectos a la salud humana, riesgo de automedicación, reacciones adversas, intoxicaciones, resistencia bacteriana, la detección y notificación de comercialización de productos farmacéuticos fraudulentos y/o alterados. Sensibilización y promoción sobre la protección solar y los riesgos de la radiación UV para la salud, sistema de protección solar mundial, recomendaciones para la población bajo protección y presentación de mapas de índice UV en Colombia de acuerdo al monitoreo mensual que realiza el IDEAM. Talleres de ambientes libres de humo de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1956 de 2008 y la Ley 1335 de 2009 Talleres sobre el cuidado del entorno: manejo de los residuos y disposición final; presentación de videos educativos a los niños. Asesorías en Buenas Prácticas de manufactura en alimentos de acuerdo a lo que establece el Decreto 3075 de 1997. Capacitaciones sobre el uso seguro y racional de sustancias químicas de uso doméstico e institucional

**Desde IVC:** Intervenciones desde las líneas de saneamiento básico. En *Seguridad Alimentaria* se vigilaron y controlaron 887 establecimientos que equivalen al 94,96% de lo programado. Frente a emisión de concepto favorable este se dio en un 15,44% de los establecimientos visitados, presentándose más conceptos favorables en vehículos, seguido por restaurantes, expendio de licores y cafeterías.

**Frente a las medidas sanitarias el comportamiento es el siguiente:** 30% clausura, 30% suspensión, 70% decomiso, 70% destrucción y 0% congelación. Las medidas tomadas en el trimestre corresponden a clausura y/o suspensión por presencia de vectores, falta de limpieza y desinfección e incumplimiento a exigencias dejadas en actas anteriores, algunas de estas medidas se toman con decomiso y destrucción de productos los cuales no cumplen con lo establecido para el rotulado de alimentos y una mala conservación de estos o por resultados de laboratorio No cumple. Expendios de licores es el punto crítico que más presentó inconvenientes por las condiciones higiénico sanitarias. Otros puntos que registran inconvenientes son restaurantes por el incumplimiento de visitas anteriores, plazas de mercado y supermercados.

En *Saneamiento Básico* el porcentaje de conceptos favorables para este trimestre aumentó en un 60% con relación al trimestre anterior, los establecimientos que se conceptuaron en mayor porcentaje fueron los establecimientos educativos y hoteles. Y en un 40% se incrementaron establecimientos de bajo riesgo, se ha logrado un trabajo de concienciación con este tipo de establecimientos.

En *Medicamentos seguros y Servicios de salud* el 54% de los establecimientos vigilados cuenta con concepto sanitario favorable. En general se observa buen manejo de los productos farmacéuticos, existe una buena disposición e interés en la mayoría de los propietarios de los establecimientos visitados en estos tres meses y se ha logrado desarrollar en los personas que trabajan en estos lugares un concepto de responsabilidad sobre los productos farmacéuticos que dispensan, debido a sus características y usos, los cuales son diferentes a los demás productos que se comercializan. El bajo porcentaje obedece a que en la mayoría de los casos han tenido dificultades para completar la documentación que solicita el modelo de gestión debido a la falta de claridad en la normatividad.

El 46% de los establecimientos vigilados cuenta con concepto sanitario pendiente. Debido a la normatividad, varios locales deben realizar arreglos locativos en los establecimientos. Al respecto se presentan dos inconvenientes, por una parte problemas económicos de los propietarios de los establecimientos para realizar las adecuaciones del local y por otra, dificultades con los dueños de los locales donde funcionan los establecimientos, ya que no permiten adelantarlas o no desean hacerlo; a esto hay que sumar, como se mencionó anteriormente la dificultad expresada por los propietarios de los establecimientos para la elaboración de la documentación según el modelo de gestión.

En *Enfermedades compartidas* se realizó control de vectores en canales y áreas públicas dando cumplimiento al 100% de focos de vectores y de insectos controlados. Se vacunaron 224 animales entre caninos y felinos en los tres puntos fijos de vacunación que tiene el Hospital, no se presentó ningún inconveniente con las vacunaciones y se realizaron 165 cirugías de esterilización de hembras caninas y felinas.

En *Industria y Ambiente* se han vigilado y controlado al 100% de los establecimientos programados. El 19,6% de los establecimientos vigilados cuenta con concepto sanitario favorable. El 7,4% cuenta con concepto sanitario pendiente, relacionado principalmente con la adecuación de pisos y paredes, separación de residuos, limpieza y desinfección, falta de elementos de protección personal, sistema contra incendios, arreglos eléctricos, señalización, hojas de seguridad, botiquín, realización del protocolo de bioseguridad y del plan de emergencias. El 0,2% cuenta con concepto sanitario desfavorable debido al no cumplimiento por parte de uno de los establecimientos de la normatividad higiénico sanitaria, por lo cual se hizo la toma de medida sanitaria.

#### 4.5.3.2 Respuesta desde otros sectores:

La Alcaldía Local, a través del Fondo de Desarrollo Local se encuentra ejecutando los siguientes proyectos<sup>241</sup>:

Implementación de estrategias educativas ambientales en el marco de los PRAES, en colegios de la localidad, el cual se desarrolló en las 10 Instituciones Educativas Distritales de la localidad donde se ejecutaron los talleres y se realizaron en cada colegio tres salidas pedagógicas. Se beneficiaron 250 estudiantes y 20 docentes.

Implementación de herramientas y controles para la preservación del ambiente a través de dos campañas por año que promuevan el control de la contaminación auditiva, visual, atmosférica y electromagnética, revisión de 20 planes de manejo anteriores y desarrollo de 20 planes nuevos. Se realizó la socialización del mapa de ruido. Se beneficiaron 1170 personas y se desarrollaron 20 Planes de Manejo Ambiental. El mapa de ruido fue elaborado por la Secretaría Distrital de Ambiente y entregado a la Alcaldía en febrero de 2010.

Realización de acciones de sensibilización a la comunidad en torno al cuidado de la cuenca del río Salitre a través de la implementación de un programa de sensibilización en el marco del Plan de Manejo y Ordenamiento de la Cuenca del río Salitre, donde se atendieron 130 personas y se creó un PROCEDA, el cual actualmente se encuentra en proceso de aprobación de la iniciativa hecha por el mismo.

Adicionalmente se tiene institucionalizado la celebración del Festival río Salitre desde hace tres años, iniciativa que vincula anualmente a instituciones y comunidad frente a la sensibilización de la importancia de este cuerpo de agua.

La Secretaría Distrital de Ambiente a su vez, tiene la secretaría técnica de la Comisión Ambiental Local (CAL), a través de la cual se coordinan las acciones intersectoriales para dar respuesta a los temas ambientales priorizados en la localidad. Es la entidad encargada de la verificación de vertimientos realizados al alcantarillado público y sobre el recurso hídrico superficial y suelo, clasificación de impacto ambiental para planes de implantación, evaluación técnica de arbolado urbano (en conjunto con el Jardín Botánico de Bogotá), expedición de permiso de emisión para fuentes fijas, entre otros.

<sup>241</sup> Ibid.

La Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), realiza continuamente actividades de poda, extracción, transporte y disposición de sedimentos y sellado de juntas al canal del río; así como monitoreo a vertimientos en la Cuenca del Canal Salitre.

Aseo Capital es la empresa que tiene a su cargo la recolección de residuos sólidos en la localidad, y lleva a cabo procesos de formación sobre disposición adecuada de residuos sólidos y segregación en la fuente.

#### 4.5.4 Núcleo relacionado con violencias y deterioro de la Salud Mental

*“En el Territorio Doce de Octubre-Salitre se presentan expresiones de violencia y maltrato relacionadas con el desempleo, bajos ingresos, condiciones de habitabilidad, falta de acceso a educación superior, generando situaciones de fragilidad social y conflictos intergeneracionales, que afectan a todas las etapas del ciclo vital.”*

##### 4.5.4.1 Respuesta desde el Hospital Chapinero:

**Desde Gestión Local:** Articulación de acciones promocionales desde la Red del Buen Trato, Comité de Infancia, y al interior de la ESE a través del Comité de Salud Mental. Apoyo a la movilización para el proceso de presupuestos participativos donde se priorizaron propuestas de proyectos frente al prevención de violencias y de consumo de sustancias psicoactivas.

**Desde Ámbito Comunitario:** Gestión para la aplicación del proyecto de Centros de Escucha. Se ha avanzado en el desarrollo de las actividades de estos espacios, pudiéndose identificar las problemáticas que requieren atención, establecimiento y promoción de redes sociales por medio de los Centros de Escucha y en las temáticas trabajadas se da a conocer la intervención a las diferentes entidades de la localidad como SLIS, se busca el posicionamiento de la intervención en la comunidad, por medio de sensibilizaciones sobre los temas propuestos, ya que existe un desconocimiento de esta propuesta del componente cinco.

**Desde Ámbito Familiar:** Durante el 2010 se han atendido un total de 146 núcleos familiares con caso cerrado, siendo familias con cambios positivos en su dinámica familiar, donde la intervención ha logrado un impacto positivo. Las problemáticas identificadas a través de la intervención y que mayor impacto tienen en la población son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y la crianza del niño, seguido de problemas relacionados con el ambiente social, las condiciones de vivienda, circunstancias económicas, la conducta suicida, los problemas relacionados con el estilo de vida y aquellos relacionados con el maltrato. Teniendo en cuenta la distribución por etapa de ciclo vital, en infancia las intervenciones estuvieron encaminadas hacia el abordaje de los problemas relacionados con la crianza y la relación entre padres e hijos, destacándose la necesidad de trabajar la temática de crianza positiva. Tanto en juventud como en adultez se identificó que los riesgos psicosociales se están presentando más en estas etapas. Es de destacar la importancia del control de emociones y tolerancia a la frustración en esta localidad. En persona mayor las problemáticas están generalmente asociadas a discapacidad o a la muerte del conyugue.

El microterritorio San Fernando fue el lugar donde hubo mayor despliegue del equipo de la intervención psicosocial, con un 64%, reduciéndose en un 10% con relación al periodo anterior, lo que muestra que la intervención se ha proyectado a familias que no pertenecen al microterritorio y que han sido notificadas por la comunidad e instituciones de la localidad. Frente a la UPZ continua siendo Doce de Octubre la que mayor influencia recibe por parte de la intervención, seguida de Alcázares con un 24% y Andes con un 10%.

En relación al abordaje de los casos de Conducta Suicida en la localidad se destaca la asistencia al 100% de la notificación recibida, no se han escatimado recursos a fin de dar respuesta a esta problemática. En este aspecto en particular es de destacar la articulación que se ha dado con epidemiología para el abordaje de los casos.

**Desde Ámbito Escolar: Grupo de acciones promocionales:** prevención del consumo de SPA, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento ante situaciones que ponen en riesgo la Salud Mental, colegios protectores y activos ante las violencias, soporte psicosocial ante signos de alarma y factores de riesgo de la conducta suicida. Una de las prioridades evidenciadas en las IED de la localidad es la atención a casos de violencia escolar, riesgo y consumo de SPA, por lo cual se hace énfasis en la importancia de reconocer las rutas existentes e incorporar otros actores locales que articulados lleguen al colegio para fortalecer acciones, no sólo preventivas sino de intervención ante los casos identificados.

El consumo de sustancias psicoactivas en las IED se ha ido incrementando lo que ha conllevado al equipo de gestión en continuar en la creación de estrategias que apunten a dar respuestas a la problemática. Para ello, en su proceso de articulación unió esfuerzos con la Personería Local de Barrios Unidos, para elaborar conjuntamente con el programa Salud al Colegio, una pieza comunicativa que buscará sensibilizar a las comunidades educativas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y darles a conocer el programa SAC.

**Desde Ámbito IPS:** Promoción y oferta de servicios en salud mental y la prevención de los eventos que la afectan. Todo esto con el propósito de lograr el mejoramiento en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios. En el marco del Comité de Salud Mental de la ESE, se ha llevado a cabo el proceso de construcción de la ruta de notificación y retroalimentación de los eventos en salud mental, la cual se ha venido ajustando con el propósito de integrar y articular las diferentes intervenciones; además de ello, se contó con un trabajo conjunto con la referente de salud mental en Gestión Local, y se tuvieron en cuenta las sugerencias de los referentes del PDA (Proyecto de Desarrollo de la Autonomía), para graficar la ruta a través de un diagrama, con el propósito de que se pueda visualizar de una manera más fácil.

**Se han llevado a cabo articulaciones:** con Gestión Local en el tema de interrupción voluntaria del embarazo y con el PDA de Salud Sexual y Reproductiva para profundizar en la temática del Protocolo de Abordaje a las víctimas de Violencia Sexual. Se ha realizado capacitación al personal de salud de entidades privadas. Se hacen visitas de seguimiento a los puntos de atención de la ESE con servicios en salud mental, en donde se logró identificar algunas barreras de acceso que dificultan la atención de los usuarios(as) que requieren servicios en salud mental.

**Desde Ámbito Laboral:** Promoción de la Salud Mental en el Ámbito Laboral, prevención a la vinculación de peores formas de trabajo infantil de NNAA des-escolarizados y escolarizados. Línea 106: se divulgó en el Consejo de Niños y Niñas de Barrios Unidos; en la semana de la Salud Sexual y Reproductiva del colegio Tomás Carrasquilla se promociona la línea 106 y se habla de prevención de la explotación sexual, con la estrategia pedagógica de cine foro, mediante el documental Amarrita, que permite procesos de reflexión a partir de las historias de vida de los protagonistas. Prevención en peores forma de trabajo infantil y explotación sexual comercial: sensibilización en el colegio Heladia Mejía, ubicado en zona de tolerancia, en primaria y hasta grados noveno con un alcance de 173 niños y niñas, donde la comunidad ha reportado que estudiantes son abordadas por personas sospechosas de explotación sexual comercial con niños, niñas y adolescentes (ESCNNA) en vehículos. Sensibilizaciones en el comedor comunitario Alcázares. En apoyo a la articulación del trabajo de las Mesas Locales de Prevención y Erradicación de Trabajo Infantil se realizaron acciones colectivas en promoción de la salud mental con docentes y usuarios de los centros Amar I y II de Chapinero. Se inició la presentación de las PFTI en la Red del Buen Trato de Barrios Unidos. Formación en salud sexual y salud mental a promotores de los clubes juveniles de ICBF; seminario de delitos cibernéticos durante el mes de agosto, como aporte a la actualización de la conceptualización en la problemática de Explotación Sexual Comercial en Niños Niñas y Adolescentes (ESCNNA). En Medio Ambiente con el apoyo del referente de gestión local se tuvo la oportunidad de socializar los avances en la referencia de salud mental del Ámbito Laboral con el fin de generar compromisos

en las visitas de seguimiento a bares, hoteles, residencias y moteles, en la divulgación de las leyes 1336 y 1329 del 2009, allí se lograron acuerdos previos que se iniciaran en el último trimestre del año.

**Desde Ámbito Institucional (IPCAE):** Intervención en instituciones de protección y centros de atención especializada modalidad internado –ICBF regional Bogotá. Los contenidos se abordaron teniendo en cuenta el enfoque de ciclo vital: Infancia (preescolar y escolar), Juventud (adolescencia inicial, media y joven) y Adulthood; esta última dirigida a población en condición de discapacidad y a cuidadores. Temas abordados: Prevención del abuso sexual infantil, Prevención de la explotación sexual infantil, Sexualidad en la infancia, Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva como parte de la Salud Mental, Sexualidad Responsable, Construcción de habilidades para la vida, proyección a futuro, Construcción de habilidades para la vida, resolución de conflictos, Construcción de habilidades para la vida, toma de decisiones, Promoción de Autoestima como parte de la Salud Mental, Prevención de consumo de SPA, Exploración de los contenidos informativos sobre la importancia de la buena Salud Mental y riesgos asociados al consumo de SPA, Promoción del Buen Trato en la convivencia institucional: trabajo de contenidos frente al significado del buen trato, en las relaciones interpersonales.

