

**ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR
LAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA
PRIMERA INFANCIA VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO**

**EL CASO DE LA CIUDADELA SANTA ROSA, LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL,
BOGOTÁ**

1

AUTORA:

SONIA CAROLINA GARZÓN HUÉRFANO



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

ESCUELA DE CIENCIAS HUMANAS

MAESTRÍA EN ESTUDIOS SOCIALES

BOGOTÁ, 2017

**ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR
LAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA
PRIMERA INFANCIA VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO**

**EL CASO DE LA CIUDADELA SANTA ROSA, LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL,
BOGOTÁ**

AUTORA:

SONIA CAROLINA GARZÓN HUÉRFANO

Presentado para optar al título de: Magister en Estudios Sociales

DIRECTORA:

CLAUDIA M. CORTÉS G.

Antropóloga PhD Salud Pública



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

**ESCUELA DE CIENCIAS HUMANAS
MAESTRÍA EN ESTUDIOS SOCIALES**

BOGOTÁ, 2017

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al creador del universo por su amor eterno, a mi familia por su ayuda incondicional, al amor de mi vida por su apoyo, a la profesora Claudia por su constancia y a mi abuelito que aunque ya no esté con nosotros, a él, por haber creído en mí hasta el último momento, ¡Ya soy Magister!.

A quienes amo y han estado presentes en los buenos momentos y en los difíciles también,
Gracias totales.

Contenido

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA PRIMERA INFANCIA VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO	6
EL CASO DE LA CIUDADELA SANTA ROSA, LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ	6
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	9
3. CONTEXTO	14
3.1 Localidad San Cristóbal	14
3.2 Ciudadela Santa Rosa	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5. OBJETIVO GENERAL	24
5.1 Objetivo General	24
5.2 Objetivos Específicos	24
6. MARCO CONCEPTUAL	25
6.1 Incidencia de los determinantes sociales de la salud	25
6.2 Atención a población vulnerable	30
6.2.1 Dimensión cultural del fenómeno del desplazamiento forzado	32
6.2.2 Dimensión de la atención institucional	38
6.2.2.1 Itinerarios burocráticos de la salud	40
6.2.3 Atención Integral de la Primera infancia	46
7. MARCO NORMATIVO	52
8. DISEÑO METODOLÓGICO	65
8.1 Método: Mixto	65
8.2 Sujetos sociales	66
8.2.1 Criterios de selección de la muestra	67
8.3 Técnicas e instrumentos	70
8.3.1 Encuesta	71
8.3.2 Entrevista semi-estructurada	71
8.3.3 Cartografía social	72
8.4 Análisis de categorías	74
8.5 Consideraciones éticas	79

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	82
9.1 Condiciones de vida de los niños y niñas de la primera infancia	85
9.2 Principales causas de morbilidad en niños y niñas de la primera infancia.....	89
9.3 Prácticas de cuidado e itinerarios terapéuticos	103
10. CONCLUSIONES.....	114
11. RECOMENDACIONES.....	118
12. PROPUESTA DE LA ESTRATEGIA “EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD”	121
12.1 Identificación de la propuesta	121
12.2 Resumen de la propuesta e introducción	121
12.3 Antecedentes y justificación	123
12.4 Objetivo general:	126
12.4.1 Objetivos específicos	126
12.5 Metodología	127
12.6 Actividades ligadas al desarrollo de la estrategia.....	128
12.7 Resultados esperados	131
12.8 Presupuesto.....	132
13 BIBLIOGRAFÍA.....	134
TABLA No. 1.....	53
TABLA No. 2.....	69
TABLA No. 3.....	73
TABLA No. 4.....	74
TABLA No. 5.....	82
TABLA No. 6.....	130
TABLA No. 7.....	133
ANEXO No. 1	141
ANEXO No. 2	146
ANEXO No. 3	147
ANEXO No. 4	148

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS DE LA PRIMERA INFANCIA VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO

EL CASO DE LA CIUDADELA SANTA ROSA, LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ

1. INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), existen 8.160.987 víctimas de conflicto armado, de las cuales 672.246 declararon en la ciudad de Bogotá; y sin ningún otro precedente similar, hoy, el desplazamiento forzado representa el hecho victimizante con mayor número de personas afectadas. De acuerdo a los datos de la UARIV (2017), a corte 1 de julio de 2017 han sido 7.901.950 personas desplazadas forzosamente desde 1985 en Colombia. Según cifras del Registro Único de Víctimas (RUV), el departamento de Nariño registró a 2016 la mayor cantidad de víctimas con 14.714. En segundo lugar se encuentra Antioquia, con 14.554; Cauca, con 14.310; Chocó, con 10.162; Norte de Santander, con 9.654; y Valle del Cauca, con un registro de 9.235 personas desplazadas. En menor proporción están Caquetá, Tolima, Huila y Putumayo (El Espectador, 20 de junio de 2016).

Al oriente de la capital, en la urbanización Ciudadela Santa Rosa, compuesta por 776 casas censadas, 321 son viviendas en ocupación de hecho, muchas de estas, selladas por encontrarse en zona de remoción en masa según el dictamen, otorgado por el antiguo Fondo de Atención y Prevención de Emergencias (FOPAE). Pese al eminente riesgo y las medidas tomadas por el ente regulador, esto no fue un impedimento para que las víctimas ingresaran y se apropiaran del terreno.

De acuerdo a CODHES (2014), la UPZ 50 (La Gloria), concentraba cerca de 3.582 personas víctimas, en su mayoría, residentes en la Ciudadela Santa Rosa, lugar donde se

percibe importantes detrimentos de los determinantes sociales, con deficientes condiciones de calidad de vida en niños y niñas y con repercusión en su salud.

Por la proporción y la magnitud de los conflictos que viven los residentes de la Ciudadela es que este proyecto cobra relevancia, por cuanto constituye una guía que refleja el estado de la salud de niñas y niños, que se ven notablemente afectados por la expulsión del territorio de origen y las condiciones de la Ciudadela que perturban su salud. Además, porque padres o tutores de esta población se ven obligados a cambiar sus patrones culturales, económicos, sociales y alimentarios que desfavorecen la inmunidad de esta población.

No obstante, este proyecto procura identificar niñas y niños receptores de condiciones de vulnerabilidad, pobreza y exclusión en el marco del conflicto armado y que se reflejan en su salud física, mental y emocional, por eventos tales como la desintegración familiar, madres jefes de hogar, ausencia de afecto y comunicación, desarraigo geográfico, social y cultural y disfunciones psicosociales en las víctimas que obstruyen el pleno desarrollo de su personalidad.

Por tal, se busca identificar como las alteraciones a las que han sido sometidas las familias afectan la salud de la población objeto. Con esto se busca proponer una estrategia dirigida a los entes de orden local y distrital para, que conjuntamente con los residentes de la ciudadela se intente movilizar y atenuar los efectos que perturban el sano crecimiento de la población infantil. De hecho, la estrategia favorecerá la identificación, articulación y combinación efectiva de acciones, que habiliten oportunidades de promoción de la salud en la Ciudadela a favor de niños y niñas residentes allí. Ello significa superar las expectativas y maximizar los resultados que le permitan al sector público, reflexionar críticamente sobre incidencia de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2012), los cuales guían operativamente la coherencia entre protección, promoción y participación en la reducción del deterioro de la calidad de vida de los residentes, asociados al contexto y las condiciones de vida de la Ciudadela.

Con este proyecto de intervención social se espera contribuir en la construcción de conocimiento y aportar a definir alternativas de solución que aminoren los factores y riesgos de morbilidad en niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado. Así, este busca aportar medidas fundamentales en materia de atención comunitaria, ya que su desatención puede generar afectaciones que vulneran la salud y protección de la población infantil en el contexto de lo público de la Ciudadela Santa Rosa, lugar de residencia de la población objeto de esta intervención.

En la primera parte del texto se sitúa la relación de los antecedentes, el contexto, el planteamiento del planteamiento del problema y los objetivos que orientan este proyecto. En la segunda parte se ubica el marco conceptual, marco normativo y diseño metodológico. En la tercera parte, el análisis e interpretación de resultados, conclusiones y recomendaciones Y por último, la formulación de la propuesta.

Se visualiza con este proyecto, la co-creación de una estrategia integral que atienda población vulnerable, que favorezca la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque diferencial. Al tomar como eje la población infantil, se busca una aproximación al proceso salud-enfermedad-atención permeado por la dimensión cultural del fenómeno del desplazamiento forzado y la dimensión de atención institucional, los cuales contienen situaciones coyunturales de tipo económico, administrativo, cultural y presuntas políticas públicas débiles en su ejecución.

En conclusión, se quiere este proyecto, porque el 47% de la población desplazada en la localidad San Cristóbal son niños, niñas y adolescentes y entre estos el 17% son menores de 5 años (CODHES, 2014), situación que invita a la reflexión y en efecto, apela a que los resultados sean presentados a las instituciones respectivamente, para que se conviertan en un elemento de mitigación y/o eliminación de riesgo psicosocial y reducción de la morbilidad en el ciclo vital de la primera infancia, a causa de las implicaciones psicosociales y clínicas, subyacentes a la expulsión de sus lugares de origen.

2. ANTECEDENTES

El fenómeno del conflicto armado interno ha tenido gran relevancia a escala mundial puesto que todos los procesos de violencia, han pasado por una etapa en la que los organismos internacionales ven la necesidad de intervenir a favor de la suspensión de acciones violentas, terroristas y criminales innecesarias, a fin de persuadir a los actores armados para que abandonen las armas, se desvinculen de sus organizaciones y sus filosofías, permitiéndose la oportunidad de construir e integrarse al país de la mano del colectivo institucional legal y al lado de la justicia social y el bien común.

Diferentes países han enfrentado el conflicto armado, concluyendo éste en acuerdos de paz y cese de hostilidades, procesos que resultaron eficaces en cuanto produjeron seguridad y relaciones que aseguraron integración sostenible, activa y positiva de los excombatientes y las víctimas asociadas a los efectos de la guerra (Echeverry, 2001). Tal es el caso de Angola e Indonesia entre otros países, que sirven de referencia para señalar los programas de atención a las víctimas, cuyas historias fueron al igual que Colombia golpeados por ideologías y búsqueda de objetivos que atentaron contra seres humanos ajenos al conflicto, pero que a diferencia de esta nación, son países que permanecen en el pacto de paz firmado y consolidado hasta la fecha (Procesos de paz comparados- Quaderns de Construcció De Pau N° 14, 2010).

Aunque cada país y cada conflicto tienen rasgos particulares, a nivel centroamericano, por ejemplo, algunos de las negociaciones que se adelantaron con resultados positivos en la reparación de víctimas, se encuentra El Salvador, Nicaragua y Guatemala en cuyos territorios surgieron procesos de paz que conllevaron a un cese de hostilidades y restitución de derechos de la población víctima.

En Colombia existe actualmente una titánica estrategia para el abandono del conflicto armado interno, ya que ha sido un territorio que ha generado una tradición violenta, de repetitivo incumplimiento en compromisos de paz y altamente insolidaria con las víctimas subyacentes del conflicto. *“El proceso de desarme, desmovilización y reinserción en*

Colombia es singular en comparación a otros procesos, en otros países: pues aunque en el territorio colombiano se ha adelantado procesos de paz, el conflicto armado continúa, las armas y los hombres al margen de la ley siguen suscitando desplazamientos, masacres, homicidios y otros hechos victimizantes que degradan al ser humano” (Restrepo, 2006). Por ello, lograr mitigar la reducción de factores que continúan vulnerando a las víctimas, significa recuperar la historia y conocer los procesos de socialización de los contextos receptores de población desplazada.

No obstante, la historia de Colombia revela que *“desde el siglo XIX el país se ha visto afectado por conflictos civiles violentos con distinta intensidad” (Pecaut, 2003).* De hecho se pueden distinguir dos etapas en el conflicto armado. La primera de ellas fue el conflicto armado entre partidos políticos tradicionales: Conservador y Liberal entre 1958 y 1974, que desde ese entonces han sido los dueños del poder y por lo tanto, deben cargar con los méritos o condenas que merezca el balance de lo que ha sido el desarrollo económico, social, político y cultural de Colombia. La segunda etapa fue y ha sido el conflicto armado asociado a movimientos guerrilleros de carácter insurgente, que se gesta en los 60 y se agudiza desde 1984.

Allí, entender los efectos históricos de la violencia en las víctimas del conflicto armado es un ejercicio difícil, mucho más cuando se continúan perpetrando ataques a la dignidad de personas asociadas al contexto de guerra, donde hoy por hoy existen regiones afectadas por los enfrentamientos armados y donde muchas personas se ven obligadas a huir y abandonar sus pertenencias. Esta situación, genera graves consecuencias ya que por ejemplo, ven limitado su acceso a los servicios médicos o al suministro de recursos que distan de sus lugares de expulsión.

Entre los organismos que concilian en el conflicto, esta *“El Comité Internacional de la Cruz Roja, el cual se esfuerza por prestar protección y asistencia a las víctimas del conflicto: personas desplazadas, víctimas de la contaminación por armas y otras personas vulnerables” (Informe ICRC, 2010).* La organización atiende todas las violaciones que conllevan a los habitantes del territorio nacional a desplazarse y perderlo todo.

Indudablemente, el conflicto armado en Colombia también afecta a la población civil residente en términos de acceso a servicios básicos tales como: la atención médica, la educación, el agua y saneamiento y la alimentación sobre todo en áreas remotas. El acceso a estos servicios es aún más complicado por las consecuencias de la crisis económica y la baja inversión estatal.

Así, un número importante de niños han sido víctimas del desplazamiento en el territorio colombiano, situación que prolongada la tragedia a futuras generaciones subsecuente de la expulsión de los lugares de origen, generando desarraigo forzado por decisión de actores armados y no por decisión de sus padres o cuidadores.

De acuerdo al artículo “*Analizan situación de víctimas del conflicto*” se confirma que la situación de las víctimas en Bogotá, es sin duda el eje central de la grave situación de derechos humanos. De hecho, el Concejo de Bogotá continúa analizando la situación de las víctimas del conflicto armado en cuanto su proceso de retorno y reubicación en el Distrito, dado que se ha debido aumentar los servicios de asesoría, lo que implica un mayor esfuerzo técnico y presupuestal para reparar a las víctimas (El Nuevo Siglo, 2015).

En el marco de este debate se evidenció que de las 623 mil víctimas existentes en Bogotá, hay 9.180 hombres y 8.153 mujeres en condición de discapacidad, es decir, alrededor de 20 mil víctimas declarantes con discapacidad viven en la capital.

En la administración distrital es quizá uno de los lugares donde existe mayor concentración y cobertura de atención a víctimas del conflicto a diferencia del resto del país. Ya que en su momento, a través de la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, en cabeza de la doctora Ana Teresa Bernal, realizó importantes aperturas a Centros Dignificar, donde en promedio se atiende cerca de 400 personas diariamente, aun cuando por la nueva administración las instalaciones ahora llevan el nombre de Centro Local de Atención a Víctimas del Conflicto (Informe de la gestión del señor alcalde Gustavo Petro Urrego - UARIV, 2012 – 2015).

Como consecuencia de la implementación de la ley, por las múltiples situaciones con víctimas y el número ascendente de ingresos de desplazados a la ciudad de Bogotá, es preciso decir que se ha convertido en una urbe pionera en la atención psicosocial integral, la cual busca a través de orientaciones metodológicas; *“la rehabilitación física, mental y psicosocial en beneficio de individuos, familias y comunidades víctimas de conflicto armado”*, liderada por la Organización No Gubernamental llamada Corporación AVRE – Apoyo a Víctima de Violencia Socio Política Pro–Recuperación Emocional, compuesta por psiquiatras y profesionales de diversas ramas, como medicina, psicología, enfermería y ciencias sociales (Alcaldía mayor de Bogotá, Las víctimas del conflicto armado de Bogotá reciben atención en salud psicosocial, 2014).

En dicha estrategia, se realiza la *“Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, se hace una apuesta al diálogo de saberes, la inclusión y la participación en un escenario de red para la reflexión en torno a las necesidades de asistencia y atención, que posibilite un tejido de esperanzas con y para las víctimas de conflicto armado”*.

En definitiva este Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto (PAPSIVI), es una estrategia orientada a impactar directamente a la población víctima del conflicto armado en el marco de acciones resolutivas. En la actualidad, el proyecto en Bogotá se encuentra integrado por los perfiles profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, antropología o sociología y promotor psicosocial.

Así también, la Estrategia Atrapasueños es una estrategia de la Subdirección para la Infancia, enmarcado en el proyecto 760: *Protección Integral y Desarrollo de capacidad de niñas, niños y adolescentes*, el cual lo atraviesan los servicios del proyecto 735: *“Atención y Desarrollo integral de la primera infancia en Bogotá”*, para la atención de niñas, niños, infantes intersexuales, adolescentes víctimas y afectados por el conflicto armado.

La estrategia Atrapasueños, tiene el objetivo de aportar a la reparación integral de los niños, desarrollando acciones de identificación, caracterización, y procesos de promoción y

activación de rutas de atención para el restablecimiento de derechos, generando espacios en los cuales se pueda exteriorizar las vivencias y afectaciones que se dieron o se dan en el marco del conflicto armado y la recuperación de memoria con las niñas, niños y adolescentes, *“posiblemente niños y niñas que han vivido de cerca el impacto de la guerra a través de la historia, pero sólo en el último siglo esta situación ha sido reconocida como un problema, digno de atención por parte de los estados y la sociedad”*(Durán, 2002).

3. CONTEXTO

3.1 Localidad San Cristóbal

A la localidad de San Cristóbal a junio de 2014 llegaron cerca de 14.314 personas en situación de desplazamiento, expulsados principalmente de los departamentos de Nariño, Valle del Cauca, Choco, Meta y Tolima. De acuerdo con el diagnóstico de CODHES, la UPZ con menor concentración de víctimas es Sosiego con aproximadamente 1.882 personas, San Blas con 2.764 personas, Libertadores con 2.296 personas, 20 de julio con 2.478 y La Gloria 3.582 víctimas (CODHES, 2014).

El 42% de la población desplazada en la localidad son hombres y el 58% mujeres. Los grupos de hombres jóvenes constituyen mayor riesgo de ser reclutados en la milicia de los grupos alzados en armas.

Existen evidencias que la población desplazada del Choco se encuentra notoriamente residiendo en las UPZ la Gloria y Libertadores, mientras que en la UPZ 20 de julio se concentran los expulsados de los departamentos de Nariño y Antioquia. Al parecer no existen variaciones mayores frente a los procesos migratorios en la localidad, pero si existe frente al número de ingresos de población víctima.

Respecto a la ocupación de la población desplazada en la localidad (CODHES 2014), la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación y la Alcaldía Mayor de Bogotá tienen un registro que indica que la relación de las víctimas respecto a la vinculación laboral es de la siguiente manera: se encuentra buscando empleo el 13.48%, empleados: 0.0006%, estudiantes: 10.21%, habitante de calle: 0.04%, persona en condición de discapacidad que le impide trabajar: 0.04%, independientes: 5.71%, no aplica: 8.06%, oficios del hogar sin remuneración: 9.09%, pensionado: 0.02%, sin actividad: 1.91%, trabajando: 3.26% y sin información: 48.10%.

No obstante la población que busca trabajo se encuentra distribuida en toda la localidad, mientras que los que se encuentran sin ocupación están preferentemente ocupando la UPZ La Gloria, es decir, el territorio donde se ubica la Ciudadela Santa Rosa.

Según el mismo informe, en cuanto a la adherencia al proceso de retorno y reubicación de los residentes víctimas, se tiene que del 51.6% no hay información, del 43% si existe información y sobre ellos se tiene que el 96% prefiere quedarse, el 2.4% reubicarse en otro municipio y el 1.2% quisiera retornar a su lugar de origen.

3.2 Ciudadela Santa Rosa

La urbanización Ciudadela Santa Rosa (Imagen No. 1), fue creada hace aproximadamente veinte años y desde hace quince tiene una latente amenaza de desalojo por considerar que está en zona de alto riesgo por deslizamiento de tierras, dictamen otorgado por el antiguo Fondo de Atención y Prevención de Emergencias



Imagen No. 1: Mapa satelital de la Ciudadela Santa Rosa 2016

(FOPAE). Aunque las viviendas en algún momento fueron selladas (Imagen No. 2), esto no fue un impedimento para que las víctimas ingresaran y tomaran estas propiedades como viviendas en ocupación de hecho¹. La Ciudadela Santa Rosa se encuentra ubicada en el límite con los cerros orientales (zona de protección forestal y de vegetación típica del subparamo), al norte limita con la calle 40b bis sur y lotes baldíos, al sur limita con la diagonal 43 a sur, al oriente con los cerros orientales y la carrera 18 este y al occidente con la antigua vía Villavicencio (carrera 13 b este).

¹ La ocupación de hecho, es la ocupación arbitraria de un inmueble y sobre el cual existe un tenedor legítimo y se asocia a la ocupación irregular de un espacio

En la actualidad residen en la Ciudadela propietarios, arrendatarios, desplazados y desmovilizados en casas abandonadas, donde día a día se incrementa el número de desplazados que llegan a diario y ocupan las viviendas de manera ilegal. Las respuestas del sector público son insuficientes para responder a los problemas de salubridad y de orden público que allí se viven.

La Ciudadela está compuesta según datos de la Subdirección Local de Integración Social de 2014, por 776 casas censadas: 159 se encuentran en arriendo, 321 son viviendas en ocupación de hecho, 269 son propias y se desconoce la procedencia de 27 viviendas (Dirección de Análisis y Diseño Estratégico de la Secretaría Distrital de Integración Social, 2014).



Imagen No. 2: Casas selladas de la Ciudadela Santa Rosa 2016

Artículos de prensa titulados “*Santa Rosa: urbanización problema*” (Cantillo, 2013), “*El conjunto residencial que soporta robos, violaciones y asesinatos*” (Malaver, 2015) o “*Desplazados en barrio de Bogotá ahora les quitan casas a sus dueños*” (City TV, 20015), son argumentos que han revelado el contexto de crisis que viven los residentes de esta urbanización, contexto que se agudiza por ser presunta zona de remoción en masa, con eminentes episodios de invasión, en su mayoría familiares que se auto reconocen como víctimas del conflicto.

Sin embargo, el propósito inicial de este proyecto fue mitigar los problemas de vivienda para 1.200 familias en condición de vulnerabilidad en el año 1995, pero en la actualidad, es un problema para la administración local y distrital en razón al importante número de conflictos y enfrentamientos que continuamente se suscitan entre propietarios, arrendatarios, desplazados y reinsertados.

La historia de Santa Rosa ha estado tejida en torno a varias acciones populares, derechos de petición, tutelas y otros por el notable deterioro de sus viviendas y los conflictos interpersonales entre los residentes, pero sobre los cuales no existe ninguna acción judicial pese a las acciones de violencia, riñas, micrográfico y crimen existentes en el sector. En la actualidad 316 inmuebles son de propiedad del Distrito pese a que no existe ningún tipo de regulación.



Imagen No. 3: Zona verde Ciudadela Santa Rosa 2016

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desplazamiento forzado ha sido un evento permanente en la historia de Colombia tal como ya se señaló. Hace parte de la memoria de familias y colectivos que han abandonado los vínculos materiales, sociales, culturales y afectivos de su entorno original. Forzando procesos migratorios de la población, derivados de la expulsión violenta de diferentes territorios en su mayoría de tipo rural y que han arribado a las grandes urbes como Bogotá.

18

La capital de hecho, es concebida por los desplazados como un lugar estratégico para la exigibilidad de derechos y acciones que mitigan sus niveles de vulnerabilidad y exclusión, un lugar donde se cree que pueden acceder con mayor fluidez y asertividad a las acciones afirmativas de las políticas públicas en trabajo, salud, vivienda, alimentación y educación, entre otros.

Es tal la magnitud de la situación en la localidad, que la Administración Local del momento (2014), conscientes del fenómeno del desplazamiento y las consecuencias subyacentes, aunaron recursos técnicos, administrativos y financieros para desarrollar este sistema de información, liderado por la Consultoría para los derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), publicación única y más reciente en la localidad que revela los indicadores desde una perspectiva territorial, con énfasis especial en la situación de las víctimas del conflicto armado. Así que éste y otros actores como la Subdirección Local de Integración Social (SLIS) y la antigua ESE San Cristóbal (2014), en la localidad cuarta de San Cristóbal, coinciden, en que la UPZ con mayor alteración por la dinámica de recepción de víctimas del desplazamiento forzado, es el territorio de La Gloria (UPZ 50- Imagen No 4), que concentra

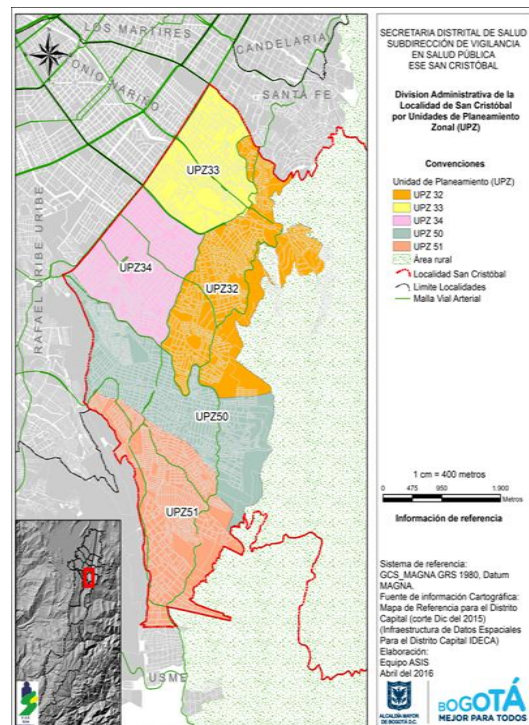


Imagen No. 4: Archivo personal - Mapa San Cristóbal, 2016

cerca de 3.582 personas víctimas, en su mayoría, residentes en la Ciudadela Santa Rosa, es decir el 25% de la población.

De acuerdo a este diagnóstico, en la localidad San Cristóbal, el 64% de la población desplazada residente en la localidad se auto reconoce principalmente como mestizos, el 22% no se reconoce como parte de ninguna etnia, mientras que el 12% se auto reconocen como afro descendientes, el 2% como indígenas y existe un 0.44% del que no se tiene información sobre la pertenencia étnica. Así, el 42% de los hogares son nucleares, el 35% son uniparentales, el 13% son individuales, el 6% son extensos y del 4% restante no tiene información. De los hogares uniparentales el 95% tiene cabeza de hogar femenina y el 5% masculina (CODHES, 2014). Es decir que dicha situación, puede eventualmente agravar o condicionar la situación de la población infantil de la ciudadela.

Los hallazgos en salud establecidos en dicho diagnóstico indican que el 53% de la población tiene información asociada a la afiliación a salud, el 28% está vinculado al régimen subsidiado, el 15% está vinculado al régimen subsidiado con condición de población especial, el 7% no tiene ningún tipo de afiliación y el 3% está vinculado al régimen contributivo.



Imagen No. 4: Ciudadela Santa Rosa, cuarta etapa, 2016

De acuerdo a este diagnóstico, históricamente la Ciudadela Santa Rosa ha sido ocupada por algunas personas desmovilizadas que tomaron la iniciativa de comprar, ocupar y reconstruir las viviendas que en su entonces permanecieron desocupadas y abandonadas por la crisis particular de la zona. Según CODHES para el año 2010 Vivian cerca de 100 familias de población en proceso de desarme y desmovilización con la Agencia

Colombiana para la Reintegración (Sin embargo se desconoce el número actual exacto de esta población).

Se desconoce también el estado de la situación de vivienda del 45% de la población desplazada, ya que el 35% de la población vive en arriendo, el 11.6% en posadas, el 2.4% en vivienda familiar, el 1.5% en casa propia, el 1.2% vive en habitación arrendada, el 0.6% en albergues y el 0.6% restante en invasión, inquilinato o pieza.

