



**CONSTRUCCIÓN DE UNA AGENDA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL EN  
LA LOCALIDAD TUNJUELITO, DESDE  
LA PERSPECTIVA DE UNA GERENTE SOCIAL**

**Memoria para optar el grado de Gerente Social**

**YIRNA ROCIO BUITRAGO VELASQUEZ**

**Tutor José Joaquín Barón**

**BOGOTA ABRIL 2009**

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| Abstract   | 4  |
| 1. Introducción  | 5  |
| 2. Contexto localidad Tunjuelito   | 6  |
| 2.1 Territorio   | 7  |
| 2.2 Población  | 8  |
| 2.3 Etapas de ciclos vitales   | 8  |
| 2.4 Condiciones medioambientales   | 10 |
| 2.4.1 Contaminación Hídrica  | 10 |
| 2.4.2 Contaminación Atmosférica  | 11 |
| 2.4.3 Contaminación del Suelo  | 11 |
| 3. Marco Conceptual  | 11 |
| 4. Justification   | 12 |
| 5. Desarrollo de la metodologica   | 19 |
| 5.1 Momento uno. Lectura Integral de necesidades                           | 19 |
| 5.2 Momento dos. Problematización de la situación                          | 20 |
| 5.2.1 Selección de problemáticas   | 20 |
| 5.2.2 Análisis de la situación   | 20 |
| 5.2.2.1 Condiciones ambientales Desfavorables                              | 21 |
| 5.2.2.2 Inseguridad Alimentaria y Nutricional                              | 23 |
| 5.2.2.3 Condiciones laborales desfavorables                                | 28 |
| 5.2.2.4 Inoportunidad en el acceso a la educación                          | 32 |
| 5.2.2.5 problemática en la participación ciudadana                         | 35 |
| 5.2.2.6 Fragmentación de los servicios de salud                            | 39 |
| 5.2.2.7 Afectación de la salud mental                                      | 43 |
| 5.2.2.8 Inseguridad ciudadana  | 45 |
| 6. Tercer momento definición de temas generadores                          | 48 |
| 6.1 Propuestas de la gerente social frente a los temas generadores.        | 48 |
| 6.1.1 Temas generadores –problema fragmentación de los servicios de salud. | 49 |
| 6.1.2. Temas generadores – Problemática afectación de la salud             |    |

|  |    |
|--|----|
| mental   | 51 |
| 6.1.3 Temas generadores – Problemática Inseguridad ciudadana | 51 |
| Conclusiones   | 54 |

#### **Índice de tablas**

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 problemáticas identificadas en la recolección de lecturas de realidades                                  | 57 |
| Tabla 2. Selección de problemas  | 60 |
| Tabla 3. Análisis y priorización de problemáticas  | 64 |
| Tabla 4., Problematización de la situación. Relación árbol de problemas – marco Lógico -identificación de causas | 66 |

#### **Índice de Figuras**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Ubicación de la localidad de Tunjuelito en el DC       | 8  |
| Figura 2. Cuenca baja del río Tunjuelo                           | 10 |
| Figura 3 Evento mes de la discapacidad                           | 53 |
| Figura 4 Presentación Agenda de planeación social Alcaldía local | 54 |
| Figura 5 Grupo cuidando cuidadores-lectura de realidades         | 56 |

## **ABSTRACT**

This document contains the methodology and operationalization for the construction of a tool to guide the interventions of the Local Government and its institutions, known as social planning agenda, as a construction with a visit from social management. The scope to be given to this tool is that institutions and local government do not work so fragmented, but to build a body of interventions that reach the same population, attacking the real problems and feelings, and his way to ensure the rights of the population generate inclusions social, reduce the gaps and inequities generated by the income economic, social class, condition of displacement, disability, gender and ethnicity among other factors determining the vulnerability of individuals and their community

This social planning agenda prioritization of 2009 made from areas of daily life from the 'area of health Tunjuelito Public Hospital, through the methodology a tree problems who did; readings of reality, identifying the causes and effects of a problem. After all, "was identified 101 problem Policies which in turn were organized by; problem identifying 10 major issues that were problematized on the basis of social reality and the path of the promotional strategy of quality of life and health.

Subsequently, do the prioritization of issues affecting the three most prevalent in the community of the town Tunjuelito

# **CONSTRUCCIÓN DE UNA AGENDA DE PLANEACIÒN INSTITUCIONAL EN LA LOCALIDAD TUNJUELITO, DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA GERENTE SOCIAL**

## **1. Introducción**

El Plan de desarrollo “ Bogota positiva para vivir mejor “ (2009-2012) , busca afianzar una ciudad en la que todos y todas vivan mejor, en la que se mejore la calidad de vida de la población y se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos y ambientales con criterios de universalidad y de integridad, convirtiéndose en territorio de oportunidades que contribuyan al desarrollo.

Una ciudad incluyente, justa y equitativa en la que, la diversidad y la interculturalidad sean una oportunidad, una ciudad cuya construcción sea el resultado de un proceso permanente de participación, en el que cada vez mas personas se involucren en la discusión y desición de asuntos públicos.

Así mismo la localidad sexta “Tunjuelito, LOCALIDAD POSITIVA, ACTIVAMENTE PARTICIPATIVA Y COMPROMETIDA CON UN VIVIR MEJOR” según el plan de desarrollo local 2009-2012, en coherencia con el plan de desarrollo distrital, busca se mejore la calidad de vida de la población, teniendo en cuenta que la administración local articula acciones en

torno a programas intersectoriales; por esta razón es necesario que todas las instituciones vuelquen sus acciones hacia la población que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad y que trabajen sobre sus necesidades reales, desarrollando respuestas integrales.

La puesta del sector salud para dicho objetivo es, la implementación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud como un enfoque incluyente, basado en la promoción de la autonomía de la población, la consolidación de ciudadanía activa que se enmarquen en la exigibilidad de los derechos, que orientan sus acciones al objetivo del plan de desarrollo distrital y es la implementación de la estrategia *gestión social integral* que propone la construcción de respuestas integrales. Para ello la secretaria de salud en cabeza de Hospital Tunjuelito ha creado una herramienta que permita guiar las intervenciones del Gobierno Local y sus instituciones, denominada **Agenda de planeación Social**, como una construcción con una visión desde la gerencia Social.

El alcance que se pretende dar con ésta herramienta es que las instituciones y el gobierno local no trabajen de manera atomizada, sino que construyan un cuerpo de intervenciones que lleguen a la misma población, atacando los problemas reales y sentidos, y de ésta forma garantizar los derechos de la población, generar inclusión social, disminuir las brechas y las inequidades generadas por el ingreso económico, la clase social, la condición de desplazamiento, discapacidad, genero y etnia entre otros factores que

determinan la vulnerabilidad de una persona y de su comunidad.

La Agenda de planeación social 2009 parte de la priorización realizada desde los ámbitos de vida cotidiana desde el área de salud pública del Hospital Tunjuelito, por medio de la metodología de cartografía social y árbol de problemas quienes realizaron lecturas de realidades, identificando las causas y los efectos de un problema. Dicho proceso se dio gracias a la orientación dada por la gerente social. A partir de allí, se identificó 101 problemáticas que a su vez fueron organizadas por temática; definiendo 10 problemas principales, que fueron problematizados con base en la realidad social y a la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

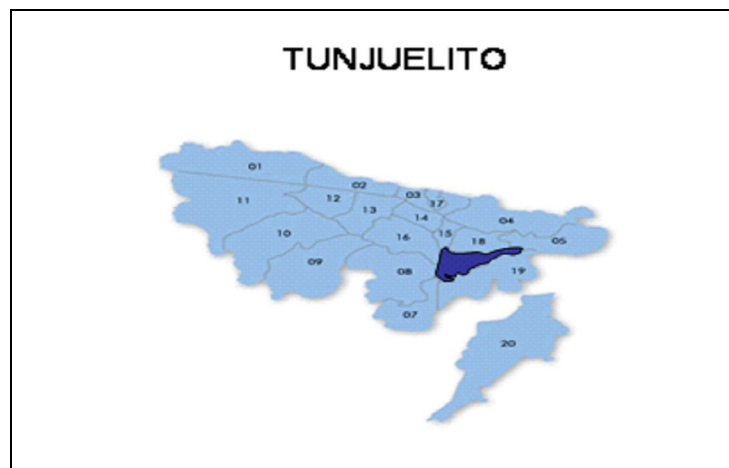
Posteriormente, se realizó la priorización de las tres problemáticas que afectan con mayor prevalencia a la comunidad de la localidad Tunjuelito, Dicha metodología se denomina, planeación estratégica situacional PES, que la propone Carlos Matus,.2007

Logrando a su vez identificar las causas profundas y caracterizando la respuesta institucional en la localidad que obedece al tercer momento de la ruta de la EPCVS con el fin de proponer temas generadores o proyectos que pueden llevarse a cabo a fin de orientar las acciones en búsqueda de la trasectorialidad dando como resultados respuestas integrales.

## *2. Contexto Localidad Sexta Tunjuelito*

2.1 Territorio La Localidad sexta de Tunjuelito se encuentra ubicada al Sur de la ciudad; limita al Norte con las localidades de Kennedy y Puente Aranda, al Sur con Usme y Ciudad Bolívar, al Oriente con Rafael Uribe y Antonio Nariño y al Occidente nuevamente con Ciudad Bolívar. Se encuentra en un territorio bañado por dos cuencas hídricas naturales, dentro de las cuales están el río Tunjuelo que sirve de límite con Ciudad Bolívar y la quebrada de Chiguaza que es una afluente del río Tunjuelo, y está ubicada a la altura de los barrios Abraham Lincoln, San Benito y Tunjuelito.

(Figura 2). Ubicación de la localidad de Tunjuelito en el DC



Fuente: Archivos Hospital Tunjuelito

2.2 Población. El total de población que vive en la localidad según el censo DANE 2005 es de 184.528 habitantes y la proyección de población a 2007 según la Encuesta de Calidad de Vida 2007 es de 184.532 habitantes. Según estas proyecciones, la distribución de la población por sexo es la siguiente: 87.381 hombres (47,9%) y 95.151 mujeres (52,1%), comportamiento que es similar al del total del Distrito Capital; la población por etapa de ciclo vital se



encuentra distribuida así: Infancia (0 – 9 años) 31.866 niños y niñas (17,4%), Juventud (10 – 24 años) 49.906 jóvenes y jovencitas (27,3%), Adulto (25 – 59 años) 84.163 adultos y adultas (46,1%) y Persona Mayor 16.597 adultos y adultas mayores (9,09%), distribución similar a la del Distrito Capital en la que encontramos mayor porcentaje de población en edad productiva y sobre quienes recae el cuidado y manutención de la familia.

### 2.3 Etapa de ciclo vital.

En términos macro objetivos encontramos que los principales determinantes que tienen que ver con la adaptación a la estructura económica que sus habitantes se da con mayor impacto en la etapa de ciclo vital persona mayor, el cual predomina la exclusión y pauperización de los hogares, acompañado del muy reducido impacto de la políticas sociales dirigidas a este ciclo vital, agravándose el problema para aquellos que además presentan una discapacidad.

El ciclo vital adulto, esta relacionado con la inoportunidad laboral y condiciones laborales inadecuadas que mantiene el trabajo informal, en que se ha convertido en una forma de vida de quienes resuelven su supervivencia a causa de la exclusión, lo que hace necesario una re-conceptualización de la respuesta social dadas sus condiciones fronterizas frente a su nivel de exigibilidad como beneficiario de los servicios sociales.

El ciclo vital juventud, afectados directamente por problemáticas que tienen

que ver con el rol y la identidad, a causa de carencias materiales y problemáticas en el entorno afectivo que desencadenan efectos como la violencia, el consumo de psicoactivos y la delincuencia, pensamientos suicidas, afectando no solo a los jóvenes de la localidad sino además a toda la población, esto sumado a la falta de programas que promuevan el adecuado uso del tiempo libre.

En la localidad Tunjuelito, hay avances en el desarrollo general y específico de los niños y las niñas en términos de servicios en salud y apoyo nutricional; sin embargo lo que tiene que ver con el cuidado, la negligencia es el común denominador no solo desde las redes familiares, sino también desde la débil capacidad estatal para garantizar los derechos.

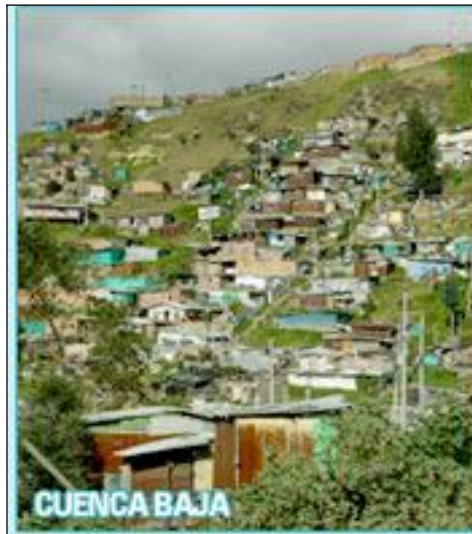
#### 2.4 Condiciones medioambientales.