Desde Vigilancia en Salud Pública: Notificación de casos de VIF, abuso sexual y maltrato infantil a través del subsistema SIVIM. En la localidad de Barrios Unidos se identifica que la violencia emocional y el descuido son los más representativos y que corresponden al 40% y al 29% respectivamente, del total de la notificación. De acuerdo a la distribución por género se tiene que la mayoría de los eventos notificados pertenecen al género femenino. Se destaca que la notificación de eventos presentados por violencia sexual fue de 15 en el sexo masculino y 44 en el femenino, siendo éste un fenómeno de impacto en la localidad. Para el tercer trimestre del año 2010 se cuenta con 11 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) Notificadoras y con 101 UPGD Informadoras para el sistema SIVIM, para un total de 112 UPGD. La UPGD Ámbito Escolar es quien más notificación presenta. Cabe resaltar que hay aumento de UPGD Informadoras, pero se debe trabajar en fomentar la notificación para que sean UPGD Informadoras del sistema SIVIM y con ello mantener una frecuencia alta en notificación de eventos de violencia.

**Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida. Este proceso se ha llevado a cabo mediante las siguientes actividades:** Centralización de los casos informados por los diferentes componentes, ámbitos y subsistemas del PIC. Realización del primer contacto vía telefónica con el paciente y/o acudiente en la cual se le informa acerca del programa de intervención psicosocial ofrecido por el Hospital y son confirmados los datos de teléfonos y dirección de residencia. Georreferenciación del caso por localidad y barrio. El 42% del total de casos de conducta suicida notificados al Hospital Chapinero corresponden a Barrios Unidos. Se evidencia que la conducta suicida que en mayor proporción se presenta es el intento suicida con el 71% de los casos, la ideación suicida representa el 27% y la amenaza suicida el 2%.

Desde Asistencial-POS-: El Hospital Chapinero cuenta con los puntos de atención UPA San Fernando, UPA Juan XXIII y UPA Rionegro donde se ofrecen paquetes de atención terapéutica, atención en crisis y atención a víctimas de violencia intra familiar y atención especializada (psiquiatría) en el CAMI Chapinero.

Desde Proyectos UEL: Promoción, prevención y atención terapéutica a víctimas en violencia sexual e intrafamiliar a 100 grupos familiares remitidos por Comisaría de Familia o red de Buen Trato para atención terapéutica. 100 niños para prevención en violencia intrafamiliar y sexual, 200 adultos, y prevención del maltrato infantil, el abuso y explotación sexual en 1000 niños, niñas y adolescentes. Se atendieron 120 grupos familiares en atención terapéutica, seguimiento a 80 familias del proyecto de vigencia anterior. Del componente promoción y prevención en

las instituciones escolares se trabajó grupos en las IED Alemania Solidaria, Jorge Eliécer Gaitán, República de Panamá y en el Centro de Rehabilitación DIA, Universidad de Los Libertadores y CEDINPRO, de los cuales se beneficiaron 1295 niños, niñas y adolescentes y 340 adultos mediante el desarrollo de campañas.

#### 4.5.4.2 Respuesta desde otros sectores:

La Alcaldía Local a través del Fondo de Desarrollo Local llevó a cabo los siguientes proyectos<sup>242</sup>:

“Prevención, protección y atención a niños, niñas y adolescentes” que tiene como meta la vinculación de 200 niños, niñas menores de 15 años y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial, expuestos a situaciones de vulneración de derechos en forma anual. Se atendieron 200 niños vulnerables de la localidad en cuatro puntos Simón Bolívar, Alcázares, Rionegro y Aldeas Juveniles. La atención se realizó en jornadas alternas al estudio en refuerzo de tareas, atención psicológica, actividades lúdicas, refrigerios y materiales. Otra de las metas de este proyecto es la formación a 2000 jóvenes en forma anual en alternativas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas. Se atendieron 8000 jóvenes para la formación en alternativas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas y promoción de los derechos sexuales y reproductivos por medio de talleres y actividades lúdicas y desarrollo y apoyo de iniciativas.

“Acciones para fortalecer la seguridad y convivencia en la localidad para prevenir conflictos, violencias y delitos” con dos componentes: Jóvenes conviven por Barrios Unidos 2009, donde se apoyaron 15 iniciativas juveniles beneficiando aproximadamente a 1200 habitantes de la localidad, y, Hombres conscientes y no violentos en Barrios Unidos, el cual lleva un 30% de ejecución y se han visitado la Comisaría de Familia, el ICBF, colegios de la localidad, la Estación XII de Policía, para identificación de posibles beneficiarios.

“Fortalecimiento a organizaciones y redes sociales”. A través de este proyecto se fortalecieron 9 instancias locales con la financiación de iniciativas, dentro de las cuales estuvo la presentada por la Red del Buen Trato que llevó a cabo el *Festival por el buen trato y la no violencia en contra de la mujeres*, el cual contó con la participación de 600 personas en el Polideportivo El Salitre.

A su vez la Subdirección de Integración Social a través del proyecto “Familias Positivas: por el derecho a una vida libre de violencias y a una ciudad protectora” lleva a cabo acciones de atención, orientación y seguimiento a las familias afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual, prevención y erradicación de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, acceso a la justicia a través de la Comisaría de Familia ubicada en la Alcaldía Local y lidera el Comité Local de Atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual.

#### 4.5.5 Núcleos relacionados con inadecuada clasificación de SISBEN

**“En el Territorio Uno Doce de Octubre-Salitre se presentan dificultades en el acceso a servicios sociales del Estado por la inadecuada clasificación de SISBEN, debido a que el territorio es estrato tres, razón por la cual se generan puntajes de clasificación más altos que no reflejan las condiciones de vulnerabilidad al interior de las familias, generando barreras de acceso a salud y a servicios sociales”.**

**“En el Territorio Andes, Rionegro se presentan dificultades en el acceso a servicios sociales del Estado por la inadecuada clasificación de SISBEN, debido a que el territorio es estrato tres razón por la cual se generan puntajes de clasificación más altos que no reflejan las condiciones de vulnerabilidad al interior de las familias, generando barreras de acceso a salud y a servicios sociales”.**

242 Ibid.

#### 4.5.5.1 Respuesta desde el Hospital Chapinero:

**Desde Gestión Local:** Se han llevado a cabo procesos de articulación intersectorial con Personería Local para evidenciar la situación de vulneración de derechos en población con clasificación inadecuada del SISBEN.

**Desde el Ámbito Comunitario:** Conformación de los grupos comunitarios, generando interés en los participantes sobre la importancia de la autonomía y la apropiación de su ser como sujetos políticos con capacidad decisoria, participación en procesos locales que impliquen toma de decisiones, exigibilidad, control, entre otros.

**Desde el Ámbito Familiar:** Movilización desde el Núcleo de Gestión SASC donde a través de la lectura de necesidades ha sido priorizada esta situación. Se realiza un proceso de formación en mecanismos de exigibilidad de derechos a través de la ONG Acción Trece.

**Desde la Oficina de Atención al Usuario:** Capacitación en el Núcleo de Gestión sobre oferta de servicios del Hospital, centros de atención, niveles de atención en salud y el paquete de servicios que se ofrece a la población en cada uno de ellos, se da a conocer la labor que se desarrolla en la oficina de participación social y atención al usuario en la cual son atendidas inquietudes por servicios, quejas, reclamos, etc. Se enfatiza y explica a los asistentes el servicio de ruta saludable de la red norte y se dan indicaciones para utilizar este servicio de manera eficaz. Igualmente la comunidad manifiesta algunas inquietudes con respecto al SISBEN las cuales son aclaradas por la profesional de Atención al Usuario. Se dan a conocer el costo de pago para servicios de salud, y especialmente se explica que la población mayor de 65 años (edad en que se encuentra la mayoría de los asistentes al núcleo) no paga cuota de recuperación. Se hace entrega del manual de atención al usuario del Hospital Chapinero.

#### 4.5.5.2 Respuesta desde otros sectores:

La ONG Acción Trece, que se especializa en asesoría jurídica a poblaciones vulnerables, lleva a cabo procesos de asesoría frente a derechos de petición y acción de tutela para restitución de derechos, entre estos la revisión de puntajes de clasificación de SISBEN ante Secretaría Distrital de Planeación.

#### 4.5.6 Análisis de logros y dificultades de la respuesta

Como se puede observar, las respuestas integrales que brinda el Hospital Chapinero a través de su modelo de gestión puesto desde la Estrategia de Calidad de Vida y Salud y desde la APS, es coherente con la lectura de necesidades en cada uno de los tres territorios, los que se manifiesta en los avances de la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral, a través de la territorialización de las acciones. Una de las dificultades que se presenta, es la disminución de recursos, en especial desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), lo que ha afectado el aumento de coberturas de los diferentes programas y proyectos y el cumplimiento de metas establecidas. Otra de las dificultades evidenciadas es la rotación del recurso humano lo que genera re procesos y la pérdida de continuidad de los mismos. A su vez la asignación fragmentada de recursos por parte de la Secretaría Distrital de Salud, hace que no se puedan concluir los procesos adecuadamente, como ha sido el caso de Gestión Local, lo que dificulta los procesos intersectoriales.

Dentro de los logros y dificultades identificados por cada ámbito se destacan los siguientes:

##### 4.5.6.1 Ámbito Comunitario:

En definitiva se podría concluir que los grupos y organizaciones con las cuales trabaja el ámbito en la actualidad, cuentan con un gran experiencia en su labor, dado que en su mayoría son

formales, y con un tiempo de conformación amplio, lo que implica para el ámbito fortalecer sus aprendizajes y experiencias, pero también impone el reto de cualificar las acciones conducentes al logro de los propósitos del ámbito, la construcción de sujetos políticos, el fortalecimiento de procesos organizativos, de trabajo en red y transectoriales. De ahí que sean pertinentes los ejes temáticos planteados en el fortalecimiento técnico como el trabajo en equipo, la cualificación en el trabajo comunitario y el trabajo en red, porque en la medida que los grupos fortalezcan su qué hacer comunitario y su posibilidad de gestión articulada e integrada con el contexto que les rodea, pueden realizar procesos sostenibles y de impacto social.

##### 4.5.6.2 Ámbito Familiar:

Estrategia de vivienda saludable. Se ha logrado lo siguiente: en zonas vulnerables se ha conseguido una sensibilización a las familias con respecto a las condiciones de su vivienda y su entorno. En viviendas cuya estructura y entorno presentan condiciones favorables, se ha conseguido un cambio en los hábitos de ahorro y el uso eficiente de recursos y manejo adecuado de residuos sólidos, así como el mejoramiento de estructuras de las viviendas por parte de las familias, la disminución de residuos sólidos en vías principales, una tenencia adecuada de animales, la sensibilización a personas que quemaban sus residuos sólidos y la identificación de problemáticas ambientales y canalización. Dentro de las dificultades se encuentran la falta de colaboración por parte de las personas encargadas de los establecimientos visitados, los tiempos muertos en la espera de atención por parte de funcionarios o personas encargadas de los establecimientos, la falta de cartografía actualizada en Catastro Distrital de la UPZ 22 y la inconformidad de algunas personas por la contaminación ambiental del Canal Salitre. Cuestionan a las entidades públicas por no solucionar con inmediatez este problema.

**Salud Oral:** Dentro de los logros de la intervención se destaca la interiorización y aplicación de las buenas prácticas de salud oral al interior del núcleo familiar y la aceptación por parte de los niños y niñas menores de 9 años, así como de madres gestantes, lo que permite que el trabajo de la higienista sea más aceptado por éstos y sus cuidadores.

Intervención Psicosocial: Como aspectos a destacar se tiene el fortalecimiento de la articulación interinstitucional a fin de dar respuesta efectiva a las necesidades de las familias intervenidas, eso esperamos mejore con el tiempo y con la adquisición de experiencia por parte de las profesionales encargadas de la ejecución de la intervención. Se ha logrado un trabajo muy organizado y articulado con las promotoras de Salud a su Casa, los profesionales de discapacidad, gestantes y ámbito escolar, ya que se permite realizar el seguimiento del caso para evaluar avances y continuar buscando la evolución de la familia que lleve a un nivel óptimo en calidad de vida. A su vez, se ha logrado un trabajo interesante con colegios ante situaciones de violencia, dificultades en pautas de crianza y maltrato, el empoderamiento de la intervención en la comunidad educativa se ve reflejada en las remisiones de las IED's y el agradecimiento de los estudiantes, cuerpo docente y padres de familia. Los indicadores de cambios positivos en las familias apuntan a que se están realizando cambios comportamentales y se puede decir que es evidente el antes y el después del proceso que se realiza desde la intervención psicosocial.

Como aspectos a fortalecer desde la puesta de intervención psicosocial, se considera, debe ser determinante el papel que juega el reporte de factores que influyen en la Salud Mental Familiar ya que permite dilucidar el motivo del dolor social que afecta a la mayoría de familias bogotanas y de las localidades, por lo cual sería importante que se creen espacios de participación donde con base en los datos, llegue a ser valiosa esta información a niveles estatales, que cuenten con la participación de miembros de esferas políticas que apunten a actuar donde se encuentra justamente la problemática y que generen un impacto mucho mayor, de amplia cobertura. Dentro de las dificultades identificadas están: el cambio constante de las familias a otros lugares de la localidad dificulta el encuentro para la realización de la caracterización.

**Seguimiento a gestantes:** Dentro de las fortalezas del proceso se encuentran el seguimiento a las recomendaciones dadas por el equipo de salud para el mejoramiento de sus condiciones, el apoyo por parte de los profesionales articulados al proceso, apropiación del estado gestacional como un evento positivo en la vida de las mujeres, la aceptación de los equipos de salud en el momento de las visitas, se evidencia un aumento en el acompañamiento de la red de apoyo, la adopción de hábitos de vida saludable y el acceso a la educación antes, durante y después de la gestación. Por otra parte se observa un incremento progresivo en el intercambio de información para la identificación y/o gestión de las gestantes. Se realiza gestión ante SDIS para la identificación de las gestantes que asisten al programa.

Como dificultades se evidencian la pérdida del contacto con las gestantes por la alta movilidad dentro y fuera del territorio de influencia, hacia otros sectores de la ciudad y del país. Barreras de acceso dadas por la EPSs, EPSc, IPS, que finalmente dificultan la adherencia al control prenatal y la continuidad en el proceso.

**Discapacidad:** Dentro de los logros obtenidos por la intervención se destacan la adopción de las pautas de manejo, planes caseros y otras recomendaciones por parte de la unidad familiar para que las persona en situación de discapacidad tengan una mejor calidad de vida y un desempeño basado en la autonomía, el reconocimiento y ejercicio de los derechos y deberes, por medio de la estrategia de la RBC y la sensibilización a los diferentes miembros de la unidad familiar. La inclusión de las familias a redes de apoyo y en procesos de participación social distritales y privadas disponibles en la localidad de Barrios Unidos y el afrontamiento de la situación de discapacidad de la unidad familiar, a partir de la orientación e información brindada durante las asesorías, promueve la independencia y la autonomía funcional así como el afianzamiento de vínculos afectivos y sociales.