En atención a la “*Caracterización de la Ciudadela Santa Rosa*” realizada por la Dirección de Análisis y Diseño Estratégico de la SLIS, en el mes de mayo de 2014, se estimó que de los 2.433 residentes de la Ciudadela, el 50.3% corresponde a mujeres y el 43.3% a hombres, se identificaron 484 personas con pertenecía étnica afrodescendiente, 34 indígenas, 15 raizales, 2 ROM y 1 palenquero.

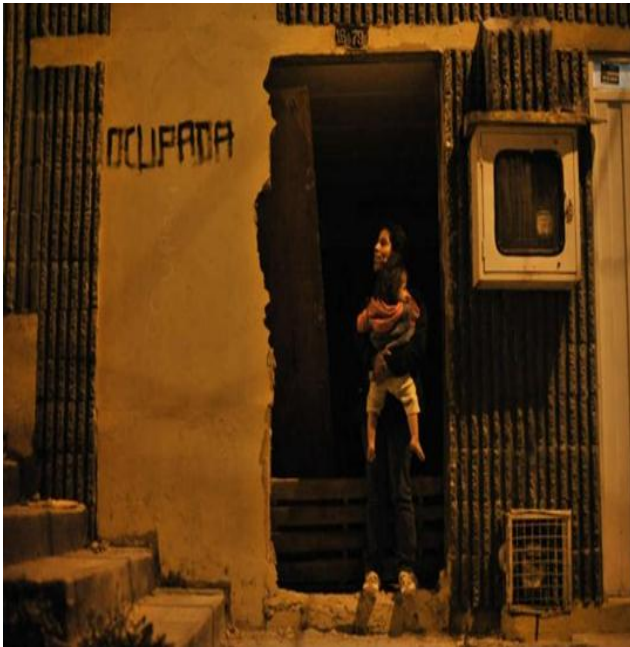


Imagen No. 5: Ciudadela Santa Rosa, tercera etapa, 2016

Sobre el reconocimiento de condición de víctimas la SLIS referenció que 242 personas se encontraban formalmente incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV). Sin embargo, cerca de 612 personas se reconocieron como víctimas de conflicto armado pese a que no se encontraban incluidos en el RUV, argumentando que estaban en fase de notificación, sin declaración o no incluidos, entre otras. Además, la subdirección local evidenció que existen 365 personas que hacen uso de los

proyectos de la Secretaría Distrital de Integración Social.

Por último, la tercera fuente consultada es el “*Boletín de salud colectiva para las diversidades y la inclusión (año 2013 – agosto 2014)*”, realizado por la Empresa Social del

Estado San Cristóbal (ESE Hospital San Cristóbal), el cual da a conocer información sobre la problemática identificada y la cobertura alcanzada durante el periodo señalado con los grupos poblacionales, diferenciales y de inclusión, cubiertos por las acciones desarrolladas desde Atención Primaria en Salud (APS), a través del programa Territorios Saludables adelantado por la ESE.

El Programa Territorios Saludables buscó asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población de la localidad San Cristóbal, a través de la implementación de acciones en diferentes contextos de la vida cotidiana (familiar, escolar, comunitario, institucional y laboral) en busca de transformar positivamente las condiciones que determinan la calidad de vida de la población (Boletín Salud Colectiva para las diversidades y la inclusión, periodo enero 2013 a agosto 2014, Pág. 24 – 26)

Dicho boletín evidencia un notorio avance con usuarios víctima en términos de cobertura, el cual contiene un análisis de sexo y residencia que infiere que en su mayoría, las mujeres desplazadas se han asentado en el territorio La Gloria 25,4% (n=430), cifra que coincide, con los resultados arrojados en la primera y segunda fuente de información aquí anteriormente expuesta.

El programa Territorios Saludables intervino a 409 víctimas de conflicto armado captadas desde sus diferentes estrategias, con diferentes perfiles profesionales, afectando positivamente a 269 víctimas, con intervenciones psicosociales por presuntos efectos postraumáticos, priorizando remisiones a servicios del programa de detección de cáncer de cuello uterino y seno, Medicina General y atención por Odontología e Higiene Oral y se concluye con las remisiones a los Servicios Sociales. Así mismo se desarrollaron acciones para reducir o eliminar barreras de acceso a los servicios a los que fueron remitidos los usuarios y que presentaron alguna novedad.

En resumen, las principales problemáticas detectadas por la ESE en la Ciudadela en términos generales son: Altos índices de pobreza, bajos niveles de escolaridad y alta deserción escolar, altos índices de embarazo en adolescentes, altas tasas de morbilidad

subsecuentes por barreras de acceso a servicios de salud, ausencia de estrategias de saneamiento ambiental, aumento de las enfermedades prevalentes de la infancia, deterioro de la calidad del aire por la alta contaminación, aumento de enfermedades respiratorias que afectan la salud, disminución de condiciones de saneamiento básico en las viviendas por presentar grietas, hundimientos, falta de ventilación y escasa iluminación, manejo inadecuado de basuras y residuos sólidos que forman puntos críticos, tenencia inadecuada de mascotas que afectan el entorno y pueden ser transmisores de enfermedades, presencia de roedores y vectores, desempleo y vinculación a trabajos informales con bajos ingresos económicos, insuficientes acciones institucionales a favor de la reparación y atención a víctimas.

La situación en la Ciudadela es delicada, pese a las acciones lideradas por la Política Pública nacional de víctimas de conflicto armado. La población desplazada es afectada constantemente por múltiples barreras de acceso en salud que se agudizan por *“Exposición a factores de riesgo en salud y bienestar, porque suelen habitar en escenarios transitorios con bajos niveles de salubridad y hacinamiento, con restricciones a servicios públicos, con indicadores que reflejan bajos niveles educativos y núcleos familiares liderados por mujeres desempleadas y/o con vinculación a trabajos informales”* (Bernal, 2009). Así, sus barreras en salud subyacen y persisten por bloqueos culturales, geográficos, administrativos y económicos.

El artículo de Bernal, precisa que las principales contrariedades en salud de las personas que sufren el fenómeno del desplazamiento forzado, son: *“Alta prevalencia de desnutrición, enfermedad mental y violencia intrafamiliar, al igual que alta incidencia de enfermedades respiratorias, digestivas, cutáneas y transmisibles, además de resaltar los embarazos no planeados en la adolescencia”*.

Este perfil de morbilidad, se determina conjuntamente por los factores ambientales, estilos y condiciones de vida que asumen en el asentamiento. Así también, caben otras situaciones de salud pública como producto de acumulación de múltiples rupturas y pérdidas a nivel individual, familiar y comunitario.

Si bien la población desplazada es afectada por los impactos psicológicos, sociales y políticos entre otros, es la primera infancia la población que enfrenta constantemente una pluralidad de conflictos con mayor agudeza, que deben ser atendidos con prontitud para mitigar factores asociados a la pobreza, la falta de acceso a educación y asistencia médica. Son los niños quienes acumulan con mayor peligro las consecuencias de la experiencia del dolor de sus padres, el abandono, el hambre, la exclusión y el desarraigo.

En conclusión, estos y otros documentos comprueban que la Localidad San Cristóbal y con mayor exactitud, la Ciudadela Santa Rosa, se ha convertido en un importante territorio receptor de población víctima de conflicto armado, transformando la dinámica del microterritorio por la evidente segregación de los residentes. En efecto, a partir de los elementos mencionados anteriormente surge el presente proyecto de intervención, debido a que se hace necesario comprender: Qué factores intervienen en el incremento de la morbilidad de niñas y niños de primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, residentes en la Ciudadela Santa Rosa de la localidad San Cristóbal

5. OBJETIVO GENERAL

5.1 Objetivo General

Diseñar una estrategia de atención comunitaria para mejorar las prácticas en el cuidado de la salud de niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, residentes en la Ciudadela Santa Rosa.

24

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las condiciones de vida de los niños y niñas de la primera infancia víctimas del desplazamiento forzado, residentes en la Ciudadela Santa Rosa.
- Analizar las principales causas de morbilidad en los niños y niñas de la primera infancia residentes en la Ciudadela Santa Rosa
- Identificar las prácticas de cuidado e itinerarios terapéuticos de padres de familia víctimas de conflicto armado y cuidadores frente a la protección de la salud de los niños y niñas de la primera infancia.

6. MARCO CONCEPTUAL

El presente capítulo contiene un despliegue de términos idóneos que sustentan la elaboración del actual proyecto de intervención, con categorías relevantes para el uso de la información y la explicación de la idea central de la estrategia, determinada por el fenómeno social del desplazamiento, los determinantes sociales de la salud, la primera infancia y otros conceptos que enmarcan y clarifican el ordenar de la información.

25

6.1 Incidencia de la determinación social de la salud

Como consecuencia de las circunstancias de la distribución de dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, se concibe entonces el análisis de los determinantes sociales, los cuales se entienden como las “*condiciones sociales en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud*” (OMS, 62^a Asamblea mundial de la salud, 2009). En este trabajo, estos serán vistos desde una perspectiva crítica, donde la determinación social, se define como una herramienta que analiza la reproducción social entre sociedad-naturaleza, a través de la transformación, donde en esencia se desarrolla la salud pública o salud colectiva.

La determinación social ha provocado un eje que analiza la práctica científica, las capacidades creadoras, activas e inventivas para entender los esquemas de obrar, pensar y sentir, asociados a la posición social, en un entorno particular, con estilos de vida parecidos, en otras palabras y titulado por Bourdieu como el “*habitus*”. Con esto, la determinación social plantea que el conocimiento epidemiológico, más allá de sus proyecciones técnicas, hace parte del poder simbólico, un poder casi mágico que permite obtener el equivalente de aquello que es obtenido por la fuerza (Breilh, 2013, Pág. 13 – 27).

Como lo demuestra Bourdieu, el “*habitus*” generado por las estructuras objetivas, genera a su vez prácticas individuales, da a la conducta esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción, es decir, que el *habitus* sistematiza el conjunto de prácticas de cada

persona y cada grupo, programa el consumo de los individuos y las clases, o sea, lo que van a sentir como necesario (Bourdieu, 1979).

En efecto, la determinación social y el habitus, formulan la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir, asociados a la clase social. La noción de determinación social de la salud, busca entonces implementar un análisis causal entre producción o génesis de la salud y la noción de reproducción social, vista como el conjunto de procesos biológicos, demográficos, sociales, económicos y culturales de distintos grupos y clases sociales (Passeron, 1983: 433-434).

En el sector salud la determinación social revela y dan explicación a los por qué de las inequidades sanitarias, los cuales pueden ser evitables y mitigables desde las acciones que por ejemplo contempla el Ministerio de la Protección Social de Colombia, organismo que asocia su quehacer al *“conjunto de procesos relacionados con la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones en salud pública, movilización de actores y recursos”* (Ministerio de Salud y la protección social, 2017).

Dado que este trabajo se desarrollará bajo el enfoque histórico social, se podrá cuestionar la determinación social de la salud de la población que salió expulsada desde sus municipios de origen, hasta el momento en que arriba y reside en la Ciudadela.

El análisis de la determinación social de la Salud subyace entonces por la intención de aclarar el contexto de la salud de la población, desde el contexto de la epidemiología crítica latinoamericana, la cual busca identificar la concentración y acumulación de riqueza, con un carácter crítico frente a la construcción de modos de vivir saludables. Es decir que, la determinación social de la salud es una de categoría central de la propuesta para la epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por varios autores, especialmente de la corriente latinoamericana.

Ésta, junto con las categorías de reproducción social, metabolismo social y naturaleza, han conformado el eje teórico de una propuesta de análisis de una sociedad estructuralmente patógena” (Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 31, 2013).

Un patógeno o agente biológico patógeno son elementos capaces de producir enfermedad o daño en el cuerpo de un animal, un ser humano o un vegetal. Sin embargo, puntualmente, la Organización Mundial de la Salud, asigno al término de *morbilidad* un uso clínico y científico, usado para señalar una cantidad de personas considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

Claramente la morbilidad es entonces, “*un dato estadístico, demográfico y sanitario que permite comprender cualitativamente la evolución y avance de la enfermedad*” (OMS, 2010). Así mismo, la morbilidad se comporta como un indicador que puede determinar directa o indirectamente modificaciones para mejorar las condiciones de salud de la población.

Para abordar este argumento sobre la morbilidad es necesario recordar que la situación de algunas de las comunidades desplazadas o desterritorializadas, es que arriban a contextos urbanos que distan de sus anteriores escenarios sociales, culturales, climáticos, administrativos y otros, donde se excluyen las prácticas culturales y ancestrales y se reemplazan por otros instrumentos y mecanismos para satisfacer sus necesidades básicas frente al desarrollo de la enfermedad, todos asociados a factores *adaptación*.

La capacidad de adaptación y sobrevivencia de los seres humanos está asociada a códigos genéticos y ancestrales. Es la capacidad que le permite a algunas poblaciones sobrevivir en los lugares más recónditos e inhóspitos del planeta, pero también a los menos distantes pero con cambios climáticos cambiantes y ajenos a los de los lugares habituales de permanencia.

Así que no es solamente capacidad, sino que es el resultado genético combinado, lo que permite que la adaptación al clima y el acondicionamiento de la temperatura corporal, evite la afectación en la salud en personas y puntualmente el caso de niñas y niños, que viven en

climas que sus genes y su historia evolutiva no sabe cómo resolver, puesto que son inmigrantes de climas cálidos, otros calientes o húmedos, que distan de las extremas temperaturas del subparamo donde se ubica su la Ciudadela Santa Rosa.

Por ejemplo, según estudios científicos de la academia de Ciencias de California, en San Francisco, donde Jablonski es conservadora de antropología y Chaplin investigador asociado del departamento de antropología (Investigación y ciencia, 2002), mencionan que la situación de adaptación también tiene que ver con la tonalidad de la piel, pues algunas tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de piel, quemaduras de sol y otros problemas cuando se exponen a rayos ultravioleta muy altos o cambios bruscos de temperatura, en comparación con los residentes nativos.

En conclusión, basta decir que los mecanismos funcional y biológico, constituyen la adaptación para comprender la continuidad entre la organización fisiológica y la organización psicológica (Piaget, 1979) y se apoya en la coordinación nerviosa y orgánica, desde el nacimiento hasta el ciclo vital de adultez en contextos particulares (Medina, 2000, Pág., 11 – 15).

El *contexto* hace referencia a los elementos simbólicos y físicos que se involucran en distintos acontecimientos o situaciones, ya sea de forma simbólica o física. En el contexto de ciudad por ejemplo, según Manuel Delgado (Delgado, 1999), es el espacio por excelencia de agencias y tecnologías que intervienen y configuran la realidad socio-espacial.

De acuerdo al contexto, es posible que las brechas sociales se ensanchen por los estilos de vida y los determinantes sociales característicos de las clases sociales, que son definidos a su vez por los volúmenes de ciertas posesiones (llamadas capitales), que pueden ser acumuladas, producidas o consumidas en el espacio (Bourdieu, 1999, Cap. 3 y 4).

Otro ejemplo de ello son los barrios de viviendas para las clases más desfavorecidas, donde su infraestructura o equipamientos culturales, educativos, sanitarios y de servicios sociales

se encuentran segregados por los componentes de calidad y cobertura. Evento similar al panorama o contexto de la Ciudadela Santa Rosa.

Finalmente, este capítulo cierra con los determinantes sociales que trascienden en la identificación, medición y análisis de las *condiciones de vida* de la población objeto de la Ciudadela. De hecho se considera necesario interpretar como es el comportamiento, las tendencias y los modos de los residentes en sus formas particularidades de vivir. Esto, se mide por indicadores observables y así, se puede precisar las prácticas sobre el cuidado de su salud en relación a los determinantes no solo sociales, sino también culturales, ambientales, de infraestructura, adquisitivos y otros que figuran en el contexto de la Ciudadela.

De acuerdo al boletín técnico del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la pobreza monetaria y multidimensional en Colombia, 2015, está basada según la clasificación de Amartya Sen (1981), quien usa la teoría de las capacidades humanas para analizar los problemas sociales que afectan el bienestar humano, como la desigualdad, la pobreza, la calidad de vida, la ausencia de desarrollo humano y la injusticia social. La pretensión de la teoría de las capacidades es evaluar el bienestar y la libertad de la persona que realmente tiene para hacer esto o aquello. Sen no se pregunta por el grado de satisfacción de las personas o por la cantidad de recursos con que cuentan para llevar un tipo de vida u otra, sino por lo que estas personas son capaces de hacer o ser realmente.

En conclusión, allí se evalúan los resultados de satisfacción (o no privación) que tiene un individuo respecto a ciertas características que se consideran vitales como salud, educación, empleo, entre otras (DANE, 20158 – 2016).

De acuerdo a lo anterior la pobreza monetaria y la pobreza multidimensional miden aspectos diferentes de las condiciones de vida de los hogares y son complementarias para obtener una panorámica general y analizar la pobreza del país, y en este caso, puntualmente la de la Ciudadela Santa Rosa.

Para ello, las condiciones de vida en este documento estarán determinadas por las características de la vivienda, los equipamientos ubicados en sector, el entorno y la conformación del hogar y en ellos se espera visualizar los recursos económicos, la vinculación laboral, el acceso a los servicios de salud, educación, vivienda, alimentación sana, seguridad y el acceso a la satisfacción de necesidades básicas y sanitarias.

6.2 Atención a población vulnerable

En este apartado se quiere dar origen a la discusión sobre la desigualdad en el acceso a los derechos humanos, situación que agudiza y que hace que la población sea vulnerable y susceptible de recibir una lesión física o moral, subyacente de un estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza o riesgo por su condición psicológica, física y mental entre otras y asociadas generalmente a niveles de pobreza.

Para ello, se ha de tener en cuenta las medidas que garantizan en principio la atención de las políticas públicas por la condición o situación de *desplazamiento forzado* y la *primera infancia* y en ellas, el marco normativo que regula la responsabilidad del sector gubernamental. De hecho, en un informe publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), denominado el “Estado mundial de la infancia 2001” (Tamayo, 2001), señala que son tres las más grandes amenazas que se ciernen sobre la niñez en todo el planeta: La pobreza, los conflictos armados, y el SIDA.

Entonces, en razón a la existencia de necesidades específicas por múltiples causas en personas y comunidades, cabe precisar también, la importancia de reconocerlas de acuerdo a su género, edad, pertenencia étnica, localización geográfica, situación socio económica y situaciones de vulnerabilidad como el conflicto armado, las emergencias, los desastres y de acuerdo con las necesidades a partir de sus propias deficiencias (Ministerio de salud y la protección social, 2017). En otras palabras, este reconocimiento se atribuye al enfoque diferencial.

El concepto de diferencia, según Jaime Breilh, es un producto combinado entre la diversidad y la inequidad y se expresa en el dominio de los atributos humanos, naturales y sociales como la diferencia de clase social, grupo étnico, condición o situación de discapacidad y otras particularidades que presuponen inequidad (Breilh, 1999, Pág. 130 – 141).

La inequidad y la perspectiva de “los sin poder”, como los llama Breilh, concreta procesos de aplicación de este enfoque en la diferenciación biológica, de género, etnia y cultura. Y sobre la cual se construye minorías subordinadas que buscan reconocimiento y defensa de sus derechos como colectivo. En consecuencia, se ha experimentado la implementación de un enfoque de trato diferencial a favor del reconocimiento, la inclusión y la equidad de quienes hacen parte de esta perspectiva.

De hecho, el enfoque diferencial es un principio de la Política Pública de “Reparación de Víctimas y Restitución de Tierras”, la cual orienta todos los procesos y medidas para asistir, atender, proteger y reparar integralmente a las víctimas. Esta ley señala que “*el principio del enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad*” (Ley 1448 de 2011, Artículo 13)

Este reconocimiento se otorga en consideración a dos factores, el primero, en relación a que el conflicto armado ha afectado de manera diferente y desproporcionada a las personas y grupos más vulnerables; y el segundo, a la identificación de prácticas de exclusión, invisibilidad o discriminación que impiden o ponen en riesgo la efectiva atención y reparación de sujetos de especial protección constitucional.

Para esta política, son sujetos de especial protección constitucional:

1. Niños, niñas y adolescentes.
2. Mujeres.
3. Personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas.

4. Personas mayores.
5. Personas con discapacidad.
6. Pueblos Indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, y el Pueblo Rom.

A partir del reconocimiento de esta diversidad, “*el Estado pretende materializar el acceso a lo público, a la justicia, a la participación en la vida política y pública y al desarrollo de las capacidades, ajustadas de acuerdo con el reconocimiento de las necesidades específicas presentes en las personas y comunidades de acuerdo a su género, edad, pertenencia étnica, localización geográfica, situación socio económica y situaciones de vulnerabilidad como el conflicto armado*” (Ministerio de Salud y la protección Social, 2012). De acuerdo a éste Ministerio, éste enfoque es dinámico y flexible para adaptarse a las necesidades y características de la población, su autoreconocimiento, sus modos de vida y sus contextos socioculturales, económicos y políticos.

De allí que este Ministerio pone a disposición la Directriz de Enfoque Diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia, como una guía que posibilita a las entidades departamentales, distritales, municipales, y locales y a la sociedad civil, orientar los planes, programas y acciones para que la población en situación de desplazamiento forzado con discapacidad, acceda nuevamente a su autonomía e independencia, desde los ámbitos individual, familiar, cultural, social y comunitario (Toboso, 2008, Pág., 64 – 94).

6.2.1 Dimensión cultural del fenómeno del desplazamiento forzado

Existen tradiciones, costumbres y adjetivos que se transfieren naturalmente en las culturas de muchas sociedades, asignadas en tiempo, lugar y espacio y aun así, se trasladan con el sujeto pese a la itinerantica manera de trasladarse entre diferentes lugares. Así que esas formas de obrar, pensar y sentir hacen parte de lo que Bourdieu denominó “habitus”, asignadas por al menos cuatro conceptos particulares: “origen social, capital escolar, capital cultural y el gusto” (Bourdieu, 1999).

Para Bourdieu, el capital es la acumulación cultural propia de una clase social o población, que heredada o adquirida mediante la socialización, tiene mayor o menor peso en la jerarquía de clases.

En la actualidad, sea cual fuere el tipo de población, muchas comunidades han sido desterritorializadas, entendiendo la desterritorialización como la pérdida de territorio, un evento que fractura la relación entre comunidad y cultura e historia atribuida a un lugar; además de los habitus asociados a territorios, en otras palabras y para propósito de este texto, desplazamiento forzado.

Es así que desde la perspectiva de Bourdieu, en el contexto del desplazamiento de estas comunidades, se desfavorecen sus habitus y su afinidad sociocultural, generando vulneración de los capitales en la población expulsada y prolongación del sufrimiento a causa de sus invaluable pérdidas, que difícilmente son entendidas por los receptores por cuanto desconocen sus contextos, sus miedos y lesiones, su fuerza, su conocimiento y sus habilidades (Ibíd. Pág. 139).

Estos detrimentos claramente afectan las condiciones de arraigo o desarraigo, tanto así que las colectividades deben emigrar a nuevos territorios donde trasladan no solo sus objetos o familia, sino también sus formas de relación y cultura, incluyendo en ella todo conocimiento, creencias, arte, ley, moral, costumbres, prácticas medicinales y cualquier otro tipo de capacidad y hábito adquirido por sus ancestros.

La cultura y el territorio son dos de los grandes determinantes del comportamiento humano, ya que subyacen y prevalecen en la toma de decisiones y hasta en sus comportamientos pese a las culturas dominantes de los lugares y sociedades receptoras de población víctima del desplazamiento. Es decir que el desplazamiento o desterritorialización, no solo es una acción de traslado entre regiones, sino que se convierte también en un traslado entre clases sociales, donde la población afectada pierde sus propiedades y pierde también su posición y trayectoria en una sociedad, para ocupar otro lugar notoriamente ajeno a sus condiciones iniciales que hacen que sean principalmente

dominados, en resumen, se convierten en agentes de procesos de desclasamiento y reenclasamiento.

En efecto, la mutación de clase social, ha generado exclusión coyuntural en todos los ámbitos, situación que ha generado complejas disputas y reclamos provenientes de diferentes actores sociales, que han desatado tensiones a causa por ejemplo, de la ausencia de un territorio luego de las expulsiones en el marco del desplazamiento y que aún son carentes de un enfoque sistémico y articulador que garantice la restitución o mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida.

Con un valor significativo, la territorialidad es quizá una de las exigencias con mayor sensibilidad en las víctimas del desplazamiento, puesto que se le atribuye la pérdida de una porción de *espacio y territorio*, donde ejercían dinámicas de crianza, laborales, culturales, educativas entre otras. De hecho, para efectos de este proyecto, se denomina territorio a un área, incluyendo tierras, aguas y espacio aéreo, (Geider, 1996) y también la suma de significados culturales e históricos atribuidos a dicho lugar, cuya definición es validada por la familia, una comunidad o la sociedad.

Es decir que mucho más allá del espacio, puesto que no solo señala los límites de un terreno en términos de geografía o ubicación, el territorio se constituye a partir de actividades culturales e históricas que asigna patrimonios a las comunidades por el ejercicio de la ciudadanía y la producción social (Montañez, 1998).

Es decir que con la pérdida de territorio tal como ya se mencionó, se fractura la relación entre comunidad y cultura e historia atribuida a un lugar y los efectos pueden variar. Por ejemplo, según algunas mujeres desplazadas y entrevistadas, refieren que la adaptación a la ciudad está mediada por las nuevas condiciones económicas y del entorno y por las consecuencias psicosociales del desplazamiento (mogollón, 2016).

Generalmente existen condiciones económicas precarias a las que son sometidas las víctimas, teniendo que refugiarse en entornos insalubres y en ocasiones asumir la jefatura

del hogar por la ausencia, fallecimiento o reclutamiento de los hombres de la familia. A este proceso también se le atribuye “*cambios comportamentales, alteraciones de la salud mental, nutricionales, infecciones y afecciones ginecológicas como los principales problemas de salud, e identifican la situación económica y las responsabilidades del hogar como restrictores del acceso a los servicios de salud*” (Ibíd., pg. 260). En conclusión, estos y muchos más son los efectos negativos del desplazamiento forzado que inciden en todos los ámbitos y cursos de vida y que notablemente afectan la salud, el acceso a la atención y estabilización socioeconómica de familias golpeadas por el fenómeno.

Dado que este proyecto de intervención busca identificar, describir y conocer de qué manera el fenómeno del desplazamiento modificó o agudizó las situaciones asociadas a la morbilidad de la población infantil; los *patrones de crianza* se convierten entonces en un buen racero para interpretar los elementos tanto desde lo cultural, como lo étnico, lo simbólico y las costumbres que configuran las pautas que padres aportan para el desarrollo de niñas y niños residentes en la ciudadela.

Según teorías de la educación, la crianza juega un papel importante en el desempeño de niñas y niños en condición de desplazamiento, eso, sin desconocer al menos dos eventos; los cambios sociales a los que fueron sometidos a causa de la expulsión y que no todos los patrones de crianza tienen mecanismos funcionales. Lo que implica examinar, juntamente con el enfoque diferencial; el genotipo (genética del individuo asociada a la capacidad de adaptación y sobrevivencia) y el fenotipo (ambiente en el cual se desarrolla), elementos que determinan las prácticas, pautas o método de crianza, al parecer tranzadas por el sentido común, la tradición cultural y la percepción desde los profesionales de la salud.

Así que en conjunto se logra identificar la utilidad de las pautas y la influencia de las figuras de crianza en la imagen que el niño percibe de sí mismo. Y por ello, la relación entre las prácticas educativas familiares y las formas de expresión de la autoestima en niños pequeños, es un aporte científico importante para este proyecto (Alonzo, 2005, Pág. 76 – 82).