2.4.1 Contaminación Hídrica: Según el Plan local de prevención y atención de emergencias de Tunjuelito, Las viviendas ubicadas en la ronda del río presentan evidencias de la acumulación de residuos sólidos los cuales son arrojados al cauce, generando así malos olores, presencia de vectores y problemas a la salud de los habitantes; adicionalmente ésta invasión ha incidido en que en las épocas de lluvia los barrios aledaños tengan riesgo de inundación.

Los servicios de acueducto y alcantarillado tienen cobertura del 89% y 97% respectivamente, lo que genera mayores riesgos de enfermedades

bacterianas gastrointestinales.

(Figura 2). Cuenca baja del río Tunjuelo



Fuente: [www.riotunjuelo.gov.co/html/territorio.html#cuencaAlta](http://www.riotunjuelo.gov.co/html/territorio.html#cuencaAlta)

2.4.2 Contaminación Atmosférica: La localidad cuenta con una gran cantidad de industrias (curtiembres) principalmente en el barrio San Benito y en la zona de Venecia (frigorífico), estas a su vez generan olores fuertes que molestan a la población, trayendo como consecuencia daños en el sistema respiratorio, estrés y malestar general. Adicionalmente se presenta quema de residuos sólidos, contaminación visual y auditiva por alto flujo vehicular, principalmente por la avenida caracas, la carrera 51 Venecia, la carrera 25 tunal, la avenida Boyacá y por el comercio en los barrios Venecia y San Carlos. De acuerdo al departamento administrativo de planeación, 2004.

2.4.3 Contaminación del suelo: Según el Plan local de prevención y atención de emergencias de Tunjuelito, Este tipo de contaminación es generada

principalmente por la disposición de residuos sólidos de origen industrial y residencial, por la extracción de gravillas y arenas ubicadas en el margen derecho del río Tunjuelo en el sector -de la Escuela de Artillería; ambos fenómenos constituyen un riesgo para la zona debido a que la extracción ha formado cárcavas en las cuales se ha acumulado agua convirtiéndolas en focos de proliferación de roedores, insectos y olores desagradables.

### 3. Marco conceptual

La **salud** entendida de manera positiva propende porque las personas se encuentren bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan y se desempeñen en las actividades que prefieran, y en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad. Considerar la salud en sentido positivo, como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, implica una construcción intencional e intencionada, es decir política, colectiva, ciudadana, y posible sólo con la participación de toda la sociedad incluyendo al Estado.

En términos generales podemos decir, que las condiciones de vida que a su vez dan cuenta de la **calidad de vida**, entendiendo por ésta, el grado de satisfacción de necesidades sociales, en un territorio concreto y un determinado período histórico, son las que determinan las formas de vivir, enfermar y morir de la población. Estas “condiciones de desarrollo” no son las mismas para todos los grupos sociales en una sociedad, sino que asumen formas particulares dependiendo de la inserción específica de éstos en el proceso global”. Laurell, 2007.

Así, la salud se ve afectada por la falta de **equidad y justicia social**, es decir que las manifestaciones bio-psico-sociales en la salud de los grupos, pueden expresarse en forma diferencial según género, etnia, clase social, segmentación espacial, por variaciones del riesgo para la frecuencia y

comportamiento de los problemas de salud.

Bajo esas premisas se acepta que el proceso salud enfermedad conforma fenómenos que traducen las condiciones y la forma concreta de vida de cada persona y grupo de población, su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica económica, social y cultural. De igual manera, las condiciones del ambiente y el trabajo son también determinantes de la salud de la población, denominándose así determinantes sociales.

**Los determinantes sociales** de la salud pueden definirse como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”. Aunque el reconocimiento de que los factores sociales y ambientales decisivamente influyen la salud de las poblaciones es antiguo, el interés en su inclusión en el análisis y la toma de decisiones sobre intervenciones en salud es de interés creciente, ya que se estima que el peso de las condiciones del sistema social sobre los niveles de salud es de gran magnitud, superando a otros factores como son las características biológicas. Documento Marco PIC Secretaria Distrital de Salud.2008.

**La Estrategia promocional de calidad de vida** Propone una perspectiva estratégica orientada a la satisfacción de las necesidades sociales de las poblaciones superando una lógica de construcción de respuestas basadas en las ofertas a partir de una lectura integral, el diseño de respuestas integrales y la gestión social transectorial, Como una forma de afectar en positivo los

determinantes de la salud y concretar los derechos

La estrategia promocional de calidad de vida y salud EPC y-S , propone el desarrollo secuencial de procesos organizados, que deben estar enmarcados en un contexto donde la comunidad y sus líderes formulen iniciativas para la construcción de respuestas que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida digna.

Según Armando De Negri, 2004. El proceso salud-enfermedad, se materializa en los **territorios sociales**, como escenarios de interacciones sociales y económicas permanentes que se expresan en condiciones de vida de los grupos humanos, lo que involucra la creación o generación de ciertos imaginarios o representaciones sobre espacios considerados como sanos, insanos, peligrosos o deseables y que explican parte de las prácticas sociales. De ahí la necesidad de diferenciar los determinantes de la salud de acuerdo con los territorios sociales, ya que allí se condensan las diferentes maneras de vivir, enfermar y morir”

El **territorio** corresponde a un espacio social, un producto social históricamente constituido por la dinámica de diversos modos de producción. es decir la organización espacio temporal es creada y recreada para adaptarla a las condiciones del modo de producción, en un escenario de construcción política y confrontación social en el que se involucran las diferencias culturales, de clase, religión, política y de género.

Es por esta razón que la EPCV y S propone una ruta que aterrice los procesos locales con una perspectiva diferente a la implementada desde hace muchos que desencadena la oferta institucional sin tener en cuenta las problemáticas reales de la comunidad, para ello el proceso se realiza en tres momentos. El primer momento se denomina Lectura integral de necesidades, el segundo, problematización de la situación y el tercero, construcción de temas generadores.



#### 4. Justificación

El presente proyecto basa su interés en el diseño y construcción de una herramienta de planeación que permita orientar los procesos y recursos institucionales, a las problemáticas que afectan con mayor grado a la comunidad de la localidad tunjuelito, Como Gerente Social, las razones que motivaron dicho proyecto, se basan en que en la localidad sexta de Tunjuelito diariamente se realizan diferentes acciones que las instituciones creen requieren las personas, acciones como entregas de mercados, bonos, visita medica, entrega de ayudas técnicas, actividades en donde se generan gastos altos para la entrega de refrigerios como motivación de participación de la comunidad;

Dichas acciones no dejan de ser asistencialistas en donde no existe una comunidad emancipada, ni tampoco un interés de las instituciones de articular acciones que si bien pueden apuntar a algunas problemáticas; se convierten en acciones repetidas desgastando recursos económicos y humanos, partiendo de que la oferta obedece a las necesidades con una mirada netamente institucional y no partiendo de la voz de las personas que debe interpretar cuales son sus necesidades y generar la oferta institucional.

Dicha herramienta debe reflejar procesos de planeación para el desarrollo de las acciones en los territorios sociales y la dinámica local. Estos procesos parten de la caracterización y reconocimiento de las condiciones de vida de las

poblaciones de la localidad y sus procesos sociales y políticos para el diseño, implementación y evaluación del modo de atención integral, y del modo de gestión social. De este proceso debe resultar *la Agenda de planeación social*.

La agenda de planeación social, para que sea desarrollada debe posicionarse en espacios locales y de decisión institucional con el fin de alcanzar el objetivo que busca la mismas mismo al interior de las instituciones deben modificarse el modo de atención para que las respuestas instraistitucionales sean coordinadas.

#### Aprendizajes

Es por esta razón que el papel de la gerencia social permite analizar realidades y generar cambios que apunten al mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos promoviendo la garantía de los derechos. Además las bases de la gerencia social permiten diseñar estrategias que faciliten dicho objetivo, pensando siempre en la acción sin daño y la visión futuro como la posibilidad de la construcción de soluciones conjuntas entre el estado y la sociedad.

## 5. Desarrollo de la Metodología

La metodología que se utilizó fue la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Que tuvo tres momentos.

5.1 Momento Uno. Lectura integral de necesidades sociales. Actualmente la palabra lectura de necesidades ya no es utilizada por que recalca a la población el déficit o la carencia, y a pesar que la ruta la plantea; se realizó una modificación y se tomó como lectura integral de realidades, ya que dicha lectura abarca las capacidades y potencialidades humanas, reconociendo también las privaciones o carencias y recalca en los déficit y brechas de las instituciones.

La lectura inicial se llevó a cabo con la comunidad por medio de las acciones que desarrolla Salud pública del Hospital Tunjuelito en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, laboral, IPS y barrial) dichos insumos fueron recabados y en sesiones conjuntas con los profesionales que coordinan los procesos en cada ámbitos, se consolidó una serie de necesidades en total 101, manifestadas como expresión de problemas, la forma en que se presentaban en cada territorio, la prevalencia según etapa de ciclo vital. Y se transformaron en problemáticas.

Este proceso de recolección y validación de lecturas de necesidades fue realizado durante un año para la construcción del diagnóstico local del

Hospital Tunjuelito, Sin embargo para la realización de la agenda de planeación social se llevaron a cabo talleres con los coordinadores anteriormente mencionados durante dos meses, para obtener no solo las lecturas sino para traducir la realidad sin simplificarla en problemática. (tabla1)

## 5.2 Segundo momento. Problematización de la situación.

5.2.1 Selección de problemas Metodología PES. En este momento se avanzo en la identificación de y selección de problemas que en total fueron 10, (tabla2), y se utilizo posteriormente la metodología conocida como “Marco Lógico”, a través de la construcción de un árbol de problemas: con el fin de priorizar las tres problemáticas que mayor incidencia tienen en la localidad Utilizando los criterios de, valor político para el actor que planea y para otros actores, para la población en general, y para la población afectada por el problema o necesidad. El Tiempo de maduración de los resultados con el fin de analizar cuando se pueden obtener resultados esperados y que resultados tendría en un corto, mediano o largo plazo, que recursos se requieren para enfrentar el problema, el grado de gobernabilidad, el costo de postergación de la solución y si requiere de innovación o continuidad de los programas o proyectos que actualmente atienden la problemática. (Tabla 3),

5.2.2 Problematización -Análisis de la situación. El objetivo de este momento fue identificar, las causas y efectos por medio de árbol de problemas, sin embargo para profundizar en el proceso y hacerlo lo mas objetivo posible se

realizo la problematización e identificación por medio de la metodología PES, identificando; Causas Inmediatas, Causas Relacionadas. y Causas Profundas. (tabla 4).

Posteriormente se realizaron las relatorias correspondientes a las problemáticas con el fin de reconocer la situación actual con datos reales que sustentaran la manifestación de la comunidad como forma de validación de la recolección de la información.

5.2.2.1 Condiciones ambientales desfavorables. Según fuentes de la sala situación de ambiente, en la localidad Tunjuelito existen cuatro causas importantes manifestadas por la comunidad que han sido el efecto de la contaminación de fuentes hídricas, generación de olores ofensivos, enfermedades transmitidas por la tenencia inadecuada de mascotas, identificando como causas profundas en primer lugar, la falta de sensibilización y educación de la comunidad por la falta de programas educativos para afectar determinantes como; manejo inadecuado de residuos sólidos, , el Incumplimiento de las entidades encargadas de la recolección de basuras y escombros, eliminación de basuras en los días y horas de no recolección, que influye en la presencia de perros callejeros que atacan a la población presentándose un alto numero de accidentes rábicos; durante el año 2007 se presentaron 107 casos en la localidad.

Pero no solamente la presencia del Relleno Sanitario es el problema relacionado con los residuos sólidos en la macro región, en segundo lugar se encuentra la contaminación de la mayoría de las quebradas y del mismo río

Tunjuelo, por la disposición de residuos sólidos y de escombros tanto en los cuerpos de agua como en las rondas, contaminando un recurso que podría ser aprovechado aguas abajo, obstruyendo cursos de agua, lo cual genera la amenaza de inundaciones en zonas habitadas y también creando hábitat perfecto para el desarrollo tanto de microorganismos como de vectores: moscas, ratas que transmiten enfermedades infecciosas, e incluso perros que se encargan de trasladar la basura por todas partes..Informe Final de Sala situacional macro región Cuenca Río Tunjuelito, 2008.