Como dificultades se han identificado la persistencia en las familias de imaginarios de minusvalía y lástima para con la persona en situación de discapacidad que no permite avanzar en la adquisición de nuevos conceptos y habilidades. Debido a que la mayoría de los barrios de la localidad de Barrios Unidos se encuentran con estratificación 3, la encuesta por parte de Planeación les otorga el nivel 3 a los usuarios, sin tener en cuenta las condiciones socioeconómicas reales y los estilos de vida en que se encuentran. Esta dificultad disminuye el acceso a programas y servicios para esta población. También se identifica el pobre empoderamiento y negligencia de la familia y de la persona en situación de discapacidad para realizar todas las acciones y trámites designados durante las asesorías, la falta de colegios distritales que realicen la labor de integración de niños y niñas con discapacidades diferentes a la física, dentro de la localidad de Barrios Unidos, y las demoras en la inclusión a programas y servicios brindados por la Secretaría Distrital de Integración Social, por falta de cupos prioritarios para la población vulnerable, tramitología dentro de la secretaría y realización de juicios de valor subjetivos de los funcionarios encargados frente a la situación de discapacidad de las personas canalizadas, no coherentes con la realidad.

#### 4.5.6.3 **Ámbito Escolar:**

Dentro de las fortalezas del Ámbito Escolar-Salud al Colegio se ha logrado avanzar en la inserción curricular de temas de salud en los colegios, lo que fortalece los proyectos pedagógicos y aporta en la transformación de prácticas socialmente asociadas a la violencia, el maltrato y la exclusión, entre otras.

Hay mayor cobertura de la población con las acciones del programa, el cual cuenta con profesionales comprometidos e idóneos quienes han realizado un buen trabajo y adicionalmente han llegado con nuevas metodologías y cabe resaltar su permanencia en cada una de las intervenciones.

El cumplimiento de los acuerdos establecidos con las comunidades educativas. El reconocimiento del programa Salud al Colegio en la IED y la participación y motivación de los estudiantes y docentes en las acciones que desarrolla el programa SAC.

Las debilidades están enfocadas en la ausencia de rutas a nivel local que permitan claridad a las comunidades educativas en torno al restablecimiento del derecho en los niños y niñas vulnerados en violencias y abuso. Se requiere poder implementar acciones primarias en salud mental, auxilios psicológicos que permitan hacer dentro del colegio una primera atención en crisis, que ayude a mitigar los riesgos presentados a nivel psicosocial.

El tema de salud auditiva no está incluido de manera clara en las IED, dentro de lo que busca la intervención en un modo promocional y preventivo, además teniendo en cuenta el aseguramiento de la población, en donde predomina el régimen contributivo ya que la contrarreferencia de las EPS es bastante débil.

Otra dificultad es la ausencia de vinculación de los padres a los procesos que adelanta no sólo el colegio sino el programa, sobre todo en lo respectivo a canalización de niños y niñas, en salud oral, necesidades educativas transitorias y salud visual.

#### 4.5.6.4 **Ámbito IPS:**

Proyecto único de atención integral a la gestante y sistema único de identificación e información: Dentro de los logros de la intervención se destacan la identificación y seguimiento de las gestantes a partir de:

- Elaboración de la base de datos acorde al instrumento diligenciado.
- Digitación de la información de las usuarias acorde al instrumento.
- Incremento progresivo en el intercambio de información para la identificación y/o gestión de las gestantes.
- Usuarias captadas en los puntos de atención, con el fin de corroborar datos de residencia
- Gestión ante SDIS para la identificación de las gestantes que asisten al programa.
- Filtro de la base de datos de gestantes de promoción y prevención, inscritas desde julio a septiembre /2010 de las diferentes sedes a la fecha de impresión.

#### **Dentro de las dificultades se encuentran:**

- Al realizar la verificación telefónica de las visitas las gestantes niegan haber sido visitadas por los diferentes profesionales, lo que dificulta la verificación de la intervención de otros profesionales, por lo tanto se debe realizar contra soportes.
- La inseguridad de algunos sectores y/o de consumo de sustancias psicoactivas, que finalmente dificultan la accesibilidad por parte del personal de salud.
- La alta movilidad dentro y fuera de la localidad de la población gestante identificada.

- La no validez del seguimiento telefónico que se hace necesario en determinados casos, en especial para ubicación y/o retiro de la intervención.
- La falta de teléfono celular institucional dentro de los territorios y/o en una sede cercada para facilitar la comunicación con la gestante en especial por ubicación, dada la problemática con las direcciones.
- Prevalece el número de teléfono celular en algunas usuarias.
- No se especifica en el momento de la inscripción si la dirección es la nueva o la antigua.
- Existen errores en la información brindada por la gestante y/o digitada en el momento de la consulta
- Se desconoce la intervención en cuanto a gestantes por parte del personal de salud, de apoyo y/o comunidad en general.

**Crónicas: Se destacan los siguientes logros:**

- Se dispone de los profesionales requeridos para el desarrollo de las acciones definidas por el Lineamiento del Ámbito IPS.
- Se está ejecutando el plan operativo, en conjunto con los actores involucrados con el programa.
- Se está dando cumplimiento al Plan de Desarrollo de capacidades ciudadanas.
- Se está dando cumplimiento al Plan de Acción definido para la operación del ámbito y del programa.
- Se siguen y fortalecen las rutas de referencia y contrarreferencia de pacientes con enfermedades crónicas para las actividades a realizar POS otras ESE según nivel de complejidad en la subred pública y de la red de prestadores de la EPS.
- Se están realizando los documentos de análisis trimestral de la información generada durante la prestación de servicios y las actividades de retroalimentación a los actores involucrados en el programa.
- Se están documentando y analizando las actividades de seguimiento operativo a puntos de atención de la ESE realizadas.
- Se redujo la frecuencia de uso de las consultas de control por usuarios en condición crónica.
- Se cuenta con el acompañamiento de la referente del programa a nivel de la SDS para lograr una mayor orientación de las políticas que direcciona dicho programa a nivel institucional y distrital.

- Se logró realizar el Foro Distrital de las Condiciones Crónicas, como un importante insumo en el proceso de Formación de los profesionales que atienden población en condiciones crónicas.
- Se están evaluando las causas de no adherencia de los usuarios con el fin de implementar nuevas y mejores estrategias de captación de usuarios.

**Finalmente se presentan las siguientes recomendaciones para el mejoramiento continuo del Programa de Crónicos del Hospital Chapinero:**

- La demanda inducida a través de la consulta individual con el médico general es un efectivo canal entre los usuarios y la institución por lo tanto se debe mantener con el fin de optimizar la labor preventiva y de rehabilitación.
- La consulta individual, el seguimiento telefónico y el Taller de Crónicos son espacios que facilitan la comunicación entre la institución y los usuarios en condición crónica, así que a través de éstos se deben reforzar hábitos saludables, adherencia a los tratamientos terapéuticos, aclarar dudas sobre la prevención y manejo de esta condición, para con ello mejorar la calidad de vida de los usuarios e incrementar su flujo a este programa.
- El seguimiento telefónico permite un acompañamiento al usuario en condición crónica, por ello debe ser una actividad que sea percibida con calidez e interés por parte de la Institución, así incrementará la asistencia a la consulta de control y al Taller de Crónicos, en la búsqueda constante de una mejor calidad de vida para los usuarios del Hospital Chapinero, a través de la promoción de la salud y la vida. Con estas recomendaciones se considera que el Programa obtendrá cada vez un mayor reconocimiento a nivel de la comunidad que se beneficia del Hospital Chapinero, y un mayor posicionamiento dentro de la misma institución.

**Alianzas Colaborativas:** El Hospital Chapinero, cuenta con un equipo de actores intra en Inter institucionales que apoyan la gestión del Ámbito IPS, es de resaltar la importancia del apoyo de la Subgerencia de Servicios de Salud, del Equipo de Calidad, de Sistemas, de los Ámbitos de vida cotidiana, de Atención al Usuario, de los COPACOS, de SDS, de los FAMI, que reiteradamente nos permiten utilizar sus espacios para la socialización de nuestro que hacer y la formulación de acciones, que mejoren la adherencia a los programas.

**4.5.6.5 Ámbito Laboral:**

**Formación de Líderes en salud y trabajo:** Dentro de los logros se destacan la motivación e interés de los integrantes en cuanto al conocimiento en la elaboración y aplicación de las tutelas y el empoderamiento de los líderes, con el compromiso de ser multiplicadores de los conocimientos adquiridos. Dentro de las dificultades se encuentra la falta de interés por no obtener un beneficio económico, pues por asistir a dichos espacios dejan de atender sus negocios.

**Generación de condiciones de trabajo protegido para jóvenes entre 15 y 18 años trabajadores:** Dentro de los logros se destaca la sensibilización al empleador o acudiente de 8 casos de JT para generación de condiciones de trabajo protegido o desvinculación y proceso de seguimiento a 4 casos en los cuales se evidencia vinculación efectiva al programa de Casa del Menor Trabajador y acceso a la educación superior, como garantía en el restablecimiento de derechos, la buena disposición por parte de los padres, madres y/o empleadores de los JT frente a las sugerencias y observaciones hechas por la ESE, que busca generar en los espacios de trabajo condiciones seguras y la asesoría frente al aseguramiento en salud

Dentro de las dificultades se encuentra la falta de credibilidad por parte de algunos padres, madres, cuidadores y/o empleadores frente a los programas y proyectos locales, teniendo en cuenta que no se evidencian contacto institucional y/o respuestas efectivas y no se ha logrado la vinculación de los adolescentes trabajadores desescolarizados, debido a la falta de respuesta institucional, desde nivel central.

Caracterización, canalización, atención y seguimiento de niños, niñas trabajadores: Dentro de los logros se destacan el avance en la aceptación de los derechos fundamentales de los niños y las niñas. Un considerable número de niños y niñas han participado en actividades concedidas por la Alcaldía Local de Barrios Unidos y la Junta de Acción Comunal como fútbol, natación, tenis y taekwondo. Dentro de las dificultades se encuentran la inasistencia al servicio médico (promoción y prevención). La ubicación geográfica de las instituciones (Centro Amar y Fundación Cultural Chiminigagua) genera en los padres, madres y/o acudientes preocupación por el traslado físico de los niños y las niñas hasta el punto de desistir de los beneficios del programa. Las visitas fallidas por cambio de residencia. Las familias de los NNT hacen ver el trabajo como un beneficio que aporta positivamente a la vida de los niños y las niñas, el cual es transmitido tradicionalmente como costumbre para asumir el trabajo a temprana edad.

Al analizar los resultados se determina que los NNT salen de sus entornos vitales de desarrollo desde muy temprana edad y son insertados en un ambiente que no es el adecuado para ellos, en cuanto al desarrollo de capacidades propias de su edad; este contexto se enmarca en la realización de actividades laborales riesgosas o ilícitas, trabajar en lugares inadecuados, carecer de seguridad social y terminar por fuera del sistema educativo.

#### 4.5.6.6 **Ámbito IPCAE:**

Con el análisis de las respuestas desde el Ámbito Institucional, se identificó como una de las necesidades en las instituciones la falta de talento humano y la rotación del mismo, de igual forma se evidenció la dificultad de acceso a los servicios de salud, principalmente a especialidades como pediatría, psiquiatría y neurología y otros servicios como salud oral. Esta dificultad está relacionada con problemas de aseguramiento de los NNA; de igual forma las instituciones requieren mayor acompañamiento del sector salud, fortaleciendo sus procesos internos para mejorar la calidad de vida y salud de NNA.

Para las instituciones, la falta de personal en los hospitales del Estado, la dificultad en acceso a biológicos que no están incluidos en el programa PAI, las barreras relacionadas con la prestación de servicios de salud en términos de cobertura, atención, celeridad, calidad y efectividad; la tramitología, la deshumanización en el trato y la percepción de un cierto caos administrativo, se convierten en obstáculos en la elección de servicios con entidades públicas.

Las anteriores son algunas de las necesidades y problemáticas sentidas, que tienen que ver con lo estructural del acceso a servicios de salud y que además, ha sido evidenciado como la baja capacidad resolutoria de las Empresas Sociales del Estado de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las instituciones, consideran importante crear un entorno de trabajo adecuado, en cuanto a formación y capacitación que permitan generar en los funcionarios, un alto sentido de pertenencia, unido a la satisfacción por trabajar en un ambiente sano que les permita crecer permanentemente en todos los sentidos.

Finalmente, se identificaron algunas situaciones en los niños, las niñas y adolescentes que están relacionadas con sus experiencias de vida, pero también a su situación de institucionalización, que provocan deterioro de la confianza y se percibe un mundo frustrado y emergente por lo que dificulta la adaptación a este. En su mayoría, tienen tendencia hacia el conflicto y la violencia al relacionarse con sus pares y adultos, en gran medida derivados de los conflictos familiares que se generan por las brechas generacionales y la perpetuación del ciclo del maltrato en un ambiente en el que se privilegia la privacidad de la familia sobre los derechos de sus integrantes.

La institucionalización es considerada una gran fuente de estímulos estresantes para los NNA, la cual interfiere en su desarrollo normal y genera importantes alteraciones en su personalidad y autoestima como sentimientos de tristeza, depresión, frustración, desconfianza, dificultades en la comunicación, intolerancia, conflicto entre pares, entre otros.

## 4.6 **Análisis de la Respuesta Intersectorial**

Con el propósito de abocar la problemática local de una manera integral, durante la administración del Alcalde Mockus se dio especial impulso a la conformación de Redes Sociales (Red del Buen Trato, Red de Discapacidad y Red Materno Infantil) lo que permitió conjugar los esfuerzos de las diversas instituciones oficiales y ONGs. Posteriormente, en las dos administraciones siguientes, estas instancias han venido cobrando fuerza con el fin de articular el accionar distrital y local, involucrando a la comunidad en la consolidación de estos espacios para ampliar las bases de participación y mejorar los canales de comunicación, así como optimizar las respuestas que se llevan a los diferentes territorios y de esta manera avanzar en la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI).

Así mismo en los últimos años han surgido varios espacios locales, a través de los cuales se articulan acciones para dar respuesta a las necesidades identificadas en los territorios según sea la competencia de cada institución.

A continuación se relacionan los espacios más relevantes de la localidad de Barrios Unidos:

### 4.6.1 **Red del Buen Trato**

La Red de Buen Trato es un estrategia de trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario, orientada a dar respuestas integrales al problema del maltrato y de la violencia intrafamiliar en sus diferentes modalidades desde el ámbito local; es un mecanismo de articulación de las respuestas en todos los niveles: Prevención del maltrato, promoción del buen trato, detección, denuncia, notificación, protección, atención, seguimiento y los necesarios para la restitución de los derechos vulnerados a la persona afectada. El objetivo de la Red del Buen Trato es promover formas de relación armónica que mediante la solidaridad, amabilidad y equidad, propicien el manejo pacífico de los conflictos al interior de la familia y la comunidad.

En la Red participan personas, instituciones y comunidad competentes para el análisis, generación de planes de acción, estrategias concertadas y evaluación dirigidas a intervenir este problema social. El trabajo en red potencia la labor de cada institución y la complementa, pero no la sustituye. Los integrantes de la red son: Alcaldía Mayor a través de sus representantes de la Política Pública de Mujer y Género, Hospital Chapinero, Secretaría de Integración (SLIS), Comisaría de Familia, DILE, Centro Zonal ICBF y la Universidad del Rosario entre otras.

Dentro de las actividades realizadas por la red se encuentran: el asesoramiento y formulación de proyectos de inversión local sobre violencias, la atención terapéutica a núcleos familiares en violencia intrafamiliar y violencia sexual (2005-2009), diplomado sobre estrategias de prevención de maltrato infantil en 2005, las acciones para la prevención del abuso sexual y la explotación sexual comercial en 2007 y el Festival del Buen Trato desde el 2008<sup>243</sup>.

243 Fuente: Proyecto fortalecimiento de espacios locales de participación. FDL Barrios Unidos. 2009.

#### 4.6.2 Red Social Materno Infantil

Las redes sociales para la salud materna infantil son procesos organizativos de movilidad social y construcción de conocimiento para promover la apuesta y desarrollo de la política pública en marco de la infancia y la adolescencia. El Plan Cero Indiferencia con la Mortalidad Materna y Perinatal, a través de planes conjuntos y acciones en los ámbitos de vida cotidiana de la gestante, los niños y sus familias, visualiza y convoca relaciones entre grupos, personas, familias, instituciones de una sociedad que se alimentan de historias por medio de vínculos cargados de significados solidarios, que se crean cuando las personas al relacionarse en torno a la procreación de la vida, la crianza, la nutrición, la formación de familias en sus entornos cotidianos, activan acciones de cambio.