En conclusión, los patrones o pautas de crianza son entendidos como estilos educativos, compuestos por elementos claves de la socialización familiar. El objetivo de esta categoría es evidenciar las tendencias de comportamiento de padres o cuidadores de niñas y niños y así, demostrar prácticas educativas y modificar o mejorar prácticas existentes frente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

De hecho, las pautas de crianza también favorecen el cuidado de la salud de niñas y niños desde la práctica educativa en torno al cuidado y la atención del cuerpo, asociada a conocimientos, actitudes y creencias que son asumidos por padres y cuidadores. De manera que esta es una de las discusiones que subyacen frente al cuidado de la salud: la existencia y aplicabilidad de sistemas médicos, considerados como el objeto principal de la antropología médica.

Para ilustrar la discusión, el modelo de Arthur Kleinman sobre los sistemas médicos permite evidenciar las principales críticas de este enfoque y para ello retoma la teoría sistémica que contribuye al mantenimiento del conjunto de la sociedad, queriendo citar la existencia de comportamientos o instituciones sociales que adoptan y explican las dimensiones social, cultural y ambiental que atraviesa los sistemas y tradiciones médicas (Pool y Geissler, 2005).

En sí, los sistemas médicos son modelos conceptuales y operativos que se ocupan de la salud y la enfermedad, el cual incluye creencias y comportamientos y en las que se distingue al menos tres sistemas: El sector profesional o biomedicina, El sector tradicional (Folclor) y el Sector popular.

El sector profesional o biomedicina consiste en las "*profesiones de sanación organizadas*", que, según Kleinman, son un enfoque biomédico moderno, aunque en algunas sociedades también incluyen las tradiciones médicas profesionales indígenas, tales como Ayurveda en la India y la medicina china clásica (Leslie 1976, Kleinman 1980, Pág. 53-9), incluye también la medicina científica.

Aquí los biomédicos a menudo critican y rechazan las interpretaciones locales y laicas de la enfermedad y la salud como no científica y de hecho cita algunos dogmas que están relacionados con este punto de vista (Kleinman, 1980, Pág. 57): *“Los aspectos biológicos de los problemas de salud son 'reales' y los aspectos psicosociales y culturales son de segundo orden”, y “La relación entre médico y paciente (y familiares) es una relación entre expertos e ignorantes; La función del médico es dar instrucciones y se espera que el paciente cumpla”.*

La extensión de la biomedicina a áreas más amplias se conoce como medicalización. El parto es un ejemplo de esto: lo que solía ser un proceso natural que ocurría en casas, es ahora un proceso medicalizado bajo la supervisión de expertos.

El sector tradicional (Folclor) según Kleinman, es un sector no profesional y no burocrático, conocido también como sector laico que distingue entre aspectos "sagrados" y "seculares" de la curación. Tiene implicaciones de lo sobrenatural por fuerzas espirituales (chamanismo, ritual) y desarrolla conocimientos herbolarios, su relación se distingue por ser entre pacientes y curanderos con un alto contenido de material etnográfico.

Y finalmente el sector popular, que quizá es el sistema médico menos estudiado pero con mayor cobertura. Según Kleinman, este sector se compone de elecciones médicas que hace la población con base a su cultura, se extrae de los tratamientos del sector tradicional o profesional que lo replican el tratamiento si es efectivo y saben también cuándo cambiar a otro tratamiento. De hecho existen pacientes que no desarrollan adherencia a los tratamientos por su propia autogestión. Es decir, el sector popular es primario y a además reinterpretar el contexto del sector profesional (Trostle 1988).

En conclusión, muchos estudios revelan que existen procesos de revitalización ocasionada por el intercambio de ambas prácticas, al igual que otros, el concepto de sistemas médicos es útil para entender diversos aspectos de cómo la sociedad se ocupa de la salud de niños y niñas.

6.2.2 Dimensión de la atención institucional

Esta dimensión hace parte de las definiciones técnicas y administrativas de aseguramiento y atención de los niños, niñas y sus familias. Es preciso reconocer que el núcleo familiar es por excelencia el primer agente socializador y educador que inicia desde el momento mismo de la concepción y se articula en sectores que generan condiciones que favorecen el desarrollo integral de la población infantil, tal como el sector de salud y educación.

En este caso puntual, tanto la familia como el sector salud, deben cumplir con la atención integral que promueva y genere el desarrollo y protección de la población en general. No obstante, para el acceso a los servicios de salud, padres y cuidadores deben cumplir con unos requisitos mínimos para que los niños y niñas gocen de sus derechos en salud, sin ningún tipo de restricción o barrera.

De hecho, existe una fuerte percepción fachosa en algunos casos sobre el acceso a los servicios del sector, por irregularidades entre los conceptos y procesos de salud, enfermedad y atención, los cuales influyen en la baja utilización del Sistema de Salud por parte de las familias, argumentando itinerarios engorrosos para su acceso, que eventualmente lo son.

Desde la dimensión institucional, la protección de los derechos fundamentales de niños y niñas desplazados por el conflicto armado se encuentran salvaguardados por políticas públicas, tal como la sentencia T-025/2004, en el que niños, niñas y adolescentes colombianos, abatidos por el contexto del conflicto armado, son las víctimas más débiles e indefensas del conjunto de la población desplazada en el país².

Los niños y niñas son potencialmente victimizados en razón a que tanto ellos, como sus familias son golpeados por crímenes y condiciones estructurales de existencia, que escapan por completo a su control y su responsabilidad, como a su capacidad de resistir o de responder. Situación que incide sobre su proceso de desarrollo individual, lo cual configura,

² Esta situación llevó a la Corte Constitucional a decretar un estado de cosas inconstitucional en relación a los derechos de las personas en situación de desplazamiento, mediante la sentencia T-025 de 2004.

en sí mismo, una manifestación extrema de vulneraciones profundas, graves, sistemáticas y concurrentes de derechos fundamentales prevalecientes (art. 44, C.P.). En efecto el Estado ha buscado la concreción de Políticas Públicas que salvaguarden a las poblaciones más vulnerables y entre ellas, niños y niñas víctimas del conflicto armado, las cuales serán abordadas en el siguiente capítulo de normatividad.

No obstante, el abordaje teórico del tema de las políticas públicas contenidas en el desarrollo de este proyecto de intervención sobre el desplazamiento y la niñez, retoma al autor Andre-Noel Roth Deubel, quien en su texto “Políticas Públicas, Formulación, implementación y evaluación” realiza una mención de los diferentes autores que han abordado en los últimos años esta temática. Refiere autores entre los cuales se encuentra: Hecló y Widavsky (1974) y cuyo argumento es que la política “es una acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma”, otro, Mény y Thoenig (1968) afirman que la política pública es: “la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad” (Roth, 2012).

Y sobre autores colombianos que han definido la política pública, se encuentra Salazar (1999), quien aporta su concepto “Es el conjunto de sucesivas respuestas del Estado (o de un gobierno específico), frente a situaciones consideradas socialmente problemáticas” o como el concepto de Vargas V. (1999), “Es el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables”

Para concluir y arriesgar una definición desde el autor de este texto, la Política Pública es entonces “un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, que contiene acciones implementadas gubernamentalmente, con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (Ibíd. Pág. 33).

Así también, frente a las designaciones políticas del sector salud para el goce efectivo de los derechos en salud de los y las niñas y la población en general, se creó el Sistema

General de Seguridad Social en Salud, integrado por el Estado, a través del Ministerio de Salud y la Protección social, instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para acceder al sistema de salud.

El sistema vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida en 1993, la cual reglamenta y regula las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con la salud.

6.2.2.1 Itinerarios burocráticos de la salud

Para entender el sistema de seguridad social de manera particular, se debe entender las condiciones y propósitos del sector salud, lo cual está mediado por las condiciones y percepciones del estado de salud que cada persona elabora sobre sí o sobre alguien más, los cuales desestimulan ocasionalmente la concurrencia a los centros asistenciales para la atención de la enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), por un lado, la salud es un *“Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Estar sano no consiste solo en no estar enfermo, sino que es un concepto que va más allá. Por otro lado, la OMS define enfermedad como *“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible”* (OMS, 1996). Así que la enfermedad, es una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o alguna de sus partes debido a una causa interna o externa.

Por ello, sin duda alguna Cesar Abadía, es un autor que desde el ejercicio académico, basado en las experiencias de pacientes respecto la atención de las compañías prestadoras de servicios de salud, define los recorridos o *“Itinerarios burocráticos (demandas administrativas, financieras y jurídicas que interponen pacientes para acceder a servicios)”* como una herramienta para entender, evaluar y comparar el funcionamiento de diferentes

sistemas de salud, determinado por el tipo de plan de salud o régimen en el cual se encuentra inscrito el paciente (Abadía, 2010).

Abadía entonces permite recuperar algunos argumentos ya expuestos y en ese orden involucra un conjunto de resultados que reafirman, a saber, en primer lugar que las políticas públicas excluyen las prácticas de autocuidado de la población étnica, por cuánto las poblaciones son sometidas a escenarios ajenos donde resultan ser segregados y excluidos, que no les provee los recursos ancestrales para su auto sanación o practica medicinal que ejercitaban en sus territorios de origen.

En segundo lugar se puede decir que pese al enfoque diferencial, las políticas públicas excluyen las poblaciones con pertenencia étnica en tanto son sometidas a los mecanismos del sistema general de salud, que frecuentemente niegan la atención en salud por los itinerarios burocráticos, situación que agudiza las consecuencias y el sufrimiento por ser víctimas de la desterritorialización.

Tercero, las pocas prácticas de cuidado y las prácticas medicinales que logran ser realizadas por las poblaciones desplazadas, no tienen reconocimiento y las organizaciones o cabildos no logran empoderar sus prácticas, siendo subsumidas por el sistema de salud y las comunidades étnicas terminan adoptando el único esquema dominante y burocrático o “superestructura” como lo denominó Antonio Gramsci (Gramsci, 2000).

No obstante, pese a estos tres señalamientos, es importante concluir que los itinerarios burocráticos no se reduce al espectro étnico, sino que incluye también demandas administrativas, financieras y jurídicas al sistema de aseguramiento por parte de pacientes y familiares, en general para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada, indistintamente de lugares, ciclo vital, tipo de enfermedad o cual quiera que sea el atributo que tenga una persona, pero cuyo final es el aumento del sufrimiento por causa de fallas en el sistema de salud por el difícil acceso, ausencia de calidad, disminución en la integralidad y desatención de los usuarios.

Así que sobre los itinerarios burocráticos se puede afirmar que existen barreras que impiden el acercamiento y la reconciliación de la población víctima con la medicina colonial y su legado, tal como lo refiere Paul Farmer en el Texto “Reimagining global health”, trazando brevemente la relación entre la salud y el imperio global o la súper estructura, explorando cómo las instituciones ejercen poder sobre las poblaciones más desfavorecidas, donde se desconoce el saber popular y ancestral de las víctimas desterritorializadas para este caso puntual (Farmer, 2013).

De hecho, desde el enfoque de la *epidemiología crítica*, Jaime Breilh, argumenta que este enfoque procura “*mirar la realidad desde un horizonte de transformación*” (Boletín del Observatorio en salud. 2009, Pág., 19-21). Esta postura hace uso de la modificación de los determinantes de la salud para explicar una propuesta latinoamericana frente a la llamada epidemiología convencional de tradición más anglosajona y del hemisferio norte.

Aunque no se trata solo de una herramienta o una metodología auxiliar de otras ciencias, la epidemiología crítica se concibe como un eje articulador de la Medicina Social y la Salud Pública (Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Vol. 6, No. 1, Enero - Abril, 2010), que en resumidas cuentas, examina la geografía y el espacio urbano como objeto que describe transformaciones, distribución, frecuencia y factores asociados a la salud y la enfermedad en un conjunto de sujetos.

Algunas diferencias que subyacen en este trabajo y sobre las cuales se insiste para definir el objeto de este estudio, es porque la epidemiología crítica, está inmersa en el paradigma histórico-social y allí pretende analizar el proceso salud – enfermedad y sus barreras de acceso. Es decir, implica el estudio de un grupo desde su contexto social e histórico, poniendo de manifiesto la desigualdad de circunstancias y determinantes que afectan la salud de la comunidad y específicamente de los niños y las niñas.

Las *barreras de acceso* son impedimentos fijos o temporales para el acceso a un determinado servicio. La definición de acceso para el caso del sector salud y citada con regularidad por los equipos de vigilancia epidemiológica de salud pública en Bogotá,

obedece a que las barreras de acceso en salud están definidas por la necesidad de atención médica, recibida o no por un paciente (Hospital Chapinero Bogotá, 2013). Donabedian (1972) argumenta que *“la prueba de acceso es el uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación”*, y que *el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad* (Donabedian, 1973). Es decir, que es una puja constante entre la oferta y el acceso a los servicios de salud de acuerdo a la enfermedad y su tratamiento.

Según el equipo de vigilancia comunitaria las barreras de acceso a los servicios de salud más prevalentes se concentran de la siguiente manera (Hospital Chapinero Bogotá, 2013): Algunas de ellas son individuales, ya sean económicas por la carencia de recursos, físicas por limitaciones que dificultan o impiden la movilidad de los pacientes o psicológicas por el temor a enfrentarse a un procedimiento desconocido que se presume invasivo o doloroso.

Otras barreras son de tipo social porque provienen, por un lado, de la organización del sistema de salud mismo, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo. Pero también de la forma de funcionamiento cotidiano, en particular el sistema de reserva de turnos (solicitud de citas) y de otros aspectos de la calidad de atención (Trato de los profesionales).

Finalmente, otro tipo de barreras son las espaciales, que provienen de la organización del espacio urbano, en particular de la equidistancia de los recursos de salud frente a la residencia de los pacientes, también de la organización del sistema de transporte y su adecuación a las limitaciones de los pacientes

En conclusión, la utilización de los servicios de salud es un excelente racero para identificar la satisfacción de los usuarios frente al acceso, ya que presuntamente, estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud no garantiza el acceso efectivo a los servicios y por el contrario figuran itinerarios burocráticos contundentes que imponen mecanismos que crean barreras desde los diversos actores involucrados en la cadena de decisiones.

Para mitigar la desinformación y eliminar o reducir las barreras de acceso en los servicios de salud, las *rutas de atención* se han convertido en herramientas que orientan e indican la forma y acceso a los servicios de salud ofertados por el sistema asistencial.

Así que las rutas permiten organizar las acciones y estrategias que deben seguir los padres y cuidadores de niñas y niños para poder acceder al goce efectivo de sus derechos en salud.

Es importante integrar las rutas en este proceso de manera particular, por cuanto permite evidenciar la atención integral a la población de la primera infancia víctima del conflicto armado, mucho más, cuando de ante mano se presume que el acceso a los servicios de salud varía entre departamentos, capitales y municipios. De hecho, la primera barrera de acceso de la población desplazada es el acceso a los servicios de salud, en tanto su aseguradora se ubica en su lugar de expulsión y probablemente no se encuentre en la jurisdicción del lugar de arribo, lo que obliga a la población desplazada iniciar procesos de traslado de EPS o aplicar a la ley de portabilidad que busca garantizar el acceso a los servicios de salud sin trámites excesivos.

Dichos procesos oscilan entre siete días y hasta cuarenta y cinco días hábiles o más, todo depende del itinerario burocrático de la entidad aseguradora.

La ruta de atención para las víctimas del conflicto armado subyace del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas de Conflicto Armado PAPSIVI (Art. 137 Ley 1448 de 2011), el cual adopta un protocolo que permite definir el Plan de atención integral con enfoque psicosocial y que da respuesta a las necesidades identificadas en los niños, niñas y sus familias. Estas rutas son administradas por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) más cercana al lugar de residencia y que pertenezca a la EPS donde se encuentra afiliado el niño o la niña con su núcleo familiar (Secretaría Distrital de Salud, 2015).

La ruta en últimas, busca fortalecer la capacidad de respuesta operativa e institucional del sector salud, en beneficio de las víctimas del conflicto armado que residen en el Distrito capital y su implementación se muestra en gráfico No.1.

GRAFICO No. 1 RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD



Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social / PAPSIVI

La *atención comunitaria* es para este capítulo, el concepto que se quiere impulsar en el objeto de este proyecto y por tal merece una explicación. En este sentido, la atención comunitaria hace referencia a una serie de prácticas y acciones sociales en el marco de un sistema “artesanal” y que articula conocimientos, teorías, procedimientos y agentes profesionales específicos a nivel macro o micro social (López, 2007).

En la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria a la Salud, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, la participación comunitaria se definió como "*el proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad*" (OMS, 2010). Y de manera análoga, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió la participación comunitaria como "*el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con*

respecto a su propio bienestar y el de la colectividad, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo" (Zacus, 1988).

“El que las comunidades puedan participar de la organización y operación de su propia atención en salud, podría parecer una afirmación más intuitiva de lo que es en realidad” (Ibíd, Pág. 131). Sin embargo, esta participación comunitaria es un reciente fenómeno con un ejercicio importante en el sector salud y con mayor intensidad en los modelos de Atención Primaria en Salud (APS).

46

La utilidad de aplicar la atención comunitaria, tiene que ver con implicaciones sobre la capacidad para facilitar un conjunto amplio de estrategias accesibles y adaptables a las necesidades individuales y que aseguren la continuidad de cuidados, como la participación de la comunidad y otros grupos sociales.

6.2.3 Atención Integral de la Primera infancia

De acuerdo al Ministerio de Educación Nacional y con base al Documento CONPES Social 109 y la Política Pública Nacional de Primera Infancia "*Colombia por la Primera Infancia*" del 3 de diciembre de 2007, se dio cumplimiento a forjar conciencia sobre la importancia que poseen los primeros seis años de vida para el desarrollo humano. Por la cual establece una política pública focalizada hacia niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad.

Este es un periodo de concreción de la atención y educación inicial del ser humano, que subyace por la trascendencia que cobra en todos los aspectos del desarrollo del individuo (fisiológico, social, cultural, económico, entre otros) y por lo cual debe ser vinculado a los *sistemas de protección*. La primera infancia se convierte entonces en el período de la vida sobre el cual se fundamenta el posterior desarrollo de la persona. Así, el Ministerio de Educación, armoniza ocho argumentos que justifican la construcción de la política de atención de esta población relacionados así (Ministerio Nacional de Educación, 2014):

Argumentos relacionados con el desarrollo humano multidimensional, entendido como el conjunto de condiciones que deben ser garantizadas, tales como la salud, la nutrición, la educación, el desarrollo social y el desarrollo económico, los cuales poseen amplios efectos sobre el desempeño escolar y académico y es determinante, tanto para el desarrollo humano, como para el económico.

Argumentos científicos, centrados en que el cerebro a los seis años posee ya el tamaño que tendrá el resto de la vida, convirtiéndose en un período determinante para las posibilidades de desarrollo del individuo. Donde durante los dos primeros años de vida son definitivos para el crecimiento físico y la interconexión neuronal, así como para la vinculación afectiva con las figuras materna y paterna.

Por ello, uno de los elementos claves es la alimentación adecuada, porque se considera un vector determinante entre la nutrición y los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta a lo largo de la vida. Aquí la lactancia materna es el alimento ideal para un adecuado desarrollo del cerebro en el primer año de vida.

Argumentos sociales y culturales, vinculados a los múltiples hechos históricos, como la incursión de la mujer en el mercado laboral, las transformaciones en la estructura familiar y la transformación entre otras acciones del cuidado y la atención de los menores de seis años, son elementos que intervienen en la participación de otros agentes socializadores, miembros del grupo familiar o externos, encargados del cuidado de la población para reducir los factores que afectan el desarrollo infantil, asociados a condiciones de maltrato, abandono y desvinculación afectiva, que influyen de manera directa en la salud física y emocional de los niños.

Argumentos ambientales, factores como como la temperatura, la humedad, las condiciones del aire, la iluminación, el espacio, el ruido, la contaminación, las condiciones higiénico ambientales, y la seguridad entre otros, son factores que pueden afectar la salud y el comportamiento de los niños y niñas de la primera infancia, que actúa como un determinante del desarrollo cognitivo y socioemocional.

En cuanto a los argumentos legales y políticos, la Convención Internacional de los Derechos de los Niños aprobada por el Congreso de la República de Colombia, introduce la concepción de que los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en el contexto democrático y que impulsa el desarrollo integral, que considera aspectos físicos, psíquicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales independientemente de la condición personal o familiar.

Argumentos ligados al contexto institucional, señalan la responsabilidad del Estado, de la familia y de la sociedad para la protección de los derechos de los niños y niñas, así como la prevalencia de estos por sobre el resto de la sociedad. Lo que obliga a que el contexto institucional, estatal y social, incorporen la protección de los derechos de la infancia en sus lineamientos.

Por último, aparecen los argumentos éticos, que articulan la atención de la primera infancia como una de las prioridades nacionales, donde figura el aseguramiento de niños y niñas a todos sus derechos.

Uno de los indicadores que miden la incidencia de factores en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en niños y niñas, son los indicadores de morbi-mortalidad. Respecto a ello, la mortalidad en la primera Infancia y de acuerdo a un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a enero de 2016, según las estimaciones, unos 5,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en el 2015. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar, si se garantizará el acceso de los niños y niñas a intervenciones simples y asequibles. Según la organización, *“las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria”* (OMS, 2016).

El informe advierte también que el riesgo de muerte de los niños y niñas es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida), *“cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años se produce durante este periodo”*. No obstante la organización

también define que desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea y el paludismo. “*La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente al 45% del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves*” (OMS, 2016).

De acuerdo al Ministerio de Educación de Colombia, está demostrado que el desarrollo no solo ocurre durante los primeros años y está sujeto a las condiciones del entorno, la salud, la protección, la educación y la nutrición que reciben niños y niñas por parte de sus padres y cuidadores, es decir las *condiciones de la primera infancia*. Como tal, los niños y niñas requieren un cuidado y acompañamiento propicio por parte de adultos, que favorezca su crecimiento y desarrollo en ambientes de socialización, sanos y seguros. Es decir, exacerbando la importancia de la atención integral a la Primera Infancia y con base a las explicaciones del grafico No. 2.

GRAFICO No. 2. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA



En Colombia, para favorecer la atención y desarrollo infantil se han implementado varias estrategias que obedecen a planes gubernamentales, que buscan asegurar un acceso

equitativo y de calidad, por ello; “*El Ministerio de Educación Nacional está implementando una política educativa en el marco de una atención integral a la primera infancia que, junto con el Código de la Infancia y la Adolescencia, señala el derecho a la atención integral de los niños menores de 5 años y busca garantizarles un desarrollo en el marco de sus derechos y sembrar las bases para que todos puedan ser cada vez más competentes, felices y gozar una mejor calidad de vida*” (Navarro, 2007, Pág. 8 – 11).

El objetivo es que niñas y niños, especialmente los de las poblaciones más pobres y vulnerables, reciban atención integral mediante modalidades que involucren a las familias, las comunidades y las instituciones especializadas en esta materia, contando para ello con estrategias educativas que ayuden al desarrollo de sus competencias.

Los determinantes en la estructura estructurante, aunque redundante, concibe la división de clases sociales que organizan el mundo y la forma de actuar en él, evidencia la segmentación a partir del cual se producen las condiciones, necesidades de cada clase y criterios de selección respecto a los determinantes sociales, históricos, económicos y culturales.

Los estilos de vida respecto a la estructura son entonces, productos sistemáticos de los hábitos que acontecen la disposición, el gusto adquirido para diferenciar, apreciar y establecer la distinción, incluso hasta en los bienes adquiridos y la manera de comportarse. “*Se le atribuye también un determinado espacio social, simboliza la di-visión del mundo y se revela bajo la convicción de los consumos distinguidos o vulgares como los llama Bourdieu*” (Bourdieu, 1999, Cap. 3 y 4).

Un determinante por ejemplo podría asociarse a la alimentación, donde Bourdieu, refiere que el consumo de alimentos se encuentra asociado a: la preparación, la economía, división del trabajo, el rol femenino, el género (hombres mucho, mujeres poco), el tiempo, la comprensión nutricional de los alimentos consumidos por una u otra clase social, los hábitos, el sistema, la relación entre los sujetos, el modo adquisitivo o de consumo, la

salud, los factores psicológicos y otras influencias como la consideración nutricional de la comida que se ven notablemente afectados por las condiciones de las clases sociales.

De tal manera que la anterior ilustración, sirve para evidenciar que el acceso al consumo de alimentos depende de múltiples determinante y para el caso de familias desplazadas, no es diferente.

Los problemas de la población subsecuentes del desplazamiento forzado, ha sido una prioridad en tiempos recientes para focalizar múltiples esfuerzos, por ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en convenio con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), realizo un estudio nutricional de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia, con niños y niñas menores de cinco años en condición de desplazamiento, frente a hogares similares de estrato que comparten localización geográfica y que son comunidades receptoras (OPS, 2005).

Y entre sus hallazgos se encontró que aunque sean vecinos y tengan estructuras familiares parecidas, en las seis subregiones, los hogares en condición de desplazamiento presentan mayor pobreza, menor participación laboral y mayor dependencia económica, que los hogares de estrato socioeconómico receptor.

Además que las condiciones de calidad de vida de la población desplazada son peores que aquellas de la población de estrato receptor. El 83% de los hogares en condición de desplazamiento y un 73% de los de estrato receptor sufren de necesidades básicas insatisfechas, lo cual se explica en que el ingreso mensual promedio de los hogares desplazados es \$248 mil pesos, un 65% del salario mínimo, para 5.8 personas.

Frente a la nutrición, el estudio revelo que las más altas tasas de los niños y niñas de dos años, tienen relación con el momento de la instauración de la alimentación complementaria, pues la dieta es altamente deficitaria en fuentes de hierro de alto valor biológico. En los niños y niñas menores de cinco años la tasa de desnutrición crónica (talla para la edad) es

del 23% para población desplazada y 16% para estrato uno receptor. Este resultado tiene relación con la mayor lactancia materna en población desplazada, porque claramente la inseguridad alimentaria de estas familias, especialmente las desplazadas, depende principalmente de su baja capacidad de adquisición de alimentos por falta de ingresos.

7. MARCO NORMATIVO

En su sentido más amplio la palabra norma se refiere a toda regla de comportamiento, sea obligatoria o no. Así que este marco tiene dos enfoques legislativos. Por un lado, presenta los acuerdos frente a las acciones del contexto del conflicto armado; y por otro, consagra las acciones legislativas frente a la defensa de los derechos de los niños y niñas en el fortalecimiento personal, familiar, social y de salud.

De manera tal que los instrumentos normativos señalados en la parte inferior de este capítulo, permiten entender cómo hacer efectivos el goce y el disfrute de los deberes y derechos de las víctimas del conflicto armado. Estas promueven acciones afirmativas y favorecen una transformación de las estructuras y prácticas de la sociedad que ayudan a la reducción del daño ocasionado en el contexto del conflicto armado.

Estos instrumentos internacionales, nacionales y distritales han ratificado su enfoque de salvaguardar los derechos políticos, no solo de la población desplazada, sino que manifiesta un interés supremo por la primera infancia afectada por dichas expulsiones.

Desde la Constitución Política de 1991 hasta los marcos normativos internacionales expresan reconocimiento y protección a los derechos de las víctimas y a los derechos de los niños y niñas víctimas como lo son: medidas de atención, asistencia y reparación integral, derechos a la igualdad, a la protección especial, a un nombre y a una nacionalidad, a la alimentación, vivienda, atención médica y a la educación, entre otros.