En segundo lugar la falta de regulación y endurecimiento de sanciones a la población, que incluye a empresarios y conductores que por causa de emisión de material particulado de fuentes fijas y móviles se aumenta la problemática medioambiental debido a la influencia directa con el aire y el agua que conlleva a problemas respiratorios, digestivos y de piel.

Según información de la Secretaria Distrital de Salud, 2007. En la localidad se presentaron 45 casos en niños en el año 2006 de hepatitis A, 656 casos de enfermedades diarreicas y cólera para el año 2007, evidenciando que la etapa de ciclo vital mas afectada es la infancia reconociendo una clara inequidad en comparación con la población que habita en las zonas de la ribera del río Tunjuelito frente a otros habitantes de localidades hacia el norte de la ciudad donde el numero de casos presentados por las mismas afecciones, son menores

El mismo comportamiento presentan los casos de escabiosis, aunque en menor proporción a la dermatitis. Estas afecciones de la piel se podrían deber entre otras razones a el contacto con residuos sólidos directamente o indirectamente a través de vectores como zancudos y moscas que proliferan en ambientes con presencia de basuras expuestas al aire libre: Caños, ríos, calles, alcantarillas, etc

Dentro de las problemáticas que influyen en la salud de la población de la localidad Tunjuelito, se encuentra la mala infraestructura de los parques y escasa zonas verdes que sumado a estas los parques no son utilizados para la sana diversión y limitan la posibilidad de realizar actividad física como fuente de promoción y prevención de enfermedades. La inseguridad, los olores ofensivos y la infraestructura influyen en la única posibilidad que tienen las personas de la localidad de encontrar una fuente de esparcimiento y a su vez *de prevención de enfermedades*.

5.2.2.2 Inseguridad alimentaria y nutricional .En la localidad de Tunjuelito la inseguridad alimentaria y nutricional se ve reflejada en los componentes de disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

En Tunjuelito los riesgos para la disponibilidad son las deficiencias en la higiene y manipulación de los alimentos y también en la infraestructura de las plazas de mercado, en la plaza de San Benito por ejemplo los pisos, paredes

y techos no son de fácil limpieza y desinfección por lo tanto no garantizan la inocuidad de los alimentos, es necesaria la remodelación de los baños y la instalación de un tanque de almacenamiento de agua.

En la plaza de Tunjuelito, se presenta la misma dificultad con pisos y paredes y adicionalmente los puestos de venta no cumplen con la infraestructura necesaria para garantizar la calidad de los productos. En la plaza del Carmen no es adecuado el cuarto de basura y se requiere la reparación de baños y la instalación de rejillas a sifones.

La plaza de San Carlos por su parte esta cumpliendo la función de parqueadero lo cual también puede afectar la calidad de los alimentos y adicional a ello, se requiere la instalación de un tanque de almacenamiento de agua, la adecuación de un cuarto de basura (impermeabilizar paredes, colocar sifón), la remodelación y adecuación de la zona de restaurantes con pisos y paredes de material sanitario.

La situación de las plazas ocasiona que la comunidad, recurra a la compra de los alimentos en tiendas de barrio, lo cual afecta el acceso económico a los alimentos, por cuanto allí, se manejan precios más altos, y además, como una gran parte de la población compra al menudeo, se incrementa aún más el precio de los alimentos.

El acceso económico a los alimentos también se ve afectado por alta



intermediación en la cadena de alimentos, sumado, a los bajos ingresos que percibe la población de la localidad y a las altas tasas de desempleo.

Por otro lado existen dificultades de acceso a los programas de apoyo alimentario, por cuanto los criterios de focalización de los beneficiarios, no siempre se ajustan a las verdaderas necesidades de la localidad, en tanto, la situación de desempleo se presenta a nivel general y no por estratos, por ejemplo.

Adicionalmente, falta claridad respecto a los criterios de permanencia y de egreso de los usuarios, algunos de los cuales se acostumbran al asistencialismo, no ven la necesidad de salir de su etapa vulnerable, y se ven favorecidos por varias instituciones, por lo que se disminuye la oferta para otros usuarios

En la localidad las problemáticas en torno al consumo de alimentos son los inadecuados hábitos alimentarios, y los estilos de vida poco saludables, a lo que se agrega la disparidad en criterios a nivel intersectorial al momento de hacer educación alimentaria y nutricional (EAN).

Otra de las problemáticas de la localidad, relacionadas con el componente de consumo, es el abandono temprano en la lactancia materna, ya sea por influencia de los medios masivos de comunicación, por la promoción del consumo de leches artificiales, por indicación médica o por mitos en torno a la lactancia. Lo cual se convierte en una gran problemática dadas las virtudes

que tiene la alimentación con leche materna sobre el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

El estado nutricional, es indicador del aprovechamiento biológico de los alimentos, y en la localidad, de acuerdo a los datos reportados por el SISVAN (2008), los niños y niñas de la localidad presentan altas tasas de desnutrición crónica (déficit de talla para la edad) y desnutrición aguda (déficit de peso para la talla), manifestándose ésta última en menor proporción. De igual manera el sobrepeso y la obesidad, en esta población van tomando fuerza, situaciones alarmantes en tanto desde edades tempranas se presentan alteraciones en el estado nutricional que de no ser corregidas a tiempo se pueden prolongar y afectar de manera nociva el crecimiento, desarrollo y por ende el estado de salud de esta población.

De acuerdo a información del ICBF., 2004. Se reporta que Tunjuelito es una de las localidades con mayor deficiencia de hierro, vitamina A, proteínas calcio y en calorías, lo cual se refleja en mayor predisposición para presentar enfermedades como anemia, infecciones, mala visión, desnutrición, baja talla y bajo rendimiento escolar en los niños.

La situación en las gestantes y de los recién nacidos también es delicada, para el 2007, 33.3% de las gestantes presentaron bajo peso, 14.3% sobrepeso y 18.2% obesidad; y durante los años 2006 y 2007 se observó bajo peso al nacer en 29.76% y 33.83% de los recién nacidos, respectivamente. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional 2008.

Según el DANE, 2005. La población adulta se ve afectada en la localidad por las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y las enfermedades hipertensivas, en la localidad, hacen parte de las primeras 10 causas de muerte<sup>1</sup>. Tunjuelito, junto con la localidad de Santa Fe presenta la mayor tasa de mortalidad por enfermedad coronaria, por lo cual esto se convierte en un verdadero problema de salud pública.

En esta etapa del ciclo vital no existe vigilancia del estado nutricional, y como se desconoce esta situación, no se pueden valorar las necesidades en torno a alimentación y nutrición, además son pocos los programas de apoyo alimentario que existen para mejorar las condiciones nutricionales de esta población.

Otro factor que toma relevancia en el aprovechamiento biológico de los alimentos es la contaminación ambiental, la cual es un determinante para la presentación de enfermedades tales como EDA (enfermedad diarreica aguda) y ERA (enfermedad respiratoria aguda) afectando de manera negativa la situación de salud de la población y por ende, dicho aprovechamiento biológico de los alimentos.

Según la encuesta de calidad de vida de 2007, en la localidad de Tunjuelito la población en edad de trabajar corresponde a 150666 personas, la población

---

que está económicamente activa es de 73848 personas, las que están ocupadas son 67948 y las desocupados 5901 personas. Así se tiene que la tasa de ocupación corresponde al 45,10 y la tasa de desempleo es del 7,99. Para Bogotá según la información de la encuesta la tasa de desempleo es del 7,78 lo que indica que la localidad está por encima.

El género masculino esta más presente en la actividad laboral con 38392 hombres con una tasa de ocupación del 54,55 y el género femenino con 29556 mujeres con una tasa de ocupación del 36,84.

Específicamente en la población con discapacidad la mayoría de cuidadores de P:C:D son mujeres lo que implica que dos personas en edad productiva en su mayoría estén desempleadas, siendo mayor la oportunidad para los hombres de tener un ingreso mensual.

Respecto a las características laborales se encuentra que 67948 personas tienen ocupación, de las cuales el 68% (46.204) son asalariados, que viven de un salario pero su empleo no cuenta con las seguridades sociales pertinentes; solo el 44,1% (29.963) están afiliados a Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Las demás personas de la Localidad, son trabajadores informales, independientes con negocios y talleres caseros. El 25% 16991 personas trabajan como independientes y el 4,3 % 2896 personas realizan su actividad económica en su vivienda.

5.2.2.3 Condiciones laborales desfavorables. En lo que respecta al poder adquisitivo por hogar de un total de 50302 hogares el 23,8%(11984 hogares)

no cubren los gastos, el 62,4%(31410 hogares) cubren los gastos mínimos y el 13,7%(6908 hogares) cubren más de los gastos mínimos. Diagnostico local 2007

Sobre la percepción en los hogares por el jefe o cónyuge sobre el estado actual del Sistema de Seguridad Social en Salud con respecto al año 2003 se encontró que de un total de 50302 hogares encuestados el 37,8% (19030 hogares) percibió que mejoro, el 32,8%(16494 hogares) que continua igual, el 29,9%(12543 hogares) que empero y el 9,4%(2234 hogares) no sabe.

Según el tamaño de las empresas, Tunjuelito es una localidad de microempresarios. De un total de 4120 empresas 3961 son microempresas, 135 son pequeñas, 19 medianas y 5 grandes.

En la parte económica la mayoría de los trabajadores, tanto empleadores como empleados, pertenecen al estrato 2, También hay personas de estrato 1 que normalmente residen en Ciudad Bolívar, por su cercanía a la localidad de Tunjuelito. En promedio, los trabajadores ubicados en la localidad, tienen entre 4 y 5 hijos.

En algunos casos el empleador tiene viviendo al empleado en el negocio y le da la alimentación y vivienda a cambio de que la persona le cuide el negocio durante las horas no laborables. En otros casos lo tiene en una habitación de la casa en donde vive el empleador y le cubre las necesidades básicas anteriormente mencionadas.

En las casas donde se tiene este tipo de actividades productivas, en el primer piso se tiene la empresa y en el segundo piso se vive. Lo anterior genera un ahorro en transporte y se preparan los alimentos por parte de las señoras que trabajan en el negocio, pero que a la vez realizan actividades domésticas durante su jornada laboral.

Estas cifras son alarmantes ya que muchas de las personas no tienen bienes representativos y una estabilidad habitacional, por lo que deben recurrir a ocupar vivienda en arriendo compartiendo espacios reducidos con otras personas, pues sus ingresos son muy limitados para pagar un espacio digno y acorde al número de personas que la ocupan.

De acuerdo con lo expresado por los trabajadores, las personas devengan un salario mínimo, en la mayoría de los casos, y hasta menos de mínimo. Sin embargo, en algunas microempresas es factible que se estén ganando entre dos y tres salarios mínimos. Pero por las condiciones de informalidad en que se labora se prefiere evitar estos temas por el temor de ser demandados y así evadir lo que tiene que ver con los impuestos y todo lo relacionado con pasar de la informalidad a la formalidad al constituir una empresa.

En el caso de las pocas personas con discapacidad que laboran en empresas informales o formales hacen un arreglo con el administrador con la condición de que tengan su seguridad social y devengan un salario mínimo, en otros casos la remuneración es por el trabajo realizado “al destajo” y en mínimos casos los empleadores contratan a las P:C:D formalmente.

También hay las P:C:D que tienen su unidad informal en la casa cuentan con la afiliación a salud pero sin ninguna otra garantía o seguridad a RP.

El tipo de contratación en estos sectores de la informalidad normalmente son acuerdos verbales y, como dependen de la labor contratada, cuando ésta se termina la persona puede quedar vacante por unos días.

En cuanto a la forma de pago, se da la modalidad de remunerado pero, dependiendo de la labor que se esté realizando dentro del proceso productivo, así mismo es el salario. En la mayoría de los casos se devenga un salario mínimo o menos del mínimo.

El sector informal está determinado, en algunas ocasiones, por actividades propias de la Localidad. Por ejemplo, para los colegios, que determina una mayor demanda en los meses de diciembre, enero, febrero, mayo, junio y julio, genera en los otros meses una menor demanda y, por ende, una disminución en la labor contratada con las empresas satélites que obligan en muchos de los casos a despedir personal.

Al perder su empleo formal, las personas quedan obligadas a buscar un empleo en la informalidad, como vendedores ambulantes, obreros de la construcción, zapatería, etc.

En lo que tiene que ver con pensiones y riesgos profesionales, quienes se encuentran subempleados no realizan ningún aporte a estos sistemas de aseguramiento, dadas las condiciones económicas de estos sectores.

Además, por no conocer los riesgos a los que están expuestos, ya que ven la necesidad de cubrir su seguridad social en lo que hace alusión a la Salud.

Las personas que se encuentran desempleadas, por la misma necesidad, se ven expuestas a recibir un ingreso inferior al que realmente se merecen.