El objetivo de la Red Social Materna Infantil es generar operación en red social en el marco de la gestión en salud pública en territorios sociales con el nuevo ordenamiento organizacional, para posicionar la política pública en salud materna infantil a partir de la movilización social y el empoderamiento ciudadano en el desarrollo de alianzas, acciones, proyectos nuevas comprensiones en salud materna infantil. Integrando acciones con diferentes actores locales (Comité de Infancia, Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Red Materna-perinatal, Grupos FAMI) desde el diagnóstico, la planeación, organización y acción de la respuesta local integral en salud materna infantil.

#### 4.6.3 Consejo Local de Discapacidad

Esta acción hace parte del Sistema Distrital de discapacidad. (Acuerdo 137 de 2004, Acuerdo 06 de 2005 y Acuerdo 07 de 2006), en conjunto con el Comité Técnico y el Consejo Distrital. Comprende procesos conducentes a construir o consolidar redes sociales para las personas con discapacidad. Partiendo del concepto de red social, como un sistema organizado de personas y/o instituciones, abiertas, democráticas y participativas que articulan experiencias, conocimientos, servicios y programas, disciplinas, funciones y competencias, recursos y esfuerzos de diferentes sectores con el fin de concretar mecanismos de respuesta a la solución de problemas o necesidades de la población.

El objetivo general del consejo es promover el reconocimiento, posicionamiento y la participación social de las personas con discapacidad fortaleciendo las acciones hacia esta población, en búsqueda del desarrollo de sus máximas potencialidades y la integración de intereses sectoriales para generar impacto real sobre sus condiciones y calidad de vida, dentro del tejido social, mediante el adecuado manejo de las acciones y recursos necesarios dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.

Está conformado por los representantes de discapacidad motora, cognitiva, auditiva, visual, mental y múltiple, un delegado de la Alcaldía Local, un delegado del Hospital Chapinero, un delegado de la DILE, un delegado del sector Movilidad, un delegado del sector Cultura, un delegado de la SLIS, un delegado del IDPAC, un delegado del Comité Técnico Distrital, un delegado del IDU y un delegado de la Veeduría Distrital<sup>244</sup>.

Dentro de los logros del consejo se tienen el desarrollo del proyecto Actividades recreo-deportivas para la población en condición de discapacidad en el 2008, la celebración del mes de las personas en condición de discapacidad, con ferias locales y foros, pieza comunicativa (video) que muestra la dinámica del consejo local, el desarrollo del diagnóstico actualizado de la población en condición de discapacidad y el apoyo al proyecto de Banco de Ayudas Técnicas<sup>245</sup>.

<sup>244</sup> *Ibid.*

<sup>245</sup> *Ibid.*

#### 4.6.4 Comité Local de Emergencias

Este consejo promueve la participación de las organizaciones comunitarias no gubernamentales y en general del sector privado en las labores de prevención y atención de desastres, calamidades y emergencias. Los Comités Locales de Emergencias funcionan como instancias de coordinación y consulta de la Administración Local, y deben estar integrados por: el Alcalde Local, quien lo preside, un representante de la Junta Administradora Local designado por ésta, un delegado de la DPAE, el Gerente de la Empresa Social del Estado de la jurisdicción, el Sub-director local de Integración Social, el presidente de la Asociación de Juntas de Acción Comunal de la localidad ASOJUNTAS, el delegado de las Juntas de Defensa Civil de la Localidad, el coordinador de la Oficina de Planeación de la Alcaldía Local, el delegado de la secretaría Distrital de Ambiente, el coordinador de la Dirección Local de Educación (DILE), el delegado zonal del ICBF, el comandante de la estación de bomberos de la localidad, el comandante de la estación de policía de su jurisdicción, el comandante de la unidad militar que tenga jurisdicción en la localidad y los delegados de otras entidades públicas o privadas que por decisión del propio Comité deban participar como miembros del mismo.

#### 4.6.5 Consejo Local de Juventud

El Consejo Local de Jóvenes se creó en el año 1997 con la Ley 375 y por tal motivo hace parte del Sistema Nacional de Juventud. En el acuerdo 033 del 2001 se establecen los mecanismos para reglamentar las funciones de los consejos de las veinte localidades de Bogotá. Su misión es generar liderazgo cooperativo, asociativo, visible y efectivo que responda a las necesidades de la juventud y cree una identidad juvenil y local. Así mismo, busca mecanismos de comunicación que visualicen el liderazgo y acciones de los jóvenes, fortaleciendo los espacios de participación que lleven al empoderamiento de los jóvenes en sus dinámicas y realidades.

Se encuentra conformado por 9 jóvenes de la localidad con edades entre los 14 y 26 años, elegidos democráticamente a través de elecciones locales. De estos 4 fueron postulados por organizaciones juveniles locales y los restantes 5 a través de listas de jóvenes independientes. Sumados a estos 9 consejeros y consejeras, una de ellas, que representa a una minoría. En la actualidad el consejo tiene apoyo del IDPAC y de la Sub-dirección para la Juventud de la Secretaría de Integración Social, así como del Equipo Local de Apoyo Inter institucional (ELAI). Dentro de los logros se destacan la formulación de proyectos para el fortalecimiento del consejo, formulación del proyecto de Recorridos Juveniles, ejercicios de veeduría sobre los proyectos de juventud y modificación del Decreto 115 de 2005 con el cual se rige el consejo<sup>246</sup>.

#### 4.6.6 Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio

Es una instancia de participación ciudadana para la concertación de políticas, planes, programas y proyectos culturales y sus respectivos presupuestos para el estímulo, fomento y desarrollo cultural en la localidad. Está conformado por: Un delegado de la Asociación de Juntas, de las organizaciones de mujeres, organizaciones de adulto mayor, el Consejo Local de Juventud, la Casa de la Cultura y Centros Culturales, las ONG culturales, las comunidades negras, organizaciones de personas con limitaciones, establecimientos educativos, artesanos y medios o colectivos de comunicación. Fue creado en la localidad hacia el año de 1999 y en el 2007 a partir del Decreto 627 se presenta la modificación del Sistema Distrital de Arte, Cultura y Patrimonio.

Tiene como objetivo generar líneas de política cultural para la localidad y asesorar a la administración local en proyectos y políticas culturales.

Los representantes pertenecen a diferentes áreas artísticas como: artes plásticas, literatura, música, arte dramático, danzas, audiovisuales; hay un representante de los medios de

<sup>246</sup> *Ibid.*



comunicación de la localidad, un representante de la Casa de la Cultura, un delegado de la Alcaldía Local, un delegado de la Secretaría de Cultura, un delegado de ASOJUNTAS, un delegado de la JAL, un delegado del Consejo Local de Juventud, un representante de población en condición de discapacidad, un representante de los artesanos, un representante de organizaciones de adulto mayor y un representante de organizaciones de mujeres.

Dentro de los logros se tienen la inclusión de un proyecto de investigación en el proyecto de escuelas de formación de cultura, la formulación del Plan Local de Cultura 2009-2019, la incidencia en la formulación de proyectos locales de cultura, posicionamiento de actividades culturales tales como el Foro Local de Cultura y el Festival de Arte y el reconocimiento de la comunidad cultural hacia el consejo<sup>247</sup>.

#### 4.6.7 Consejo Tutelar

Es una organización 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. A nivel de la comunidad tendrá un número mínimo de cinco miembros, tres representantes designados por cada Consejo Tutelar de Comunidad, tres representantes designados por cada Consejo Tutelar de UPZ.

#### 4.6.8 Comisión Ambiental Local

Es un espacio de concertación entre los representantes de diferentes organizaciones sociales, instituciones de la localidad y la administración local, orientado a la protección del medio ambiente. Dentro de sus funciones están: Promover la creación de asociaciones sociales orientadas al trabajo ecológico y ambiental, para ejecutar proyectos ambientales, fomentar campañas de mejoramiento ambiental con la comunidad y motivar su participación en la identificación de factores de deterioro ambiental, causas y posibles soluciones. La Comisión Ambiental Local de Barrios Unidos cuenta además con un Comité para la formulación de proyectos ambientales. Dentro los integrantes de la Comisión se encuentran: la Alcaldía Local, la Secretaría de Ambiente, el Hospital Chapinero, Aseo Capital, Acueducto, Bomberos, Policía Nacional, representante de la Mesa Distrital de Salud y Ambiente y organizaciones ambientales de la localidad entre otros.

Dentro de las principales actividades de la comisión se destacan el desarrollo de la semana ambiental, cada año desde el 2007, los recorridos ambientales por la localidad identificando las problemáticas ambientales de los distintos barrios, para poder encontrar soluciones y procesos de formación de líderes ambientales comunitarios<sup>248</sup>.

#### 4.6.9 Comité Local de Derechos Humanos

Conformado a través de la Resolución 187 de la Personería Distrital, siendo un organismo asesor y colaborador del personero local en materia de derechos humanos. Formula propuestas, denuncias, sugerencias, conceptos y recomendaciones al personero, debidamente sustentadas. Sus acciones están orientadas a identificar situaciones de vulneración de derechos humanos y a partir de esto desarrollar acciones que permitan garantizar el restablecimiento de derechos vulnerados. Se encuentra conformado por el personero local, un representante de la DILE, Hospital Chapinero, IDIPRON, SLIS, y representantes de organizaciones locales. Dentro de las principales acciones se destacan la jornada de atención en DDHH en la Cárcel de Mujeres El Buen Pastor, la focalización y atención de personas en condición de vulneración de derechos y la capacitación en DDHH a la Policía para el manejo de casos a menores de edad<sup>249</sup>.

<sup>247</sup> Ibid.

<sup>248</sup> Ibid.

<sup>249</sup> Ibid.

#### 4.6.10 Consejo Local de Seguridad

Es una instancia creada con el fin de analizar periódicamente la presencia de conductas que afectan la convivencia pacífica en su jurisdicción y adoptar planes y programas tendientes a su control. Desde esta instancia se diseña el plan de seguridad anual, se analiza la situación de seguridad de la localidad y se adoptan medidas encaminadas al control de la actividad delictiva. Se generan espacios de acercamiento con la comunidad para conocer de primera mano la evaluación de las acciones emprendidas.

#### 4.6.11 Comisión Local Intersectorial de Participación

Esta instancia se conforma a partir del Decreto 448 de 2007 con el fin de implementar la política pública, el sistema distrital y el subsistema local de participación ciudadana. Está conformado por el IDPAC, DILE, Hospital Chapinero, Secretaría de Salud, SLIS, Secretaría de Movilidad, Secretaría de Cultura y Secretaría de Hábitat entre otros. Tiene el fin de articular las actividades intersectoriales en torno a los componentes del Sistema Distrital de Participación Ciudadana: Información y comunicación, Formación, Investigación y Movilización. Dentro de los logros se destacan el apoyo a formulación de proyectos locales en el tema de participación, apoyo al proceso de conformación del Espacio Cívico, articulación al componente de participación de la estrategia de Gestión Social Integral, entre otros.

#### 4.6.12 Consejo Local de Política Social

Fue creado por el Decreto Local 02 de 2002, y modificado a partir del Decreto distrital 460. Es una instancia para el diseño, concertación y seguimiento de la política social en la localidad, su carácter es mixto y tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de vida mediante la búsqueda de la realización progresiva de los derechos fundamentales; analizar y recomendar en torno a las demandas sociales en lo relacionado con la educación, la salud, la cultura, la infancia, la juventud, la mujer, los y las adultos (as), las personas mayores, las personas en condición de discapacidad, la seguridad alimentaria y la equidad de género. Está conformado por seis comités operativos, cuatro poblacionales y dos transversales: Comité Operativo de Infancia, Comité Operativo de Juventud, Comité Operativo de Adulthood, Comité Operativo de Adulto Mayor, Comité de Seguridad Alimentaria y Comité operativo de Mujer y Género<sup>250</sup>.

#### 4.6.13 Mesas Territoriales

En concordancia con la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral y a partir de la coordinación intersectorial entre SLIS, Hospital Chapinero, IDPAC, Secretaría de Salud, Secretaría de Cultura, Secretaría de Movilidad, Secretaría de Hábitat, Secretaría de Ambiente, ICBF, líderes y organizaciones comunitarias se conforman las tres mesas territoriales, una por cada territorio social definido en la localidad, las cuales fueron instaladas por el Alcalde Local a finales del 2009 y han generado procesos de apropiación territorial a partir de la lectura integral de realidades, identificación de actores, y coordinación de acciones entre instituciones y comunidad con el fin de definir la construcción de respuestas integrales coherentes con las realidades territoriales. A la fecha se cuentan con núcleos problemáticos por territorio y se avanza hacia la concertación de los temas generadores en conjunto con la comunidad. Las tres mesas territoriales son: Doce de Octubre-Salitre, Alcázares y Andes; en esta última funcionan dos mesas territoriales (una en el barrio Andes y otra en el barrio Rionegro)

<sup>250</sup> Ibid.

#### 4.7 Análisis de la Respuesta Comunitaria

La comunidad juega un papel importante en la construcción de condiciones de vida que garanticen la salud y el bienestar de sus miembros. Dentro de la comunidad, existen redes sociales que facilitan los intercambios de saberes, experiencias, y apoyos, que contribuyen con la creación de respuestas a las problemáticas que los y las afectan, por medio de las sinergias de recursos y acciones entre sus miembros. En este sentido, cualquier intervención que busque mejorar las condiciones de calidad de vida, debe tener en cuenta dicho componente, para analizar cómo las distintas redes sociales y formas de organización, generan respuestas adecuadas a las realidades de los individuos.

Dos instancias de participación comunitaria representativas en salud son el Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS) y la Asociación de Usuarios en Salud del Hospital Chapinero. El COPACOS fue creado hacia 1994 y busca la participación en las acciones de control social y veeduría realizada a las entidades del sector salud que se encuentran ubicadas en la localidad, así como intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto de las mismas. Se encuentra conformado por un representante de la Alcaldía Local, un representante del Hospital Chapinero, un representante de la JAL, un representante de la Asociación de Usuarios y comunitarios de diferentes sectores relacionados con el sector salud. Cuenta con cuatro comisiones de trabajo: Planeación, Control Social, Salud Pública y Comunicaciones. Dentro de las actividades realizadas se destacan: el desarrollo de material de difusión del COPACOS de Barrios Unidos, la participación en eventos distritales por el derecho a la salud y el control social a los entes estatales y contratantes en materia de salud<sup>251</sup>.

A su vez, la Asociación de Usuarios en Salud del Hospital Chapinero fue creada en el año 2000, siendo una agrupación de afiliados al SGSSS que tienen derecho a utilizar los servicios de salud de acuerdo con su tipo de afiliación, que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Es una entidad autónoma de usuarios que acceden a los servicios de salud del Hospital Chapinero. Dentro de las principales actividades que la asociación lleva a cabo están el desarrollo del reglamento de la Asociación, la realización de grupos focales en salas de espera para evaluar los servicios del Hospital y la apertura de buzones de sugerencias y denuncia en los diferentes establecimientos<sup>252</sup>.

Por otra parte, en la localidad de Barrios Unidos, desde el Ámbito Comunitario se vienen realizando actividades de apoyo a la gestión del mismo, las cuales cada vez aumentan, debido al crecimiento positivo que ha tenido la institución en las últimas adiciones.