De hecho, la Convención Internacional sobre los Derechos de la Niñez aprobada mediante la Ley 12 del 22 de enero de 1991 favorece argumentos legales y políticos que intervienen

sobre la concepción social de la infancia: las y los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contextos democráticos. Aquí se consideran aspectos físicos, psíquicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales como un derecho universal o como un bien asequible a todos, independientemente de la condición personal o familiar. A continuación la explicación en la siguiente tabla:

TABLA No. 1 MARCO NORMATIVO CONFLICTO ARMADO			
	NORMA	QUE DICE	COMENTARIO
INTERNACIONAL	Naciones Unidas (1985)	Es la declaración de los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abusos de poder (Naciones Unidas, 1985), dice: “Se entenderá por víctima las personas que individualmente o colectivamente, hayan sufrido daños, e inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales. En la expresión víctima, se incluye además en caso a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.	Permite identificar la concepción del concepto de víctima. Importante por cuanto es bien sabido que dista de la concepción de otras poblaciones victimizadas en contextos ajenos al marco del contexto del conflicto.
	Constitución política de 1991	Los artículos 48 y 49 definen la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, al igual que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiendo al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud de los habitantes.	Argumento legislativo que promueve funciones que se le encomendaron al Estado para coordinar, asesorar, supervisar y dirigir el acceso de la población a los servicios de salud.
NACIONAL	Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social	Esta ley particularmente ha suscitado varios comentarios

	Integral y se dictan disposiciones.	positivos y negativos por los principios que consagra sobre el sistema de salud, que para algunos entraña la antítesis de la discriminación, mientras que otros insisten en que sus principios son sublimes y puede generar el acceso equitativo a la salud con medios policivos que controlen el sistema.
Ley 599 de 2000	Por la cual se expidió el nuevo Código Penal y se tipificaron las conductas de la deportación, la expulsión, el traslado y el desplazamiento forzado de población civil, considerados como delitos contra personas y bienes protegidos por el DIH.	La Fiscalía General de la Nación presentó al Congreso de la República el proyecto de ley para modificar el Código Penal de 1980 con el fin de adecuarlo tanto al concepto de Estado, como a los principios y postulados trazados por la Constitución Política de 1991 y su desarrollo jurisprudencial.
Ley 782 de 2002, que proroga la ley 418 de 1997	Esta a su vez fue prorrogada por la ley 548/99, en ella se modifica el concepto de víctima, así: Se entiende por víctimas de la violencia política, aquellas personas de la población civil que sufran perjuicios en su vida, grave deterioro en su integridad personal y/o bienes, por razón de atentados terroristas, ataques, masacres, combates en el marco del conflicto armado interno.	De acuerdo al artículo 15, para los efectos de esta ley, son víctimas los desplazados en los términos del artículo 1° de la Ley 387 de 1997 y beneficiarios también del contenido económico que se otorguen a los desplazados por la Ley 387 de 1997.
Ley 387 de 1997	Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado y la atención y protección de los desplazados internos por la violencia y profundiza en su desarrollo a través de fases de atención integral.	Esta ley pretende como objetivo último mejorar las condiciones de vida de los desplazados, a partir de la resolución de los problemas particulares que permita aliviar situaciones o acomodar a las víctimas a condiciones mejoradas.
Ley 589 de 2000	Tipifica el genocidio, la desaparición forzada, desplazamiento y la tortura	Busca castigar las acciones marcadas por los instrumentos de guerra, mejorar el desempeño del aparato judicial en casos de desaparición forzada y desplazamiento y desvanecer la

		situación de impunidad que se presenta en la mayoría de estos crímenes.
	Ley 975 de 2005	(También llamada Ley de Justicia y Paz). Por la cual se dictaron disposiciones para la reincorporación de integrantes de grupos armados al margen de la ley, entre ellas la creación de la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación.
	Decreto 3047 de 2013	En el Sistema de Salud colombiano existen dos regímenes de salud, el contributivo y el subsidiado, a los cuales las personas se afilian según algunas condiciones. Para afiliarse al último se debe demostrar no tener capacidad de pago y que se encuentre en los niveles I y II en la encuesta del Sisbén; y para afiliarse al primero es dirigido para aquellas personas que tengan capacidad de pago o una relación laboral o contractual que le genere impuestos
	Decreto 1683 de 2013	El Gobierno Nacional le ordena a la Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizar a sus afiliados el acceso a los servicios de salud en una Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS primaria en un municipio diferente a aquél donde se encuentra afiliado, en ejercicio de la portabilidad.
DISTRITAL	Ley 1190 de 2008	Por medio de la cual el congreso de la república de Colombia declara el 2008 como el año de la promoción de los derechos de las personas desplazadas por la violencia.
		Ha sido objeto de intensa polémica, entre quienes consideran que ha sido un instrumento eficaz para lograr la desmovilización del paramilitarismo y quienes opinan que, en la práctica, ha consagrado la impunidad para los autores de algunas de las masacres más terribles de la historia reciente de Colombia.
		El decreto faculta a las EPS a administrar los dos regímenes en salud sin necesidad de la habilitación correspondiente
		El Decreto expedido da a las EPS la facultad de garantizar a los afiliados, tanto del régimen subsidiado como del contributivo, la atención en salud, en municipios diferentes a donde habitualmente la reciben.
		Entre sus acciones estuvo el diseño, implementación y aplicación de una estrategia para generar mayores compromisos presupuestales y administrativos a nivel municipal y departamental, dirigida a personas en situación de

		desplazamiento.
Ley de víctimas 1448 de 2011	Por la cual se dictan las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.	Consta de disposiciones generales sobre el marco y principios en los que se debe entender los derechos de las víctimas dentro de los procesos judiciales, medidas administrativas, de asistencia, atención, ayuda humanitaria y reparación, así como un proceso con una fase administrativa y otra judicial para la restitución de tierras
Artículo 159 de Ley 1448 de 2011	Creo el sistema Nacional de atención y reparación integral a las víctimas, el cual está constituido por el conjunto de entidades públicas del nivel nacional y territorial y a las organizaciones públicas encargadas de formular y ejecutar planes, programas, proyectos y acciones específicas, tendientes a la atención integral de las víctimas definidas en la misma ley.	Las víctimas que se identifiquen como no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán afiliadas a éste por la entidad territorial correspondiente a través de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.
Decretos 4633, 4634 y 4635 de 2011	Atención a comunidades indígenas y población afrodescendientes respectivamente para la aplicación de esta ley.	Tiene que ver con la divulgación e implementación de los decretos de ley étnicos, encargados de definir las medidas para atender, asistir y reparar de manera integral aquellas personas o comunidades que se auto reconozcan como perteneciente a una población étnica.
Decreto 4802 de 2011	Crea la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas diseñada con base en los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, establecidos en la Constitución Política.	Tiene por objetivo coordinar el Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas y la ejecución e implementación de la Política Pública de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las mismas en los términos establecidos en la ley.
Sentencia T025 de 2004	Recuerda la obligación del Estado de cumplir con lo establecido por la ley y el modelo de seguimiento y evaluación del Sistema Nacional	Ampliamente analizada por cuanto no cuenta con la ayuda y el apoyo necesario en ámbitos básicos, tales como la salud y

	de Atención Integral a la población desplazada, elaborado por la Procuraduría General de la Nacional	con escasos de apoyos financieros para la educación etc. Motivo por el que la Corte procede a declarar un estado de cosas inconstitucional en lo relativo a los desplazados
Autos diferenciales	Autos diferenciales proferidos por la corte constitucional: <ul style="list-style-type: none"> • Protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (Auto 251 de 2008). • Protección de los derechos de las mujeres desplazadas (Auto 092 y 237 de 2009). • Protección de los derechos de la población desplazada con discapacidad (auto 006 de 2009). • Protección de derechos a la población desplazada indígena (auto 004 de 2009). • Protección de derechos de población desplazada afrodescendientes (Auto 005 de 2009). • Auto 007 de 2009 política pública de atención a la población desplazada y auto 116 indicadores de goce efectivo. 	Estos autos son el caso de las personas desplazadas, quienes siendo víctimas de múltiples violaciones a sus derechos y que están sometidas a precarias condiciones de vida durante un período de tiempo indeterminado, lo cual implica una serie de obstáculos y dificultades que impiden que puedan disfrutar de una vida digna únicamente con base en sus propios esfuerzos.
Decreto 2131 de 2003	El cual establece que la atención en salud de la población desplazada no asegurada hará parte de la prestación de servicios que suscriban la entidad territorial y las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, para la ejecución de los recursos del sistema general de participaciones.	Tiene por objeto regular la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 y cuando sea procedente, las normas que regulan los regímenes de excepción, siendo de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud.
Decreto 250 de 2005	Adopta un nuevo plan para su atención integral, asistencia	Indica que corresponde al Gobierno Nacional diseñar y

	humanitaria y estabilización socioeconómica y se dan a conocer los principales enfoques de actuación del enfoque diferencial, territorial, humanitario, resolutivo, y de derechos.	adoptar el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, que permite determinar las entidades responsables de las distintas estrategias de intervención estatal en el marco del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada.	
DISTRITAL	Acuerdo 02 de marzo de 1998	Dicta normas para la atención integral a la población desplazada y crea el Consejo Distrital para la Atención Integral a la población Desplazada, reglamentado por el Decreto 624 de julio de 1998, que establece como parte de sus funciones de elaborar y hacer seguimiento a la ejecución del Plan Distrital para su atención.	El Consejo Distrital para la Atención Integral de la Población Desplazada por la Violencia tiene las funciones de elaborar e implementar las políticas y medidas, planes y programas para la prevención, atención, protección y estabilización socioeconómica de la población desplazada por la violencia dentro del territorio.
	Circular No. 006 de 2006	Por el cual se dictan normas para la atención integral de los desplazados por la violencia y se dictan otras disposiciones.	La Secretaria Distrital de Salud busca garantizar la atención integral en salud desde el mismo momento en que realiza la declaración ante el Ministerio Público como persona desplazada, accediendo a todos los servicios sin estar incluidos en la base de datos de Acción Social.
	Directiva 003 de 2007	Obligatoriedad de diferenciar el componente de atención a la población en situación de desplazamiento, en los presupuestos de las respectivas entidades, para el año 2007.	La Alcaldía Mayor establece la orden de continuar garantizando el cumplimiento de fallos de acceso de tutela con cargo al fondo Financiero Distrital de Salud
	Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”	Propone una construcción ciudadana hacia la no segregación social, aplicando un enfoque diferencial en todas las políticas de defensa y protección de los Derechos Humanos de ciudadanos y ciudadanas, lo que conlleva a ubicar como uno de los centros principales del debate y la acción el proceso de restitución de la	Reafirma que la atención en salud para la población en situación de desplazamiento pasa por el reconocimiento y materialización de los derechos otorgados a esta población por el derecho Internacional Humanitario, además de los otros derechos de que gozan las personas no desplazadas

	dignidad y los derechos de las víctimas del conflicto armado, esenciales para avanzar en construcción de paz y reconciliación de los colombianos	
Decreto 032 de 2011	Por el cual se adopta la Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C. 2011-2016	Hace referencia a la existencia de la Política Pública Distrital de Salud para población en situación de Desplazamiento

PRIMERA INFANCIA

INTERNACIONAL	Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños aprobada mediante la Ley 12 del 22 de enero de 1991	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989	Son argumentos legales y políticos que intervienen sobre la concepción social de la infancia: los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contextos democráticos. Aquí considera aspectos físicos, psíquicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales como un derecho universal o como un bien asequible a todos, independientemente de la condición personal o familiar.
	Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 4	El objetivo No. 4 corresponde a la reducción de la mortalidad en los niños menores de 5 años.	Este a la fecha indica que la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 91 a 43 por 1000 nacidos vivos en 2015. Pero el ritmo del descenso no era suficiente para alcanzar, en 2015, la meta de disminuir en dos tercios las cifras de mortalidad registradas en 1990.
	Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño en 1924	Es la primera Declaración de los Derechos del Niño, que luego fue ratificada por el V Congreso General el 28 de febrero de 1924.	La Sociedad de Naciones (SDN) en un texto histórico que reconoce y afirma, por primera vez, la existencia de derechos específicos para los niños y las niñas, con responsabilidad de los adultos hacia ellos y donde se advirtió la necesidad de protección especial para los niños.
	Declaración Universal de	Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le	Es un documento adoptado por la Asamblea General de las

Derechos Humanos	<p>asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.</p>	<p>Naciones Unidas en su Resolución 217 del 10 de diciembre de 1948 en París; en ésta se recogen en sus 30 artículos los derechos humanos considerados básicos.</p>
Declaración de los Derechos del Niño en 1959	<p>Declaración de los Derechos del Niño establece diez principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad. 2. El derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social del niño. 3. El derecho a un nombre y a una nacionalidad desde su nacimiento. 4. El derecho a una alimentación, vivienda y atención médicos adecuados. 5. El derecho a una educación y a un tratamiento especial para aquellos niños que sufren alguna discapacidad mental o física. 6. El derecho a la comprensión y al amor de los padres y de la sociedad. 7. El derecho a actividades recreativas y a una educación gratuita. 8. El derecho a estar entre los primeros en recibir ayuda en cualquier circunstancia. 9. El derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación. 10. El derecho a ser criado con un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos y hermandad universal. 	<p>En 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. Este reconocimiento supuso el primer gran consenso internacional sobre los principios fundamentales de los derechos del niño.</p>

NACIONAL	Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, el cual tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades.	Expedición del Código de la Infancia y la Adolescencia, el cual armonizó su legislación con los postulados de la Convención de los Derechos del Niño.
	Ley 16 de 1972	Por medio de la cual se aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", firmado en San José, Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969	Por la cual aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el cual todos los estados Americanos asignatarios de la convención, reafirmaron su propósito de consolidar, dentro del cuadro de instituciones democráticas, un régimen de libertad personal, y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre de naturaleza convencional coadyuvante y complementaria.
NACIONAL	Constitución Política de Colombia de 1991	Es la actual carta magna de la República de Colombia. Fue promulgada en Bogotá el 4 de julio de 1991 y también se le conoce como la "Constitución de los Derechos Humanos"	Declara al país como un estado social de derecho, en sus artículos artículo 44°, 67°, hace referencia directa a la protección de los niños y niñas, lo que implica una ratificación de la Convención de 1989 y establece un orden jurídico específico para los niños y niñas.
	Política Nacional de Primera Infancia	Acuerdos fundamentales entre la sociedad civil y el Estado acerca de los principios, objetivos, metas y estrategias para la educación y protección integral de los niños. Es el reconocimiento a la importancia de la primera infancia formalizada mediante el Documento CONPES Social 109 de 2007 denominado " <i>Colombia por la Primera Infancia</i> ".	Este documento hace un llamado en general a una serie de principios constitutivos del enfoque de derechos, como lo son: i) el reconocimiento de los niños y niñas como sujetos titulares de sus propios derechos, ii) el interés superior de la niñez, iii) la prevalencia de los derechos de los niños y las niñas sobre los de los demás, iv) la interdependencia de los derechos, v) la intersectorialidad como la forma por excelencia de la intervención estatal, vi) la

		<p>corresponsabilidad del estado, la sociedad y la familia en la realización y protección de los derechos, vii) la importancia que tiene el contexto particular de los niños y niñas en su situación de vida, y viii) la necesidad de adoptar medidas diferenciales de atención según el ciclo vital y las condiciones particulares de cada niño o niña.</p>
Ley 115 de 1994	<p>La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos, y de sus deberes.</p>	<p>Es un instrumento jurídico que establece los niveles de la educación formal, incluyendo la de preescolar, definiendo como educación preescolar la “ofrecida al niño para su desarrollo integral en los aspectos biológico, cognoscitivo, psicomotriz, socio afectivo y espiritual, a través de experiencias de socialización pedagógicas y recreativas”.</p>
CONPES 91 de 2005 - CONPES 115 de 2008 - CONPES 113 de 2007 - CONPES Social 123 de 2009	<p>Es la distribución de los recursos para la atención integral de la primera infancia orientada por el Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República de Colombia y el Departamento Nacional de Planeación</p>	<p>El Gobierno Nacional refuerza la atención de la primera infancia a través de sus políticas y planes, donde establece como prioridad la atención integral a la primera infancia y la circunscribe en la política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el que tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento de esta atención.</p>
Plan Sectorial de Educación y el Plan Decenal de Educación	<p>Es una estrategia de hechos y derechos en conjunto con la Política Educativa para la Primera Infancia</p>	<p>Contiene estrategias de desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia (2009), donde el Ministerio de Educación Nacional, tiene herramientas importantes en los avances de la atención a los niños y niñas.</p>
Ley 1098 de 2006	<p>La en su artículo 29 define la primera infancia y el derecho al desarrollo integral en esta etapa</p>	<p>Indica que la primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional</p>

			y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad.
Circular de 2012	024	El Ministerio de Salud y Protección Social emite la circular a las entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades territoriales y entidades administradoras de planes de beneficios sobre la atención y afiliación al recién nacido	Definida con el fin de amparar el derecho a la atención y protección de los menores, especialmente a la salud y la seguridad social de los niños como derecho fundamental enfatizando la afiliación automática de los recién nacidos a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliada la madre y su consecuente garantía de la atención en salud.
Política Pública de Infancia y Adolescencia		Esta política expresa la intención y el compromiso de la ciudad con el liderazgo del gobierno distrital, de asegurar la realización de los derechos para que individual y colectivamente los niños, las niñas y los adolescentes desarrollen sus capacidades y potencialidades conforme a sus intereses.	Esto implica que desde la primera infancia y hasta la adolescencia, todos los niños y todas las niñas, de la ciudad cuenten con las oportunidades que les permitan construir su autonomía y libertad, a partir del despliegue de sus capacidades para el ejercicio responsable de sus derechos, así como para constituirse en sujetos activos de su propio desarrollo y del desarrollo de su comunidad inmediata y de la sociedad. Así, en el Distrito Capital, el Estado, la Sociedad y las familias serán corresponsables en garantizar que los niños y las niñas hasta los 18 años, en cada etapa del ciclo vital, género, etnia, cultura, religión, origen, particularidades de desarrollo, condición de discapacidad o en cualquier otra condición o situación biológica, social o política, entre otras, tengan la oportunidad de desarrollar sus potencialidades y capacidades conforme a sus intereses y los de la comunidad.
Decreto de 2011	520	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Infancia y	En su objetivo central expresa la intención y el compromiso de la

	<p>Adolescencia de Bogotá, D. C, donde se incluye en el Eje N° 1: niños, niñas y adolescentes en ciudadanía plena. Eje n° 2: Bogotá, construye ciudad con los niños, las niñas y los adolescentes. Eje n° 3: Gobernanza por la calidad de vida de la infancia y la adolescencia</p>	<p>ciudad, con el liderazgo del gobierno distrital de la Bogotá Humana, de asegurar la realización de los derechos para que individual y colectivamente los niños, las niñas y los adolescentes desarrollen sus capacidades y potencialidades conforme a sus intereses.</p>
<p>Ley 1438 de 2011</p>	<p>Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud.</p>	<p>Permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo. Se establece la atención preferente y diferencial para la infancia garantizando la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas desde la etapa prenatal hasta los 6 años.</p>
<p>Resolución 1613 de 2011 y Decreto 121 de 2012</p>	<p>El Distrito Capital emite la resolución por la cual se conforma el Comité Operativo de Infancia y Adolescencia y el Consejo Consultivo de Niños, Niñas y Adolescentes para garantizar la participación adecuada de los niños y niñas.</p>	<p>La Atención Integral a la Primera Infancia- AIPI, entendida como el conjunto de procesos y acciones pertinentes, suficientes y oportunos, realizados por la familia, la sociedad y el Estado, a través de los cuales se garantiza a los niños y niñas el cuidado calificado, el potenciamiento de su desarrollo, las experiencias pedagógicas significativas, el acceso a la cultura, el arte, el juego, la actividad física, la promoción de vida saludable, la alimentación saludable, entre otras.</p>

8. DISEÑO METODOLÓGICO

El énfasis de este proyecto se ubica en el campo de intervención de la maestría de “Estudios Sociales” de la Universidad del Rosario, el cual permite aportar a la reconstrucción y restitución de derechos de las víctimas de conflicto armado con énfasis en niños y niñas del ciclo vital de primera infancia. La relevancia de este trabajo radica en las evidencias suministradas por quienes reciben directamente los efectos de la guerra y por ende, son amparados en los componentes de la ley 1448 de 2011.

65

Los niños y niñas víctimas constituyen el eje fundamental que alimenta el estudio de las condiciones de la Ciudadela Santa Rosa y por tal, busca recrear una estrategia comunitaria para mejorar las prácticas en el cuidado de la salud de la niñez que integra el ciclo vital de la primera infancia. Así, las técnicas e instrumentos que involucra este documento se encuentran alineados respecto a las etapas de recolección de información, análisis y resultados.

8.1 Método: Mixto

Este trabajo se enmarca en un modelo mixto de intervención en cuanto pretende abordar tejidos académicos desde los métodos cualitativo y cuantitativo. Se escoge esta doble aproximación en consideración a que es un método incluyente y plural, utiliza las fortalezas de ambos tipos de indagación y las combina a favor del análisis de los resultados y su alcance.

Esta metodología permite registrar la percepción y la experiencia de las víctimas frente a su situación de vulnerabilidad y enfermedad, pero también frente al análisis estadístico para abordar de manera integral el fenómeno del conflicto y el análisis de la situación en salud de los niños y niñas de la Ciudadela (Johnson, 2004, Pág. 14 – 26). Este modelo mixto constara de los siguientes pasos:

1. Construcción del diseño metodológico mixto

2. Trabajo de campo y recolección de información o datos de entrada
3. Análisis e interpretación de datos
4. Legitimación de resultados
5. Elaboración de informe

Desde este abordaje, se busca primero, obtener conocimiento sobre los factores que intervienen en el incremento de la morbilidad de niñas y niños de primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, y segundo, evidenciar cómo se estructura el componente de cuidado frente a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en los niños y niñas víctimas de la Ciudadela Santa Rosa.

Con este método, se definen los antecedentes generales, temas y tópicos respecto al problema de intervención, documenta ciertas experiencias y sugerencias de aspectos relacionados que deben examinarse y ser abordados. En un segundo nivel, se describen las características de la población participante y fenómeno específico de la enfermedad, su proceso evolutivo y cambio en la población desplazada.

El observar e indagar de manera independiente cada una de las variables y categorías, es un desafío de ir más allá de la descripción de conceptos o del establecimiento de relaciones entre los mismos, su interés se centra en explicar porque ocurre el fenómeno y en qué condiciones se da, o porque dos o más variables o categorías de trabajo están relacionadas; en conclusión, se pretende evidenciar de manera integral los hallazgos sobre la morbilidad en niños y niñas de la Ciudadela y así propender por la construcción de una estrategia comunitaria para mejorar las prácticas en el cuidado de la salud de niños y niñas.

8.2 Sujetos sociales

La muestra de los sujetos sociales es en esencia para este proyecto un subgrupo de la población víctima de conflicto armado que tiene características asociadas a la edad y al desplazamiento forzado. No obstante, la responsabilidad de los datos no recae directamente

sobre la población objeto de niños y niñas, sino sobre sus padres, cuidadores o tutores y profesionales de la salud y ciencias sociales que intervienen en la Ciudadela.

En realidad, la muestra de este proyecto pretende evidenciar las prácticas más representativas de padres frente al cuidado de la salud de niñas y niños de la primera infancia. Por tanto, el uso de las respuestas obtenidas de este grupo de sujetos, es por demás útil, por su experiencia frente a la maternidad y paternidad y por el la experiencia frente al desplazamiento, la enfermedad y la salud.

Así también la experiencia de los profesionales de las ciencias sociales y de la salud que realizan intervención en la población residente en Santa Rosa, es significativo en este trabajo de énfasis por cuanto tienen percepciones puntuales sobre la calidad de la salud y la enfermedad de los residentes en este territorio.

A partir de dicha claridad, la recolección de datos involucrara necesariamente los siguientes sujetos sociales:

- Progenitores con núcleos familiares en condición de desplazamiento forzado residentes en la Ciudadela Santa Rosa, que tengan o hayan tenido niños o niñas reciente o actualmente en el ciclo vital de primera infancia y cuyo lugar de nacimiento sea el lugar de expulsión.
- Madres comunitarias con hogares de bienestar familiar ubicados en la Ciudadela Santa Rosa, cuidadoras de niñas y niños en condición de desplazamiento.
- Profesionales de las ciencias sociales y de la salud que intervengan con regularidad el territorio de la Ciudadela Santa Rosa.

8.2.1 Criterios de selección de la muestra

Desde luego, con la selección de la muestra de los sujetos se busca afinar la consecución de los datos, considerando la estimación de tiempo, costo, exigencias académicas y rigurosidad en los hallazgos. Los criterios para este proyecto se tomaran desde la propuesta

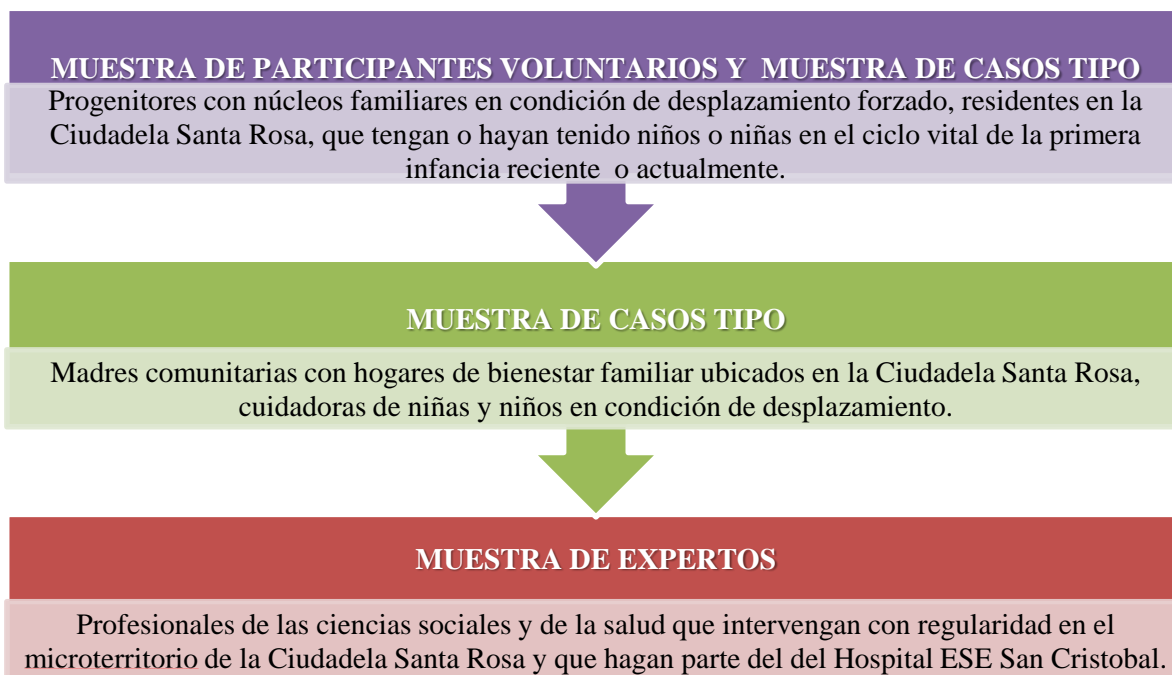
de Sampieri, que en últimas, busca seleccionar una muestra no intencionada que se tomará con muestra de participantes voluntarios, muestra de expertos y muestra de casos tipo².

Los criterios de inclusión de la muestra para este proyecto obedecen al guion y propósito de la estrategia que se pretende construir a partir de la recolección de información. Por ello, para el caso de los progenitores, se hará uso de la *muestra de participantes voluntarios*, es decir, individuos que voluntariamente quieran acceder a participar en el estudio siempre y cuando cumplan con los criterios anteriormente mencionados.

Para el caso de la muestra de los profesionales de las ciencias sociales y de la salud, se aplicará la técnica de selección de; *muestra de expertos*, por cuanto es trascendental obtener la percepción de profesionales sobre los patrones de cuidado que ejercen los individuos que han sido valorados desde cada disciplina en el sector salud. Aquí es importante señalar que este tipo de muestra es frecuente en estudios cualitativos y exploratorios porque permiten generar hipótesis más precisas sobre los perfiles de la población objeto (Gráfico 3).

Dado que se pretende generar profundidad en este diagnóstico, básico para la conformación de la estrategia, se involucrará una *muestra de casos tipo*. Esta muestra busca asegurar la profundidad y calidad de la información. Es importante por cuanto permite analizar los casos específicos asociados al desarrollo de la enfermedad en niños y niñas de la primera infancia y favorece la introducción a los casos puntuales de padres con niños o niñas que en efecto hayan padecido un quebrantamiento importante en su salud o en su defecto, madres comunitarias que hayan tenido niños o niñas en sus hogares con algún diagnóstico clínico por alguna enfermedad.