En la población desempleada, en condición de desplazamiento o discapacidad, el grado de escolaridad no es superior al de la primaria. Esto hace que las personas por su misma condición se dediquen a trabajar en lo que puedan para conseguir recursos para sus familias, además de no poder acceder a las pocas ofertas laborales por el bajo grado de escolaridad.

El promedio de horas trabajadas al día, es superior a 10 horas. Y durante la semana se trabajan los siete días si hay suficiente trabajo y dependiendo de la prioridad para entregar el trabajo cuando se trata de labor contratada. De lo contrario, hay días que no se trabaja si no hay suficientes pedidos. Lo anterior genera preocupación en este tipo de trabajos por no contar con una estabilidad laboral permanente.

En este tipo de actividades el estrés es un factor que se ve reflejado en los síntomas anteriormente expuestos. Debido a las mismas circunstancias en que se vive y trabaja en este sector de la localidad y por las jornadas laborales excesivas cuando se tiene una labor contratada en forma continua.

Debido a las altas tasas de desempleo en las áreas urbanas y la baja tecnificación laboral con que cuenta tanto la población desplazada, P:C:D que



se organizan o tienen su Unidad no permite ser competitivos en un mercado laboral, que exige diversidad de conocimientos, y tecnología.

Examinar las pérdidas de bienestar de las poblaciones especiales desplazados, P.C:D es, entonces, fundamental. Permitirá justificar el tratamiento especial y la intervención focalizada a la población vulnerable, el cual estipula que los programas y acciones para estos grupos deben dirigirse a la reposición equitativa de las pérdidas o daños materiales acaecidos por el Desplazamiento, por la adquisición de una discapacidad, limitación. Con el fin de que las personas y hogares puedan volver a disfrutar de la situación en la que se encontraban antes del mismo.

5.2.2.4 Inoportunidad en el acceso a la educación. La educación es uno de los indicadores que miden el aumento o disminución de la pobreza, es uno de los temas centrales de los objetivos del milenio y permite que la población acceda a mejores oportunidades laborales y de esta manera perciban mayores ingresos.

En la localidad de Tunjuelito la problemática sentida por la comunidad de los planteles educativos es la deserción escolar en la educación media y la pocas oportunidades que tienen los jóvenes para acceder a la educación superior o técnica. El reflejo de esto es la tasa de analfabetismo de la localidad que frente a Bogotá es mayor, Tunjuelito tiene el 2,2% y Bogotá el 2,3%, sin embargo al comparar entre localidades Tunjuelito tiene un mayor porcentaje

de analfabetismo comparada con localidades como Teusaquillo que tiene 0.8% lo que nos muestra una diferencia injusta ya que las dos localidades tienen aproximadamente la misma extensión de territorio pero Teusaquillo tiene un estrato socio económico 4 que le permite a la población acceder a educación privada y continua.

Mientras que Tunjuelito la población pertenece al estrato 3 y 2 en condiciones de empobrecimiento creciente lo que no permite continuidad en los estudios y adicionalmente no hay acceso a la educación superior ni pública ni privada debido al factor económico y a la calidad de la educación media pública lo que es confirmado por la evaluación de competencias que realizó la SED en la que se evidencio un nivel bajo frente a Bogotá y los colegios oficiales no superaron a los colegios privados, esto se convierte en un determinante profundo del acceso a la educación superior puesto que al presentar a los exámenes de admisión de las Universidades públicas quedan en desventaja frente a los demás estudiantes de Bogotá que tienen un mejor nivel de preparación. (Fuente: Perfil económico de las localidades CCB)

Otra condición sentida de la población en condición de discapacidad y sus familias es la inclusión de niños y jóvenes con discapacidad y de características muy especiales como: falta de control de esfínteres, grandes dificultades para el movimiento y compromisos comportamentales como el Autismo, quienes requieren instituciones y profesionales especializados ya que son de difícil manejo en aula de integración regular.

Esto debido a la infraestructura de los colegios que arquitectónicamente no están diseñados para recibir a esta población, el recurso humano no es suficiente ni capacitado para abordar estas personas, el recurso técnico y de materiales tampoco es el que ellos requieren para su desarrollo pedagógico.

Esto se puede evidenciar en los siguientes datos de 0 – 60 años y más tenemos un total de 7177 personas en condición de discapacidad de las cuales solo están estudiando el 7.7%, o sea 555 personas desde los 10 a los 60 años, lo cual nos ratifica la percepción de la comunidad pues de 0 – 9 años no hay inclusión escolar y el restante de la población en discapacidad no esta accediendo seguramente por que la localidad no ofrece la infraestructura física, humana y técnica para integrar a estas personas. Lo que nos muestra una realidad injusta entre las personas que no tienen ningún tipo de discapacidad y aquellas que lo tienen ya que por lo menos la localidad tiene una alta tasa de cobertura en preescolar y observamos que en esta edad no hay ningún niño con discapacidad escolarizado.

5.2.2.5 Problemáticas de participación ciudadana. El derecho a la participación es el ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones individuales y colectivas en todo lo que atañe a la salud, lo que implica el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio del control sobre los programas y recursos públicos y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud de todos.

El reconocimiento del Derecho a la Salud, como construcción social y producto de las determinantes sociales implica que las políticas en salud no se remiten únicamente a proveer de bienes y servicios a la población, dividiéndola entre contribuyentes y no contribuyentes, beneficiarios objetos de atención o asistidos por el estado, sino que estas políticas deben estar dirigidas a eliminar o cambiar las condiciones que deterioran o afectan negativamente el estado de salud de las personas.

Según la Política de Participación y Servicio al Ciudadano, se busca promover, garantizar la participación social es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades personas familias y comunidades como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades aspiraciones y deseos ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida y salud y a la defensa de sus derechos tanto individuales como colectivos.

En este recorrido se pueden mostrar algunos logros importantes, pero a la vez siguen existiendo algunas falencias, que impiden el ejercicio de la participación como un derecho del sujeto social y político, y reflejan el servicio al ciudadano solo como un espacio que otorga información.

Para el aspecto de la participación en la producción social de la salud, el

ejercicio de sistematización, arrojó las siguientes necesidades y debilidades:

Prevalece la lógica institucional sobre los procesos y dinámicas locales debido a la sujeción a la normatividad: los procesos de interacción entre la ciudadanía y la institucionalidad de salud en la ciudad, no posibilita la configuración de actores sociales y políticos individuales y colectivos, que ganen la “mayoría de edad”, quienes al asumir su autonomía pasen de ser consumidores de los servicios de atención a la enfermedad, a constituirse en ciudadanos y ciudadanas titulares del derecho a la salud, con capacidades de organización y movilización para incidir en las decisiones públicas que tienen que ver con su calidad de vida y salud.

Debilidad de cultura de exigibilidad del derecho de forma colectiva: A pesar de que se ha avanzado en la socialización de mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud dirigido a las instancias organizativas no se ha llegado a la exigibilidad del mismo de manera colectiva.

Poca credibilidad de la comunidad en las instancias del estado lo que obedece a la falta de reconocimiento de la voz de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones publicas. Ejemplo de ello fue lo resaltado en los encuentros ciudadanos donde Este proceso de planeación participativa en Tunjuelito tuvo una serie de inconvenientes de tipo institucional, ya que la anterior administración local cerró todos los canales de comunicación y participación con la comunidad, debido a grandes diferencias por la adjudicación de varios contratos, en especial, los del área de cultura. Estas

diferencias obstaculizaron el proceso participativo y creó malestar y prevención entre la comunidad para la posterior preparación para los Encuentros Ciudadanos 2008 y dejó para el último semestre de 2007 la solitaria iniciativa, en el aprestamiento de las entidades Distritales, al Hospital de Tunjuelito. Información suministrada por IDPAC. Informe encuentros ciudadanos, 2008.

Muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente y su capacidad de incidir en la toma de decisiones es muy precaria.

En la dinámica de los Encuentros Ciudadanos las instituciones y sectores que no mantuvieron un rol constante tales como grupo de Jóvenes, Consejos Tutelares y Afrodescendientes, quienes aunque contaban con Consejeros de Planeación, no incluyeron de una forma contundente los temas de su interés.<sup>3</sup> Reducida capacidad de gestión que les permita adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos.

En este contexto organizaciones que por medio de seguimiento, apoyo conceptual y metodológico brindado por parte de la ESE; ejemplo de ello la organización Nueva esperanza del futuro ubicada en el territorio Isla del Sol ha trabajado herramientas para consolidarse como organización autónoma, sin embargo diferentes formas de ver la realidad como problemáticas de orden social y cultural expresadas por sus integrantes, obstaculizan el proceso.

Otra de las problemáticas es la limitada capacidad de recursos, organización y poca o deficiente divulgación de los procesos participativos que le permiten a la institucionalidad disponer de medios efectivos que faciliten los mismos.

Por otra parte, aunque el número de inscritos para los Encuentros Ciudadanos del presente año fue de 5414 personas, es decir un crecimiento de un 28.5% con respecto al 2004 donde hubo 3869 inscritos, es de resaltar que los procesos previos de información y formación para la participación, denotaron la confrontación de la anterior Alcaldesa con la comunidad, al igual que la desorganización, falta de planificación y desconexión con el nivel central y local de las diferentes entidades que terminan cumpliendo de forma apresurada y coyuntural las diferentes acciones impuestas por la administración distrital, ejemplo de esto fue la población desplazada y de tercera edad quienes en su gran mayoría asistieron al primer encuentro ciudadano porque les habían En algunos grupos comunitarios se presentan conflictos internos derivados de luchas por micropoderes y afanes de protagonismo. Prometiendo bonos y mercados.

Las  
de

formas

| <b>Comparativo inscritos en encuentros ciudadanos<br/>localidad Tunjuelito</b> |                         |
|--|-------------------------|
| Año 2004   | Año 2008                |
| 3869 personas inscritas  | 5414 personas inscritas |
| Aumento de un 28.5% con respecto al 2004                                       |                         |

participación de la ESE presentan algunas falencias tales como: falta de compromiso institucional, manejo del poder inadecuadamente, el no incremento y renovación de la base social, debido a la prevalencia del interés particular sobre el general, se afectan las posibilidades reales de construcción de lo público.

5.2.2.6 Fragmentación de los servicios de salud. Teniendo en cuenta que se identifica como causa profunda; *las Indicaciones inadecuadas de patrones de autocuidado*; significa esto, que la comunidad identifica como baja calidad y calidez en la atención por parte de los servidores y al interior de la ESE Hospital Tunjuelito, a su vez se han identificado las siguientes causas relacionadas.

- Inoportunidad de entrega de bases de datos de las EPS lo que genera barreras de acceso a los servicios para los usuarios, puesto que en algunas oportunidades no registran en las bases de datos del mes vencido
- Dificultad en la continuidad de los procesos por rotación del personal de atención al usuario de los puntos de servicios, puesto que la inducción a una persona nueva implica aproximadamente cinco días hábiles de dedicación por parte de la Coordinadora de Atención al Usuario.



- Barreras de acceso identificadas como fragmentación del usuario por niveles dependiendo de la contratación con cada ESE, la perspectiva neoliberal de concebir al usuario como cliente.
- Atención deshumanizada del funcionario hacia el usuario, lo que afecta la adherencia y la continuidad en los servicios.
- 

Estudios de identificación provisional para la atención como participante vinculado

*Enero-diciembre 2008*

| ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO  | TOTAL |
|-------|---------|-------|-------|------|--------|-------|
| 88    | 119     | 71    | 96    | 152  | 160    | 686   |
| JULIO | AGOSTO  | SEPT  | OCT   | NOVI | DICIEM | TOTAL |
| 106   | 134     | 150   | 151   | 8    | 40     | 589   |

La Oficina de Atención al Usuario desde cada uno de los puntos de atención, con el fin de garantizar el principio de accesibilidad a los servicios de salud para la población aun no identificada por el Sisbén y que no cuenta con recursos económicos, se realizo durante el año 2008, 1275 Estudios de Identificación Provisional para la Atención como Participante Vinculado a la población que lo requería cumpliendo con los lineamientos establecidos en el contrato suscrito con el FFDS.