La intervención comunitaria realizada para la localidad de Barrios Unidos durante el último año, se continúa basando en las particularidades de las dinámicas de la población sujeto, esta es una premisa y principio fundamental durante la historia para los expertos en el tema, siguiendo la metodología propuesta de la Secretaría Distrital de Salud para la Gestión Social en ámbitos de vida cotidiana.

Desde el Ámbito Comunitario se adelanta el proceso de “Desarrollo de habilidades y competencias de los grupos y organizaciones (nacientes o conformadas, redes, líderes etc.) que promuevan y faciliten la movilización y el fortalecimiento del tejido social, en torno al derecho a la salud, reconociendo las diferencias especialmente las de género, etnia, clase, discapacidad, desplazamiento” mediante el cual se busca generar un proceso sistemático de discusión colectiva sobre el desarrollo comunitario a través del diseño e implementación de un plan de capacitación en desarrollo local y liderazgo comunitario. El plan permite articular a los actores sociales pertenecientes a las diversas organizaciones de la comunidad existentes en los procesos desarrollados al interior del ámbito comunitario, con el fin de obtener un alto nivel de organización y participación, fortaleciendo las capacidades locales de autogestión en el mejoramiento de su calidad de vida e incrementando la incorporación de la ciudadanía en las decisiones de carácter público donde están implicados.

<sup>251</sup> Fuente: Proyecto de fortalecimiento de espacios locales de participación. FDL Barrios Unidos. 2009.

<sup>252</sup> *Ibid.*

Dentro de esta intervención en la localidad de Barrios Unidos es notorio el bajo perfil de la participación real de las organizaciones encontradas en la primera fase de caracterización, debido entre otras razones, a la falta de compromiso de los actores sociales, la desinformación existentes sobre la participación de la ciudadanía en la gestión pública, la escasa motivación para la participación, la ausencia de confianza en las entidades estatales y en la representatividad de los ciudadanos en los espacios de participación. También se encontró la sobresaturación de intervenciones parciales en ciertas franjas etarias (jóvenes por ejemplo), lo cual no generaba un proceso real de empoderamiento social y político, sino más bien un proceso fragmentado de formación mas no de aplicación práctica de lo enseñado por las instituciones.

Desde la experiencia tomada en el terreno, se puede inferir que es necesario seguir con el proceso de articulación con los otros ámbitos del PIC, con el fin de poder generar una oferta más completa de intervención para los grupos seleccionados y tener acciones más dinámicas y prácticas que permitan lograr la continuidad de los procesos de autogestión, e integrar culturalmente en el sentido de pertenencia a la localidad en los grupos intervenidos, desde los derechos y determinantes de la salud.

En el primer semestre del año 2009 se ejecutó el PGI “Unidos por nuestra participación responsable”, proyecto mediante el cual se buscaba identificar y reconocer los distintos espacios e instancias de participación que existen en la localidad, con el fin de formular un proceso de fortalecimiento para los mismos. Dentro de este ejercicio se identificaron 21 espacios e instancias de participación, entre las cuales se encuentran Consejo Local de Planeación, Consejo Local de Cultura, Consejo Local de Juventud, Consejo Local de Discapacidad, Consejo Tutelar, COPACO, Comité de Derechos Humanos, Consejo Local de Política Social, Comité de Adulto Mayor, Comité de Infancia, Comité de Mujer y géneros, Comité de Seguridad Alimentaria, Comité de Control Social, Asociación de Usuarios en Salud. Red del Buen Trato, Comisión Ambiental Local, Comité de Adultos y Adultas, Comités de Usuarios de Comedores Comunitarios (12 de Octubre, Alcázares, San Fernando, Rionegro).

En la localidad existen 21 Juntas de Acción Comunal: La Castellana, La Patria, Rionegro, Andes, 7 de Agosto – Rafael Uribe- Muequetà y Baquero, Benjamín Herrera – Las Quintas, Colombia Concepción Norte, Santa Sofía, Aurora Norte, Alcázares, La Paz Norte, 11 de Noviembre, Colombia – Concepción, La Merced Norte, San Felipe, Juan XXIII, Urbanización Santa Mónica, San Miguel, 12 de Octubre, Jorge Eliécer Gaitán, Simón Bolívar, La Libertad, San Fernando, Modelo Norte, José Joaquín Vargas. Estas organizaciones centran su accionar en la gestión de recursos para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes en sus territorios, para lo cual los dignatarios electos por sus miembros se encuentran en contacto constante con las entidades para facilitar el acercamiento entre la comunidad y las mismas, mediante la ejecución de proyectos. Igualmente, estas organizaciones han interactuado con el Hospital de Chapinero para la gestión de algunos proyectos para la promoción de salud de manera concertada y participativa.

Cabe señalar, que en la localidad existen 4 salones comunales<sup>253</sup>, los cuales prestan múltiples servicios a las comunidades, ya que se convierten en espacios de integración e intercambio de experiencias y saberes, mediante la realización de actividades comunitarias. Estos espacios, sirven también para realizar actividades institucionales y ejecutar proyectos para el beneficio de las mismas comunidades.

Para el proceso de planeación participativa en la localidad de Barrios Unidos en el año 2008, se inscribieron 1.522 personas (0.69% de la población en condiciones de participar dentro del proceso), de las cuales participaron 431 en los Encuentros Ciudadanos, siendo la mayoría mujeres (53%). Es de resaltar que entre los participantes en el proceso 265 participantes en los encuentros no se inscribieron previamente, según lo establecido en el Acuerdo 13 de 2000. La UPZ donde la gente tuvo una mayor participación fue la UPZ 22 Doce de Octubre.

El tema de salud gozó de importancia en las discusiones de los encuentros, y en la mesa de trabajo Salud – Social, fueron elaboradas varias propuestas por la comunidad que llegaron a ser incluidas dentro de la propuesta ciudadana de Plan de Desarrollo. Entre estas propuestas se encuentran:

<sup>253</sup> Fuente: IDPAC 2009.

- Programas de mejoramiento de salud oral dirigido a niños, niñas y personas mayores
- Atención integral en salud en promoción, prevención y atención para niños niñas y jóvenes y adultos
- Programa de prevención y auto cuidado integral para el adulto mayor
- Programa de mejoramiento de las condiciones sanitarias de las 2 plazas de mercado existentes en la Localidad
- Capacitación a familias en temas relacionados con las buenas prácticas de manipulación de alimentos e higiene
- Fortalecimiento y ampliación de cobertura en comedores comunitarios incluyendo el nivel 3 del SISBEN

Estas propuestas fueron incluidas dentro del Plan de Desarrollo Local de Barrios Unidos 2009 – 2012.

En el proceso de planeación participativa fue evidente el hecho de que pocas organizaciones participaron, en parte por falta de información sobre el proceso, y por la falta de medios adecuados de convocatoria, pues los empleados fueron muy restringidos en el acceso, además que solo se facilitó la participación de organizaciones tradicionales. En el caso de las organizaciones invitadas para participar en la conformación del Consejo de Planeación Local (CPL), no existían bases de datos sectorizadas precisas y actualizadas, además no se consultaron otras de entidades especializadas de los sectores participantes.

El CPL no era representativo de los sectores, pues algunas organizaciones que participaron fueron creadas recientemente, otras realizaban acciones en sectores distintos pero buscaron la manera de justificar su participación allí y en otros casos la selección de candidatos generó dudas, pues no hay actas donde se evidencie una elección concertada por parte de la organización. Por otro lado, durante las reuniones para elegir el representante por sector, fue muy evidente la generación de alianzas para apoyar a determinado candidato, sin ser eso representativo de una decisión colectiva.

Nunca se generaron acciones de rendición de cuentas por parte de los consejeros elegidos con las organizaciones que los eligieron ni con los sectores que se supone representaban, incluso en muchos casos se veía desconexión y falta de interés de los sectores por hacer seguimiento a esta situación.

Fue evidente la poca o nula cualificación de los participantes, en parte por la falta de formación para la participación que existe en la localidad, pues no es un tema en el cual el sistema educativo ha tenido falencias para la generación de competencias en este orden. Por otro lado, los procesos que se han dado para contrarrestar esta situación no han sido constantes ni con un pensum adecuado a las necesidades de la comunidad en el tema.

En el 2010 se avanza en el posicionamiento y consolidación de las Mesas Territoriales de Doce de Octubre-Salitre, Alcázares y Andes (con dos Mesas Andes y Rionegro), proceso que comenzó en el segundo semestre de 2008. El resultado a la fecha es la concertación de los núcleos problemáticos presentados en el Capítulo Tres. En estas Mesas se ha avanzado en el reconocimiento institucional por parte de la comunidad gracias al acercamiento a los territorios, lo que ha llevado a que por una parte se vaya conociendo la oferta institucional, las necesidades y potencialidades de cada territorio, y se genere una relación de confianza hacia los diferentes sectores del distrito.

En el territorio Andes, específicamente en el barrio Andes, se logró avanzar en la consolidación de una propuesta de respuesta integral generada a partir del núcleo problemático de deterioro ambiental gracias, por un lado al nivel de organización comunitaria en torno a la Junta de Acción Comunal del barrio Andes (JUNTANDES), y por otro al acompañamiento del Laboratorio Social, siendo una de las mesas con mayor cohesión social, permanencia y constancia de los miembros de este espacio. En este micro territorio se aplicó el test sociométrico presentando los siguientes resultados:(Ver Tabla 59)

Tabla 59. Análisis Test sociométrico Barrio Andes. 2010.

VARIABLE	ANALISIS
<b>Tipo de Grupo</b>	Se aplica test sociométrico a miembros de la <i>Mesa Territorial Andes</i> (barrio Andes), debido al grado de avance de este espacio ya que a pesar de ser la última mesa instalada, cuenta con reconocimiento y apoyo por parte de la comunidad. El apoyo de la Junta de Acción Comunal del barrio Andes permitió que la Mesa fuera ganando espacio, gracias al reconocimiento que tiene la Junta en su comunidad. El grupo se ha mantenido constante desde su conformación en el mes de mayo.
<b>Grado de representatividad del entrevistado.</b>	<p>*Los entrevistados más jóvenes hacen parte de una organización ambiental de la localidad que tiene la sede en el territorio, así que su nivel de representatividad está asociada a la movilización de temáticas ambientales y tienen una mirada más colectiva de los asuntos que les interesa.</p> <p>*Los entrevistados de mayor edad no representan a ningún grupo, sólo intereses particulares, ya que consideran que la edad es una limitante para establecer otro tipo de relación con la comunidad, así que se movilizan cuando la problemática es de índole particular.</p>
<b>Participación en otros espacios locales.</b>	<p>*Los entrevistados más jóvenes han estado vinculados a espacios locales ambientales como la Comisión Ambiental Local, la Mesa Canal Salitre, al Consejo Local de Planeación (en representación de organizaciones ambientales).</p> <p>*Los entrevistados más adultos no participan en otros espacios locales, muestran apatía y desinterés.</p>
<b>Dificultades y obstáculos encontrados en los espacios locales.</b>	<p>*La apatía y la falta de interés de las personas lo incide en los bajos niveles de participación que caracterizan a la localidad.</p> <p>*Los intereses particulares priman sobre el bienestar colectivo, lo que lleva a toma de decisiones sin consultar a la comunidad.</p> <p>*La falta de cultura ciudadana.</p> <p>*La falta de voluntad política en la toma de decisiones.</p> <p>*Calidad de algunos gestores institucionales que no resuelven las inquietudes de la comunidad.</p>

<b>Logros de los espacios locales.</b>	<p>*Han generado conciencia en la comunidad y se ha dado apertura a procesos comunitarios.</p> <p>*Desde la movilización comunitaria se han logrado cambiar decisiones que de otra forma hubieran podido afectar a la comunidad.</p> <p>*Cumplimiento de las instituciones en el desarrollo de las actividades programadas y concertadas con la comunidad.</p> <p>*La comunidad puede exponer sus problemas y se ve el interés de las instituciones por darle solución.</p>
<b>Confianza/Desconfianza en las instituciones locales.</b>	<p>*En general tienen relaciones de confianza con los sectores más próximos a ellos, y están presentes en la Mesa Territorial (Ambiente, SLIS, Hábitat, H. Chapinero, SDS, Movilidad, IDPAC)</p> <p>*La Alcaldía Local es percibida como un ente alejado de la comunidad, sin nexos ni relaciones con la misma.</p> <p>*También generan desconfianza algunos miembros de la Junta Administradora Local, por la "politiquería".</p>
<b>Tipo de relaciones con los vecinos.</b>	<p>*En general manejan buenas relaciones entre vecinos.</p> <p>*El trabajo de la Junta de Acción Comunal es reconocido y respetado.</p>
<b>Con qué vecino(a) le gustaría trabajar.</b>	<p>*Se mencionan dos líderes de JUNTANDES: Luz Adriana Forero y Alfonso Jiménez., quienes son reconocidos en el barrio Andes y han ayudado a la movilización de la mesa territorial.</p>
<b>Con qué institución.</b>	<p>Con Hospital Chapinero, con Colegios de la localidad, IDPAC, Secretaría de Cultura, SLIS, Acueducto, Jardín Botánico; en general con las que estén dispuestas a aportar en los procesos sociales.</p>
<b>Con qué autoridad local.</b>	<p>Alcaldía Local. Con la JAL. Un entrevistado menciona a la Edil Magdalena Varón.</p>

Fuente: Gestión Local. Hospital Chapinero. 2010.

Durante este año también toma fuerza el Espacio Cívico Local conformado por líderes y representantes de organizaciones sociales de la localidad, de conformidad con el Decreto 448 de 2007. A través de este acto administrativo se crea y estructura el Sistema Distrital de Participación Ciudadana, para lo cual la administración local formuló y ejecutó el proyecto 421 del 2009 con el objetivo de implementar el subsistema local de participación a través de la elaboración de la agenda local de participación y la conformación del Espacio Cívico, como mecanismo de articulación entre la administración local, las instancias de participación, las organizaciones sociales y comunitarias y las redes, con el fin de garantizar la participación en las políticas públicas del Distrito. Este espacio cuenta con aproximadamente 40 miembros activos que se reúnen semanalmente para definir la agenda que concertarán con la administración local en temas prioritarios definidos por ellos. En este espacio confluyen miembros de las Mesas Territoriales (GSI) y se ha buscado desde el Equipo Transectorial posicionar los avances en cada uno de los territorios para que la agenda local tenga una mirada territorial.

#### 4.8 Análisis de la Gestión Social Integral

El concepto de Gestión Social Integral surge a partir de la necesidad de afectar los determinantes estructurales que deterioran la calidad de vida y requieren de un trabajo transectorial, en ese sentido la gestión se traduce en un proceso dinámico que apoya las funciones de planeación, articulación, coordinación, generación de conocimiento y movilización social, a través de propuestas transectoriales para posicionar políticas públicas, defender los derechos de los ciudadanos y ciudadanas y desarrollar o promover el desarrollo de acciones que afecten positivamente los determinantes sociales que afectan la calidad de vida en los territorios a partir de la conformación de "redes promotoras de la calidad de vida"<sup>254</sup>.

Es así como avanza en la construcción de un modelo de gestión de políticas públicas que permita la materialización de los derechos y la articulación de la institucionalidad, en conjunto con distintos actores sociales y políticos de la ciudadanía, con el fin último de desarrollar políticas públicas integrales y mejorar los mecanismos de interlocución entre el Estado y la Sociedad Civil. En suma, la estrategia de Gestión Social Integral busca por una parte ejercer la transectorialidad como ordenador de las acciones, a la vez que aborda los territorios sociales con la construcción de respuestas integrales que respondan a las necesidades de la población. La implementación de esta estrategia en sus inicios fue una propuesta que parte desde la Secretaría Distrital de Salud, partiendo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, y este año busca un aliado estratégico que es la Secretaría de Integración Distrital, por ser ente rector en materia de políticas sociales en el distrito, a través de un convenio interadministrativo<sup>255</sup> para la puesta en marcha y operación de esta estrategia en las veinte localidades del distrito.