GRAFICO No. 3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA



En resumen (Tabla No. 2), para perfeccionar este diseño metodológico y en específico la recolección de datos, los principales métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas que se aplicaran de acuerdo a los objetivos de este proyecto de intervención, están cifrados por elementos explicativos que permitirán un hilo conductor, necesario para visualizar de manera práctica y concreta como se cubrirá los objetivos pactados al inicio de este documento, distribuidos así:

OBJETIVO	SUJETOS	TIPO DE MUESTRA	TÉCNICA O INSTRUMENTO	MÉTODO
Caracterizar las condiciones de vida de los niños y niñas de la primera infancia del desplazamiento forzado, residentes en la Ciudadela Santa	Progenitores	Muestra de participantes voluntarios y muestra de casos tipo	Encuesta	Cuantitativa
			Cartografía social	Cualitativo

Rosa.				
Analizar las principales causas de morbilidad en los niños y niñas de la primera infancia residentes en la Ciudadela Santa Rosa	Progenitores	Muestra de participantes voluntarios	Encuesta	Cuantitativa
	Madres Comunitarias	Muestra de casos tipo	Entrevista semi-estructurada	Cualitativo
			Cartografía social	Cualitativo
	Profesionales de la salud y de las ciencias sociales	Muestra de expertos	Entrevista semi-estructurada	Cualitativo
			Cartografía social	Cualitativo
	Identificar las prácticas de cuidado e itinerarios terapéuticos de padres de familia víctimas de conflicto armado y cuidadores frente a la protección de la salud de los niños y niñas de la primera infancia.	Progenitores	Muestra de participantes voluntarios	Encuesta
Madres Comunitarias		Muestra de casos tipo	Entrevista semi-estructurada	Cualitativo
Profesionales de la salud y de las ciencias sociales		Muestra de expertos	Entrevista semi-estructurada	Cualitativo

8.3 Técnicas e instrumentos

Es de particular importancia para este y todo tipo de proyectos de intervención, otorgar la relevancia a las técnicas e instrumentos que se emplearán para la recolección de datos e insumos en el marco de la indagación. En consecuencia, se realizó un exhaustivo análisis de la metodología a implementar, que reconoce las consideraciones sobre la población, pero que a su vez, recaban sobre los insumos requeridos para la recolección de datos, análisis y posterior construcción.

En este proyecto de intervención, las herramientas empleadas para examinar los factores que inciden en la morbilidad en niños y niñas del ciclo vital de la primera infancia víctimas del desplazamiento y residentes en la Ciudadela Santa Rosa, se destacan: la encuesta, la entrevista semi-estructurada y la cartografía social y sobre las cuales se describe lo siguiente:

8.3.1 Encuesta

La encuesta, es una técnica descriptiva que consiste en una lista de preguntas apuntadas a una muestra representativa de la población objetivo, tienen la ventaja de posibilitar la comparación de las respuestas, favorecen el anonimato alentando a responder con mayor sinceridad, aunque tiene como desventaja la imposibilidad de hacer aclaraciones, por ello se debe complementar o explicitar estas cuestiones con la aplicación de las otras estrategias (Torrado, 2004).

El instrumento diseñado para este proyecto, permite apreciar la información con preguntas abiertas y cerradas. Indaga sobre lo que la población piensa en relación al tema, así como el nivel de conocimiento sobre éste. El acercamiento surge por medio de preguntas que los sujetos pueden responder con sus propias palabras u otras en la cuales se les brindan opciones que ellos eligen según sus propios criterios.

Este instrumento será aplicado a los padres que cumplan con los criterios anteriormente señalados y responderá a las categorías de: Perspectivas del enfoque diferencial, Dimensión cultural del fenómeno del desplazamiento forzado, Atención Integral de la Primera infancia e Incidencia de los determinantes sociales de la salud. No obstante, este instrumento responderá a las subcategorías que señaladas en el Anexo No.1.

8.3.2 Entrevista semi-estructurada

La entrevista semi-estructurada es una técnica cualitativa, ha sido y sigue siendo, el instrumento de selección más utilizado, más idóneo y a juicio de algunos, más seguro. Es una de las modalidades frecuentemente utilizada en la recolección de información que requiere liderazgo, motivación y capacidad para inducir a temas esperados según necesidades de la investigación (Garner, 2001).

La aplicación de este modelo de entrevista, siendo que es abierta frente a la encuesta, permite dar profundidad y aclarar las respuestas de cada categoría y subcategoría inscrita en este documento previamente.

La empleabilidad de este instrumento incluso favorece evaluar el conocimiento y la experiencia de cada entrevistado frente al fenómeno de la enfermedad y la asociación de esta con el desplazamiento forzado. En cada intervención con esta técnica es posible provocar respuestas no esperadas, pero sin lugar a dudas, útil en los hallazgos. Cabe señalar que esta técnica será aplicada a madres comunitarias y profesionales de las ciencias sociales y de la salud, cada una con un instrumento de acuerdo a la necesidad de indagación y respecto a las categorías de determinantes sociales de la salud y las dimensiones de atención institucional y cultural del desplazamiento, señaladas en parte inferior de este documento, en los Anexos 2 y 3 respectivamente.

8.3.3 Cartografía social

La cartografía es un instrumento técnico y vivencial de tipo cualitativo que se desarrolla con actores sociales con quienes se logra compartir, discutir y concertar puntos de vista, información y conocimiento sobre la realidad de un territorio determinado (IDPAC, 2008). Esta es una excelente herramienta que permite identificar con el lenguaje y la representación icnográfica, la descripción y clasificación de las situaciones más significativas del territorio que se está analizando, es decir, en este caso, la Ciudadela Santa Rosa.





Este ejercicio, es una propuesta conceptual y metodológica de reconocimiento del entorno socio-territorial (Tabla No.3), que puede ser asumido por los residentes y actores externos como la construcción manual y grafica de las complejidades que tiene la Ciudadela en relación a los determinantes sociales y de la salud, en la consecución de la enfermedad en los niños y niñas de la primera infancia. Se puede señalar tres grandes grupos de actores que participaran en esta técnica: Los padres de familia, las madres comunitarias y los




profesionales de la salud, bajo los mismos argumentos señalados y seleccionados en la parte superior de este capítulo.

Bajo la premisa que serán los mismos actores incluidos en las otras técnicas, a través de ellos se procurara evidenciar las dimensiones interdependientes (ambiental, económica, política, cultural, social e histórica entre otras.) de los factores asociados al desarrollo de la enfermedad y las prácticas del cuidado de la salud de niños y niñas de la primera infancia.

Esta técnica permitirá desarrollar un lenguaje común de interpretación de las diferentes percepciones de la realidad sobre la Ciudadela, generando espacios de reflexión, que determinan según los residentes, áreas significantes que marcan y transforman la dinámica social de este territorio. Esta consistirá en que los sujetos sociales que participan, ubiquen en el mapa de la Ciudadela las siguientes señales, bajo las siguientes instrucciones:

1. El investigador realizara una precisión sobre el concepto de espacio público y detección y uso de los espacios públicos de la Ciudadela.
2. A los actores sociales que se involucre en esta técnica se debe instruir con claridad sobre la ubicación del mapa y la iconografía que se utilizara.
3. Sobre el mapa, cada actor debe situar sobre el plano de la Ciudadela los dibujos que señalan su percepción puntual y suficiente de los puntos que se describen en la Tabla No. 3:

TABLA No. 3 CARTOGRAFÍA SOCIAL CIUDADELA SANTA ROSA	
	Presencia de mascotas
	Presencia de niños y niñas de 0 a 6 años
	Presencia de niños de 0 a 6 años con síntomas de enfermedad
	Presencia de puntos críticos por acumulación de basuras

	Presencia de roedores y vectores
	Presencia de jardines, colegios, guarderías, hogares de bienestar
	Ubicación de otras situaciones o conflictos de la Ciudadela, asociados al desarrollo de la enfermedad de niños y niñas de la primera infancia.

8.4 Análisis de categorías

Con el fin de garantizar la organización y control de los datos que subyacen al modelo planteado en este diseño, se construyó algunas categorías, de conceptualización que dan cumplimiento a la necesidad de hallar la información requerida y formuladas en la Tabla No. 4, que permiten decantar los datos recolectados, los cuales responden a una estructura sistemática, inteligible y por tanto, significativa para este proyecto, conformadas de la siguiente manera:

TABLA No. 4 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS			
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN
INCIDENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Los determinantes sociales son las condiciones sociales en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, está asociada a la determinación social por cuanto no solo hace proyecciones técnicas, sino que relaciona incidencias o ausencias del poder y la clase social, la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir. En este sentido, los determinantes buscan identificar las asociaciones de la	La morbilidad en la primera infancia	Identifica los determinantes sociales de la Ciudadela que desencadenan riesgos para la salud de los menores e identifica las principales enfermedades y sus causas en niños y niñas
		Capacidad de adaptación y sobrevivencia	Analiza la enfermedad en relación a factores de adaptación asociados a códigos genéticos y ancestrales por cambios

<p>enfermedad en un marco histórico-social, el cual podrá cuestionar la situación desde que la población salió expulsada de sus municipios de origen, hasta el momento en que arriba y reside en la Ciudadela.</p>		climáticos y ambientales.
	Contexto	Determina las condiciones medio ambientales y habitacionales que prevalecen en la Ciudadela y que se asocian a la aparición de la enfermedad
	Características de la vivienda	Relaciona los bienes y servicios que posee la vivienda frente al título de propiedad, condiciones higiénicas y características físicas de la residencia, etc.
	Equipamientos	Se refiere al consumo de servicios públicos, acceso al espacio público y los elementos que en él se encuentren como parques, establecimientos educativos y vías públicas, entre otros.
	Entono	Es el conjunto de circunstancias o factores sociales, culturales, ambientales y económicos, etc., que rodean e influyen el estado de niños y niñas en la Ciudadela
	Conformación del	Identifica tipos de

		hogar	relación, número de parientes y parentesco de las personas que comparten el espacio de la vivienda con los niños y niñas.
PERSPECTIVAS DEL ENFOQUE DIFERENCIAL	Es un producto combinado entre la diversidad y la inequidad y se expresa en el dominio de los atributos humanos, naturales y sociales como la diferencia de clase social, grupo étnico, condición o situación de discapacidad y otras particularidades que presuponen inequidad y quienes buscan reconocimiento y defensa de sus derechos como colectivo.	Enfoque diferencial	Se encuentran Niños, niñas y adolescentes, Mujeres, Personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, Personas mayores, Personas con discapacidad, Pueblos Indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, y el Pueblo Rom.
DIMENSIÓN CULTURAL DEL FENÓMENO DEL DESPLAZAMIENTO O FORZADO	La desterritorialización o desplazamiento forzado es la pérdida de espacio y territorio, un evento que fractura la relación entre comunidad y cultura e historia atribuida a un lugar; además de la pérdida de algunos de los hábitos asociados al territorio de origen o expulsión. Este detrimento claramente afecta las condiciones de	Espacio y territorio	Valor significativo del territorio al que se le atribuye la pérdida de una porción de espacio asociado a dinámicas históricas de crianza, laborales, culturales y educativas entre otras.
		Patrones de crianza	Son acciones de la crianza que aportan para el desarrollo de niñas y niños y

	arraigo o desarraigo de las colectividades.		que contienen elementos de lo cultural, lo étnico, lo simbólico y las costumbres.
DIMENSIÓN DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL	Analiza el proceso y acceso al sistema de salud por parte de las familias que estimulan o desestimulan ocasionalmente la concurrencia a los centros asistenciales para la atención de la enfermedad.	Sistemas médicos	Reconoce el uso de la medicina popular para el cuidado y protección de los niños y niñas
		Itinerarios burocráticos de la salud	Son demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que el sistema de aseguramiento impone a los pacientes y familiares en general para acceder a los servicios de salud.
		Barreras de acceso en salud	Son impedimentos fijos o temporales para el acceso a un determinado servicio, por causas individuales, sociales o espaciales.
		Atención comunitaria	Hace referencia a una serie de prácticas y acciones sociales en el marco de un sistema "artesanal" y que articula conocimientos, teorías, procedimientos por parte de la comunidad.

		Rutas de atención	Son herramientas que orientan e indican la forma y acceso a los servicios de salud ofertados por el sistema asistencial.
ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA	La primera infancia es el ciclo vital que focaliza niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad. Este es un periodo de concreción de la atención y educación inicial del ser humano, que subyace por la trascendencia que cobra en todos los aspectos del desarrollo del individuo (fisiológico, social, cultural, económico, entre otros). La atención en la primera infancia es una de las prioridades nacionales, donde figura el aseguramiento de niños y niñas a todos sus derechos de salud y protección, entre otros.	Vinculación a sistemas de protección	Identifica la vinculación de niños y niñas a las bondades de las políticas públicas
		Factores que inciden en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud	Reconoce la percepción sobre los factores ambientales, condiciones del aire, iluminación, el espacio y la contaminación entre otras, que afectan la salud y el comportamiento de los niños y niñas de la primera infancia.
		Condiciones de la primera infancia	Reconoce puntualmente las condiciones habitacionales y sociales en que residen los niños y niñas
		Nutrición	Analiza la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad.

8.5 Consideraciones éticas

De acuerdo a la Resolución 08430 de 1993 y la Resolución 2378 del 2008 del Ministerio de Salud, el consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16, describe la forma como se garantizarán los principios éticos en investigación, que específicamente en este proyecto indica la estrategia que se adoptará para el tratamiento y análisis de los datos proporcionados por cada actor intervenido.

Para ello, el mecanismo de acceso a los instrumentos de recolección de información es de tipo voluntario, es decir, padres, madres, madres comunitarias y profesionales de las ciencias de la salud que voluntariamente quieran participar en el proyecto. Y a quienes en efecto se les garantiza que la protección de los datos será asumida de manera reservada para prevenir riesgos a ellos mismos como a los otros participantes y a terceros (Rueda, 2004).

La finalidad de este documento es asegurar que los individuos que participan en el proyecto en la fase número cuatro del proyecto (Grafico No. 4), estén confiados que el tratamiento de la información respetara sus valores, intereses, preferencias y sus decisiones autónomas. De hecho existirá una especial precaución en la protección de los datos ya que se trata de una población vulnerable y de protección especial. El documento de consentimiento informado que se encuentra en el Anexo No. 4, contiene estos tres elementos principales:

1. Información

La información se entregara en un lenguaje y forma que sea comprensible. Allí se incluirá el propósito de la investigación, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios de la información obtenida y finalmente asegurar la confidencial.

2. Nivel educacional

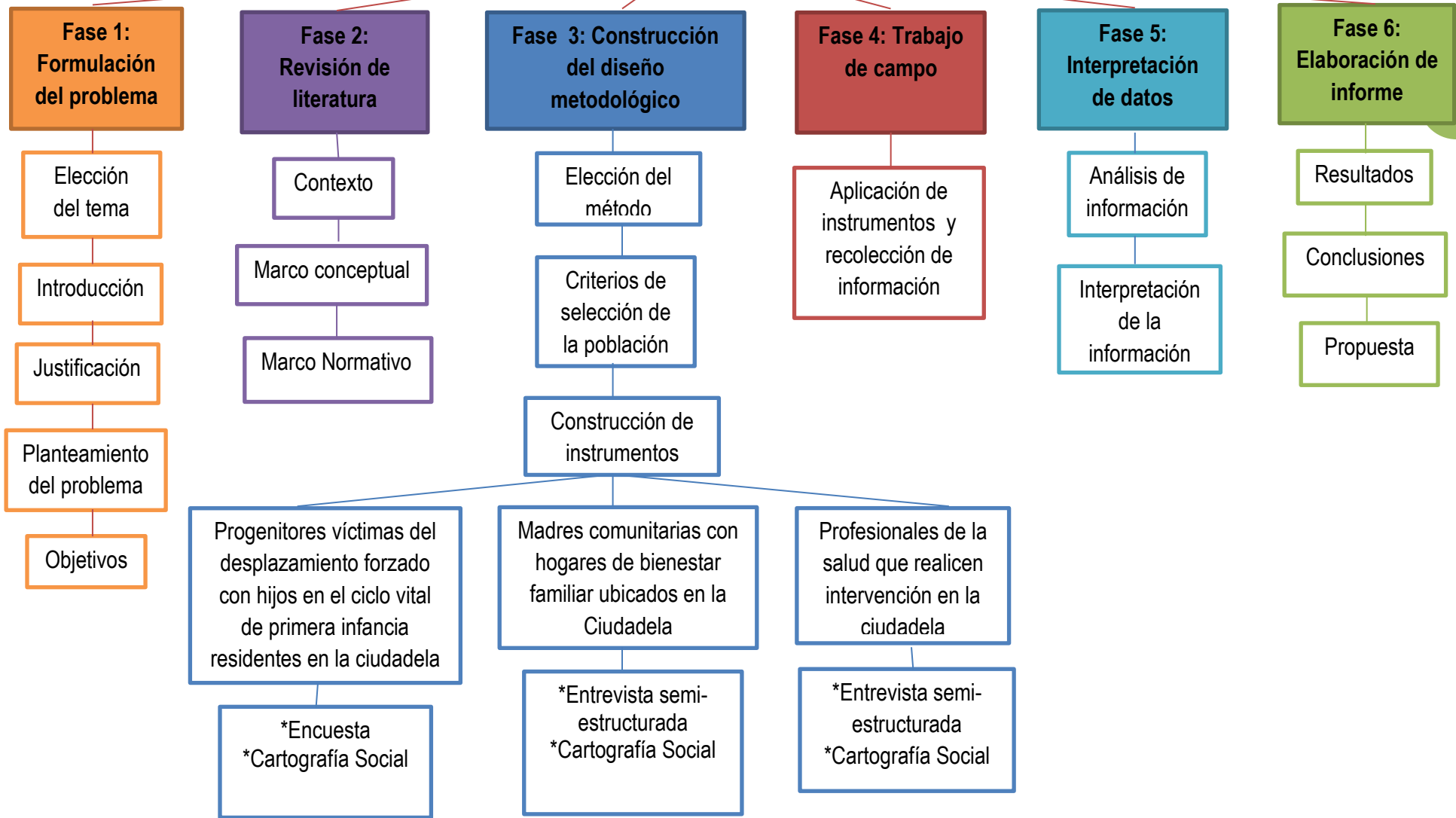
Este proyecto se asegurara de la capacidad de los sujetos de entender la información. Y dada la complejidad del propósito de este estudio, no serán objeto de intervención ni niños,

ni ancianos con alguna enfermedad mental, ni personas con algún tipo de trastorno mental, ni quien se encuentre bajo los efectos de las sustancias alucinógenas.

3. Voluntariedad

Se pretende que las personas otorguen a través del consentimiento informado su decisión esencial de participar voluntariamente en las técnicas de recolección y de abstenerse a responder cuando lo consideren necesario.

GRAFICO No. 4
FASES DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN



9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con la intención de despejar los objetivos planeados al inicio de este documento, se desarrolló un esquema que permitió descubrir los aspectos más relevantes asociados a la temática, los cuales recibieron el tratamiento correspondiente para el análisis de los mismos y que serán presentados en este capítulo.

Este estudio está basado sobre una muestra de 41 padres de familia (Tabla No. 5), 4 madres comunitarias y 5 profesionales con perfiles de Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia e Ingeniería Ambiental, todos adscritos a las acciones de la ESE Hospital San Cristóbal. El fin último de este estudio, subyace en la identificación de prácticas del cuidado en la salud que asumen padres de familia con niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado.

Los hallazgos logrados fueron vaciados básicamente en tres subcapítulos. El primero de ellos está relacionado a la estructura organizativa de los núcleos familiares, incluyendo la descripción de los lugares de expulsión, niveles de estudio, ingreso, tipología familiar y condiciones habitacionales. El segundo, está relacionado con la percepción de salud y enfermedad, la aparición de los signos y síntomas de las principales causas de morbilidad, alimentación, condiciones ambientales y factores asociados al deterioro de las viviendas y del entorno. Por último, se evidencia las prácticas de padres en el cuidado de la salud de niños y niñas, itinerarios terapéuticos, recepción de recursos de las políticas públicas y el acceso a los servicios de salud. Estos son los resultados.

TABLA No. 5 TABULACIÓN DE RESULTADOS DE ENCUESTA A PADRES DE FAMILIA						
Tipo de Familia	Extensa	Nuclear	Monoparental	Recompuesta	TOTAL	
	N	18	12	6	5	41
	%	43,9	29,3	14,6	12,2	100
Vinculación SGSSS	Contributivo	Subsidiado	Sin afiliación	Especial	TOTAL	
	N	10	23	8	0	41
	%	24,4	56,1	19,5	0,0	100,0

Pertenencia Étnica	Con pertenencia étnica Afro descendientes		Sin pertenencia étnica		TOTAL				
	N	26	15		41				
	%	63,4	36,6		100,0				
Figuras proveedoras económicamente	Abuelos	Ambos padres	Figura materna	Figura Paterna	No trabajan	TOTAL			
	N	5	2	8	22	4	41		
	%	12,2	4,9	19,5	53,7	9,8	100,0		
Nivel de Ingresos	Un SMLV	Menos SMLV	Entre 1 y 2 SMLV	Sin ingresos		TOTAL			
	N	16	19	2	4		41		
	%	39,0	46,3	4,9	9,8		100,0		
Tipo de vivienda	Ocupación de hecho		Arriendo	Familiar		TOTAL			
	N		31	8		2		41	
	%		75,6	19,5		4,9		100,0	
Personas que residen en la vivienda	Entre 2 y 4 personas		Entre 5 y 9 personas	Entre 10 y 15 personas		Total			
	N		10	29		2		41	
	%		24,4	70,7		4,9		100,0	
Servicios públicos	Acueducto y alcantarillado		Energía	Gas		Internet			
	N		39	39		26		12	
	%		95,1	95,1		63,4		29,3	
Enfermedad resiente y preexistente	Menores con síntomas diarreicos el último mes	Menores con enfermedad respiratoria el último mes	Menores que consultaron al médico durante el último mes	Menores con enfermedad preexistente	Menores con enfermedad preexistente con control	Menores en condición de discapacidad			
	N	6	6	9	5	4	3		
	%	14,6	14,6	22,0	12,2	9,8	7,3		
Comidas que ingiere el menor	Desayuno		Medias Nueves	Almuerzo	Onces	Cena			
	N		41	11		41		11	41
	%		100,0	26,8		100,0		26,8	100,0

Alimentos consumidos en la última semana	Cereales (arroz, avena, cebada, maíz), y tubérculos como papa, plátano, yuca	Leche, derivados lácteos, queso	Panela y huevo	Carnes y/o pescado, res, cerdo, gallina, hígado, menudencias, atún)	Leguminosas (frijol, lenteja, arveja, garbanzo, habas)	Hortalizas, verduras y frutas	
	N	36	25	36	25	32	12
	%	87,8	61,0	87,8	61,0	78,0	29,3
Alimentación antes y después del desplazamiento	Menores que recibieron lactancia exclusiva hasta los seis meses		Familias que se alimentaban mejor antes del desplazamiento	Familias que se alimentan mejor después del desplazamiento	Familias que se alimentan igual, antes y después del desplazamiento		
	N	38	32	4	5		
	%	92,7	78,0	9,8	12,2		
Manejo de basuras y tenencia de mascotas	Consideran que hay mal manejo de basuras	Consideran que hay puntos críticos por disposición inadecuada de basuras	Tiene mascotas	Tiene en la vivienda entre 1 y 2 mascotas	Tiene en la vivienda entre 3 y 5 mascotas		
	N	41	40	22	15	6	
	%	100,0	97,6	53,7	36,6	14,6	
Espacio público de la Ciudadela	Considera que el espacio público es suficiente	Considera que el espacio público es limpio	Considera que el espacio público es de uso adecuado por parte de dueños de mascotas	Considera que el espacio público es seguro	Considera que hay presencia de roedores y vectores	Aplica técnicas de control para roedores y vectores	
	N	21	10	4	13	41	31
	%	51,2	24,4	9,8	31,7	100,0	75,6
Enfermedad, medicina popular y barreras de acceso	Menores que se enferman con mayor frecuencia después del desplazamiento	Menores que se enfermaban con mayor frecuencia antes del desplazamiento	Menores que se enferman en igual proporción, antes y después del desplazamiento	A recurrido al uso de medicina ancestral o popular para sanar a los menores de seis años	Ha tenido o tiene barreras de acceso en salud		
	N	33	4	4	29	32	
	%	80,5	9,8	9,8	70,7	78,0	
Vinculación a políticas públicas	Ayudas que provienen de la UARIV	Ayudas que provienen de la SDIS	Menores vinculados a jardín o colegio	Percepciones negativas frente la atención de los jardines			
	N	21	11	31	2		
	%	51,2	26,8	75,6	4,9		

9.1 Condiciones de vida de los niños y niñas de la primera infancia

Las condiciones de vida de los niños y niñas, es el modo en que ellos y sus familias desarrollan su existencia. Por tal, involucra la descripción observable de cada núcleo familiar, es su contexto en todos los ámbitos, tales como el social, económico, histórico y político. Así que a través de los resultados derivados de las encuestas a padres de familia se obtuvo la siguiente información:

La totalidad de los registros corresponden a niños y niñas entre los 0 y 6 años y como era de esperar, el 100% de sus núcleos familiares son víctimas del hecho victimizante de desplazamiento forzado, de éstos, el 56% fueron expulsados de zonas rurales.

Frente a la vinculación en el sistema de seguridad social en salud, se observó que al momento de la atención el 56.1% estaba en el régimen subsidiado, el 24.4% en el régimen contributivo y el 19.5% no tenía afiliación a ningún régimen de seguridad social.

Los lugares de origen de los residentes de la Ciudadela, coinciden con los municipios y departamentos de mayor índice de desplazamiento forzado, tales como: 22% de Tumaco y Barbacoas (Nariño), 19.5% Buenaventura (Valle), 10% de Solita, San José de la Fragua y Aquitania (Caquetá), 10% de Cantagallo, San Martín De Loba y Carmen de Bolívar (Bolívar), 10% de San Luis, El Banco, Coyaima y La Aurora (Tolima), 7% de Quipile y Venecia (Cundinamarca), 5% de Quibdó y Litoral De San Juan (Choco), 5% de Santander De Quilichao (Cauca), 2% de Quimbaya (Quindío), 2% de Puerto Garzón (Putumayo), 2 de Apartadó (Antioquia) y 2% de Acevedo (Huila).

En efecto, se evidencia que la Ciudadela congrega una diversidad cultural subyacente de la amplia geografía humana, que representa los lugares de origen de los residentes, formas de vida y costumbres que se hacen evidentes en el auto reconocimiento de la población participante. De hecho, los padres del 63.4% de las niñas y niños, reconocieron tener pertenencia étnica afro descendiente, mientras que el 36.6% refirieron no tener ningún tipo de pertenencia étnica.

Además del multiculturalismo, en la situación general de la Ciudadela incide un grupo importante de micro y macrofactores (socioeconómicos, ambientales, políticos y familiares), donde se evidenció bajas condiciones socioeconómicas, bajo nivel educativo de padres o cuidadores y quienes están vinculados a trabajos u oficios con bajos ingresos obtenidos de actividades como construcción, reciclaje, ventas ambulantes, aseo, restaurantes, lavaderos de carros y trabajo en casas de familia.

De hecho, el 29% de las mujeres encuestadas refirieron tener bachillerato completo, mientras que los hombres del mismo grupo etario solo llegan al 7%, el 2% tiene formación técnica, 0.0% tecnológica y un 2% corresponde a hombres y mujeres con nivel de educación profesional. En su mayoría, el 39% de padres y madres tienen nivel educativo de primaria completa, así que éste dato resulta ser un determinante social importante, no solo porque da explicación a los bajos ingresos de las familias, las deficientes condiciones habitacionales y de hacinamiento, sino que también explica según Biondoli (2000), que el nivel educativo de los padres es un factor que tiene una relación directa con el desempeño escolar y la calidad de vida de los niños y niñas (Bondioli, 2000).