Los principales motivos de insatisfacción de los usuarios estuvieron relacionados con:

- Demora para la atención de los servicios de facturación y asignación de citas
- Calidez en la atención por parte del personal de facturación, asignación de citas y asistencial
- Pertinencia en la atención medica
- Demora en la atención inicial de urgencias.
- Incumplimiento en la atención de citas o servicios programados

Encuestas de satisfacción, enero-diciembre 2008

| <b>SATISFACCION CONSULTA EXTERNA</b>          |              |                |              |              |             |              |                 |
|---|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------------|
| <b><u>ENERO-DICIEMBRE 2008</u></b>            |              |                |              |              |             |              |                 |
|   | <b>ENe</b>   | <b>FEB</b>     | <b>MAR</b>   | <b>ABR</b>   | <b>MAY</b>  | <b>JUN</b>   | <b>PROMEDIO</b> |
| PORCENTAJE DE SATISFACCION                    | 95           | 95             | 89           | 97           | 89          | 90           | 93              |
| TOTAL ENCUESTADOS                             | 115          | 112            | 114          | 115          | 115         | 114          | 685             |
|   | <b>JUL</b>   | <b>AGO</b>     | <b>SEP</b>   | <b>OCT</b>   | <b>NOV</b>  | <b>DIC</b>   | <b>PROMEDIO</b> |
| PORCENTAJE DE SATISFACCION                    | 84           | 98             | 91           | 89           | 98          | 71           | 89              |
| TOTAL ENCUESTADOS                             | 122          | 122            | 122          | 112          | 112         | 124          | 714             |
| <b>SATISFACCION URGENCIAS-HOSPITALIZACION</b> |              |                |              |              |             |              |                 |
| <b><u>ENERO-DICIEMBRE 2008</u></b>            |              |                |              |              |             |              |                 |
|   | <b>ENERO</b> | <b>FEBRERO</b> | <b>MARZO</b> | <b>ABRIL</b> | <b>MAYO</b> | <b>JUNIO</b> | <b>PROMEDIO</b> |
| PORCENTAJE DE SATISFACCION                    | 87           | 90             | 88           | 100          | 90          | 76           | 89              |
| TOTAL ENCUESTADOS                             | 30           | 30             | 33           | 30           | 30          | 50           | 203             |

|                                  | JULIO | AGOSTO | SEPTIE<br>MBRE | OCTUBRE | NOVIEM<br>BRE | DICIEMBRE | PROMEDIO |
|----------------------------------|-------|--------|----------------|---------|---------------|-----------|----------|
| PORCENTAJE<br>DE<br>SATISFACCION | 85    | 77     | 88             | 95      | 93            | 87        | 88       |
| TOTAL<br>ENCUESTADOS             | 40    | 40     | 40             | 43      | 40            | 31        | 234      |

| <b>PORCENTAJE DE SATISFACCION GENERAL</b> |         |            |         |           |           |          |
|---|---------|------------|---------|-----------|-----------|----------|
| <b><u>ENERO-DICIEMBRE 2008</u></b>        |         |            |         |           |           |          |
| ENERO                                     | FEBRERO | MARZO      | ABRIL   | MAYO      | JUNIO     | PROMEDIO |
| 95  | 95      | 89         | 97      | 89        | 86        | 92       |
| JULIO                                     | AGOSTO  | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | PROMEDIO |
| 83  | 88      | 90         | 92      | 95        | 77        | 88       |

Durante el I semestre de 2008 se aplicaron 888 encuestas entre los puntos de atención en los servicios de Urgencias y Consulta Externa. Con una satisfacción promedio para consulta externa de 93% y para urgencias y Hospitalización estuvo en 89%, el indicador de satisfacción general de los usuarios es del 92%.

Durante el II semestre se aplicaron 948 encuestas entre los puntos de atención en los servicios de Urgencias y hospitalización y Consulta Externa. Con una satisfacción para consulta externa de 89%, urgencias y hospitalización con una satisfacción del 88%. El porcentaje global de satisfacción fue del 88%

Los principales motivos de insatisfacción que se reportaron fueron:

- En los servicios de Urgencias y Hospitalización los servicios fueron calificados como " regular" en la mayoría de las clínicas, por la demora en la valoración de urgencias y la consulta con el medico.
- La información brindada sobre su estado de salud así como la información brindada sobre los requisitos y documentos necesarios para acceder a los servicios y para la liquidación de la cuenta, lo que obedece en parte al disgusto del usuario ante la necesidad de tramitar cartas de retiro y sacar fotocopias del carné de salud, el documento de identidad y la historia clínica.
- Otro motivo de insatisfacción de los usuarios corresponde al tiempo de espera para acceder a solicitar cita, así como a la oportunidad distante de las citas.
- La Demora en la atención en los servicios de facturación y asignación de citas.

5.2.2.7 Afectación de la salud mental. La familia es un agente de primer orden en las interacciones sociales de los individuos, su estructuración y sobre todo factores relacionados con funcionamiento, comunicación, interacción y clima familiar se han vinculado con el inicio y mantenimiento de diferentes problemáticas que inciden de manera negativa sobre la salud mental de los individuos. En los diferentes estudios las variables del ámbito familiar que más frecuentemente se relacionan con el desencadenamiento y

determinantes en la salud mental de sus miembros han sido, entre otras, un clima familiar negativo (estrés, negatividad y rechazo, entre otros), un conflicto familiar excesivo (críticas y hostilidad generalizada), estilos educativos inadecuados y falta de comunicación adecuada.

La dinámica del grupo familiar ha venido cambiando donde se han modificado pautas, comunicación, roles y vínculos afectivos entre los miembros del grupo familiar, donde las relaciones de pareja como las relaciones de crianza están fatigadas, el abandono, en muchas ocasiones es provocado por el nivel económico bajo, así como la injusticia social, la falta de empleos, los centros de vicio, las carencias en las instituciones educativas y de salud.

Algunos de estos antecedentes en el núcleo familiar desencadenan la existencia del maltrato infantil, la violencia intrafamiliar, el consumo de psicoactivos, conducta suicida y la pérdida de vínculos afectivos que atentan contra la salud mental de la población de la localidad de Tunjuelito. Estas problemáticas se evidencian en el reporte de violencias del año 2007 del Hospital de Tunjuelito donde se encontró un total de 566 casos de violencia ejercida contra niños y niñas, de estos casos el porcentaje más alto se encuentra en la violencia emocional (37.9%), seguido de violencia por negligencia (25.4%) y un 12% de casos de violencia física; en el caso de los jóvenes y las jóvenes de la localidad se encuentra un mayor reporte de casos, con un total de 922, en donde al igual que en la etapa de ciclo vital de infancia los jóvenes son violentados emocionalmente (35.5%), seguido por la

violencia por negligencia (29%) y un alarmante aumento de la violencia física (17.6%);

Los adultos y adultas de la localidad presentan un comportamiento de las violencias similar a la de los grupos anteriores el total de casos reportados fue de 604, en donde el mayor porcentaje se concentra en la violencia emocional (33.9%), seguido de negligencia (33%) y violencia física (23%), Finalmente; el total de casos de violencia ejercida contra personas mayores es de 76, en los que predominan la violencia emocional (43%), la negligencia (27.6%) y la violencia física y el abandono con un porcentaje de 10,5% para cada uno. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas el Hospital de Tunjuelito identifico 133 casos y 31 casos de conducta suicida. Según informe de Vigilancia Epidemiológica, 2008

Estas situaciones continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública, afectando indiscriminadamente a diferentes grupos poblacionales siendo los mas vulnerables: la niñez, la mujer y el adulto mayor, trayendo consigo riesgos psicosociales como: depresión, ansiedad, desesperanza y comportamientos agresivos que contribuyen a la reproducción de la violencia, en definitiva estas problemáticas son en gran medida el acumulado de las llamadas pautas de crianza, las cuales se forman en el tiempo, sean favorables o no, constructivas o destructivas, resultantes de la presencia o ausencia de los padres o de un cuidador, pero finalmente hacen parte de la dinámica interna de integración o desintegración

de cada familia.

5.2.2.8 Inseguridad ciudadana –Durante las lecturas de necesidades realizadas por los ámbitos de vida cotidiana, especialmente en los núcleos de gestión de Salud a Su Casa, una de las problemáticas que más resaltan los habitantes de las dos UPZ es la Inseguridad en los barrios; de igual forma desde la lectura que se hizo para los encuentros ciudadanos se encontraron cinco problemáticas relacionadas con la inseguridad, esas problemáticas son:

- Complejas relaciones de la juventud y conflicto en el entorno escolar (Riñas al interior del colegio, venta y consumo de licor en el entorno escolar. Venta y consumo de SPA en los parques y espacio público)
- Invasión del espacio público
- Violencia intrafamiliar
- Riñas, lesiones personales, hurto a personas y otros delitos en tiendas, bares, billares y negocios pequeños al interior de los barrios.
- Curtiembres sin legalización y/o planes de manejo (vertimiento a fuentes de agua. Frecuentes accidentes.)
- Deterioro del entorno urbanístico y del espacio público (falta de iluminación, deterioro en la malla vial, exuberancia de árboles en los canales lo que facilita la presencia de delincuentes y la comisión de delitos)

Frente a esta problemática el consejo de seguridad de la localidad viene haciendo un plan de acción que tiene acciones que le dan solución al

problema crítico pero que no trabajan aún en las causas profundas del problema. Lo que no va a dar una solución total al problema sino soluciones parciales que con el tiempo se van a ir agotando.

Dentro del análisis de determinantes sociales que se hizo frente a la categoría de inseguridad ciudadana encontramos que lo que determina estas situaciones tiene que ver con causas profundas como la pobreza y los escasos espacios de concertación y dialogo que existen en la localidad, como causas relacionadas tenemos la falta de ocupación el tiempo libre y los aprendizajes violentos que culturalmente adquirimos ya sea por lo que vivimos en nuestros hogares y/o lo que vivimos en la escuela. Al resaltar estas causas sabemos que debemos intervenir de manera directa aquello que causa la situación, o sea, la pobreza, la escasez de espacios de concertación y dialogo, el aprendizaje en casa y la ocupación del tiempo libre.

Esto significa que debemos convertir las escuelas en territorios de paz y que ese sea el eje del manual de convivencia, adicionalmente tenemos que trabajar con las familias del territorio en una deconstrucción de la violencia como medio para resolver los conflictos fuere cual fuere su origen y en la creación de espacios físicos dotados de recursos para que los jóvenes ocupen su tiempo libre, esto se debe hacer en acuerdo con ellos para que se toquen los intereses propios de la edad y no corramos el riesgo de que a pesar de abrir nuevos espacios los jóvenes no converjan en este sitio por falta de interés en las actividades que se les propone.



Por ultimo la creación de un espacio físico en el que se de la oportunidad de recreación gratuita y enfocada a los intereses de niños, niñas y jóvenes, en donde se hagan campañas lúdicas y artísticas de prevención del uso de SPA, y de educación para la paz.

Como otra problemática gruesa que genera inseguridad en la localidad sexta, encontramos lo relacionado con el espacio público, o sea la invasión del espacio público, el deterioro del mismo y la contaminación generada por las curtiembres. A continuación relacionamos algunas causas profundas y relacionales del problema sobre las que vamos a trabajar el tema generador y las líneas de acción.

Encontramos como una de las causas profundas de la invasión del espacio público el desempleo que hay en la localidad, si vemos la ECV 2007 encontramos que la localidad tiene una tasa de ocupación de 45,10 frente a un total de 150.666 personas en edad de trabajar, 73.845 económicamente activas, lo que nos arroja una tasa de desempleo de 7,99. Estar desempleado en Colombia hace que la gente se piense en actividades diferentes que generen ingresos mínimos para subsistir, estas actividades son por lo general las ventas ambulantes, el tráfico y comercio de drogas o la venta de servicios sexuales.

Adicionalmente encontramos que la falta de redes comunitarias que estén

interesadas en la conservación del espacio público y del entorno urbanístico y ambiental es una causa profunda ya que no hay movilización social entorno a la asignación de presupuestos locales y distritales para la conservación y mantenimiento de los espacios públicos, y genera relaciones inapropiadas de los habitantes con lo público.

Por ultimo tenemos que otra causa profunda que además depende de los entes de control local y distrital, es las escasas medidas legales que penalicen el vertimiento de residuos y escombros en los espacios públicos y de conservación ambiental.

## 6. Tercer momento. Narrativa y definición de temas generadores.

En este momento se identificaron los núcleos problemáticos, entendidos como representación de la realidad, y se construyen los siguientes temas generadores acordes a las tres problemáticas priorizadas. Con este proceso se consolida la agenda social, como herramienta de planeación.

### 6.1 Propuestas del gerente social frente a las problemáticas identificadas.

6.1.1 Temas generadores para la problemática de fragmentacion de los servicios de salud."Exgiendo un servicio de salud con calidad y calidez  
"Organizar a la asociación de usuarios para que ejerzan un papel importante dentro de la institución como lideres que empoderan a los usuarios en frente a

temas como deberes y derechos y a su vez sea un puente entre la institucionalidad y la comunidad.

- Establecimiento de un proceso de seguimiento con miras en la medición de los tiempos y calidez del servicio con el fin de optimizar cada uno de los servicios de atención a los usuarios.
- Las Instituciones del sector salud debe replantear el modo de atención que propenda por la calidad y la calidez en al atención, reorganizando los servicios, optimizando los recursos y respetando las diferencias.
- El sector salud debe reevaluar la normatividad vigente y trascender frente a la garantía del derecho evitando procesos que afectan la calidad en la atención en los servicios de salud.