Para el caso específico de Barrios Unidos, el desarrollo de esta estrategia parte de un proceso que comenzó a ejecutarse desde el mes de Octubre de 2008 a partir de la concertación conjunta con la Subdirección Local de Integración Social. Se definen los tres territorios teniendo en cuenta las condiciones sociales, la presencia institucional y el cubrimiento total de la localidad. Los territorios definidos son: Doce de Octubre, Los Alcázares y Los Andes. Así mismo se definen tres Equipos Territoriales Transectoriales conformados por personal tanto de Hospital Chapinero, como de Subdirección Local de Integración Social y a los cuales se han venido sumando otros actores institucionales como Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC-, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte e ICBF, avanzando en la caracterización de cada uno de los tres territorios a través de revisión de información diagnóstica, caracterización de actores sociales y recorridos de reconocimiento territorial. Cabe anotar que durante el primer semestre de 2009, se cuenta con el apoyo y acompañamiento del equipo conformado para la localidad a través del convenio interadministrativo, quienes desarrollan metodologías tendientes a avanzar en el ejercicio de caracterización territorial, lectura de realidades y procesos de convocatoria a nuevos actores institucionales. Así mismo para dar mayor legitimidad al proceso tanto desde el Consejo Local de Política Social, como desde el Consejo Local de Gobierno se plantea la estrategia y son reconocidos y aprobados los territorios propuestos. Cada equipo cuenta a la fecha con un documento inicial de caracterización territorial y con un plan de acción.

A pesar de los esfuerzos que en materia de implementación de la estrategia de Gestión Social Integral se han venido desarrollando en la localidad con el fin de poder transformar el modelo de gestión pública, ha sido difícil el logro de la materialización en cada uno de sus componentes, los cuales se relacionan a continuación:

##### 4.8.1 Transectorialidad

- 254 Las redes promotoras de calidad de vida son una propuesta para integrar iniciativas del Estado y de la Sociedad Civil, a través de una gestión basada en vínculos, dirigida a crear respuestas oportunas e integrales frente a las necesidades sociales de la población.
- 255 Convenio Interadministrativo Secretaría Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Integración Social-Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson- Corporación Nuevo Arco Iris, 2009.

Desde la Gestión Social Integral es definida como la capacidad de ordenar la interacción de diferentes sectores alrededor de una realidad problematizada, con el fin de dar una respuesta a esas necesidades de la realidad y con el fin de superar la fragmentación de la representación sectorial y de las medidas para superarlo. En términos institucionales, aunque se avanzó en un primer cambio institucional a partir de la reforma administrativa del distrito a partir del Acuerdo Distrital No. 257 de 2006, aún persisten reglas, rutinas y procedimientos operativos estándar que ponen orden en las políticas, y en ese sentido las rutinas son mecanismos que facilitan la toma de decisiones y permiten predecir el comportamiento de los miembros de la organización, por consiguiente se presenta resistencia al cambio, desconociendo las nuevas reglas establecidas<sup>256</sup>, por lo cual la implementación de las políticas y de los programas distritales obedecen a una lógica gubernamental ya establecida a partir del Plan de Desarrollo Distrital, las metas definidas en este y por el modelo de planeación y de disposición de los recursos a nivel distrital, que centraliza la toma de decisiones, dificultando el ejercicio en lo local, limitando el ejercicio de toma de decisiones al Consejo Local de Gobierno, en particular al Alcalde Local, puesto que a este espacio, aunque asisten representantes de varios sectores del Gobierno, en su mayoría son delegados sin poder de decisión.

#### 4.8.2 Territorio

Desde la Gestión Social Integral es concebido como el escenario donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente, en ese sentido se identifican dos condiciones primordiales del territorio como son el *escenario social* en donde se identifican las condiciones diferenciadas de calidad de vida de sus habitantes y se reconocen las necesidades y el *escenario político* en donde se presenta la arquitectura para la acción transectorial y su articulación con la acción social, así que la territorialización aparece como pieza central en el desarrollo del modelo, con lo que la incorporación de este criterio en toda la estructura de políticas, planes y programas es una tarea central para viabilizar el modelo. En ese sentido, la dificultad para avanzar hacia una territorialización bajo estas condiciones está dada en que las instituciones crean sus propios entornos mediante el modo en que interpretan el mundo y actúan dentro de este. Las creencias respecto a un entorno, construyen el mismo<sup>257</sup>.

En ese sentido la visión de territorio normativa establecida desde el Plan de Ordenamiento Territorial, planteados desde la tecnocracia, constituye la forma en la cual se desarrolla y ejecuta la planeación del Distrito y por otra parte cada institución, desde su quehacer define su propio abordaje territorial que dé cuenta de los procesos a desarrollar, desde su perspectiva e intereses particulares. Así mismo la comunidad tiene su propia visión acerca de la construcción territorial, lo que dificulta la concertación que permita integrar las diferentes visiones de territorio. Así que avanzar hacia territorios construidos socialmente, implica a su vez generar un proceso de cambio institucional, para que la disposición de los planes de gobierno y los recursos obedezcan a esta nueva forma de disposición territorial. En el caso particular de Barrios Unidos, esta visión fragmentada de territorio dificultó al inicio la concertación territorial ya que instituciones como el IDPAC, la Secretaría Distrital de Ambiente, la Secretaría de Gobierno, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá y la Secretaría de Hábitat, tienen lógicas diferentes a la hora de definir su abordaje territorial, lo que postergó la toma de decisiones desde el Consejo Local de Gobierno a la hora de establecer los territorios para la localidad.

#### 4.8.3 Participación decisoria

La gestión debe generar condiciones para una mayor democracia institucional, en el sentido de un real reconocimiento y participación de la sociedad en su ordenamiento como parte del Estado.

256 Vergara, R. (2001). *Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio institucional en la política social desde la perspectiva institucional*. Buenos Aires, Argentina.

257 March, J., & Olsen, J. (2001). *El Redescubrimiento de las Instituciones: La Base Organizativa de la Política*. Fondo de Cultura Económica.

Al mismo tiempo construye escenarios para la participación social, la cual es trascendental para identificar necesidades, construir respuestas y generar mecanismos de gestión. Aquí se presenta un conflicto entre instituciones agregativas (en donde los procesos agregativos están dados por intereses, poder e intercambio), bajo las cuales se desarrollan las políticas; y entre instituciones integradoras que consideran que las instituciones sociales no sólo agregan intereses individuales, sino que también los conforman y ofrecen oportunidades para su desarrollo y se caracterizan por priorizar el concepto de derechos y la idea de la deliberación razonada en búsqueda del bien común<sup>258</sup>, que sería el real sentido de la participación.

En la realidad, las instituciones, para auto protegerse, se muestran resistentes al cambio, por lo cual desarrollan sus propios criterios de pertinencia, éxito, distribución de recursos y reglas constitucionales, así que los grandes y poderosos actores determinan sus entornos, obligando a los demás a adaptarse a ellos<sup>259</sup>, además como la participación ciudadana hasta ahora ha sido promovida e instrumentalizada desde el Estado, la influencia ciudadana se acota sólo a intereses directamente implicados, que sean funcionales a la burocracia estatal, apelando a la racionalidad instrumental, así que la participación está dada más para legitimar decisiones ya tomadas y no para una redistribución real del poder, y con ciudadanos cooptados, sin una capacidad real de agencia<sup>260</sup>, así que en la medida en que la toma de decisiones siga siendo centralizada, la posibilidad de los ciudadanos de tener una verdadera incidencia frente a asuntos públicos, y más en una localidad como Barrios Unidos en donde la pérdida de credibilidad en las instituciones ha debilitado el ejercicio de la participación, y en la medida en que no vean posibilidades reales de incidencia, y que la participación decisoria frente a los asuntos públicos sea una realidad más allá del discurso, cualquier intento por promoverla será en vano.

#### 4.8.4 Desarrollo de capacidades

Desde la Gestión Social Integral se pretende el incentivo de valores, actitudes y aptitudes que fomenten el desarrollo de la autonomía, su preservación, recuperación y restitución, a partir de la agencia. En ese sentido el desarrollo de capacidades implica avanzar hacia un enfoque basado en los intereses estructurados culturalmente, donde las personas son los agentes del cambio institucional, desarrollando discursos de las visiones del mundo que tienen, superando la visión de “población beneficiaria” que en la implementación de políticas sociales tiene un arraigo bastante establecido<sup>261</sup>, sumado a la apatía frente a los asuntos públicos, debilitando a su vez la posibilidad de generar en los ciudadanos una capacidad real de agencia.

#### 4.8.5 Presupuesto

Consolida los recursos para las acciones en los territorios, entendidos como los recursos asignados para dar respuesta a las necesidades identificadas en cada uno de estos territorios, siendo el resultado de las sinergias de los diferentes actores y sectores. Así que es necesario fomentar el debate público para la captación y distribución de recursos basados en los diagnósticos territoriales. Tradicionalmente el presupuesto ha sido asignado desde el poder que ostenta el Estado (Alcaldía Mayor de Bogotá), desde las preferencias sectoriales, mas no como el producto de preferencias mancomunadas. En ese sentido, la asignación presupuestal ha sido un proceso de rutinas preestablecidas, donde se definen metas desde el nivel distrital, hacia lo local, donde la figura de poder y de toma de decisiones (Alcaldía Mayor de Bogotá) define cómo y en dónde se asignan los recursos. Así que frente a la asignación presupuestal que dé cuenta de la respuesta necesaria

258 *Ibid.*

259 *Ibid.*

260 Grau, N. C. (2008). *La construcción de ciudadanía desde una institucionalidad pública ampliada*. En L. Whitehead, R. Mariani, & F. Anastasia, *Democracia/Estado/Ciudadanía: hacia un Estado de y para la democracia en América Latina* (págs. 113-138). Lima, Perú.

261 Evans, P. (2007). *Instituciones y Desarrollo en la era de la globalización neoliberal*. Bogotá, Colombia: ILSA.

en los territorios, es necesario avanzar hacia una descentralización más allá de lo administrativo, para poder decidir sobre la asignación de recursos e ir desconcentrando el poder en manos del Estado (Alcaldía Mayor de Bogotá), que en últimas es quien decide el tema presupuestal, así que la respuesta social viene previamente establecida, lo que dificulta el ejercicio de construcción de respuestas integrales, que se relacionen con las lecturas de realidades definidas desde lo territorial.

Con todo lo anteriormente expuesto, en el caso particular de la respuesta en salud, es interesante poder destacar que si bien se ha tenido la voluntad política en las últimas administraciones distritales para poder transformar el modelo de gestión, partiendo desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud y de la Atención Primaria Integral en Salud, para poder avanzar en la garantía del derecho a la salud, la Ley 100 de 1993, desde la oferta de servicios de salud bajo la lógica puesta por el mercado, impone barreras institucionales que prevalecen por encima de las necesidades de los ciudadanos. Así en Barrios Unidos, aunque a pesar de no contar con las características para la implementación del programa Salud a Su Casa, gracias a la realidad social identificada, se logra definir un micro territorio para el abordaje desde la Atención Primaria Integral en Salud, pero este esfuerzo se ve limitado en la medida en que una parte de la población caracterizada no logra ser canalizada de manera efectiva a los servicios de salud a causa de las barreras, en especial frente al tema de aseguramiento, impuestas por el sistema de salud. Esta situación contextualiza los choques entre la institucionalidad local, distrital y nacional que impiden que nuevos modelos de gestión se desarrollen de manera efectiva, y se pueda llegar con una respuesta integral coherente con el contexto local.

Si bien la Gestión Social Integral, es una estrategia que permite avanzar en la vía de la nueva gestión pública, y como propuesta trasciende el espacio de lo público, que ha estado limitado a la respuesta estatal; su implementación implica un fuerte cambio institucional y de gestión desde el nivel central de la administración, ya que como esta puesta, obedece más a un discurso político que se diluye en la medida que se enfrenta a una institucionalidad arraigada, y delegando la responsabilidad de la implementación al nivel local, cuya capacidad de decisión es bastante limitada. En ese sentido, es una meta a más largo plazo, que una meta que se logre cumplir al culminar este Plan de Desarrollo, siendo un problema dentro de la proyección; es muy difícil lograr transformaciones en el corto tiempo en el cual esta puesta la meta de su implementación.

#### 4.9 Propuesta PIC 2011

El Hospital Chapinero Empresa Social del Estado, es una institución de Primer Nivel de Atención que tiene como objetivo generar en la comunidad mejores condiciones en su estado de salud, a través de la prestación de servicios con calidad e integrales, con énfasis en acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, dentro de un marco de participación y apoyo social que incluye la intervención Transectorial para impactar en los determinantes sociales que afectan el estado de salud de la población de la localidad de Barrios Unidos.

Dentro de las acciones que se llevan a cabo para lograr este objetivo se adelantan las de Salud Pública, contenidas dentro del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC-. La Salud Pública en su concepción más amplia se define como “el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones o intervenciones, dirigidas a la colectividad y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicador de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad”.

Partiendo de este concepto, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, desde el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva”, ha desarrollado la Política Distrital de Salud, tomando como punto de partida la Atención Primaria en Salud-APS-renovada, a partir de la cual se busca mejorar la calidad

de vida de la población desde un enfoque promocional de calidad de vida y salud, partiendo del análisis de los Determinantes Sociales, que afectan la calidad de vida de la población en los territorios, articulando acciones intersectoriales a partir de la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral.

Esto implica trabajar bajo los Principios de: Integralidad, a partir del cual se integran las acciones en salud, Intersectorial, por lo que requiere un trabajo desde otros sectores para el mejoramiento de la calidad de vida, Equidad, el cual busca que la salud esté al alcance de toda la población, especialmente de aquella en situación de vulnerabilidad, Continuidad, teniendo la APS como puerta de entrada al sistema de salud, pero siendo un proceso continuo dentro del sistema de salud y participación, a través del cual se garantiza la cooperación de la comunidad en la identificación y priorización de necesidades y a su vez en el diseño y evaluación de proyectos que den respuesta a estas necesidades priorizadas.

En razón de lo anterior, el Hospital Chapinero genera propuestas de intervención, acordes a la lectura de necesidades encontradas en el ejercicio conjunto de comunidad e instituciones en el marco de la Gestión Social Integral (GSI), de los territorios sociales definidos para Barrios Unidos. (Doce de Octubre-Salitre, Alcázares y Andes) tomando como punto de partida los Núcleos Problemáticos identificados a partir del ejercicio de Mesas Territoriales, a través de las lecturas de necesidades, desde la matriz de derechos y que han sido consolidadas, concertadas y validadas por los diferentes actores sociales que integran estos espacios territoriales a lo largo del año.

Cabe aclarar que los temas generadores y las propuestas de intervención desde el sector salud surgen como resultado del ejercicio de unidades de análisis llevado a cabo al interior de la ESE durante el 2010, tomando en cuenta el enfoque territorial y poblacional, como aporte al desarrollo de la GSI en la localidad y dando respuesta a las necesidades identificadas en el Capítulo tres de este documento.

##### 4.9.1 Propuesta para Núcleos Problemáticos de empleo y productividad

***“Ante las condiciones de desempleo y sub-empleo la población del territorio Doce de Octubre-Salitre, ha buscado alternativas de ingreso en la informalidad, en el sector automotriz, ebanistería, entre otros, que afectan la calidad de vida de los habitantes, y genera dificultad de acceso al sistema general de seguridad social, dificultades económicas, fragilidad social y vulneración de derechos en todas las etapas del ciclo vital”***

***“En el Territorio Andes, Rionegro ante las condiciones de desempleo y sub-empleo, la población ha buscado alternativas de ingreso en la informalidad, en el sector automotriz, comerciantes, entre otros, que afectan la calidad de vida de los habitantes, y generan dificultades de acceso al Sistema General de Seguridad Social, dificultades económicas, fragilidad social y vulneración de derechos en todas las etapas del ciclo vital.”***

##### 4.9.1.1 Tema Generador

Propiciando la articulación y la gestión intersectorial para generar oportunidades laborales con condiciones dignas de trabajo y promoviendo acciones que faciliten las condiciones de trabajo digno y seguro a través del fortalecimiento del sector laboral formal y el gobierno local.