Las figuras que proveen y aportan económicamente para los núcleos familiares recaen el 12.2% en abuelos, en ambos padres un 4.9%, solo la madre el 19.5%, mientras que en la figura paterna recae un 53.7%. De estos núcleos familiares, el 39% refirió que reciben un salario mínimo al mes, el 46.3% refirió que reciben menos de un salario mínimo, el 4.9% recibe entre uno y dos salarios mínimos y el 9.8% no recibe ingresos por encontrarse desempleado.

Frente a la composición familiar se encontró que el 43.9% son familias extensas, el 29.3% corresponde a familias nucleares, 14.6% son familias monoparentales con jefatura femenina y el 12.2% corresponde a familias recompuestas. El 75.6% del total de las familias residen en viviendas en ocupación de hecho, el 19.5% paga arriendo y el 4.9% reside en vivienda familiar. El argumento que sustenta la composición de las familias monoparentales y recompuestas, se determina por los factores asociados al contexto del conflicto armado por ausencia, homicidio o reclutamiento de sus compañeros sentimentales.

Sin embargo, los efectos del contexto del conflicto armado pueden variar, por ejemplo, según padres de familia, refieren que la adaptación a la Ciudadela está mediada por las nuevas condiciones económicas y del entorno.

Generalmente existen condiciones económicas precarias que degradan el acceso a mejores condiciones de vida y por el contrario, entraña una situación de dependencia y vulnerabilidad social que supone una situación de riesgo como el hacinamiento, condición a la que se someten las víctimas, teniendo que refugiarse en entornos insalubres que afectan y generan daño en el crecimiento de niños y niñas. No en vano los efectos de la guerra se concentran en población vulnerable, con recursos limitados, involucrados sin intención en las consecuencias del conflicto.

Las terribles experiencias de estas víctimas no solo ocasionaron pérdida de su integridad y su estima, sino que también provocaron pérdida de sus bienes muebles e inmuebles, lo que provocó que los núcleos familiares se trasladaran con sus parientes más cercanos y arribaran a la Ciudadela. Puntualmente, las casas de Santa Rosa tienen en su mayoría dos plantas, compuestas por sala comedor, cocina, un patio, un baño y dos cuartos, espacios en los que el 70.7% de los hogares mencionaron que viven entre 5 y 9 personas, 24.4% entre 2 y 4 personas y el 4.9% refirió que residen en el mismo espacio entre 10 y 15 personas, de los cuales el 81% son personas que se reconocen como víctimas del conflicto armado.

La ingeniera ambiental explicó que la relación entre las escasas condiciones habitacionales y la acumulación de residuos dentro y cerca de la vivienda, agudiza la exposición de la comunidad a la adquisición de enfermedad, [...] *Precisamente en el ambiente de allí se evidencia hacinamiento, [...] no son conscientes de cómo está el ambiente, como están haciendo la recolección de basuras, como está el hacinamiento, la higiene de la casa como tal, [...] Son viviendas húmedas, frías, el material con el que están construidas hacen que las condiciones no sean óptimas para que los niños tengan buen estado de salud por las inadecuadas prácticas de aseo al interior de la vivienda.* (Entrevista a profesional del sector salud, 2017)

Sin ser un diagnóstico universal, el hacinamiento es un factor que provoca tanto en niños, niñas y adultos, consecuencias que recaen sobre varios aspectos como alteración en el comportamiento y deficientes prácticas de higiene, bajo rendimiento escolar en los niños y niñas por factores asociados a la violencia intrafamiliar y la precariedad económica. No obstante, un aspecto con mayor relevancia es la salud, porque se acumula e intensifica el riesgo de adquirir y padecer signos y síntomas de enfermedad subyacentes por la ausencia de espacio y otros generadores como se explica a continuación.

El hacinamiento es un detonante para la propagación de enfermedades, incrementa la ocurrencia de accidentes al interior del hogar por el tránsito de personas, aumenta el estrés y el comportamiento de los residentes, disminuye las “defensas naturales de la gente” y además puede provocar actos de violencia al interior de la vivienda (Lentini, 1997, Pág. 23 – 32).

El hacinamiento particularmente en la Ciudadela está asociado a deficientes condiciones de higiene e inadecuada circulación de aire por falta de espacio y sellamiento de ventanas y puertas principales de las viviendas.

Frente a la infraestructura y adecuación de la vivienda, como era también de esperarse, el 80.5% tienen servicios públicos obtenidos de manera ilegal. El 95.1% de residencias cuentan con el servicio de acueducto, alcantarillado y energía, el 63.4% cuenta con instalación de gas, es decir que el 36.6% restante de la población usa pipeta de gas y solo un 29.3% tiene acceso a internet. Por la ilegalidad de los servicios recaen varios eventos: se incurre en un delito que puede provocar sanciones disciplinarias y judiciales, las conexiones eléctricas y de tuberías hechas son fraudulentas y peligrosas, no solo para los residentes, sino para la comunidad en general, ya que agudizan los riesgos de provocar daños en la salud dado que no se garantiza calidad en el servicio, ni la protección del bien donde se realizan las uniones de cableado.

[...] Muchas de esas viviendas no cuentan con los servicios básicos, es un barrio de invasión, algunas esas viviendas no tienen lo básico que sería agua, luz y alcantarillado,

muchas veces van y piden agua a los vecinos o tienen a reciclar aguas lluvias sin tener un adecuado manejo, en cuanto a la luz dificulta también la refrigeración de alimentos por ejemplo, (Entrevista a profesional del sector salud, 2017). Dichas ausencias desmejoran según el perfil de psicología, la situación latente de adquirir enfermedades en niños y niñas.

De manera que estos hallazgos en efecto, inciden en los determinantes sociales de la salud (OMS, 2012), los cuales agudizan el deterioro de la calidad de vida de los niños y niñas, subyacentes del detrimento de las residencias y las precarias condiciones del entorno de la Ciudadela.

9.2 Principales causas de morbilidad en niños y niñas de la primera infancia

De acuerdo a la percepción y experiencia de los profesionales y las madres comunitarias, se concluyó que las enfermedades más prevalentes en niños y niñas menores de seis años en la Ciudadela Santa Rosa, son: [...] *Bueno, las enfermedades más prevalentes en niños y niñas son la EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), las IRA (Infección Respiratoria Aguda), todo tipo de infección intestinal y se presenta con mucha frecuencia lo que tiene que ver con resfriados comunes, [...] También hay mucho desconocimiento frente al proceso de vacunas, las personas no están acostumbradas a asistir regularmente a controles médicos. Y se incide en que las repercusiones se reflejan en [...] Tos, fiebre, gripas y diarreas (Entrevista a madres comunitarias y profesionales del sector salud, 2017).*

Por un lado, el hacinamiento y las condiciones de la vivienda según los profesionales y la ex coordinadora del territorio, favorecen y multiplican las causas principales para que los niños y niñas adquieran enfermedades: [...] *Son casas que tienen presencia de humedad, hay escombros, no son lugares adecuados, no hay ventilación, iluminación y se podría facilitar que se propague las enfermedades, [...] En las casas a veces aparecen pequeños pantanos, aguas que están ahí durante varios días, hay hacinamiento, son muchas las personas que habitan en una sola casa y pues eso contribuye a la presencia de virus y bacterias (Entrevista a profesional del sector salud, 2017).*

Tal como se evidencia, las condiciones que deterioran la salud de niños y niñas subyacen en los modelos explicativos de la enfermedad que usa cada población. Por un lado los profesionales y por el otro, los padres de familia y madres comunitarias. Para los primeros, es evidente que las condiciones que propician la causa de la enfermedad, son efectos que podrían controlar los padres de familia y por varias razones no lo hacen. Podrían controlarlos siempre y cuando se mejoraran las condiciones habitacionales, se hiciera uso del sistema de salud, se controlara el acceso de la población en las residencias y otros factores asociados al deterioro de las mismas.

Por otro lado, de acuerdo a la percepción de los padres de familia y madres comunitarias, entre las causas principales para que los niños y niñas adquieran enfermedades, se encuentran al menos tres aspectos: Primero, Los factores ambientales que no pueden controlar: [...] *Por las lloviznas, porque los pica algún animal, [...] Por el mal clima, [...] Por la contaminación del medio ambiente, [...] Por el cambio de clima y la basura,* (Imagen 6), [...] *Por el frio, el clima y las basuras, [...] Por los malos olores de los caños, [...] Por la humedad y porque llueve mucho y [...] Por la contaminación* (Imagen 7), (Entrevistas a padres de familia y madres comunitarias, 2017 – Cartografía Social, 2017).



Imagen No. 6: Cartografía social, 2017



Imagen No. 7: Cartografía social, 2017

Segundo, son aspectos relacionados a la cercanía de los niños y niñas al riesgo de adquirir de la enfermedad y es de mediana complejidad frente al control: [...] *por meterse el dedo a la boca, [...] Por las defensas muy bajas, [...] Porque no recibimos ayudas del hospital, deberían vacunar a los niños y darles vitaminas, ayudarnos en su alimentación y [...] Porque se asolean mucho y mantienen descalzos* (Entrevistas a padres de familia y madres comunitarias, 2017).

Por último, son causas que radica en las condiciones físicas de la vivienda y los escasos recursos económicos: [...] *Por falta de higiene y alimentos mal preparados, [...] Por la humedad les da amigdalitis, [...] Por las cosas que hay afuera de la casa* (Entrevistas a padres de familia y madres comunitarias, 2017).

De cualquier modo, las percepciones sobre la adquisición de la enfermedad por parte de padres de familia y madres comunitarias, son colaterales a los estigmas sociales y culturales que funcionan como agentes socializadores y que son señalados también en el documento CONPES Social 109 y la Política Pública Nacional de Primera Infancia. Ambos influyen de manera directa en la salud física y emocional de los niños, independiente de los argumentos ambientales, de seguridad o protección de los niños, son factores determinantes del desarrollo cognitivo y socioemocional que pueden afectar la salud y el comportamiento de los niños y niñas de la primera infancia.

Cuando se preguntó por salud y enfermedad a los padres de familia, se quiso identificar distinciones entre los conceptos de acuerdo a sus propias experiencias y culturas. Sin embargo brevemente mencionaron sobre salud que [...] *Es algo muy importante, es cuidarse y estar alentado, [...] Es que uno esté bien, [...] Es todo, [...] Es bienestar físico, [...] Es que uno este alentado para trabajar, [...] Es que no le duela algo a uno, [...] Que los niños estén sanos, fuertes y bien alimentados, [...] Tener vitalidad, [...] Es todo, sin salud no podemos hacer nada.* (Entrevista a padres de familia, 2017).

Inversamente, la enfermedad es para estas familias [...] *Estar maluco por no cuidarse, [...] Algo muy malo, [...] Algo muy terrible, [...] No estar bien con el cuerpo, [...] Produce*

tristeza, sin poder hacer nada, [...] Que uno no se pueda mover, ni trabajar, [...] Sentirse mal, [...] Que los niños estén enfermos, cansados, que no coman, que no tengan ánimo, [...] La crisis total, [...] Son los virus que atacan incluso hasta la mente y nos pueden llevar hasta la muerte.

Es decir que la salud se configura como un componente transcendental para la calidad de vida de las familias e identifican en ella la garantía de potenciar sus actividades habituales. La significación otorgada por los padres familia a la enfermedad y la salud, permite suponer, que la priorización de la enfermedad recae en la presunción y aparición del dolor, del sufrimiento. Así que la atención por medicina, solo se acepta cuando existe un síntoma de malestar y no se acude ante la instancia pertinente por prevención. También se evidencia una cercana asociación entre enfermedad e incapacidad, enfermedad y muerte, pero en ambos casos, son condiciones no deseadas.

En conclusión, la salud o la enfermedad favorecen o disminuyen las condiciones de calidad de vida con que cuentan estas familias, de hecho, cuando la enfermedad preside la situación de las familias, se agudiza por completo los factores asociados a la crisis. Y la aparición de ésta, demanda mayor esfuerzo físico y económico por parte de los padres o cuidadores, perturbando las dinámicas de cada núcleo y sin garantías de protección suficientes para niños y niñas.

De acuerdo a las enfermedades preexistentes allí en la Ciudadela, el 7.3% argumentó que tiene menores en condición de discapacidad, el 12.2% refirió que los niños y niñas tienen enfermedades preexistentes como el estrabismo, la displasia pulmonar, soplo del corazón, astigmatismo y miopía y aunque estas enfermedades han sido diagnosticadas clínicamente, un usuario manifestó no tener continuidad con el tratamiento, ni los respectivos controles.

Frente a la asistencia a servicios de salud, en los últimos seis meses, el 22% de niños y niñas fueron atendidos por médicos del POS, por la manifestación de alguna enfermedad y las principales consultas ocurrieron por control de desarrollo y crecimiento, control de displasia de caderas, enfermedad respiratoria aguda asociado a síntomas de gripa y

principalmente por deterioro de la salud oral en la primera infancia, todo esto, a excepción de una madre quien argumentó que sus consultas fueron provocadas porque [...] *Mi hija se muerde las manos, las piernas y se pega contra las paredes. Sin embargo, llama la atención que la progenitora no evidencia en dichos síntomas una enfermedad, sino como dice ella, [...] Es que le sacó el genio al papá” (Entrevista a madre de familia, 2017)*

Los modelos explicativos de salud, ninguno permite clarificar la situación de esta madre, quien no evidencia signos, ni síntomas de enfermedad en los comportamientos de su hija y por tal, tampoco provoca ni trasciende una consulta con el médico o profesional de psicología que le permita a la niña y su familia, atender su presunta afectación.

Tanto profesionales, como madres comunitarias coincidieron en que los padres adolecen de hábitos para ingresar a los niños a controles de desarrollo y crecimiento o para completar el esquema de vacunación [...] *Los niños y niñas no están asistiendo a controles, entonces todas las enfermedades pueden ser contraídas por falta de vacunas, [...] Es una problemática de varias familias que se hace notar porque son muchos los niños que no tienen un control de desarrollo y crecimiento al día, ni las vacunas, [...] Hay padres que pueden pasar un año o casos como se han visto que son niños que han nacido y nunca los han llevado al médico y que nos ha tocado reportarlos y ha tocado que vayan las vacunadoras y les hagan el esquema de vacunación porque no van al médico. Son negligentes en eso, [...] No hay hábitos, un ejemplo, de cada 10 niños que se enfermen, son dos o tres que les dedican de verdad tiempo a eso.*

Así también, el 14.6% de niños y niñas menores de 6 años padeció de diarrea y enfermedades respiratorias durante el último mes, las cuales, no fueron consultadas ante los profesionales respectivamente, sino que fueron controlados con recetas caseras y otro tipo de prácticas ajenas a las recomendaciones del servicio POS, como infusiones de plantas, consumo de alimentos específicos y otras prácticas que más adelante se señalaran.

El indicador anterior, es específicamente uno de los ejemplo clásicos que revelan y dan explicación a los por qué de las inequidades sanitarias y del por qué el acceso de niños y

niñas a los servicios de salud, está asociado a los determinantes sociales. Éste esclarece que muchos de los factores del contexto de los niños y niñas, pueden resultar de índole cultural y socio económico, los cuales resultan evitables y mitigables desde las acciones que por ejemplo contempla el Sistema de Salud Pública, organismo que asocia su quehacer al *“Conjunto de procesos relacionados con la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones en salud pública, movilización de actores y recursos y eventos en salud que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad”* (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2010).

En consecuencia, es responsabilidad de este estudio señalar que en efecto, existen precarias condiciones de habitabilidad e higiene, pobreza y hasta mendicidad. Las casas de la Ciudadela aunque construidas en bloques y aun con su diseño original, esconden condiciones desfavorables para la salud de niños, jóvenes, adultos y personas mayores, por la ausencia de recursos al interior de la vivienda y por la dinámica que se reproduce en el exterior de la misma.

La escasez de recursos dentro de la vivienda obedece a los bajos ingresos de las personas en edad productiva, que a su vez repercuten en la disminución de acceso a los alimentos que tienen niños y niñas, quienes tienen dietas poco balanceadas y ricas en carbohidratos, lo que se traduce en desnutrición y obesidad.

En la Ciudadela se logró evidenciar que existen sí, núcleos que no tienen acceso a los alimentos por escasez de ingresos, mientras que otros podrían alimentarse mejor pero no lo hacen, ya sea por gusto, por costumbre o por desconocimiento, que en últimas amplifica los trastornos alimentarios en la población infantil, con repercusiones en las otras etapas de ciclo vital.

No obstante, el 100% refirió que el niño o la niña ingieren desayuno, almuerzo y cena. Solo el 26.8% además de las tres comidas principales, ingieren medias nueves y onces. Sin embargo, el indicador es más extenso y con gravedad permite entrever la ausencia de ciertos alimentos que cumplen funciones específicas en el desarrollo de niños y niñas, por

ejemplo, en la última semana el 92% de niños y niñas ingirieron en sus alimentos habituales: Cereales como arroz, avena, cebada o maíz y Tubérculos como papa, plátano y yuca el 87.8%; Lácteos y derivados 61%; panela y huevo el 87.8%; Carnes, pescado, res, cerdo, gallina, hígado, menudencias o atún, 61%%; Leguminosas como frijol, lenteja, arveja, garbanzo o habas el 78%; Frutas y verduras, solo el 29.3%.

Frente a estas categorías, se hizo distinción de panela y huevo en razón a que son los alimentos de primera mano y de menor costo en las dietas que son administradas a niños y niñas. Así mismo llama la atención, el escaso porcentaje de población infantil que accede a los alimentos como frutas y verduras, entendiendo que muchas de las víctimas son provenientes de regiones donde se siembra parte de dichas provisiones. Sus explicaciones son otras también, la población adulta no encuentra saciedad en el consumo de dichos productos, la durabilidad es baja y son reemplazados por otros víveres de menor costo como las bebidas en polvo.

La ingesta de frutas y verduras en las dietas niños y niñas cobra importancia porque previene importantes enfermedades no transmisibles, como las afecciones cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, porque garantizan el ingreso de micronutrientes, fibra dietética y una serie de sustancias esenciales. Según un estudio realizado por la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2011), y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, (FAO, 2011), la ausencia de frutas y verduras produce aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales (Vanguardia, 2011).

En efecto los profesionales consideran que la ausencia de estos alimentos generan deficiencias en el desarrollo integral de niños y niñas [...] *De pronto es que los niños necesitan más consumo de verduras, de frutas, pero es como lo que la familia pueda conseguir para darle a sus hijos, entonces obviamente si no tienen para frutas o verduras pues seguramente eso va a incidir en que los niños tengan sus defensas más bajas y pues obviamente puedan desarrollar enfermedades, [...] En un contexto de ciudad no se les*

garantiza los alimentos como los podrían encontrar en sus lugares de origen" (Entrevista a profesional del sector salud, 2017).

En todo caso, los alimentos que consumen y por las deficientes condiciones higiénicas y de asepsia en estas residencias, los menores se ven sometidos al consumo de alimentos que permanecen expuestos al aire libre, presuntamente contaminados por vectores que emanan de la acumulación de residuos y basuras [...] *Es decir que les hace falta hacer todo un buen proceso de higiene de alimentos, lavarlos, lavarse las manos antes de preparar los alimentos, lavar las frutas antes de consumirlas y de pronto consumirlas en un estado que no estén tan deterioradas,* (Entrevista a profesionales del sector salud, 2017).

Así también cabe señalar que el 92.7% de los padres aseguraron que sus hijos recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses, es decir que a esta población se les proporcionó el alimento ideal para el crecimiento y sano desarrollo. Pero luego sí debieron asegurar la provisión de alimentos complementarios, situación que tal como se observó, presenta inconsistencia por ausencia de algunos alimentos específicos y otras ausencias como la completitud de esquemas de vacunación desde la edad gestacional.

[...] Bueno, en realidad hay descuido del esquema de vacunación, no hay control en asistencias periódicas al médico, no siguen tratamientos al pie de la letra y hay un alto índice de mujeres embarazadas que no asisten a controles prenatales, este es un factor asociado según la fisioterapeuta, que incrementa la vulnerabilidad frente a la desnutrición de niños y niñas con efectos en el déficit atención y aprendizaje, con menor fuente de energía, mayor sensación de hambre e incremento de predisposición para adquirir enfermedades.

La ausencia del esquema de vacunación está determinado, tal como se señaló, por barreras o impedimentos fijos o temporales (Donabedian, 1972) y puede estar asociada, según el equipo de vigilancia comunitaria a barreras individuales, ya sean económicas por la carencia de recursos, físicas por limitaciones que dificultan o impiden la movilidad de la

progenitora o psicológicas por el temor a enfrentarse a un procedimiento desconocido, o a otras barreras de tipo social o espacial.

La ausencia de dichos suministros dietarios también es efecto del desplazamiento forzado. Se ratifica en que el 78% de los padres argumentaron que su alimentación era mejor antes del desplazamiento, el 9.8% argumentó que su alimentación mejoró luego del desplazamiento, mientras que un 12.2% argumentó que la ingesta de alimentos es y ha sido igual, antes y después del desplazamiento, [...] *Comíamos de todo, allá los alimentos están tirados en las calle por la cantidad de cosas ricas que se caen de los árboles, [...] Allá se cogía del rio, [...] Allá era mal fácil, [...] Era más barato, [...] Habían de todos los alimentos, [...] Allá comía más.* Estas son algunas de las expresiones de los padres que rememoran su acceso a los alimentos en los lugares de expulsión y sobre los cuales ya no tienen capacidad adquisitiva.

Esto explica como como el acceso a los alimentos en los lugares de origen, estaban sujetos a las cosechas, las subiendas y otras prácticas agrícolas, que no demandaban mayores esfuerzos económicos para adquirir el alimento, a diferencia de la capital, donde cualquier clase de alimento tiene un costo y demanda de las víctimas, tener el recurso para poder acceder.

Frente a los factores asociados a la vivienda y al entorno de la vivienda, también se localizó causas de morbilidad supeditados al espacio público y la propiedad de las casas, porque las viviendas se encuentran en estados de insalubridad y no van a recibir modificaciones por sus poseedores, hasta tanto no se les regule la asignación de una vivienda otorgada por el Estado o se regule la asignación de dichos predios ubicados en Santa Rosa como una solución definitiva. Así que las familias no se arriesgan a invertir en materiales para dichos predios, porque saben que pueden ser desalojadas en cualquier momento como ha sucedido en ocasiones anteriores.

De cara a las condiciones ambientales de la Ciudadela, llama la atención que el 100% de los padres argumentó que existe un grave manejo de basuras, por disposición inadecuada de

los residuos en espacio público, aduciendo cuestiones tales como: [...] *Hay un basurero allá abajo, [...] Son demasiadas basuras, el ambiente es mal sano y desordenado, [...] La tiran allá arriba y se baja por el agua, [...] Son cochinos [Los veninos], [...] Tiran la basura al caño, [...] La tiran después que se va el carro, [...] La gente tira basura donde quiera* (Imagen No. 8), [...] *Se saca a los depósitos y no hay como cerrar, [...] La gente no tiene conciencia del daño que produce, [...] Las zonas verdes son llenas de basura, duran hasta 4 días y huele terrible* (Imagen No. 9), [...] *Hay basura por todo lado,* (Entrevista a padres de familia, 2017- Cartografía Social, 2017).



Imagen No. 8: Cartografía social, 2017



Imagen No. 9: Cartografía social, 2017

Significativamente el 97.6% de los encuestados, argumentaron que existen puntos críticos en la Ciudadela, afectados por las basuras y residuos sólidos que se arrojan indiscriminadamente, afectando no solo el sitio, sino el entorno paisajístico y ambiental de la zona. De hecho, el 51.2% de los residentes refirieron que el espacio público de la Ciudadela es suficiente, solo el 24.4% refirió que es limpio y solo el 31.7% refirió que es seguro.

Estos datos son un recurso importante, puesto que evidencia que la misma comunidad es consciente del deterioro ambiental que se gesta en la Ciudadela, a causa de dinámicas de

insalubridad y que tienen replica en el deterioro de la calidad de vida de los residentes y por tanto, en la salud de todos sus habitantes (Imagen No. 10 y 11).

La tenencia inadecuada de mascotas es al parecer otro detonante en la Ciudadela, asociado desafortunadamente al deterioro ambiental ya que la mayor parte de los habitantes son población flotante y cuando se trasladan de territorio, no llevan consigo a sus animales de compañía y los han dejado en estado de abandono. Las mascotas permanecen en el espacio público sin ningún tipo de control o supervisión, algunos de ellos son portadores de enfermedades como sarna, moquillo y otras y pese a dicha situación, los animales no han sido intervenidos por ninguna entidad del Estado, a saber, por cuanto no hay propietarios responsables. Las mascotas se han reproducido ampliamente y existe entre la población canina, animales de razas peligrosas que no tienen la protección reglamentada.



Imagen No. 11: Archivo personal arrojo de escombros en la Ciudadela. 2017



Imagen No. 10: Archivo personal –canales y basuras en la Ciudadela. 2017

De acuerdo a la Secretaría de Planeación de Bogotá, el artículo 21 del Decreto 190 de 2004, reza que *“El espacio público en Bogotá corresponde al conjunto de espacios urbanos conformados por parques, plazas, vías y andenes, el subsuelo, las fachadas, alamedas, antejardines y demás elementos naturales definidos en la legislación nacional y sus reglamentos”*. Conforme a las evidencias, el espacio público de la Ciudadela y el ambiente natural que la compone, es ampliamente afectado por el uso inadecuado de los habitantes. Aun cuando existen residentes que alegan la tenencia responsable de animales, muchos de ellos permanecen en el espacio público, lo que implica un desacierto en el manejo de excretas, aumento de roedores y vectores, basuras y residuos que generan puntos críticos, entre otros.

En relación a ello, más de la mitad de los encuestados argumentó la tenencia de alguna mascota. Allí en Santa Rosa el 53.7% de la población refirió tener animales de compañía en las instalaciones de las viviendas, de los cuales el 36.6% tiene entre uno y dos mascotas en su vivienda y el 14.6% tiene entre tres a cinco mascotas al interior de la vivienda.

Una sencilla reflexión, los factores de hacinamiento y la tenencia amplia de mascotas al interior de la vivienda, no puede provocar otra cosa en una unidad habitacional, que la propagación del peligro para la salud no solo de niños y niñas, sino también de todos los residentes de la vivienda por la presunta ausencia de hábitos de higiene y el latente riesgo de adquirir enfermedad parasitaria de transmisión fecal-oral.

En confirmación a ello, el 90% de estos mismos propietarios argumentó, que el espacio público es de uso inadecuado de mascotas, esto, en evidencia a la cantidad de excretas que están ubicadas en el entorno de las viviendas.

Varios de los propietarios de felinos, argumentaron que la tenencia de dicha mascota es utilizada como un mecanismo de control de roedores, por la cantidad de estos en el exterior y hasta interior de las viviendas.

En vista a dicha situación, el 100% de los padres ratificó presencia de roedores y vectores en la Ciudadela y de estos el 75.6% señaló que aplica algún método de control casero: [...] *Hay bastante roedores, más que gente, [...] Hay ratones por las aguas que tiran de los patios, [...] Yo echo baigon, [...] Pongo una tabla, [...] Para eso tengo gatos, [...] Los matamos en la casa, [...] La perra los atrapa, [...] Tapo los huecos de la casa, [...] Le ponemos veneno y ponemos trampas, [...] Muchos ratones pasan por aquí, yo pongo tabla pero se meten por el alcantarillado, [...] Salen cosas grandes y yo echo clorox, [...] Yo mantengo limpio y organizado para que no se metan, (Encuesta a padres de familia, 2017).*

Aquí es importante destacar los riesgos implícitos en las medidas que deben tomar los residentes en los mecanismos de control de roedores, puesto que es evidente que los pesticidas usados ponen en peligro a los niños y niñas por el eventual contacto, además de contaminar los alimentos por su almacenamiento. Otros mecanismos aumentan el daño a la propiedad por el cierre de orificios de ventilación y que decir de las trampas artificiales que pueden ocasionar heridas a niños, niñas y mascotas.