“Un plan de capacidades ciudadanas unificado para todos y todas”

Capacitación continua a todos los profesionales del las unidades de atención, frente a guías de manejo y exigir la adherencia a las mismas con el fin de tener procesos actualizados y organizados que permitan la implementación de nuevas estrategias que promueven la prevención el tratamiento y seguimiento de enfermedades.

- Debe existir articulación entre los programas de salud publica y las unidades de atención con el fin de optimizar recursos economicos y humanos garantizando el derecho a la salud.
- Se debe optimizar el recurso humano con auxiliares, lo que permite en una sola intervención realizar el proceso integral como la comprobación de derechos, asignación de citas según sea el caso y la facturación

inmediata, con esta estrategia aumentamos el número de personas en la atención, optimizamos los tiempos y mayor número de cajas para la atención al usuario.

- Para mejorar la oportunidad de las citas se debe establecer el plan de reposición de consultas de forma inmediata, se programan dos pacientes adicionales en la agenda de todos los médicos, aumento de días de consulta entre otras para optimizar los tiempos de atención de consulta.
- Se debe reforzando con trabajo social y facturación el reporte a los pacientes sobre documentación y tramites en hospitalización.

“Sin barreras de acceso”

- Formación en derechos y deberes de los usuarios a todos los funcionarios de las unidades de atención en salud..
- Servicios de salud con atención diferencial (gestantes, niños, personas con discapacidad, personas en situación de desplazamiento, personas mayores )
- Reducción de barreras arquitectónicas - físicas y de comunicación
- Eliminación de barreras actitudinales (atención a jóvenes frente a temas frente a problemáticas familiares, consumo de SPA, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos, atención inmediata ante ideaciones suicidas, entre otros.

6.1.2 Temas generadores para la problemática de Afectación de la salud

mental

“Infórmate para informar” Medios de comunicación comprometidos con la salud de las personas en donde promuevan las pautas de crianza adecuadas, prevención de la violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato.

“Reconoce mi experiencia.. aprovecha tu juventud” Posibilidad de crear lazos de respeto, afecto y traspaso de experiencias intergeneracionales entre persona mayor y jóvenes que permitan intercambio cultural y uso adecuado del tiempo libre.

“ Con oportunidad.. Estudio y trabajo; le apuesto al capital social” Los jóvenes y adultos deben tener oportunidad de estudiar en las instituciones locales que tienen convenios con instituciones educativas y universidades para ampliar los perfiles para el trabajo y las empresas que tienen una deuda social con la localidad, permitirán el ingreso de los adultos, personas con discapacidad y desplazamiento en condiciones laborales óptimas.

### 6.2.3 Temas generadores para la problemática Inseguridad ciudadana.

“Hablando y Jugando lo vamos arreglando” El eje central de las acciones sería el dialogo en espacios neutrales con expertos en procesos de conciliación no violenta, declarar los colegios como territorios de paz en donde profesores y alumnos arreglan los conflictos a través del dialogo, el ejemplo y la confianza y el respeto como principios rectores de las

relaciones entre alumnos, entre docentes, entre docentes alumnos.

Por ultimo la creación de un espacio físico en el que se de la oportunidad de recreación gratuita y enfocada a los intereses de niños, niñas y jóvenes, en donde se hagan campañas lúdicas y artísticas de prevención del uso de SPA, y de educación para la paz.

La propuesta de temas generadores sería “Me identifico, cuido y respeto mi entorno vital” y “Tunjuelito trabaja con dignidad y respeto por lo público y lo privado”. Las líneas de acción serías a groso modo:

“Me identifico, cuido y respeto mi entorno vital”: Fortalecimiento y organización de las redes sociales comunitarias en torno a la seguridad y el cuidado del espacio público, socialización de la historia de la localidad y de sus barrios a través de encuentros artísticos y culturales que tengan como objetivo generar sentido de pertenencia con lo público, estudio y puesta en marcha de la legislación para controlar la producción de residuos de las curtiembres.

“Tunjuelito trabaja con dignidad y respeto por lo público y lo privado”:  
establecimiento de pactos entre los vendedores ambulantes y el gobierno local en la búsqueda de reubicar a los vendedores ambulantes en espacios que no deterioren lo público, campañas de sensibilización sobre la importancia de cuidar y mantener los espacio públicos libres

para el uso y el disfrute de toda la población

## CONCLUSIONES

Como Candidata a Gerente social la formación impartida en la universidad Uniminuto, permitió tener las herramientas de trabajo que permiten el contacto con la comunidad con el fin de abstraer la información que se requiere para el análisis de la misma con una visión que permite definir la actualidad y planear frente a la visión futuro.

Herramientas como árbol de problemas, marco lógico , análisis situacional, planteamiento de proyectos, visualización de soluciones y un importante análisis social que reconoció la acción con daño que se genera a la sociedad, al realizar acciones netamente paternalistas y así desconocer las capacidades de las personas como sujetos de derechos; dieron paso a la construcción de una agenda de planeación como herramienta, a partir de la realidad de la localidad tunjuelito , a pesar que la herramienta es planteada por la secretaria de salud , la construcción de la agenda de planeación social en la localidad Tunjuelito se realizo con base en el aprendizaje de la formación recibida con la especialización en gerencia Social.

Figura 3 Evento mes de la discapacidad



Foto archivo Hospital Tunjuelito



Resultados y proyecciones.

El desarrollo de los pasos para la construcción de la agenda se realizó en el marco de acciones institucionales del Hospital Tunjuelito, que permitió dar un abordaje importante ya que la población objeto fue de un aproximado de 1600 personas, significando esto un número representativo de la localidad, resaltando, la dedicación para la formación de profesionales frente al tema y trabajos conjuntos en donde se desarrollaron actividades que ampliaron la visión integral y no particular ante el análisis de las necesidades para la problematización procurando cuidadosamente no alterar la manifestación dicha por la comunidad.

Se realizó la presentación de la agenda a la gerencia y la junta directiva, además a nivel intersectorial, la presentación de la misma a los actores locales, en el marco de los consejos de gobierno y del consejo de seguridad, que permitió una reflexión frente a la importancia de la trasectorialidad que obedece al plan de desarrollo distrital y local y favorece la optimización de recursos y minimizar duplicidad de acciones.

Figura 4 Presentación Agenda de planeación social Alcaldía local



Foto Archivo Gestion Local

Con recursos económicos del Hospital Tunjuelito autorizó la impresión de agendas sociales en forma de planeadores como guía de trabajo para la planeación de acciones institucionales y búsqueda de alternativas para la construcción de respuestas integrales.

Desde el marco de la institucionalidad ya iniciaron dos procesos; uno propuestas de trabajo que modifiquen la atención en los servicios y en segundo lugar; se ha planteado con un equipo de trabajo, la organización para fortalecer el pensamiento estratégico por medio de trabajo articulado y desarrollado en reuniones o talleres desde el nivel primario hasta la junta directiva.

A nivel local otro logro es la instauración de la mesa de Gestión Social Integral en donde actualmente se propone la misma metodología para construir agendas de planeación en el año 2010 por territorio social, UPZ o Zonas de calidad de vida y salud, que son en total 5 con el fin de que de acuerdo a las problemáticas se generen respuestas acorde a la dinámica de los territorios sociales.

Paralelamente se esta realizando un trabajo con la comunidad en donde se generan sesiones de trabajo que permiten desde la visión futuro la construcción redes de apoyo como resultado del fortalecimiento de procesos de autonomía para promover el ejercicio de ciudadanía activa y exigibilidad de derechos y en un futuro de menos de cuatro años se sienten a construir

respuestas desde la comunidad y las instituciones en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población de la localidad de tunjuelito.

Figura 5 Grupo cuidando cuidadores-lectura de realidades



Foto archivo Hospital Tunjuelito

Se pretende continuar con el posicionamiento político de la agenda de planeación social, evaluando mensualmente las acciones que apuntan a dar respuesta a las problemáticas, en primera instancia en el Hospital Tunjuelito y paralelamente a nivel trasectorial, dichos resultados deben presentarse en los consejos de gobierno con el fin de construir indicadores que permitan medir el impacto de la agenda de planeación con los resultados del gobierno local Se anexa Impreso de agenda de planeación social.

**Tabla 1 problemáticas identificadas en la recolección de lecturas de realidades**

|  |   |   |
|--|---|---|
| VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN<br>AMBITOS FAMILIAR Y<br>COMUNITARIO                  | POCA COLABORACION DE LA<br>COMUNIDAD EDUCATIVA EN<br>PROGRAMAS DE SALUD AL<br>COLEGIO | FALTA DE CONTROL DE<br>VENDEDORES AMBULANTES DE<br>ALIMENTOS  |
| CONSUMO DE SUSTANCIAS<br>PSICOACTIVAS  | FALTA DE APOYO PARA<br>MICROEMPRESAS  | ALTA INTERMEDIACION EN LA<br>CADENA DE ALIMENTOS  |
| AUMENTO DE LA POBLACION EN<br>TRABAJO INFANTIL                                   | FALTA DE APOYO PARA<br>CREDITOS Y FOMENTO DE LA<br>SOCIATIVIDAD                       | ALTO COSTO EN LOS<br>ALIMENTOS  |
| MANEJO INADECUADO DEL<br>TIEMPO LIBRE  | INFRAESTRUCTURA<br>INADECUADA DE LAS PLAZAS<br>DE MERCADO                             | FALTA DE ACCESO A LOS<br>PROGRAMAD DE APOYO<br>ALIMENTARIO  |
| EXPOSICION A RIESGOS<br>LABORALES EN TEMPRANA<br>EDAD                            | FALTA DE OPORTUNIDAD<br>LABORAL   | INADECUADOS HABITOS<br>ALIMENTARIOS   |
| POCO INTERES DE LOS PADRES<br>Y DE LOS EMPLEADORES POR<br>DESVINCULAR A LOS NNJ. | FALTA DE CARACTERIZACION Y<br>DIAGNOSTICO DE<br>POBLACIONES ESPECIALES                | PATRONES CULTURALES QUE<br>AFECTAN LA SEGURIDAD<br>ALIMENTARIA  |
| DESNUTRICION DE LA<br>POBLACION INFANTIL   | FALTA DE POLITICAS PUBLICAS<br>DIFERENCIAL CON ENFOQUE DE<br>GENERO                   | CRITERIOS NO UNIFICADOS DE<br>LOS PROFESIONALES QUE<br>IMPARTEN INFORMACION EN<br>SEGURIDAD ALIMENTARIA |
| FALTA DE OPORTUNIDAD<br>LABORAL  | ORGANIZACIONES SOCIALES<br>NO CONSTITUIDAS<br>LEGALMENTE                              | DEFICIT DE MICRONUTRIENTES  |
| VULNERABILIDAD FAMILIAR A LA<br>PERSONA MAYOR                                    | FALTA DE HERRAMIENTAS PARA<br>LA AUTOGESTION  | AUMENTO DE SOBREPESO Y<br>OBESIDAD  |
| PERDIDA DE VINCULOS<br>AFECTIVOS EN PERSONA<br>MAYOR                             | DESINTERES DE LOS JOVENES<br>EN LA PARTICIPACION                                      | BAJO APROVECHAMIENTO<br>BIOLOGICO DE ALIMENTOS POR<br>CONTAMINACION                                     |
| CAMBIO DE ROLES DE LA<br>PERSONA MAYOR   | BAJA CALIDAD EN LA<br>PRESTACION DE LOS SERVICIOS                                     | ALTO GRADO DE<br>DESNUTRICION CRONICA Y   |