##### 4.9.1.2 Propuestas de Intervención

- **Desde el Hospital Chapinero:**

Desde el ámbito laboral se propone el diseño de una base de datos con los perfiles laborales

de personas en condición de discapacidad y/o cuidadores, identificados desde las intervenciones del PIC del Hospital Chapinero. Articular acciones con la Unidad Local de Desarrollo Empresarial de Barrios Unidos ULDEBU, para que esta base de datos sea una fuente de información para la generación de empleos a través de proyectos locales.

- Formación de líderes y lideresas, en articulación con redes sociales conformadas a través de la Red de Salud y Trabajo e instancias locales como el Consejo Local de Discapacidad, el Comité de Adulterez y el Comité de Mujer y Género, en los cuales confluyen algunas iniciativas productivas del territorio. Para ello se hace necesario que se asignen recursos y tiempos específicos para la intervención en la localidad de Barrios Unidos.
- Desarrollo de procesos de formación en SGSS en Unidades de Trabajo Informal a través del Ámbito Laboral, con el fin de mejorar las competencias ciudadanas: saber conocer, saber ser y saber hacer.
- Fortalecer los procesos de prevención de la explotación laboral infantil y la vinculación a peores formas de trabajo, así como de la Mesa de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil de Barrios Unidos.

Ámbito Comunitario: Se propone la realización de propuesta de promoción y potencialización de procesos organizativos, empoderamiento y liderazgo

- **Desde otros sectores:**

Conformación del Comité de Productividad local como instancia que permita articular actores estratégicos y la respuesta tanto local como distrital e iniciativas del sector privado, ya que una de las debilidades es el desconocimiento de programas y proyectos que permitan mejorar las condiciones de productividad y de empleabilidad.

Desarrollo de “Ruta de la productividad local” que permita articular y dar a conocer la forma de acceder a créditos, microcréditos por parte de las diferentes entidades que lo ofrecen.

- **Desde la comunidad:**

Conformación de redes de productividad a través de iniciativas ya conformadas (artesanos, comerciantes, entre otros).

#### 4.9.2 Propuesta para Núcleos Problemáticos de deterioro ambiental

**“En el Territorio Uno Doce de Octubre se presenta deterioro del medio ambiente debido al mal manejo de residuos sólidos y de vertimientos, así como la inadecuada tenencia de mascotas lo que se agrava por la presencia de amplios sectores del territorio dedicado a actividades comerciales e industriales, generando a su vez invasión del espacio público y problemas de movilidad, todo esto asociado al desconocimiento de las normas y a la falta de cultura ciudadana.**

**Se evidencian además altos niveles de contaminación atmosférica relacionada con la presencia de industrias de madera, colchones, ornamentación y Fuentes móviles, de igual manera se evidencia contaminación auditiva asociada con el flujo vehicular, la industria maderera, talleres de mecánica automotriz y presencia de microindustria afectando la calidad del entorno.”**

**“En el Territorio Dos Alcázares se presenta cambio en el uso del suelo, por proliferación de establecimientos para ejercicio de la prostitución, venta y consumo de alcohol, perjudicando el medio ambiente e incrementando la presencia de habitantes de calle, factores que han deteriorado la calidad de vida de sus residentes en todas las etapas del ciclo vital”.**

**“Se evidencia deterioro en las condiciones ambientales del Territorio Andes, micro territorio Andes, relacionado con la contaminación del aire (debido a la emisión de gases vehiculares principalmente en la calle 100 y en la Av. Suba); contaminación auditiva (relacionada con el ruido producido por parte del club de la FAC ubicado en la carrera 61A con calle 90); contaminación del corredor ecológico de ronda del río Negro (debido a la mala disposición de basuras provenientes de micro industrias de calzado, comercio de alimentos y desechos de la comunidad en general; por la acción de recogedores de basura que disponen sus desechos en el sector; por vertimiento de desechos y aguas lluvias como aguas negras y por acumulación de lodos producto del arrastre de sólidos provenientes de los cerros orientales) y por la contaminación de andenes, zonas verdes y recreativas (debido a que los propietarios de mascotas no recogen las excretas de las mismas)<sup>262</sup>”.**

**“En el Territorio Andes, Rionegro se presenta deterioro del medio ambiente debido al mal manejo de residuos sólidos y de vertimientos, así como la inadecuada tenencia de mascotas lo que se agrava por la presencia de amplios sectores del territorio dedicado a actividades comerciales e industriales, generando a su vez invasión del espacio público y problemas de movilidad, todo esto asociado al desconocimiento de las normas y a la falta de cultura ciudadana”.**

##### 4.9.2.1 Tema Generador:

Sensibilizando en espacios comunitarios frente al cuidado del medio ambiente, adecuada disposición de residuos sólidos, tenencia adecuada de mascotas, fomentar el sentido de pertenencia al entorno entre el sector comercial y los habitantes y articulando los procesos de participación ciudadana al ámbito comunitario, institucional, intersectorial, entre otras.

##### 4.9.2.2 Propuesta de Intervención

- **Desde el Hospital Chapinero:**
- **Desde la ESE.**
- Desarrollo de procesos de formación a líderes y lideresas ambientales (Monitores Ambientales Comunitarios) y acompañamiento a organizaciones ambientales del territorio que generen sentido de pertenencia y apropiación, en temas prioritarios para el Territorio Uno como: tenencia adecuada de mascotas, manejo integral de residuos sólidos, preservación y protección de los recursos hídricos en articulación con Entornos Saludables Comunitarios.
- Desde SASC se implementa el Plan Integral de Entornos Saludables, visitas de vivienda saludable del sector y núcleos de Gestión de la salud.
- Desarrollo de procesos de formación a comerciantes, industriales y sector informal sobre el manejo de vertimientos, adecuada disposición de residuos sólidos y normatividad vigente en el tema ambiental. Para este territorio se propone el trabajo con sectores como el de maderas y muebles, talleres de mecánica, bodegas de acopio).

<sup>262</sup> Núcleo Problemático definido desde el ejercicio de Laboratorio Social implementado en la localidad a partir del Convenio SDS-SDIS-CGF-CNAI. 2010.

- Desde IVC, en el territorio doce de octubre aumentar las acciones de inspección vigilancia y control a las plazas y trabajar en conjunto con los ámbitos comunitario, laboral y familiar para hacer capacitaciones a las amas de casa para que mejoren sus acciones frente a la temática de manejo de alimentos y residuos sólidos. En Andes se propone trabajar en conjunto con los ámbitos laboral, familiar y comunitario para realizar capacitaciones sobre manejo de residuos y de alimentos, dirigidos a las amas de casa del territorio.
- Desde el ámbito comunitario se propone el proyecto de estrategia promocional entornos comunitarios saludables.
- **Desde otros sectores:**

Fortalecimiento de la Comisión Ambiental Local como instancia que consolida y articula la respuesta frente a las problemáticas ambientales identificadas en el territorio.

Institucionalización del Festival por el río Salitre, iniciativa que se desarrolla en el territorio Doce de Octubre y que vincula a diferentes sectores y actores sociales interesados en el tema ambiental.

Continuar con la iniciativa de movilización en pro de la recuperación de la Zona Inundable Salitre.

Fortalecimiento de procesos de formación en manejo adecuado de residuos sólidos por parte de Aseo Capital.

Fortalecimiento de la Mesa Territorial Andes como instancia que consolida y articula la respuesta institucional y comunitaria frente a las problemáticas ambientales identificadas en el territorio.

Propuesta de conformación de Vigías Ambientales con personas ex-habitante de calle.

Fortalecimiento de la Mesa Territorial Rionegro como instancia que consolida y articula la respuesta institucional y comunitaria frente a las problemáticas ambientales identificadas en el territorio.

Recuperación del espacio público a través de jornadas de movilidad.

Generación de pactos de convivencia entre habitantes del sector y comerciantes.

- **Desde la comunidad:**

Propuesta de agricultura urbana a través de JUNTANDES en articulación con el Grupo Ecológico Animalista GEA, organización ambiental del territorio.

Desarrollo de procesos ambientales con jóvenes a través de organizaciones ambientales.

#### 4.9.3 Núcleo Problemático de uso del suelo

*“En el territorio dos Alcázares se presentan conflictos territoriales entre residentes y comerciantes por la no reglamentación de la UPZ, al no haber claridad frente al cambio en el uso del suelo, por proliferación de establecimientos para ejercicio de la prostitución, venta y consumo de alcohol, deteriorando el medio ambiente e incrementando la presencia de habitantes de calle, factores que han desmejorado la calidad de vida de sus residentes”*

#### 4.9.3.1 Tema Generador

Generando articulación y gestión intersectorial con Secretaría Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de Hábitat para dar respuesta a la comunidad residente en este territorio frente a los procesos de reglamentación de la UPZ Alcázares y plan parcial de renovación urbana contemplado en este sector y vinculando a otros sectores como Gobierno, Ambiente, Integración Social, Salud y Movilidad con el fin de avanzar en la apropiación y recuperación del territorio.

#### 4.9.3.2 Propuesta de intervención

- **Desde el Hospital Chapinero:**

- Fortalecimiento de la intervención con población en situación de prostitución del Ámbito Comunitario, a través de procesos de promoción de la salud sexual y reproductiva, así como de la promoción de la afiliación al SGSS (articularlo con IPS, por el apoyo que realiza el programa de cáncer de cuello, sobre aspectos preventivos y desde identidad de género y en otros programas como SSR, salud mental y género).
- Fortalecimiento en esta población sobre el uso del SGSSS en exigibilidad del derecho a la salud.
- Ampliar la cobertura de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Implementación de Centro de Escucha y Orientación para personas en situación de prostitución con enfoque diferencial, perspectiva de género, identidad de género y orientaciones sexuales.
- Desarrollo de procesos de formación a líderes y lideresas ambientales (Monitores Ambientales Comunitarios) que generen sentido de pertenencia y apropiación del territorio, en temas prioritarios como: tenencia adecuada de mascotas, manejo integral de residuos sólidos, preservación y protección de los recursos hídricos.
- Desarrollo de procesos de formación a comerciantes e industriales sobre el manejo de vertimientos, adecuada disposición de residuos sólidos y normatividad vigente en el tema ambiental específicamente en sector de autopartes y mecánica automotriz.
- Desde el ámbito comunitario se propone el proyecto promocional Entornos Comunitarios Saludables y la propuesta de “Centro de Escucha y Orientación para Personas en Situación de Prostitución” mediante el trabajo en red, con enfoque diferencial, perspectiva de género, Identidad de género y orientaciones sexuales para el territorio Alcázares. También propone para este mismo territorio: la Potenciación de la Salud Mental y la Calidad de Vida y Salud, Proyecto Promocional de Buen Trato y Potenciación de la Afectividad y Convivencia.
- **Desde Otros sectores:**

Articulación desde Secretaría Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de Hábitat para dar respuesta a los avances frente a revisión del POT y avances frente a plan parcial de renovación urbana.



Desde la Mesa Territorial Alcázares continuar con el acompañamiento al proceso de movilización de la comunidad frente a este tema.

Desde la Comisión Ambiental Local organizar la respuesta integral necesaria para abordar la problemática ambiental del territorio.

- **Desde la comunidad:**

Fortalecer los procesos de movilización en Alcázares para agilizar la reglamentación de la UPZ desde la iniciativa de las Juntas de Acción Comunal del sector (Alcázares-Siete de Agosto- San Felipe entre otras).

#### 4.9.4 Propuesta Para Núcleo Problemático Salud Mental y Violencias

*“En el territorio uno Doce de Octubre-Salitre se presentan expresiones de violencia y maltrato relacionadas con el desempleo, bajos ingresos, condiciones de habitabilidad, falta de acceso a educación superior, generando situaciones de fragilidad social y conflictos intergeneracionales, que afectan a todas las etapas del ciclo vital.”*

##### 4.9.4.1 Tema Generador

Fortaleciendo las relaciones sociales y familiares fundamentadas en la promoción del buen trato y el afecto, con el fin de construir un proyecto de vida conjunto que permita el desarrollo de las potencialidades y capacidades de los niños, niñas, adolescentes y personas mayores.

##### 4.9.4.2 Propuestas de Intervención

- **Desde el Hospital Chapinero:**

Promoción de estrategias de sensibilización sobre el cuidado y buen trato a la población con discapacidad mental y cognitiva potencial o manifiesta y trastornos del aprendizaje, y que se articulen con acciones comunitarias e institucionales encaminadas a la inserción de dicha población en los ámbitos de vida cotidiana.

Realizar el proyecto promocional del Buen trato en el contexto escolar a través del trabajo colectivo y del desarrollo de estrategias mediadas por experiencias artísticas, para la comunidad educativa con énfasis en la construcción de relaciones reflexivas que fundamenten el buen trato y la sana convivencia.

Fortalecer y potencializar las organizaciones y redes sociales que trabajan en pro del Buen Trato a través de estrategias de promoción del mismo y la prevención de las violencias, procesos de formación y actualización en temas de interés común, construcción de plan de acción como eje trazador de las acciones, análisis de casos complejos de difícil resolución y construcción de respuestas a lectura de necesidades específicas en territorio.

Desde el ámbito laboral capacitar a personas cabeza de hogar con el fin de mejorar las condiciones de salud y trabajo del núcleo familiar, con el compromiso de sacar al menor trabajador de su condición

Fortalecimiento de procesos de formación a la comunidad frente a la importancia de la notificación de casos de violencia intrafamiliar, abuso y maltrato a través de la ficha SIVIM.

Consolidación de la Ruta de Salud Mental que permita a través de una pieza comunicativa dar a conocer a la comunidad los diferentes servicios de la ESE (PIC, POS, proyectos del FDL) y la forma de acceder a ellos.

Desde el ámbito Institucional, construir culturas institucionales de buen trato con la participación de todos los actores, teniendo en cuenta tanto a niños, niñas y adolescentes bajo medida de protección, como funcionarios y cuidadores de los mismos, con el fin de generar corresponsabilidad en la calidad de vida y salud de la población en pro de la restitución de derechos.

Desde ámbito comunitario se proponen los siguientes proyectos: Proyecto promocional de buen trato: potenciación de la efectividad y convivencia; proyecto promocional de potenciación de la salud mental, la calidad de vida y salud y el Proyecto integral para la persona adulta mayor.

Ámbito familiar, atiende a familias identificadas en los microterritorios con problemática en su dinámica relacional. Se prioriza la conducta suicida (gesto, intención o amenaza).

- **Desde otros sectores:**

Fortalecimiento de la Red del Buen Trato a través de la vinculación de sectores y organizaciones y líderes comunitarios del territorio.

Institucionalización de la Jornada por el Buen Trato y el Día de la No Violencia contra las Mujeres.

- **Desde la comunidad:**

Conformación de grupos promotores por el Buen Trato.

Movilización a través de jornadas por el buen trato y la no violencia.

Fortalecimiento de procesos de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.