Los profesionales al igual que las madres comunitarias, comparten la percepción de padres de familia sobre el deterioro del medio ambiente en la Ciudadela, por causa de la ausencia de hábitos adecuados de separación y disposición de residuos [...] *No existe buenos hábitos de recolección de basuras por desconocimiento, también porque las personas no están acostumbradas a hacer un buen manejo de las basuras y tampoco hacen una buena manipulación de alimentos, [...] La ciudadela está afectada por babosas, roedores, no hay un control interno en las viviendas y los pocos controles que se hacen a nivel de espacio público no dan abasto en el caso de los roedores, (Entrevista a profesional del sector salud, 2017)*

Claro, la basura, los residuos, las excretas y los escombros convierten los ambientes en medios ideales para la atracción y reproducción no solo de roedores y vectores, sino también de microorganismos y bacterias transmisibles de enfermedades. Estas pueden provocar en niñas y niños, desde alergias, hasta infecciones respiratorias o

gastrointestinales, presuntamente una de las explicaciones que dan origen a las enfermedades de los encuestados.

En general, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas pobres, de manera que su causa es bidireccional y está relacionado con las condiciones sanitarias y económicas de la población. De hecho, el debate sobre la relación entre pobreza y salud discute que existen otros factores, en que el elemento económico es un factor más y no uno exclusivo. Por eso, la falta de acceso a la atención en salud, a la información, o a un entorno que les permita llevar una vida sana, forma parte, en sí misma, de una definición de pobreza, (OMS, 2003, Pág. 1)

Tal como señala la ingeniera ambiental [...] *La gente no tiene digámoslo así la cultura, de que paso el carro de la basura y entonces no la sacan a horas, o ven que pasa y a los cinco minutos la sacan, o les da pereza bajar a la esquina donde llega el carro recolector haciendo el micro ruteo y la botan al frente de la casa o al potrero que les quede más cerca y ese es un gran problema*, (Entrevista a profesional del sector salud, 2017). Y como se ha dicho, estos desechos no solo vulneran la salud de las personas, sino que también resquebraja y deteriora el medio ambiente.

La situación de Santa Rosa va mucho más allá. Los olores ofensivos, la exposición de las aguas residuales en el espacio público o las aguas estancadas, la acumulación de residuos en puntos críticos, las quemadas y el retamo espinoso, la remoción en masa, la humedad y demás condiciones que se han destacado en este capítulo, agudiza la exposición de enfermedad no solo en niños y niñas, sino también en el resto de la población.

Entonces, conviene subrayar que el 80.5% de los padres de niños y niñas menores de 6 años, consideran que en efecto sus hijos se enferman con mayor frecuencia luego del desplazamiento, el 9.8% menciona que se han enfermado en igual proporción y otro 9.8% considera que no existe relación entre enfermedad y desplazamiento o lugar de arribo. El 61% refiere que tanto niñas como niños se enferman en igual simetría, el 15% considera que las niñas son más vulnerables para adquirir enfermedades, mientras que el 24%

argumenta que son los niños quienes tienen mayor predisposición a la adquisición de virus y enfermedades.

Claramente, las condiciones medio ambientales influyen en la adquisición de la enfermedad, pero la contaminación del ambiente a causa de los residentes agudiza la propagación de ésta y en suma, los deficientes cuidados frente al menor pueden ocasionar incrementos en la morbilidad de niños y niñas y provocar hasta el incremento en los índices de mortalidad [...] *Que los abriguen más, que los traigan más abrigaditos. La pelea de uno es que le pongan ropita acorde a este clima, que usen gorritos que vienen con protección de la naricita, porque por lo general los traen con una camiseta y ya y pues acá el clima no es igual que al de tierra caliente, (Entrevista a madre comunitarias, 2017),* sugirió una madre comunitaria.

9.3 Prácticas de cuidado e itinerarios terapéuticos

Aquí interesa conocer específicamente sobre las condiciones y prácticas de cuidado que tienen padres y cuidadores frente a la atención de niños y niñas, entendiendo que los itinerarios son las estrategias y rutas que buscan favorecer el acceso de los niños a los servicios de salud, además de identificar las presuntas restricciones a los servicios y bienes públicos.

Por ser niños y niñas víctimas del desplazamiento, se presume que sus progenitores tienen acceso a la ayuda humanitaria, de emergencia y demás asistencias de acuerdo a los parámetros de la ley 1448 de 2011 y partiendo de dicho hecho, llama la atención que solo el 61% menciono que recibe ayudas por parte del Estado.

De estos, el 51.2% señaló que sus ayudas corresponden a las respectivas entregas de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV. Sin embargo, en su mayoría refirieron que dichos auxilios son recibidos extemporáneamente y cuyas últimas entregas ingresaron hace más de un año, cuando normalmente las entregas eran cada cinco meses en promedio.

Otro 26.8% que hace parte de estos núcleos y otros diferentes, refirieron que también reciben ayudas de la Secretaria Distrital de Integración Social – SDIS, a través de la subdirección local, en la entrega de ayudas como: canasta afro, ámbito familiar y en menor proporción comedor comunitario.

Se evidencia que los accesos a los servicios de salud o de educación no son reconocidos por los padres como medidas de restablecimiento de derechos, por eso, muchos padres no reconocen los servicios de jardines o colegios como medidas de protección para niños y niñas de la primera infancia, siendo que son instituciones públicas y privadas, como los hogares de bienestar familiar o jardines y colegios que evidentemente salvo guardan su vida.

De hecho, el 75.6% de los niños y niñas se encuentran vinculados a jardín o colegio y el 25% restante menciona que sus hijos no se encuentran inscritos en ningún hogar de bienestar familiar, jardín público, ni privado, ni colegio por al menos las siguientes razones: [...] *Está muy pequeña y yo la cuido, [...] Acabamos de llegar y no estoy muy enterada, [...] El permanece conmigo, [...] Como la mama está en la casa, se queda con ella, [...] Como yo no trabajo, yo lo cuido*” (Encuesta a padres de familia, 2017).

Cerca del 4.9% de los progenitores tienen percepciones negativas frente la atención de los jardines, que son operados por madres comunitarias en cabeza del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, aduciendo maltrato y desatención por parte de las funcionarias: [...] *Nació prematura, me dan nervios, los que los cuidan no los tratan bien, los maltratan y como ellos no hablan, [...] Esta muy pequeño y no me da confianza dejarlo por allá, (Encuesta a padres de familia, 2017).*

Pero en igual proporción llama la atención que las madres comunitarias refieren desatención por parte de las familias, en su mayoría afro descendientes [...] *Aquí la mayoría de las personas afros cumplen con los derechos para ellos y no para los niños, los niños nada que ver. O sea, uno muchas veces los ve fumando días enteros, noches enteras, semanas y los niños naa. Esta semana tuvimos dos días de parranda seguidos y los niños*

naa, (Fuete: *Entrevista a madres comunitaria, 2017*); o como argumenta la profesional en ingeniería ambiental, [...] *En los hogares comunitarios se presenta un gran problema y es que las mismas madres comunitarias dicen que no tienen los controles de crecimiento y desarrollo, ni los carnets de vacunación al día y los padres no hacen caso para ir a eso, ellos esperan es que todo les llegue directamente a la vivienda y que si va el medico hasta la vivienda mejor, (Entrevista a profesional del sector salud, 2017).*

En este punto es clave entender también, que la vinculación de los niños y niñas al jardín, garantiza parte del acceso a los alimentos suficientes y propicios de acuerdo a su edad, la protección y vigilancia de éstos mientras se encuentren al interior de las instalaciones y funcionan como un buen instrumento del cuidado. Allí aprenden a convivir con otros contemporáneos, a compartir y jugar en condiciones seguras. A medida que incursionan en su ciclo vital, muchos niños y niñas desarrollan habilidades sociales, amplían socialmente su lenguaje e inician en sus primeros avances académicos.

Para identificar puntualmente las prácticas de cuidado e itinerarios terapéuticos que realizan los padres frente al cuidado de la salud y la protección de los niños y niñas, se les preguntó cuáles son sus reacciones cuando los niños o niñas se enferman y sus respuestas fueron las siguientes: [...] *A la mano de Dios, hasta el momento no se ha enfermado grave, solo gripa, [...] Cuidarlos y abriganlos, [...] Les doy aspirinas y cositas, [...] Hacerle remedios caseros, [...] Conseguir jarabes”, [...] Les doy aromáticas y no los deajo salir, [...] Llevarlos al CAMI, pero las enfermedades leves se las curo en la casa, [...] Cuando le da gripa le doy remedios caseros, [...] Si tenemos plata le compramos cosas en la farmacia, sino, los llevamos al médico, [...] Los trato con acetaminofén o amoxicilina o pues recurro al médico y [...] Los llevo al médico y sino pues a la droguería, (Encuesta a padres de familia, 2017).*

Éstas y otras demostraciones permiten constatar los argumentos que la profesional de perfil fisioterapeuta mencionó, donde señala que los padres solo acuden a las instancias clínicas y médicas, porque la enfermedad no ha podido ser controlada, cuando la enfermedad ha avanzado y el niño o la niña se encuentra en estado crítico, [...] *Es evidente que asisten es*

en casos de urgencia cuando ya los niños y niñas tienen sus enfermedades avanzadas o están presentando algunos factores de alerta, (Entrevista a profesional del sector salud, 2017).

Más concretamente, el itinerario terapéutico, se concretiza en que los padres prefieren atender la crisis de los niños y niñas en la casa hasta más no poder y como última opción, son llevados los niños y niñas al servicio médico, [...] *Trato por mis propios medios, pero cuando no lo controlo voy al médico, [...] Voy a la farmacia y si se agrava, voy por urgencias, [...] Los trato en la casa y si no puedo, los llevo al médico, [...] Los atiendo aquí, sino puedo, ahí si los llevo al médico, (Encuesta a padres de familia, 2017).* Sin embargo, cuando el proceso no es exitoso y la atención otorgada por parte de los padres o cuidadores no es suficiente, los niños y niñas ingresan a los servicios de urgencias en pésimas condiciones.

Retomando que estos niños y niñas son nacientes de zonas climáticas cálidas, la protección juega un papel transcendental dado que en la Ciudadela, los vientos golpean con fuerza los cerros orientales, el frío se intensifica y puede ocasionar serios malestares en la salud de los residentes, siendo una de las consultas con mayor relevancia en los diagnósticos presentados en el boletín del Hospital ESE San Cristóbal. Frente a ello, los padres argumentan [...] *La mantengo abrigada, le hago lavado de nariz, [...] Los abrigo y no los dejarlos salir, [...] Abrigarlos bien y no bañarlos, [...] Limpiar la casa y aromatizarla, [...] Mantener todo limpio, [...] Sacarlos bien abrigados y con pasamontañas, que no cojan basura por ahí, [...] Los cubro muy bien, el agua se las tibio y lavo los alimentos y [...] Abrigarlo y alimentarlo bien, (Encuesta a padres de familia, 2017).*

Desafortunadamente, las percepciones de dichas acciones son escasas y son bajas las evidencias que se tienen de padres que efectivamente ejecuten acciones responsables de protección y prevención con niños y niñas. Por el contrario, profesionales y madres comunitarias argumentan eventos característicos de la zona, según la fisioterapeuta, el clima es un factor que no es tenido en cuenta [...] *Bueno, Santa Rosa tiene varios factores, por ejemplo el factor climático es un factor que influye muchísimo en la presencia de*

enfermedades, ellos están expuestos a climas de baja temperatura, entonces ellos no se cuidan, entonces no se cubren, no están atentos a las salidas, [...] Pues es que los papás asisten con los hijos ya cuando ven que están muy mal, o sea no es importante el tema de la prevención, sino es el tema de la atención y cuando el niño ya está mal, con un poco de días con fiebre, con soltura, entonces ahí si ya está mal y es necesario llevarlo. Pero no es un tema para ellos realmente importante, (Entrevista a profesionales del sector salud, 2017).

[...] En ese sentido ellos son muy despreocupados, el hecho de ellos es venir y dejar los niños y ya, que no se les exija nada, que no se les diga nada, que no se les pida nada. Por ejemplo, nosotras las madres comunitarias tenemos que tener exámenes desde la entrada al jardín y esta es la hora que muchos jumm y todos los días, papá, mamá por favor exámenes, mire esto, mire la curva, mire que tal cosa y nada, es muy triste, y se ponen antes es bravos, (Entrevista a madre comunitaria, 2017). Tal parece que las exigencias realizadas por parte de las madres comunitarias no son suficientes para que padres cumplan con sus deberes y requisitos mínimos.

En el caso de la ex-coordinadora del Programa de Salud Pública en dicho micro territorio mencionó que las enfermedades respiratorias, por el cambio brusco de climas cálidos a climas fríos como el de la Ciudadela, no es lo más importante para los padres [...] *Pues yo creo que no hay ninguna protección, digamos que el tema por ejemplo de la enfermedad respiratoria aguda no es un tema importante para los papás, [...] Hay veces que no los abrigan bien o no los cuidan, (Entrevista a profesional del sector salud, 2017). O en el caso de una de las madres comunitarias que argumentó la desprotección de los menores [...] *Pues sí, de pronto si, puede ser porque los niños cuando vienen de otras regiones a este clima, a este ambiente se pueden enfermar, porque ellos vienen de un ambiente cálido y venir a este frio jumm y no los abriga y vienen a esta contaminación jumm, porque Bogotá es muy contaminada, (Entrevista a madre comunitaria, 2017).**

Una de las explicaciones de padres y cuidadores que justifican la inasistencia oportuna a las instancias de salud, es porque hacen uso de la medicina popular, esperando obtener los

mejores resultados en la recuperación de los menores. De hecho, el 70.7% de padres señalaron que hacen uso de sus saberes y por tanto acuden a prácticas como [...] *Les doy agua de panela con sauco, [...] Aguas aromáticas para la gripa, [...] Cuando tienen gripa les doy agua de panela y limón, [...] Uso el sauco para la gripa y la caléndula para la inflamación, [...] Les doy aceite de hígado de bacalao, apio y yerbabuena, limoncillo y limón, [...] Aguas de palito de sauco con eucalipto, [...] Uso pringamoza, eucalipto, sauco y otras plantas, [...] Le pongo camiseta roja, [...] Los baño con orines de bebés y vic baporut, [...] Les doy infusión de naranja, mantequilla, tomillo, laurel y menta, [...] Les doy hiervas aromáticas con cola de caballo cocinado, [...] Los remedios caseros ayudan más que el médico, [...] Poleo para la tos con ruda y [...] Les hago baños vaginales,* (Encuesta a padres de familia, 2017).

Recuperando el argumento de Cesar Abadía, están implícitos aquí algunos argumentos ya expuestos, que excluyen las prácticas de autocuidado de la población étnica, por cuanto se considera que sus recursos ancestrales para su auto sanación, no cumplen a cabalidad con los principio de cuidado y protección de niños y niñas, (Abadía, 2010)

También cabe señalar que pese al enfoque diferencial y debido a los presuntos bajos efectos de las prácticas de cuidado, la población con pertenencia étnica debe ser sometida a los mecanismos del sistema general de salud y quienes frecuentemente se enfrentan a los itinerarios burocráticos, situación que agudiza las consecuencias y el sufrimiento por ser víctimas de la desterritorialización.

La segunda explicación radica en las barreras de acceso a las que son sometidas las víctimas del conflicto armado para acceder a los servicios de salud, las cuales se presentan de acuerdo a la tipología registrada en el capítulo anterior de la siguiente manera. La existencia de barreras individuales, ya sean económicas, físicas o psicológicas, [...] *Por haber perdido la cedula no nos quieren atender y no tengo plata, [...] No tengo plata y todo tiene que autorizarse y uno así enfermo y sin ganas, [...] A veces no podemos ni ir al médico ¿por qué con qué? y movilizar a personas enfermas es difícil,* (Encuesta a padres de familia, 2017).

Las barreras de tipo social, es decir, aquellas relacionadas con las particularidades y “violencias institucionales” del contexto, que de acuerdo a los testimonios se relacionan con: [...] *Sacar citas es difícil, el internet tampoco funciona porque no lo manejo, [...] No me atienden porque no tengo SISBEN”, [...] Mucha fila y no alcanzo a la ficha, [...] No me dan citas aquí en Bogotá, porque aparezco en Tumaco y hay que hacer mucha vuelta, [...] Todo en salud es muy demorado y tiene uno que tener muchísimo tiempo para poder hacer vueltas, [...] Lo confunden a uno con tanto que hay que hacer, [...] No la llevo tanto al médico porque allá se enferman más y [...] Yo lo llevo al médico, pero si no hecha sangre, no lo atienden,* (Encuesta a padres de familia, 2017).

En cuanto a barreras administrativas o burocráticas los participantes mencionaron en su mayoría que: [...] *Se demoran las citas, se cae el sistema y eso me da piedra y ya no vuelvo, [...] Se demora mucho la desafiliación y no he ni podido hacer el tratamiento, [...] No tiene afiliación porque está activa en otra EPS y por eso no la atienden, [...] No atienden por teléfono y si lo demoran a uno mil años, se muere uno antes de que contesten, [...] No dan citas rápido, [...] Que no la han desafiliado, llevo un año y nada, no he podido afiliarla a capital, [...] No todos mis hijos tienen EPS, yo los he afiliado y me dan carnet, pero a la hora de la verdad no están activos, porque todavía aparecen en la EPS de Canta Gallo de donde nos vinimos, eso ya hace dos años, [...] Las filas son muy largas y tengo que tener mucho tiempo para ir a sacar las citas y aun así, a veces no me las dan, [...] Para todo toca pedir autorizaciones y uno enfermo, sin ganas de hacer fila, ni madrugar,* (Encuestas a padres de familia, 2017).

Sobre las barreras espaciales se identificó que sus principales restricciones obedecen a: [...] *Para sacar las citas lo mandan a uno para todo lado y no solucionan nada, [...] Me queda muy lejos para llevarlos y me toca desplazarme con los cuatro niños, [...] No me pueden atender en el hospital más cercano y no tengo como irme hasta donde la atienden, [...] Los de Famisanar no los atienden en el CAMI y se puede uno morir en el camino hasta allá,* (Encuesta a padres de familia, 2017).

Una barrera de acceso que no fue contemplada en la categorización presentada anteriormente pero que tiene eco en la atención de estas familias particulares, es según la ex coordinadora del programa, una barrera actitudinal por parte de los profesionales que realizan la atención de los menores [...] *Considero como barrera, el tema de los mismos profesionales de la salud, porque muchas veces llegan los papás con los niños y se sienten regañados o se sienten juzgados, entonces el medico no tuvo en cuenta que pues no tenia en ese momento para darle el alimento que correspondía, sino que se dedican a decir, usted lo hizo mal, es negligencia, eso va a tener un reporte, entonces eso hace que obviamente no confíen en los profesionales de la salud y pues no busquen a tiempo la ayuda, sino cuando ya está muy mal y pues obvio cuando ya toco llevarlo,* (Entrevista a profesional del sector de la salud).

Finalmente, se preguntó a los padres de familia sobre cuáles son sus requerimientos más urgentes por parte del sector gubernamental, para evitar que los niños y niñas adquieran enfermedades y sobre ello mencionaron al menos tres aspectos; salud, basuras y entrega de ayudas económicas.

En primer lugar, en cuanto a la atención en salud, los padres solicitan que las instancias pertinentes vigilen la protección de niños y niñas de forma cercana a los contextos residenciales y en las instalaciones del sector, por ello mencionaron: [...] *Que me ayuden para que le den el carnet y que vuelva el programa de la Bogotá Humana, [...] Que haya buena atención médica, [...] Que hagan revisiones en la casa, [...] Reintegrar el programa del médico, [...] Ayudando con plantas, no tanto químico, [...] Que nos ayuden en lo de la afiliación, [...] Que no haya tanto trámite para todo, [...] Que suban a revisar a los niños, [...] Que hagan brigadas de salud, [...] Que me ayuden con el traslado de EPS porque yo no he podido, [...] Que faciliten lo de salud para que no sea tan difícil ir al médico, [...] Estar más pendientes de los niños por aquí, [...] Que les den vitaminas y que estén pendientes para sacar las citas y [...] Que hagan más jornadas de vacunación,* (Encuestas a padres de familia, 2017).

En segundo lugar, en cuanto a contexto, solicitaron abordaje de la problemática por la disposición inadecuada de residuos y basuras que forman puntos críticos en la Ciudadela y argumentaron: [...] *Que hicieran más limpieza, [...] Que en la Ciudadela sea más sano el ambiente porque son muy sucios (Imagen No. 12), [...] Hacer cosas con los basureros para que los animales no saquen la basura, las mascotas deben estar en la casa y no afuera, [...] Ayudar para controlar la contaminación por la basura, [...] Vigilar el aseo y control de ratas, [...] En regular el consumo de spa y quitar el reguero de basuras, [...] Que recojan firmas para que la gente no saque basuras y se lleven los perros, [...] Que vengan a fumigar las casas y que pongan orden y [...] Que pongan orden a los botaderos de basura, (Encuestas a padres de familia, 2017 – Cartografía Social, 2017).*



Imagen No. 12: Archivo personal, perros y basuras, en la Ciudadela, 2017.

Aquí cabe señalar que los argumentos anteriores son la inspiración para implementar una propuesta que fortalezca la conciencia de conservar y defender el medio ambiente. Los residentes de la Ciudadela no pueden continuar ignorando la problemática del deterioro y contaminación del entorno. Y por tal se busca el diseño de una estrategia integral de atención, cuyo propósito sea el de conservar, proteger y mejorar el medio ambiente y así

mejorar las condiciones de salud de sus habitantes, fundamentalmente la de niños y niñas de la primera infancia.

Y en tercer lugar, formularon la requisición de ayudas económicas como mecanismo para promover la salud de los menores, evento que no necesariamente corresponde con los cuidados y atenciones que los menores necesitan, pero entre las opiniones colectadas existe: [...] *Que me metan a ámbito familiar y que me den canasta, [...] Que nos den bonos de alimentación, [...] Que nos ingresen a subsidios, [...] Que tapen la cañería y que den subsidios en salud,*(Encuesta padres de familia, 2017).

No obstante, pese a las múltiples restricciones de los núcleos de familia víctimas del desplazamiento, no se debe descartar lo que profesionales y madres comunitarias aducen de estos padres: [...] *Dicen que no tienen acceso a los servicios de salud, pero a veces es por la misma negligencia de ellos de no ir directamente a los centros médicos a inscribirse, a hacer el diligenciamiento para adquirir el SISBEN y así mismo a la EPS aseguradora,* (Entrevista a profesional del sector salud, 2017).

Tampoco se debe desconocer que la desinformación desencadena serios efectos en la atención de los niños y niñas y por tanto se puede incurrir en negligencia o desacato de recomendaciones prácticas u obligatorias, [...] *En la parte administrativa, llegan muy desinformados, incluso para ser reconocidos como víctimas del conflicto armado y sobre la atención en salud, ellos conocen la parte de atención en salud en sus lugares de residencia, pero acá es un poco más complicado y no tienen mucho conocimiento, por ejemplo hay que decirles, como pueden afiliarse, como pueden tener un puntaje SISBEN y a partir de ello, sostener la atención en salud, como pueden obtener la carta de desplazamiento, etc,* (Entrevista a profesional del sector salud, 2017), aseguró el psicólogo entrevistado.

Finalmente, a partir de estos elementos, queda por mencionar que han sido colectados y analizados bajo la luz de argumentos técnicos y científicos, con validaciones suficientes y que por tal concluyen los principales argumentos que inspiran las conclusiones y la

formulación de una estrategia que procura integrar aspectos que mitiguen los principales hallazgos.

10. CONCLUSIONES

Para finalizar este proyecto de intervención, este capítulo será dedicado a mostrar las conclusiones subyacentes del objeto fundamental de identificar las prácticas en el cuidado de la salud de niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, en la Ciudadela Santa Rosa.

Así pues, frente a las condiciones de vida de los niños y niñas de la primera infancia, uno de los aportes de este proyecto, es incentivar y profundizar la investigación de este fenómeno en la Ciudadela, para conocer más en detalle las necesidades de protección de cada núcleo familiar e identificar las competencias de cada sector para instaurar una solución que amortigüe los factores asociados a la ocupación de hecho, donde residen los niños y niñas de la primera infancia.

La ausencia de vinculación a los programas de promoción, prevención y detección temprana, disminuye la activación de hábitos saludables y maximiza la posibilidad de ampliar la morbimortalidad en los residentes. Por tal, la población manifestó con ahínco, requerir una intervención transectorial integral, ya que a pesar que las víctimas se encuentran cubiertos por medidas especiales del Estado a través de políticas particulares de la administración Nacional, Distrital y Local. Para el caso de los residentes víctimas de la Ciudadela, la atención sigue siendo deficiente y es evidente la ausencia del goce efectivo de sus derechos en materia política, económica, social y cultural.

De manera que se debe propender por la consolidación de una base de datos donde se favorezca un análisis multinivel y el monitoreo sobre variables particulares del individuo y la familia, del entorno, de la educación, de sus ingresos, su condición de desplazamiento y otros, que identifiquen factores significativos para su reparación integral, dado que no existen ejercicios de caracterización de la población de la primera infancia, ni de la población en general víctima del desplazamiento residentes en la Ciudadela, ni ningún ejercicio liderado por entidades de orden Distrital y si por el contrario hay un vacío de información al respecto.

A pesar del actual proceso de paz y la dejación de armas por parte de grupos disidentes, la Ciudadela mantiene una dinámica de ingreso y salida de núcleos familiares que arriban al sector en busca de un resguardo y dicho escenario, empeora la crisis de la situación humanitaria en el sector, además de evidenciar una amplia insatisfacción por parte de los residentes frente al proceso de reparación.

Allí, aunque se promulga la atención y reparación diferencial, son escasas las acciones con dicho enfoque. Pese al amplio número de población afrodescendiente en condición de víctimas de conflicto armado y aunque aparecen como grupo de especial protección, recae sobre ellos un afanoso estigma y hasta segregación por parte de residentes antiguos, propietarios y circunvecinos.

En cuanto a las principales causas de morbilidad de la primera infancia, la mayor preocupación con respecto a la salud de los niños y niñas, se centró en la aparición de enfermedades como la EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), las IRA (Infección Respiratoria Aguda), los resfriados comunes, la ausencia del esquema de vacunación e inasistencia a los controles de desarrollo y crecimiento y de salud oral.

En suma, dichas ausencias y la presunta malnutrición por la insuficiencia de alimentos como frutas y verduras en las minutas de niños y niñas, ocurre por la baja capacidad adquisitiva, ausencia de costumbres de ingesta y elevado costo del producto, lo que incrementa la posibilidad de adquirir enfermedades tempranas, además de generar trastornos alimenticios con repercusiones en los ciclos vitales subsiguientes.

Así también, pese a la existencia del PAPSIVI y la Estrategia Atrapasueños, no se conocieron cifras de las atenciones de los residentes, es decir que el daño causado en el marco del conflicto, solo ha sido intervenido eventualmente desde lo administrativo. Así que la ausencia de la reparación psicosocial con los niños y niñas menores de seis años y sus familias, deja entrever la insuficiente reparación integral por parte de los sectores gubernamentales.

En definitiva, aunque los efectos pueden variar, las escasas condiciones económicas, el deterioro del entorno, las precarias condiciones habitacionales, el hacinamiento, la acumulación de residuos dentro y cerca de la vivienda, vigorizan la exposición de los niños y niñas a la adquisición de la enfermedad. Claramente, en la Ciudadela se suscita un inminente problema ambiental en el marco del espacio público, por causa de la ausencia de hábitos adecuados de separación y disposición de residuos que generan olores ofensivos, proliferación de roedores y vectores por aguas estancadas, acumulación de residuos en puntos críticos, excretas y tenencia inadecuada de mascotas, situaciones que lesionan la salud y la calidad de vida de todos los residentes.