| TRANSFORMANDO EN FORMAS DE EXCLUSION   | DE SALUD  | AGUDA   |
|--|---|---|
| CARENCIA DE HABILIDADES SOCIALES DEBIDO A LA FRUSTACION Y DESESPERANZA                         | BARRERA FISICA Y ARQUITECTONICA   | INFRAESTRUCTURA INADECUADA DE LAS PLAZAS DE MERCADO   |
| ABANDONO Y MALTRATO DE LA PERSONA MAYOR  | BARRERA POR ASEGURAMIENTO : OPORTUNIDAD   | INADECUADA INFRAESTRUCTURA DE PARQUES   |
| EMBARAZOS EN ADOLESCENTES  | BARRERA POR MATRIZ DE CONTRATACION: PERTINENCIA   | DESERCIÓN ESCOLAR   |
| DESCONOCIMIENTO Y FALTA DE SENSIBILIZACION FRENTE AL TEMA DE CANCER DE CUELLO UTERINO          | ATENCION DIFERENCIAL PARA POBLACION DE DISCAPACIDAD   | FALTA DE OPORTUNIDAD EDUCATIVA DE NIVEL SUPERIOR  |
| COINFECCION VIH - TUBERCULOSIS EN JOVENES  | ATENCION DIFERENCIAL PARA POBLACION DE DESPLAZAMIENTO                                       | FALTA DE INSTITUCIONES O PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCION DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD ESPECIAL |
| DESCONOCIMIENTO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS   | NO HAY PROCESOS DE EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA POBLACION ADULTA Y PERSONA MAYOR | FALTA DE SENSIBILIZACION DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA FRENTE AL PROCESO DE INCLUSION ESCOLAR                     |
| ANULACION DEL DESARROLLO SEXUAL DE LA POBLACION EN CONDICION CON DISCAPACIDAD Y PERSONA MAYOR. | INDICACIONES INADECUADAS DE PATRONES DE AUTOCUIDADO   | DESCONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD LABORAL  |
| HABITOS INADECUADOS EN ADOLESCENTES  | NO ADHERENCIA A GUIAS DE MANEJO   | FALTA DE FORMACION LABORAL PARA POBACION EN CONDICION DE DISCAPACIDAD   |
| DELINCUENCIA   | ALTA ROTACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD  | FALTA DE OPORTUNIDAD LABORAL PARA POBACION ADULTO MAYOR   |
| INSEGURIDAD  | NO COBERTURA DE MEDICAMENTOS DEL POS  | FALTA DE OPORTUNIDAD LABORAL  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| CONDICIONES AMBIENTALES<br>DESFAVORABLES                         | DESEMPLEO  | FALTA DE EDUCACION A<br>PADRES PARA LA<br>IDENTIFICACION TEMPRANA DE<br>DISCAPACIDAD     |
| MANEJO INADECUADO DE<br>RESIDUOS SOLIDOS                         | SUBVALORACION MONETARIA<br>EN NIÑOS Y ADOLESCENTES   | FALTA DE SUMINISTROS DE<br>ELEMENTOS DE SEGURIDAD<br>PERSONAL POR PARTE DEL<br>EMPLEADOR |
| GENERACION DE OLORES<br>OFENSIVOS                                | EXPOSICION A RIESGOS<br>LABORALES EN TEMPRANA<br>EDAD  | FALTA DE OPORTUNIDAD<br>LABORAL  |
| CONTAMINACION VISUAL   | TRABAJO INFORMAL   | DISCRIMINACION POR GENERO<br>EDAD Y CONDICIONES<br>SOCIALES                              |
| CONTAMINACION DE FUENTES<br>HIDRICAS                             | BARRERA EN ACCESO AL<br>SISTEMA DE SEGURIDAD DE<br>RIESGOS PROFESIONALES                               | TENENCIA INADECUADA DE<br>MASCOTAS   |
| RUIDO  | SUBVALORACION SALARIAL<br>PARA NIÑOS Y JOVENES<br>TRABAJADORES   | PRESENCIA DE RELLENO<br>SANITARIO  |
| EMISION DE MATERIAL<br>PARTICULADO DE FUENTES<br>FIJAS Y MOVILES | SUBVALORACION SALARIAL<br>PARA POBLACIONES<br>VULNERABLES  | SERVICIO DE RECOLECCION DE<br>BASURAS INSUFICIENTES                                      |
| PRESENCIA DE PERROS<br>CALLEJEROS                                | FALTA DE CONCIENCIA FRENTE<br>AL USO DE ELEMENTOS DE<br>SEGURIDAD PERSONAL POR<br>PARTE DEL TRABAJADOR |  |

**Tabla 2. Selección de problemas**

| <b>SALUD MENTAL</b>  | <b>PROBLEMÁTICA<br/>FRENTE A SALUD<br/>SEXUAL</b>  | <b>INSEGURIDAD<br/>CIUDADANA</b>   | <b>MEDIO AMBIENTE</b>                       | <b>DEFICIT EN LA<br/>RESPUESTA<br/>INSTITUCIONAL</b>  |
|--|--|--|---|---|
| PROMOCION DE<br>HABITOS DE VIDA QUE<br>MODIFIQUEN PAUTAS<br>DE CRIANZA | EMBARAZOS EN<br>ADOLESCENTES   | DELINCUENCIA   | CONDICIONES<br>AMBIENTALES<br>DESFAVORABLES | POCA<br>COLABORACION DE<br>LA COMUNIDAD<br>EDUCATIVA EN<br>PROGRAMAS DE<br>SALUD AL COLEGIO |
| VIOLENCIA<br>INTRAFAMILIAR EN<br>AMBITOS FAMILIAR Y<br>COMUNITARIO     | DESCONOCIMIENTO<br>Y FALTA DE<br>SENSIBILIZACION<br>FRENTE AL TEMA<br>DE CANCER DE<br>CUELLO UTERINO             | INSEGURIDAD  | MANEJO<br>INADECUADO DE<br>RESIDUOS SOLIDOS | FALTA DE APOYO<br>PARA<br>MICROEMPRESAS   |
| CONSUMO DE<br>SUSTANCIAS<br>PSICOACTIVAS                               | COINFECCION VIH -<br>TUBERCULOSIS EN<br>JOVENES  | COMPLEJAS<br>RELACIONES DE<br>LA JUVENTUD Y<br>CONFLICTO EN EL<br>ENTORNO<br>ESCOLAR | GENERACION DE<br>OLORES OFENSIVOS           | FALTA DE APOYO<br>PARA CREDITOS Y<br>FOMENTO DE LA<br>SOCIATIVIDAD                          |
| AUMENTO DE LA<br>POBLACION EN<br>TRABAJO INFANTIL                      | DESCONOCIMIENTO<br>DE DERECHOS<br>SEXUALES Y<br>REPRODUCTIVOS  | VIOLENCIA<br>INTRAFAMILIAR   | CONTAMINACION<br>VISUAL                     | INFRAESTRUCTURA<br>INADECUADA DE LAS<br>PLAZAS DE<br>MERCADO                                |
| MANEJO INADECUADO<br>DEL TIEMPO LIBRE                                  | ANULACION DEL<br>DESARROLLO<br>SEXUAL DE LA<br>POBLACION EN<br>CONDICION CON<br>DISCAPACIDAD Y<br>PERSONA MAYOR. | DETERIORO DEL<br>ENTORNO<br>URBANÍSTICO Y<br>DEL ESPACIO<br>PÚBLICO                  | CONTAMINACION DE<br>FUENTES HIDRICAS        | FALTA DE<br>OPORTUNIDAD<br>LABORAL  |
| EXPOSICION A<br>RIESGOS LABORALES<br>EN TEMPRANA EDAD                  | HABITOS<br>INADECUADOS EN<br>ADOLESCENTES  | RIÑAS, LESIONES<br>PERSONALES,<br>HURTO A<br>PERSONAS Y                              | RUIDO                                       | FALTA DE<br>CARACTERIZACION Y<br>DIAGNOSTICO DE<br>POBLACIONES<br>ESPECIALES                |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | OTROS DELITOS EN TIENDAS, BARES, BILLARES Y NEGOCIOS PEQUEÑOS AL INTERIOR DE LOS BARRIOS. |  |   |
| POCO INTERES DE LOS PADRES Y DE LOS EMPLEADORES POR DESVINCULAR A LOS NNJ. |  | INVASIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO  | EMISION DE MATERIAL PARTICULADO DE FUENTES FIJAS Y MOVILES | FALTA DE POLITICAS PUBLICAS DIFERENCIAL CON ENFOQUE DE GENERO   |
| DESNUTRICION DE LA POBLACION INFANTIL                                      |  | CURTIEMBRES SIN LEGALIZACIÓN Y/O PLANES DE MANEJO   | PRESENCIA DE PERROS CALLEJEROS                             | INADECUADOS ESPACIOS DE FORMACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE PARA EL DESARROLLO DE POTENCIALIDADES Y DESTREZAS |
| FALTA DE OPORTUNIDAD LABORAL   |  |   | TENENCIA INADECUADA DE MASCOTAS                            | FALTA DE COMPROMISO INSTITUCIONAL PARA LA RED DEL BUEN TRATO  |
| VULNERABILIDAD FAMILIAR A LA PERSONA MAYOR                                 |  |   | PRESENCIA DE RELLENO SANITARIO                             | POCA RESPUESTA A LA NOTIFICACION DE CASOS.  |
| PERDIDA DE VINCULOS AFECTIVOS EN PERSONA MAYOR                             |  |   | SERVICIO DE RECOLECCION DE BASURAS INSUFICIENTES           |   |
| CAMBIO DE ROLES DE LA PERSONA MAYOR TRANSFORMANDO EN FORMAS DE EXCLUSION   |  |   | INADECUADA INFRAESTRUCTURA DE PARQUES                      |   |
| CARENCIA DE HABILIDADES  |  |   |  |   |



|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| SOCIALES DEBIDO A LA FRUSTACION Y DESESPERANZA          |  |  |   |  |
| ABANDONO Y MALTRATO DE LA PERSONA MAYOR                 |  |  |   |  |
| <b>SERVICIOS DE SALUD</b>                               | <b>CONDICIONES LABORALES</b>                                       | <b>INSEGURIDAD ALIMENTARIA</b>                         | <b>CONDICIONES PARA LA EDUCACION</b>  | <b>PARTICIPACION CIUDADANA</b>                     |
| BAJA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD | DESEMPLEO  | MANEJO INADECUADO DE ALIMENTOS                         | DESERCION ESCOLAR   | ORGANIZACIONES SOCIALES NO CONSTITUIDAS LEGALMENTE |
| BARRERA FISICA Y ARQUITECTONICA                         | SUBVALORACION MONETARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES                    |  | FALTA DE OPORTUNIDAD EDUCATIVA DE NIVEL SUPERIOR  | FALTA DE HERRAMIENTAS PARA LA AUTOGESTION          |
| BARRERA POR ASEGURAMIENTO : OPORTUNIDAD                 | EXPOSICION A RIESGOS LABORALES EN TEMPRANA EDAD                    | FALTA DE CONTROL DE VENDEDORES AMBULANTES DE ALIMENTOS | FALTA DE INSTITUCIONES O PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCION DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD ESPECIAL | DESINTERES DE LOS JOVENES EN LA PARTICIPACION      |
| BARRERA POR MATRIZ DE CONTRATACION: PERTINENCIA         | TRABAJO INFORMAL   | ALTA INTERMEDIACION EN LA CADENA DE ALIMENTOS          | FALTA DE SENSIBILIZACION DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA FRENTE AL PROCESO DE INCLUSION ESCOLAR                     |  |
| ATENCION DIFERENCIAL PARA POBLACION DE DISCAPACIDAD     | BARRERA EN ACCESO AL SISTEMA DE SEGURIDAD DE RIESGOS PROFESIONALES | ALTO COSTO EN LOS ALIMENTOS                            |   |  |
| ATENCION DIFERENCIAL PARA                               | SUBVALORACION SALARIAL PARA  | FALTA DE ACCESO A LOS PROGRAMAD DE                     | FALTA DE EDUCACION A  |  |

| POBLACION DE DESPLAZAMIENTO   | NIÑOS Y JOVENES TRABAJADORES  | APOYO ALIMENTARIO  | PADRES PARA LA IDENTIFICACION TEMPRANA DE DISCAPACIDAD |  |
|---|---|--|--|--|
| NO HAY PROCESOS DE EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA POBLACION ADULTA Y PERSONA MAYOR | SUBVALORACION SALARIAL PARA POBLACIONES VULNERABLES   | INADECUADOS HABITOS ALIMENTARIOS   |  |  |
| INDICACIONES INADECUADAS DE PATRONES DE AUTOCUIDADO   | FALTA DE CONCIENCIA FRENTE AL USO DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD PERSONAL POR PARTE DEL TRABAJADOR | PATRONES CULTURALES QUE AFECTAN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA                                       |  |  |
| NO ADHERENCIA A GUIAS DE MANEJO   | FALTA DE SUMINISTROS DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD PERSONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR               | CRITERIOS NO UNIFICADOS DE LOS PROFESIONALES QUE IMPARTEN INFORMACION EN SEGURIDAD ALIMENTARIA |  |  |
| ALTA ROTACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD  | FALTA DE OPORTUNIDAD LABORAL  | DEFICIT DE MICRONUTRIENTES   |  |  |
| NO COBERTURA DE MEDICAMENTOS DEL POS  | DISCRIMINACION POR GENERO EDAD Y CONDICIONES SOCIALES   | AUMENTO DE SOBREPESO Y OBESIDAD  |  |  |
| REGULAR ATENCION MATERNO PERINATAL  | DESCONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD LABORAL  | BAJO APROVECHAMIENTO BIOLOGICO DE ALIMENTOS POR CONTAMINACION                                  |  |  |
| NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR PARTE DEL USUARIO  | FALTA DE FORMACION LABORAL PARA   | ALTO GRADO DE DESNUTRICION CRONICA Y AGUDA   |  |  |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
|   | POBACION EN<br>CONDICION DE<br>DISCAPACIDAD                         |  |  |  |
| ATENCION INTEGRAL<br>Y EFECTIVA PARA LA<br>GESTANTE | FALTA DE<br>OPORTUNIDAD<br>LABORAL PARA<br>POBACION ADULTO<br>MAYOR | INFRAESTRUCTURA<br>INADECUADA DE LAS<br>PLAZAS DE<br>MERCADO |  |  |
|   | FALTA DE<br>OPORTUNIDAD<br>LABORAL                                  | FALTA DE<br>OPORTUNIDAD<br>LABORAL                           |  |  |