#### 4.9.5 Propuesta para Núcleo Problemático relacionado con el Nivel de SISBEN

*“En el Territorio Uno Doce de Octubre-Salitre se presentan dificultades en el acceso a servicios sociales del Estado, por la inadecuada clasificación de SISBEN, debido a que el territorio es estrato tres y por esta razón se generan puntajes de clasificación más altos que no reflejan las condiciones de vulnerabilidad al interior de las familias, creando barreras de acceso a salud y a los servicios sociales.”*

*“En el territorio Andes-Rionegro se presentan dificultades en el acceso a servicios sociales del Estado por la inadecuada clasificación de SISBEN, debido a que el territorio es estrato tres y es aledaño a sectores estrato cuatro y cinco, razón por la cual se generan puntajes de clasificación más altos que no reflejan las condiciones de vulnerabilidad al interior de las familias, creando barreras de acceso a salud y a los servicios sociales”.*

##### 4.9.5.1 Tema Generador

Promoviendo procesos de formación y de movilización social de ciudadanos y ciudadanas en temas como mecanismos de exigibilidad de derechos.

#### 4.9.5.2 Propuesta de intervención

- **Desde el Hospital Chapinero:**

Desarrollo de procesos de formación en exigibilidad de derechos y mecanismos de participación ciudadana con el fin de generar procesos de movilización social tendientes a la revisión de criterios de inclusión en el Sistema de Identificación y Clasificación de Beneficiarios de programas sociales SISBEN. Un ejemplo de estos procesos de formación son los núcleos de gestión de la salud, que se realizan en cada uno de los microterritorios de SASC.

- **Desde otros sectores:**

Revisión de criterios de focalización y de inclusión a los diferentes programas diferenciados para la localidad de Barrios Unidos que se ajusten a las realidades locales.

La Secretaría Distrital de Planeación en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación debe generar proceso de revisión de estándares de clasificación, teniendo en cuenta las particularidades locales, que permitan generar puntajes acordes con la situación socioeconómica de las familias.

Continuar con la asesoría jurídica gratuita que ha venido prestando la ONG Acción 13 frente a revisión de puntajes SISBEN e inclusión a programas sociales en articulación con el Comité de Adulto Mayor de la localidad.

- **Desde la comunidad:**

Fortalecimiento del Núcleo de Gestión de SASC a través de la movilización de personas afectadas por la situación de Nivel SISBEN alto.

#### 4.9.6 Propuesta para Núcleo Problemático de Participación

*“En Rionegro se evidencia baja participación en procesos sociales por falta de credibilidad en las instituciones, desarraigo frente al territorio, por carencia de espacios físicos y la ausencia de relevo del liderazgo comunitario, lo que afecta procesos de movilización social y de articulación transectorial”*

La participación social se ha visto afectada en la medida en que las instituciones han venido perdiendo legitimidad puesto que la percepción de la comunidad es que no hay respuesta efectiva frente a sus necesidades. Así mismo los procesos de participación se han concentrado en grupos poblacionales como las personas mayores, no hay renovación de los liderazgos generando falta de representatividad y debilitando procesos reales de movilización social que se puedan llevar a cabo en el territorio.

##### 4.9.6.1 Tema Generador

Promoviendo la participación a partir de procesos de formación y de empoderamiento a líderes, lideresas y organizaciones sociales y comunitarias del micro-territorio.

##### 4.9.6.2 Propuestas de Intervención

- **Desde el Hospital Chapinero:**

Desarrollo de procesos de formación a líderes y organizaciones sociales que promuevan el fortalecimiento de la organización social y comunitaria con los habitantes del micro-territorio en

temas estratégicos como ejercicio de ciudadanía y reconocimiento de derechos y deberes, para que sean multiplicadores entre los habitantes del micro-territorio desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana.

Potencializar una red social de carácter comunitario, que fortalezca el tejido social, con niveles de empoderamiento, participación y con reconocimiento desde lo sectorial, transectorial, comunitario, con incidencia en la agenda política local y distrital.

Desde PAI: Articulación con gestión local para la apertura de espacios en el microterritorio con el fin de crear respuestas integrales y reales a la población, en lo referente a vacunación.

Desde el ámbito comunitario, se propone el desarrollo de procesos de formación a líderes y organizaciones sociales que promuevan el fortalecimiento de la organización social y comunitaria con los habitantes del micro-territorio en temas estratégicos como ejercicio de ciudadanía y reconocimiento de derechos y deberes, para que sean multiplicadores entre los habitantes del micro-territorio desde los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, a través de la propuesta potenciación de procesos organizativos, empoderamiento y liderazgo.

- **Desde los sectores:**

Desde la Comisión Local Intersectorial de Participación coordinar estrategias de fortalecimiento a líderes, organizaciones e instancias de participación social en articulación con la estrategia GSI-Mesas Territoriales.

Promover procesos de socialización de Políticas Públicas desde los diferentes sectores, así como la socialización de la oferta institucional.

- **Desde la comunidad:**

Fortalecimiento del ejercicio de control social desde la Junta de Acción Comunal Rionegro.

## BIBLIOGRAFÍA

## CONCLUSIONES

El proceso del diagnóstico de salud para el año 2010 en la localidad Barrios Unidos estuvo alimentando en un primer momento por los insumos generados desde las unidades de análisis realizadas con la mirada de ciclo vital y el análisis desde los proyectos de desarrollo de autonomía y las transversalidades.

Posteriormente se recibió el direccionamiento a partir de los núcleos problemáticos de la Gestión Social Integral. A partir de este direccionamiento, el diagnóstico recoge las lecturas de los territorios sociales del Doce de octubre, Alcázares y Andes. Esta lectura se encuentra consignada en el capítulo 3 y da cuenta de la aplicabilidad de la estrategia del Plan de Desarrollo Distrital.

1. Alcaldía Local de Barrios Unidos. Decreto Local 09 de Diciembre de 2005.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Hacienda. DNP. Recorriendo Barrios Unidos. Bogotá D.C. 2004.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá, CIDER, Corporación Región; Política Pública de juventud de Bogotá, 2004 pág.9
4. Análisis Desarrollado por el Grupo Funcional Estrategias Materno Infantiles – AIEPI Comunitario Localidad Barrios Unidos. 30 de Octubre de 2009.
5. Breihl, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. CEAS, Ecuador, 1987.
6. Castellanos, Pedro Luis. Epidemiólogo, Organización Panamericana de la Salud.1990.
7. Censo General 2005 - Información Básica – Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE - Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE. 2007.
8. Conociendo la localidad de Barrios Unidos. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría Distrital de Planeación. 2009.
9. Constitución Política de Colombia, Decreto 2737 de 1989 – Código del Menor; Ley de Infancia y Adolescencia (1098 de 2006), Política de Infancia y Adolescencia - Política por la Calidad de Vida de los niños y niñas – Plan de Desarrollo Distrital y la Firma de tratados y convenios internacionales como la Convención Internacional de los Derechos del niño (Firmada desde 1989); entre otros.
10. DANE-SDP, Bogotá Ciudad de Estadísticas, Boletín No. 9 Julio de 2009.
11. DANE - SDP, Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007.
12. Datos de Georreferenciación de Establecimientos. Proyecto de Adultez con Oportunidades, Atención a Personas Vinculadas a la Prostitución. 2008.
13. Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD. Plan de Ordenamiento Territorial POT. Decreto 619 de 2000. Bogotá, D.C.
14. Diagnosticó Transversalidad Salud y Trabajo – Ámbito Laboral “Salud al Trabajo” Intervención Trabajo Infantil, Plan Intervenciones Colectivas 2009 ESE Hospital Chapinero.
15. Documento Análisis de situación de salud. Intervención personas en situación de prostitución. Ámbito Comunitario. Hospital Chapinero ESE. 2010.
16. Documento Seguimiento a Metas PDL 2010-2012 con corte a 30 de noviembre de 2010. Oficina de Planeación Local. Alcaldía Local de Barrios Unidos. 2010.
17. Evans, P. (2007). Instituciones y Desarrollo en la era de la globalización neoliberal. Bogotá, Colombia: ILSA.
18. Grau, N. C. (2008). La construcción de ciudadanía desde una institucionalidad pública ampliada. En L. Whitehead, R. Mariani, & F. Anastasia, Democracia/Estado/Ciudadanía: hacia un Estado de y para la democracia en América Latina (págs. 113-138). Lima, Perú.
19. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1997.
20. Hospital Chapinero, Diagnostico Local en Salud de Localidad Barrios Unidos, 2007-2008.
21. Hospital Chapinero, PDA salud mental- 2009.
22. Hospital Chapinero, Transversalidad de Actividad Física – 2009.
23. Hospital Chapinero, ámbito Comunitario, fortalecimiento a Organizaciones Juveniles -2009

24. Instituto Nacional de Medicinas Legal Ciencias Forenses – 2008.
25. Laurell, Asa Cristina. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. 1983 Policopiado, sin publicar.
26. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas. Secretaría Distrital de Salud. 2009.
27. March, J., & Olsen, J. (2001). El Redescubrimiento de las Instituciones: La Base Organizativa de la Política. Fondo de Cultura Económica.
28. Narrativa Barrios Unidos. Convenio Secretaría Distrital de Salud SDS-Secretaría Distrital de Integración Social SDIS-Corporación Guillermo Fergusson CGF-Corporación Nuevo Arco Iris CNAI. 2009.
29. Organización Panamericana de la Salud, Un enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas-2007.
30. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre determinantes de la salud. Informe Final. 2009.
31. Ottawa Charter for Health Promotion - 1986. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
32. Plan Local Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN Barrios Unidos 2008-2012.
33. Pedersen Duncan. Estilo de vida en: v.e. Mazzaferro (ed.) Medicina en Salud Pública. Editorial El Ateneo, Buenos Aires.1982.
34. Plazas, S. y Cruz, F. Documento Diagnóstico sobre la situación en salud de las personas de los sectores LGBT. Localidad Barrios Unidos. Gestión Local. Plan de Intervenciones Colectivas. Hospital Chapinero. 2010.
35. PNUD Colombia, Bogotá una puesta por Colombia, Informe de Desarrollo Humano, 2008
36. Publicación Agenda Salud Nº 23/2001 Isis Internacional
37. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). Revista .Ciencias Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 40-52, abril-junio de 2007.
38. Rodríguez. J. Gobierno y desgobierno territorial en el Distrito Capital. En: Revista digital Razón Pública. Semana del 8 al 14 de Nov. 2010 Recuperado el 12 de noviembre de 2010 de [http://www.razonpublica.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1535:gobierno-y-desgobierno-territorial-en-el-distrito-capital&catid=22:reg](http://www.razonpublica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1535:gobierno-y-desgobierno-territorial-en-el-distrito-capital&catid=22:reg)
39. Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAD, UNAL-IDEA. Informe GEO Localidad Barrios Unidos, 2008.
40. Secretaría Distrital de Ambiente, UN-HABITAD, UNAL-IDEA. Agenda Ambiental Localidad Barrios Unidos. 2009.
41. Secretaría Distrital De Salud. Oficina Epidemiología Hospital Chapinero E.S.E. Base de Datos SVIGILA 2009, Base de Datos Preliminar.
42. Secretaría Distrital De Salud. Oficina Epidemiología Hospital Chapinero E.S.E. Base de Datos SAA 2007.
43. SDS, DSP. Conceptualización de las Categorías de Análisis para los Diagnósticos Locales y Distritales 2009.
44. SDP, Bogotá Ciudad de Estadísticas – Boletín 4, Febrero 2009
45. Tovar, Nancy. Aseo Capital S.A. ESP. Diagnóstico del manejo de los residuos sólidos localidad de Barrios Unidos. Diciembre de 2005.
46. Vergara, R. (2001). Instituciones y política social en México: una explicación de los pro-

cesos de cambio institucional en la política social desde la perspectiva institucional. Buenos Aires, Argentina.

## GLOSARIO

**Ambiente:** conjunto de elementos abióticos (energía solar, suelo, agua y aire) y bióticos (organismos vivos) que integran la delgada capa de la Tierra llamada biosfera, sustento y hogar de los seres vivos.

**Características geográficas:** son todas las condiciones ambientales con que cuenta un lugar o un territorio: el clima, la topografía, la vegetación y los suelos, las cuales lo diferencian de los demás.

**Clúster:** El término se aplica a los conjuntos o conglomerados de ventas o producción de algún producto o productos en especial. En donde predominan las relaciones entre los diferentes componentes.

**Diagnóstico:** Reporte o inventario de las condiciones actuales de un ente analizado con el fin de conocer sus potencialidades y falencias.

**Desarrollo local:** Su idea básica es que el hombre, sirviéndose de su poder social e individual, es capaz de mejorar su vida mediante el dominio de la naturaleza externa e incluso su naturaleza propia, valiéndose de las potencialidades del lugar donde vive.

**Enfermedad:** es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo

**Equipamiento:** El equipamiento urbano es el soporte material para la prestación de servicios básicos de salud, educación, comercio, recreación, deporte, etc. Además, está constituido por el conjunto de espacios y edificios cuyo uso es predominantemente público.

**Evento en Salud Pública:** Estado patológico de importancia en salud pública.

**Factores demográficos:** son aquellos que inciden en la caracterización de una población cualquiera como: las tasas de natalidad, mortalidad, morbilidad entre otras.

**Fluvio lacustre:** Son los depósitos resultantes del transporte de materiales como piedras y arenas por los ríos y quebradas y se deposita en el fondo de los lagos o las orillas de los ríos.

**Georreferenciación:** Dirección del Sitio de Residencia.

**Material particulado:** (MP) es una compleja mezcla de partículas suspendidas en el aire las que varían en tamaño y composición dependiendo de sus Fuentes de emisiones.

**Micro territorio:** Área Específica de una Localidad

**Núcleo Problemáticos:** Es el punto donde confluyen diferentes causas de un problema o de múltiples problemas que afectan la autonomía de un sujeto individual y colectivo.

**Proyecto de Desarrollo de Autonomía:** Son el conjunto de acciones cuyo objetivo es lograr la

auto determinación y la toma de decisiones de los individuos y las colectividades acorde a su etapa de ciclo vital. Son: Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Salud Oral, Crónicas y Transmisibles.

**Salud:** es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946.

**Tema Generador:** Estrategia que permite la movilización de los actores institucionales y comunitarios. Debe ser formulado como una acción, con una orientación clara que defina que se va a hacer, cómo y con qué actores.

**Territorio:** es un concepto relacional que insinúa vínculos de poder, pertenencia, o de apropiación entre una porción o la totalidad del espacio geográfico y un sujeto individual o colectivo.

**Transversalidad:** Parte de elementos condicionantes que pueden afectar la autonomía de las personas y grupos humanos y expresan las debilidades sociales para garantizar a toda la población el ejercicio de los derechos. Las TV de equidad son: Género y Etnias. Las TV estructurantes son: Trabajo, Actividad Física, Discapacidad y Seguridad Alimentaria y Nutricional.

## LISTADO DE SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
CAMI	Centro de Atención Médica Inmediata
CCU	Cáncer de Cuello Uterino
CLOPS	Comité Local de Política Social
COPACO	Comité de Participación Comunitaria
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DILE	Dirección Local de Educación
DNT	Desnutrición
EAAB	Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
EPS	Empresa Promotora de Salud
EPS-S	Empresa Promotora de Salud-Subsidiada.
ESE	Empresa Social del Estado
ETA	Enfermedad Transmitida por Alimentos
FR	Factores de Riesgo
Ha	Hectárea
Hab	Habitantes
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IDPAC	Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IDIPRON	Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la juventud
IED	Institución Educativa Distrital
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS	Infección de Transmisión Sexual
JAC	Junta de Acción Comunal
JAL	Junta Administradora Local
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAA	Sistema Alerta Acción
LGBT	Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transgeneristas
PDA	Proyecto de Desarrollo de Autonomía
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad.
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud
SASC	Salud a Su Casa
SDS	Secretaría Distrital de Salud

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SLIS	Subdirección Local de Integración Social
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales
SIVIM	Subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SISVESO	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
UBA	Unidad Básica de Atención.
UEL	Unidad Ejecutora Local
UPA	Unidad Primaria de Atención
UPZ	Unidad de Planeación Zonal
UTI	Unidad de Trabajo Informal
ZCVS	Zonas de Condiciones de Vida y Salud



[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)