**Tabla 3. Análisis y priorización de problemáticas**

| PROBLEMÁTICAS                          | VALOR POLITICO | GOBERNABILIDAD (grado de control como localidad para dar soluciones) | CAPACIDAD DE RESPUESTA DE OTROS ACTORES (interés particular de aportar en la solución del problema) | VOLUNTAD POLITICA (DE LOS ACTORES QUE PUEDEN DAR RESPUESTA) | PERCEPCION DE LA COMUNIDAD FRENTE AL PROBLEMA | TIEMPO DE MADURACION (cuanto se demora en dar respuesta efectiva) | COSTO DE POSTERGACION DEL PROBLEMA | RECURSOS EXIGENTES PARA LA SOLUCION DEL PROBLEMA   | REQUIERE INNOVACION O CONTINUIDAD | alto | Medio | Bajo |
|--|----------------|--|---|---|---|---|------------------------------------|--|-----------------------------------|------|-------|------|
| AFECTACION DE LA SALUD MENTAL          | ALTO           | ALTO   | MEDIO   | MEDIO   | ALTO  | LARGO   | ALTO                               | HUMANOS, ECONÓMICOS                                | INNOVACION Y CONTINUIDAD          | 4    | 3     | 2    |
| CONDICIONES AMBIENTALES DESFAVORABLES  | ALTO           | MEDIO  | MEDIO   | MEDIO   | MEDIO   | LARGO   | ALTO                               | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA, TECNOLÓGICOS | INNOVACION Y CONTINUIDAD          | 2    | 4     | 0    |
| INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL  | MEDIO          | BAJO   | BAJO  | MEDIO   | MEDIO   | MEDIO   | ALTO                               | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA               | INNOVACION Y CONTINUIDAD          | 1    | 3     | 2    |
| CONDICIONES LABORALES DESFAVORABLES    | ALTO           | MEDIO  | BAJO  | BAJO  | ALTO  | MEDIO   | ALTO                               | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA, TECNOLÓGICOS | INNOVACION Y CONTINUIDAD          | 3    | 1     | 2    |
| LIMITACIONES AL ACCESO DE LA EDUCACION | ALTO           | ALTO   | MEDIO   | MEDIO   | ALTO  | LARGO   | ALTO                               | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA, TECNOLÓGICOS | INNOVACION Y CONTINUIDAD          | 4    | 2     |      |

|   |       |       |       |       |      |       |       |   |                          |   |   |   |  |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|---|--------------------------|---|---|---|--|
|   |       |       |       |       |      |       |       | OS  |                          |   |   |   |  |
| FRAGMENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD     | ALTO  | ALTO  | MEDIO | MEDIO | ALTO | LARGO | ALTO  | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA, TECNOLÓGICOS  | INNOVACIÓN Y CONTINUIDAD | 4 |   |   |  |
| INSEGURIDAD CIUDADANA                       | ALTO  | ALTO  | MEDIO | BAJO  | ALTO | MEDIO | ALTO  | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA                | CONTINUIDAD              | 4 | 1 | 1 |  |
| CORTO ALCANCE DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL | MEDIO | MEDIO | MEDIO | MEDIO | ALTO | LARGO | ALTO  | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA, TECNOLÓGICOS. | INNOVACIÓN Y CONTINUIDAD | 2 | 4 |   |  |
| DESINTERÉS POR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA   | ALTO  | ALTO  | MEDIO | MEDIO | BAJO | MEDIO | MEDIO | HUMANOS, ECONÓMICOS, INFRAESTRUCTURA..              | INNOVACIÓN Y CONTINUIDAD | 2 | 3 | 1 |  |

**Tabla 4., Problematización de la situación.** Relación árbol de problemas – marco Lógico -identificación de causas

| <b>PROBLEMATICA</b>  | <b>CAUSAS INMEDIATAS</b>  | <b>CAUSAS RELACIONADAS</b>  |
|--|---|---|
| Fragmentación en los servicios en salud                                  | No existe atención diferencial para población de discapacidad                               | Desconocimiento y falta de habilidad de los prestadores en la atención diferencial a poblaciones especiales |
|  | No existe atención diferencial para población de desplazamiento                             |   |
|  | No hay procesos de evaluación del estado nutricional  | Indicaciones inadecuadas de patrones de autocuidado   |
|  | No adherencia a guías de manejo   |   |
|  | Atención integral y efectiva para la gestante   |   |
|  | No adherencia al tratamiento por parte del usuario  |   |
|  | Barrera por aseguramiento : oportunidad   | Modelo de atención y normatividad vigente   |
|  | Barrera por matriz de contratación: pertinencia   |   |
|  | Alta rotación de los profesionales de la salud  |   |
|  | No cobertura de medicamentos no pos   |   |
| Barrera física y arquitectónica  | Asignaciones presupuestales para las entidades del distrito.                                |   |
| Abandono y maltrato de la persona mayor                                  | Negligencia   |   |
| Afectación de la salud mental de la población de la localidad Tunjuelito | Carencia de habilidades sociales debido a la frustración y desesperanza                     | Ruptura del tejido social   |
|  | Cambio de roles de la persona mayor transformándolo en formas de exclusión                  | Posición en la estructura social  |
|  | Perdida de vínculos afectivos en persona mayor - vulnerabilidad familiar a la persona mayor |   |
|  | Falta de oportunidad laboral  | Imaginario sociales   |
|  | Desnutricion de la poblacion infantil   | Desempleo, negligencia, asignaciones presupuestales escasas   |
|  | Poco interes de los padres y de los empleadores por desvincular a los menores trabajadores  | Negligencia   |
|  | Exposicion a riesgos laborales en temprana edad   | Patrones culturales   |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
|                          | Manejo inadecuado del tiempo libre   |   |
|                          | Aumento de la población en trabajo infantil  |   |
|                          | Consumo de sustancias psicoactivas   |   |
|                          | Violencia intrafamiliar en ámbitos familiar y comunitario  |   |
| Inseguridad<br>ciudadana | Complejas relaciones de la juventud y conflicto en el entorno escolar  | Falta de ocupación el tiempo libre y los aprendizajes violentos que culturalmente adquirimos ya sea por lo que vivimos en nuestros hogares y/o lo que vivimos en la escuela, modelo patriarcal dominante, consumo de spa, |
|                          | Violencia intrafamiliar  |   |
|                          | Deterioro del entorno urbanístico y del espacio público  |   |
|                          | Riñas, lesiones personales, hurto a personas y otros delitos en tiendas, bares, billares y negocios pequeños al interior de los barrios. | Desempleo, deserción escolar, falta de capacitación y formación técnica o profesional.  |
|                          | INVASIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO   |   |
|                          | CURTIEMBRES SIN LEGALIZACIÓN Y/O PLANES DE MANEJO  |   |
|                          |  | Subvaloración económica   |

## Referencias

Bogotá Positiva: por el derecho a la ciudad y a vivir mejor.

<http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/decide.php>. Accesado el 11 de enero de 2008.

Consejo de Seguridad. Plan local de seguridad de Tunjuelito. Alcaldía local de Tunjuelito. 2008

Dane. Censo 2005, resultados. En pagina web:

[www.dane.gov.co/censo/files/presultados.pdf](http://www.dane.gov.co/censo/files/presultados.pdf) consultado el 14 de noviembre de 2007.

De Negri A. La participación y el enfoque promocional de calidad de vida y salud. Conferencia. . Agosto 28 del 2004.

Departamento administrativo de planeación. Recorriendo Tunjuelito. Diagnostico físico y socioeconómico de las localidades 2004

ICBF. Canasta Básica de Alimentos. 2004

Informe encuentros ciudadanos, IDPAC.2008

Informe Final de Sala situacional macro región Cuenca Río Tunjuelito. Hospital Tunjuelito 2008

Laurell,AC. La salud enfermedad como proceso social Revista Latinoamericana de Salud.2007

Matus, Carlos. Plan Guía de análisis teórico. Metodología planeación estratégica situacional,



Plan de Desarrollo Localidad Tunjuelito. "Tunjuelito, LOCALIDAD POSITIVA, ACTIVAMENTE PARTICIPATIVA Y COMPROMETIDA CON UN VIVIR MEJOR" 2009-2012

Plan local de prevención y atención de emergencias de Tunjuelito como herramienta para desarrollar en la localidad el plan distrital de prevención y atención de emergencias. 2007

Plan local de prevención y atención de emergencias de Tunjuelito. como herramienta para desarrollar en la localidad el plan distrital de prevención y atención de emergencias. 2007

Política de Participación y Servicio al Ciudadano, secretaria de gobierno, 2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Dirección de salud pública.  
Lineamientos de salud pública 2007. Bogotá. Nov. De 2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Dirección de salud pública: Base de Datos RIPS Secretaria Distrital de Salud; 2007

Sistema de Información de Violencia Intrafamiliar SIVIM, Hospital Tunjuelito, 2008.

Sistema de Información de Violencia Intrafamiliar SIVIM, Secretaria Distrital de Salud, 2007 Bases SAA y SIVIGILA Distrital, 2005 a 2007

Sistema de vigilancia alimentaría y nutricional 2008

## BIBLIOGRAFIA

Acuerdo 308 de 2008. (Junio 9). Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012

Boletín Epidemiológico Distrital, cuarto trimestre de 2006. En: <http://200.75.49.126/vsp/boletines/trimestrales/2006/bed4totrim2006.pdf>

Breilh, J. La salud -enfermedad como hecho social, en: Deterioro de la vida en Ecuador. Quito, Ecuador; 1.989.

CONPES Social 091 de 14 de marzo de 2005 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Consejería de Derechos Humanos para el Desplazamiento – CODHES

DABS – DANE Y FONADE. Encuesta de Caracterización de la Población entre 5 y 17 años de estratos I y 2 en Bogotá, D. C, 2002..

D’elia Y.; De Negri F.A.; y otros. Estrategia Promocional de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la calidad de vida desde la perspectiva del derecho y la equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social . Agencia de Cooperación Alemana GTZ .

Dane. Censo 2005, resultados. En pagina web: [www.dane.gov.co/censo/files/presultados.pdf](http://www.dane.gov.co/censo/files/presultados.pdf) consultado el 14 de noviembre de 2007.

Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Departamento Administrativo de Planeación. Encuesta de Calidad de Vida, 2003.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares, II Trimestre de 2006 Bogotá, 2006  
Diagnósticos locales de salud con participación social. Documentos síntesis, Publicados en “Participación al día”, marzo de 2004

Fundación Carvajal. La Concepción del Desarrollo y La Gerencia. Desarrollo Humano(PNUD). Informe 1,992. Bogota.

Laurell, AC. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud

Lineamientos del plan de acciones colectivas 2.008. Componente 1: gestión local para la promoción de calidad de vida y salud. Ficha técnica general del componente.

Macinko J, Montenegro H, et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73-84

Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. Int J Equity Health 2002; 1(1): 1-20.

Morales SL. “Las experiencias e insumos de la Organización Panamericana de la Salud para reflexionar sobre la Carta Social” Grupo de Trabajo sobre la Carta Social de las Américas. Washington, D.C. Octubre 13 de 2005

Naciones unidas & Departamento nacional de planeación. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los objetivos del Milenio – 2005. Bogotá, 2005

OMS. Informe sobre la Salud en el mundo 2005. Cáp. 2 Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

OPS “Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017”. Revista Salud en las Américas. Quito- Ecuador. 2006.

OPS. Declaración del Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. En pagina web (accesado junio24, 2008): [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm)

Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la OMS, en “Principios y conceptos básicos de equidad y salud” Washington, DC, Octubre de 1999.

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud OPS/OMS (2007). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2007.

Resolución Número 0425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales

Saavedra, Alida. Documento de trabajo. Secretaria Distrital De Salud Dirección De Salud Pública. 2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Dirección de salud pública.  
Lineamientos de salud pública 2007. Bogotá. Nov. De 2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá, 2004, p. 14

Sistema de Información de Violencia Intrafamiliar SIVIM, Secretaria Distrital de Salud, 2007

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502

Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organization*. Londres: Routledge 1996: 71-93.

Vega, et al. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Revista medicina social* 2008; 3 (2): 148-169.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3): 429-45.

WHO. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión Bogotá 12 abril 2009