Frente a las prácticas de cuidado de los niños y niñas y los itinerarios terapéuticos, se evidenció un escaso control que padres de familia ejercen con medicina popular, para evitar o controlar las enfermedades de sus hijos al interior de las viviendas, las cuales no tienen sustento clínico, ni ancestral, y lo cual resulta eventualmente peligroso, mucho más cuando no se reconoce los signos y síntomas de alarma en niños y niñas y quienes ingresan regularmente a los servicios de urgencias en estados críticos y crónicos.

Así, la población de la Ciudadela no escapa a la crisis de la salud, cerca del 80% de padres de familia aseguraron restricciones en el acceso a los servicios de salud, insuficiencia en la cobertura, ausencia de información para iniciar rutas de atención y en efecto se presume el riesgo, que los indicadores de morbilidad y mortalidad en menores de seis años puedan estar asociados al déficit del servicio y demás barreras evidencias, que refuerzan la inoportunidad de los servicios, demoras en el acceso a especialistas y dejando como resultado poca adhesión a los controles de crecimiento y desarrollo y niñas y niños en alto grado de vulnerabilidad.

De hecho, los indicadores de morbimortalidad materna y morbimortalidad infantil en el año 2014, fueron indicadores muy sensibles frente a las evidencias de las fallas en los servicios de salud, poca captación y baja adhesión a los programas de salud materna. En los años 2009 a 2014 se observan dos picos importantes, en el año 2009 se registra 14.3 (111) muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos y en el año 2012 14.0 (90) muertes

infantiles por cada 1000 nacidos vivos, a partir de este año se presenta un descenso en la tasa llegando a 9.3 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos (Diagnostico local con Participación social, Localidad de San Cristóbal, 2014, Pág. 44 - 46)

Así mismo, una proporción importante de padres de familia no conoce, si conoce no asiste, y en otros, ni es su prioridad iniciar las rutas de atención y reducción de barreras de acceso por la difícil experiencia de no recibir la atención por parte del sector salud. En consecuencia, recae sobre ellos una mala percepción y hasta connotación de negligencia ante instituciones y demás organizaciones, algunas sin asociar que en sus lugares de origen, el sistema de salud tiene otras medidas de atención y vinculación que dista, del de la capital.

Por tanto, es evidente la ausencia de una estrategia integral de atención comunitaria, que mitigue el deterioro de la calidad de vida de niños y niñas de la primera infancia, subyacentes del detrimento ambiental que exhibe la Ciudadela. Y como resultado de este proceso académico, la educación ambiental y de salud, está dirigida a considerar el entorno no solo como el espacio físico, sino a comprender la relación entre el espacio, el ambiente y la salud, con repercusiones en el mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas, jóvenes, adultos y personas mayores.

Para finalizar este capítulo, queda por demás decir, que la nueva administración y la implementación del nuevo modelo de atención en salud, tiene retos importantes en la atención de sus usuarios, dado que a la fecha son pocos los resultados positivos en términos de cobertura, de acceso y de mitigación del riesgo financiero. Esto, ya que puntualmente la población víctima de la Ciudadela, manifestó desatención, ausencia de un servicio amigable, persistencia de barreras de acceso, congestión en los servicios y aunque tales obstáculos suelen ser superables, los itinerarios burocráticos no favorecen la calidad de la atención, ni la atención en sí misma. No obstante, una de las mayores preocupaciones con la actual administración y la implementación el nuevo modelo de salud, es el bajo énfasis sobre la prevención de la enfermedad y justamente la escasa orientación para gestionar la reducción de barreras.

11. RECOMENDACIONES

- La recolección y análisis de información cuantitativa y cualitativa sobre el fenómeno en la Ciudadela, debería servir como base para el diseño y la implementación de una estrategia de los sectores de acuerdo a su competencia y responsabilidad, a fin de mitigar todo riesgo latente que se suscita desde lo público y lo privado y que en efecto tiene repercusiones para la salud.
- Se debería generar iniciativas colectivas, en lo posible incentivando a líderes comunitarios para entrenarse en rutas de atención y portafolio de servicios, a fin de ser articuladores comunitarios con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), certificados en módulos Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), para favorecer la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en niños y niñas.
- Dado que la situación con las víctimas tiene un antecedente estructural, la situación se puede mitigar con al menos dos acciones. Primero, una feria de servicios institucional en el territorio afectado, puede maximizar la atención y minimizar los riesgos de las presuntas víctimas del conflicto. Esto, a fin que puedan iniciar las rutas de reparación integral y tengan asesorías frente a sus requisiciones. Y segundo, dado que la equidistancia entre la Ciudadela y los Centro de Atención Local a Víctimas del Conflicto Armado (CLAV) son demasiado distantes, en la localidad San Cristóbal, se debería favorecer la instalación de un punto satélite de atención del CLAV.
- La comunidad reconoce y solicita que los servicios de salud regresen hasta las instalaciones de sus viviendas, dados sus beneficios. Por tal, se recomienda la implementación de una estrategia de corresponsabilidad que acerque a través del sector salud, los factores protectores para niños y niñas y que fortalezca las capacidades de padres y cuidadores en enfermedades evitables, lactancia exclusiva, nutrición, signos y síntomas de alarma, activación de rutas y otras.

- Desde el actual modelo de salud urbana se debe instar a las EAPB para fortalecer programas de búsqueda activa de usuarios en condición de víctimas de conflicto armado, ausentes de sus programas de salud oral, control de desarrollo y crecimiento, nutrición, vacunación y otros controles, además de notificar en una base de datos sectorial, los hallazgos y novedades con los pacientes menores de seis años. Se espera entonces que entre sus funciones se deba contemplar la seducción estratégica para padres de niños y niñas de la primera infancia, para que asistan de manera preventiva a los controles.
- Además de la adopción de tamizajes en salud para niños y niñas de la primera infancia, la cual debe propender por verificar el estado físico, mental y nutricional de los menores, se debe garantizar la construcción de una plataforma que permita identificar el acceso y goce efectivo a todos sus derechos como de identidad, protección integral, a la educación, a un ambiente sano, al desarrollo integral en la primera infancia y demás y para ello se propone que sean los programas de reparación psicosocial quienes vigilen dichos accesos y ausencias.
- En la Ciudadela se debe diseñar un Plan de Manejo de Residuos Sólidos y determinar desde la junta de acción comunal, la viabilidad de implementar un grupo de vigías ambientales, fortalecidos e incentivados desde la Unidad Administradora de Servicios Públicos y la Alcaldía local para mitigar el progresivo deterioro ambiental y paisajístico del sector, que tiene repercusión en la salud de niños y niñas.
- Es preciso citar la formulación de un instrumento que caracterice la información acerca de la magnitud y los patrones de contaminación al interior de las viviendas y en el espacio público de la Ciudadela. Así, resulta sumamente relevante poder lograr un mapeo detallado sobre los puntos críticos y generadores de contaminación, además de identificar epidemiológicamente su cercanía con los casos de notificación por enfermedades de mayor prevalencia en el sector.

- Se debe promocionar e incentivar la participación de padres de familia y cuidadores en guías prácticas, rápidas y certificadas en módulos Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), para favorecer la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en niños y niñas.
- Se deben robustecer las estrategias de corresponsabilidad transectorial, de tal manera que se garantice el acceso de niños y niñas a su derecho a la salud. Por ejemplo, los padres deben entregar la curva de desarrollo y crecimiento para que se les otorgue los subsidios de las políticas públicas que son administradas por las Subdirecciones Locales de Integración Social.
- Se debe propender por el diseño y la adopción de un instrumento que permita identificar las principales restricciones y barreras de acceso de niños, niñas y sus núcleos familiares a los servicios de salud y así mejorar las respectivas remisiones, portafolios de servicios, rutas de atención, divulgación y atención en los centros de orientación e información en salud. Sin embargo, no se desconoce que la carga más importante recae sobre el nivel central, dado que un número importante de restricciones, recae justamente sobre los trámites administrativos y burocráticos entre las EAPB.

12. PROPUESTA DE LA ESTRATEGIA “EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD”

El siguiente capítulo corresponde al diseño de una estrategia de intervención a confirmad, según los hallazgos subyacentes en este ejercicio académico. Es una propuesta progresiva, que se extiende y contribuye a los principales componentes de una atención comunitaria, para mejorar las prácticas en el cuidado de la salud de niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, extraídos de las evidencias aquí señaladas.

121

La idea de favorecer un equilibrio entre el ambiente y la salud de la población objeto, mediante procesos de aprendizaje y las cuales se describen a continuación.

12.1 Identificación de la propuesta

Nombre: “*Educación ambiental y promoción de la salud*”. Estrategia de intervención transectorial para la atención de enfermedades prevenibles en niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, residentes en la Ciudadela Santa Rosa.

12.2 Resumen de la propuesta e introducción

La salud de la comunidad residente en la Ciudadela Santa Rosa está directamente relacionada con factores ambientales, sociales, económicos, políticos y culturales, que condicionan la dependencia entre entorno, salud y enfermedad. De hecho, todos los seres humanos dependen de un ambiente sano para la evitación de enfermedades y la salud de los niños y niñas de la primera infancia, es una exigencia en los planes de desarrollo local, distrital y nacional.

El interés principal para desarrollar la estrategia de “*Educación ambiental y promoción de la salud*”, surge a partir de la ausencia de enseñanzas ambientales en la Ciudadela, del deterioro del contexto y de las repercusiones que este evento está teniendo en la vida de niños y niñas que residen en el territorio.

En este sentido se quiere promover a través de la estrategia educativa, que las personas adopten modos de vida que respeten el medio ambiente, que no atente contra la salud de niños y niñas, que promueva conciencia responsable sobre los hábitos de cuidado colectivo y comprenda la complejidad de las rutas de atención del sector salud. Los niños y niñas y demás individuos sanos son más productivos y el que desarrollen prácticas asociadas a la prevención de la enfermedad, evita los riesgos de padecerla y atenderla, además de gastar capital para hacer frente a la enfermedad, dolencia o alteraciones físicas y sociales.

Es así que es necesaria la construcción de una estrategia de educación que permita en la población que habita la Ciudadela, generar acciones frente al manejo y disposición adecuada de residuos, tenencia responsable de animales de compañía, uso sostenible de los recursos naturales e incidir positivamente en el acceso a las rutas de atención del sector salud.

Con este proyecto, las personas aprenderán a realizar tareas de monitoreo del estado de salud de los niños y niñas, del control de los puntos críticos, experimentaran la importancia de mantener el entono de la Ciudadela en condiciones habitables y de conservar sano el ecosistema. Es decir que esta estrategia busca re significar el espacio público de la Ciudadela, dado que históricamente ha sido asociado a un contexto de invasión, restricción, violencia y deterioro ambiental.

Sin duda, la relación entre salud, ambiente y educación, puede provocar experiencias reales de transformación del entorno y desarrollar estrategias comunitarias que protejan el sano desarrollo de niños y niñas. También se pretende profundizar en las amenazas subyacentes del deterioro ambiental de la Ciudadela y las reacciones que pueden generar en los residentes desde los primeros ciclos de vida.

Urge entonces utilizar todos los recursos para precaver el padecimiento de la enfermedad en la población de la primera infancia y elevar la educación como un arma contundente para incentivar el papel de los actores locales en la transformación del territorio. De manera

que los principales componentes de esta estrategia son la salud: el medio ambiente, la educación ambiental y la participación comunitaria.

Por lo anterior, se propone desarrollar una propuesta encaminada a la conformación de una escuela itinerante de educación en salud ambiental, que permita el fomento de conciencia y cultura amigable con el ambiente, diseñada para un periodo de ejecución de seis meses. Las actividades que se proponen son de carácter lúdico pedagógico, que incentiven el intercambio de conocimiento a partir de las realidades entre los diferentes cursos de vida y enfoque diferencial (población indígena y afro colombiana) y que a su vez permitan el desarrollo de habilidades y capacidades para la formulación y movilización de iniciativas en pro de un entorno sano y seguro.

En razón a la existencia de las múltiples problemáticas que agobian el panorama de la Ciudadela Santa Rosa, se hace necesario entonces, plantear que a la estrategia de abordaje territorial se vinculen actores que aportan a la solución, tales como la Secretaria Distrital de Integración Social, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Secretaria Distrital de Ambiente, Secretaria Distrital de Cultura Arte y Patrimonio, Alcaldía Local, Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Jardín Botánico, Centro de Orientación e Información en Salud (COIS), organizaciones y fundaciones que realizan acciones en la Ciudadela.

12.3 Antecedentes y justificación

La OMS incluye en el concepto medio ambiente y salud, tanto los efectos patológicos de sustancias químicas y algunos agentes biológicos, así como los efectos en la salud derivados del medio físico, psicológico, social y estático en general; incluida la vivienda, el desarrollo urbano y el uso del terreno (Rodríguez, 2013). La salud ambiental engloba factores ambientales que inciden en la prevención de las enfermedades, así como en la creación de ambientes protectores de la salud.

La ocupación de hecho, a manos de víctimas del conflicto armado en la Ciudadela Santa Rosa, ha contribuido al deterioro del espacio público y privado. Por ejemplo, los factores asociados al medio ambiente, están ocasionando todo tipo de conflictos en los residentes, expresados en problemas de convivencia por la inadecuada disposición de residuos sólidos, hacinamiento, proliferación de roedores y vectores y provocación de olores ofensivos por acumulación de basuras en puntos críticos.

Agregado a ello, las múltiples barreras de acceso y restricciones a los servicios de salud, la ausencia de canasta familiar saludable, limitación de recursos económicos y claramente la afectación provocada en su salud física y mental por la expulsión de sus lugares de origen, agudizan el diagnóstico de la Ciudadela.

Esta estrategia subyace de los hallazgos obtenidos del trabajo de investigación en este mismo documento, que comprueban un deterioro ambiental, que debilita la calidad de vida de los residentes, aumenta barreras de acceso por ausencia de información y que evidencia débiles procesos de reparación integral por parte del ente encargado.

Esta propuesta aporta a la ampliación de oportunidades para la inclusión social de los niños, niñas y sus familias, en un componente de acciones de convivencia, entre desplazados y propietarios de las casas de la urbanización, orientadas principalmente a las personas que se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad física y socioeconómica.

La estrategia busca trascender una visión asistencialista a partir del fortalecimiento de capacidades y el aumento de oportunidades en función de la protección y goce efectivo de derechos, el desarrollo integral, la inclusión social, la protección de la salud y por último, haciendo visible la integración comunitaria para la apropiación del espacio público y privado.

Para ello se revisó el plan de desarrollo local de San Cristóbal y se identificó los componentes que pueden favorecer la forma de financiamiento de esta estrategia. Así, el pilar No. 3: “*Construcción de comunidad y cultura ciudadana*”, en el eje transversal III:

sostenibilidad ambiental basada en la eficiencia energética, pretende intervenir 16 hectáreas de espacio público con acciones de re naturalización y/o eco urbanismo, durante el cuatrienio. Entonces, cabe allí el desarrollo de proyectos de recuperación y manejo de la estructura ecológica principalmente.

Otra línea de inversión que puede depurar el tema de intervención en la Ciudadela es el pilar No. 2: “*Democracia urbana*”, el cual obedece al programa de recuperación, incorporación, vida urbana y control de la ilegalidad y allí se pretende elaborar un estudio técnico preliminar para la regularización urbanística de asentamientos de origen informal previamente legalizados y priorizados en los territorios diagnosticados por la Secretaria Distrital del Hábitat, durante el cuatrienio.

En suma, a través de ambos pilares es posible intervenir la Ciudadela, dado que la ocupación de terrenos de manera ilegal, generan condiciones precarias y a su vez, la no satisfacción de las necesidades humanas básicas. Es claro que esta situación en Santa Rosa ejerce un alto impacto sobre los recursos naturales. Al ocupar el suelo de forma inadecuada, aumenta la contaminación, la deforestación de los cerros orientales, la disposición de residuos sólidos en vía pública y en los canales que separan las viviendas, repercutiendo en un problema determinante para la salud de los niños, niñas y demás residentes.

Dentro de este mismo aspecto se identifica la falta de saneamiento de las aguas residuales, causando contaminación del agua, por el vertimiento de aguas residuales domésticas e industrias sin tratamiento y la acumulación de residuos sólidos, que trae como consecuencia la proliferación de plagas y vectores, generando entre otras consecuencias, el deterioro paisajístico en la Ciudadela.

Por lo anterior y teniendo en cuentas las problemáticas ambientales identificadas, es fundamental construir alternativas de atención comunitaria, a través de la educación ambiental, que contribuyan a la afectación positiva de comportamientos de las personas, fomentando una conciencia ambiental por medio del desarrollo de la propuesta “*Educación ambiental y promoción de la salud*”.

En conclusión, se pretende mejorar las condiciones del entorno y la salud de los residentes a través de “Cuidadores Ambientales”, quienes serán residentes identificados y caracterizados por su conocimiento y experticia en la recuperación ambiental y paisajística, preservación y mantenimiento técnico de los espacios físicos y sociales y por su destreza en las rutas de atención del sector salud.

Los cuidadores ambientales serán los enlaces de la estrategia, hacen parte de la comunidad de la urbanización y se interesan por los problemas conexos a la salud y al ambiente y quienes contarán con conocimientos, aptitudes, actitudes y motivaciones necesarias para ocuparse de los individuos, sus problemas, el entorno y la búsqueda de soluciones.

12.4 Objetivo general:

Diseñar una estrategia de atención comunitaria basada en aspectos de educación ambiental, para promover la protección de la salud en niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, en la Ciudadela Santa Rosa

12.4.1 Objetivos específicos

- Educar a los residentes de la Ciudadela en la conservación del medio ambiente, para propiciar una cultura amigable que transforme el entorno y mitigue los efectos del deterioro paisajístico.
- Lograr que padres de familia y cuidadores adopten las rutas de atención del sector salud, para disminuir la prevalencia de enfermedades prevenibles en niños y niñas de la primera infancia.
- Reducir los impactos negativos de los puntos críticos en el espacio público y privado, provocados por la acumulación de residuos domiciliarios y tenencia inadecuada de mascotas.

- Implementar un aula de educación ambiental itinerante, a través acciones artísticas que despierten conciencia y emociones en los residentes frente a las problemáticas de mayor impacto en la Ciudadela.

12.5 Metodología

Se desarrollará una metodología basada en educación ambiental, utilizando técnicas lúdicas y pedagógicas, inspiradas desde la propia realidad y experiencia de las personas y que se caracterizan por un intercambio de saberes, ameno, dinámico y motivador. Con ello se pretende suscitar y mantener el interés de una mesa técnica, focalizada la atención de los residentes y facilitando la formación de los cuidadores ambientales y comunidad en general, incentivando la reflexión, el diálogo y el análisis participativo sobre la situación de la Ciudadela.

En este sentido, los profesionales que dinamicen las actividades no aportarán todas las respuestas, sino que coadyuvarán a que la comunidad formule sus propias soluciones. Esta metodología es de carácter abierto, flexible, participativo, grupal, práctico y vivencial retomado de la educación popular, así como con los objetivos y valores que promulga: la participación democrática, el desarrollo organizativo, la formación para la acción, la transformación y el cambio de la vida real.

En conclusión, la relevancia de esta metodología radica en la implementación de una estrategia transsectorial de atención para prevenir y reducir los efectos del deterioro ambiental en niños y niñas. Por tal, busca involucrar a padres de familia y cuidadores en el desarrollo de los objetivos aquí propuestos, mediante las técnicas e instrumentos, acciones y actividades que involucra la mitigación de enfermedades prevenibles en la primera infancia.

Esta estrategia contiene una metodología de tipo cualitativa, participativa y vivencial, por cuanto pretende usar el registro de percepciones, experiencias, creencias y prácticas de los sujetos de atención, frente a los hábitos de cuidados de la salud de los niños y niñas, su

alimentación, el cuidado del entorno, de las mascotas, la separación adecuada de residuos y su disposición, entre otras.

Las acciones colectivas contenidas en esta metodología tiene el fin mejorar habilidades sociales que favorezcan la interacción con comunidad y generen compromisos frente al cuidado y protección del entorno, de los niños y niñas, de los espacios públicos y privados, de la exigibilidad de sus derechos y sus deberes y de su acceso a las bondades de las Políticas Públicas.

Todas las acciones estarán inscritas en las fases de:

- **Planeación:** que busca el contacto activo con los actores que fundamentaran la propuesta.
- **Ejecución:** que es la fase que comprende la convocatoria, organización de equipos, formación de los cuidadores ambientales y puesta en marcha del plan programático de la mesa técnica.
- **Seguimiento y Monitoreo:** este proceso se hará de forma continua, de principio a fin, con la intención de detectar posibles falencias y generar ajustes al modelo y cierre de la estrategia.
- **Evaluación:** donde se hará una valoración de los avances logrados, con relación a los objetivos e indicadores proyectados. Se optará por dos tipos de evaluaciones. Una, la de proceso, que dará cuenta de los cambios y transformaciones sobre las personas y ambientes mientras se desarrolla la estrategia. Y la otra, de resultados, que hará un balance final del proceso.

12.6 Actividades ligadas al desarrollo de la estrategia

Con la puesta en marcha de la estrategia, se busca implementar las actividades propuestas en la Tabla No. 6:

TABLA No. 6

“EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD”

Diseñar una estrategia de atención comunitaria basada en aspectos de educación ambiental, para promover la protección de la salud en niños y niñas de la primera infancia víctimas de desplazamiento forzado, en la Ciudadela Santa Rosa

OBJETIVO	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA 2018					
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Educar a los residentes de la Ciudadela en la conservación del medio ambiente, para propiciar una cultura amigable que transforme el entorno y mitigue los efectos del deterioro paisajístico	Diseñar una estrategia comunicativa y de divulgación sobre la Iniciativa “ <i>Educación ambiental y promoción de la salud</i> ”						
	Elaborar una cartografía social de las necesidades ambientales y de salud más sentidas en la Ciudadela						
	Iniciar búsqueda activa de comunidad interesada, enlaces de instituciones públicas, privadas y organizaciones comunitarias para la conformación e instalación de una mesa técnica que regule los objetivos de la estrategia						
	Dar cumplimiento a la formación técnica de cuidadores ambientales a través de módulos prácticos, cortos y dinámicos en el cuidado del medio ambiente.						
	Implementar una técnica de abordaje territorial que capte la mayor cobertura de población residente frente a la sensibilización del cuidado del medio ambiente						
	Diseñar e implementar un instrumento de caracterización de las viviendas y los entornos de la ciudadela.						
Lograr que padres de familia y cuidadores adopten las rutas de atención del sector salud, para disminuir la prevalencia de enfermedades prevenibles en niños y niñas de la primera infancia	Capacitar a los cuidadores ambientales en la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI comunitario, a fin de disminuir la morbilidad en niños y niñas y mejorar la calidad de la atención que reciben en el hogar.						
	Definir y entrenar a los cuidadores ambientales en los instructivos e itinerarios que favorezcan la socialización y apropiación de rutas de atención del sector salud.						

	Activar rutas de atención y vincular a niños y niñas de la primera infancia a los servicios del sector salud de acuerdo a sus necesidades						
Implementar un aula de educación ambiental itinerante, a través acciones artísticas que despierten conciencia y emociones en los residentes frente a las problemáticas de mayor impacto en la Ciudadela	Convocar a grupos artísticos locales de performance, para licitar como aula itinerante en la Ciudadela						
	Proyectar y definir recursos, espacios y fechas de presentación del aula artística itinerante						
Reducir los impactos negativos de los puntos críticos en el espacio público y privado, provocados por la acumulación de residuos domiciliarios y tenencia inadecuada de mascotas	Diseñar ficha técnica para el despliegue de acciones contundentes frente a la recuperación del espacio público y su embellecimiento.						
	Ejecutar jornadas de recuperación del espacio público y embellecimiento de la Ciudadela						
	Realizar inspección de las viviendas para identificar riesgos y amenazas						
	Articular acciones transectoriales que mitiguen la prevalencia de riesgos ambientales y de salud al interior de la vivienda y del entorno						

12.7 Resultados esperados

- Articulación de acciones transectoriales sostenibles que favorezcan la protección de niños y niñas y disminuya la aparición de enfermedades más prevalentes, a través de la asignación de herramientas de fortalecimiento del cuidado de la salud en padres de familia, cuidadores y comunidad en general.
- Certificación a Líderes comunitarios, padres de familia, cuidadores y comunidad en general en atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) comunitaria.
- Robustecimiento de aspectos sobre de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y así reducir la morbilidad en niños y niñas menores de 6 años, especialmente causada por enfermedades prevenibles en padres de familia y cuidadores.
- Proyectar en la comunidad de la Ciudadela Santa Rosa una mejor calidad de vida en salud física y psicosocial, a causa de la disminución del deterioro de la vivienda y el ambiente
- Fortalecimiento técnico, de manera lúdico pedagógica a los cuidadores ambientales, quienes multiplicaran su apropiación conceptual de manera práctica con los demás residentes y promoverán cambios significativos en las inadecuadas prácticas ambientales, en la reducción de barreras al acceso a salud, sosteniendo y sustentando la recuperación de niños y niñas en la Ciudadela y de espacios públicos y privados.
- Diseño y ejecución del plan de trabajo integrado y aprobado por la mesa técnica, con indicadores de seguimiento, informes mensuales de avance en la ejecución de actividades e informe final incluyendo encuesta de percepción.

- Sensibilización y empoderamiento en el 100% de los residentes de la Ciudadela en educación ambiental, promoción de la salud, rutas de atención del sector salud y sostenibilidad en el tiempo de los espacios recuperados.

12.8 Presupuesto

El presupuesto del talento humano para la implementación de la propuesta se calcula para un periodo de 6 meses, tal como se señala en la Tabla No 7. Con el fin de garantizar el adecuado desarrollo de la propuesta, es importante que la Alcaldía Local, promueva convenios interadministrativos de articulación intersectorial con entidades idóneas para trabajar el tema aquí propuesto.

132

TABLA No. 7 PRESUPUESTO						
Ítem	Referencia	Descripción del bien o servicio	Cant	Unidad de medida x medio tiempo	Valor Unitario	Valor Total
1	TALENTO HUMANO	Coordinador	1	Persona	\$ 1.800.000	\$10.800.000
2		Profesionales sociales	2	Personas	\$1.300.000	\$15.600.000
3		Profesionales ambientales	2	Personas	\$1.300.000	\$15.600.000
4		Técnicos en salud	2	Personas	\$\$600.000	\$7.200.000
5		Cuidadores ambientales	10	Personas	Incentivo \$300.000	\$18.000.000
6		Grupo artístico	1	Grupo	\$150.000 (Presentación)	\$1.200.000
7	INSUMOS	Refrigerios (solido, líquido y fruta)	300	Unidades	\$ 3.000	\$900.000
8		Libretas y esferos	15	Unidades	\$ 3.000	\$45.000
9		Dotación	15	Unidades	\$15.000	\$225.000

10	Papelería	Sin definir	\$200.000	\$200.000
11	IMPREVISTOS: \$300.000			
12	TOTAL: \$70.070.000			

13 BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, César. 2010. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia. Journal: Revista Gerencia y Políticas de Salud
- Alonso G. Julia y ROMÁN S.. José M.^a. 2005. Prácticas educativas familiares y autoestima. Psicothema Vol. 17, nº 1, Universidad de Valladolid. Pág. 76-82.
- Analizan situación de víctimas del conflicto. (Sin A. A.), 27 Octubre de 2015. El nuevo siglo
- Barreras de acceso a servicios de salud. 2013. Hospital Chapinero de Chapinero Equipo de vigilancia de salud pública comunitaria. Localidad de Barrios Unidos. Bogotá.
- Bernal Luis (2009). Atención en salud de familias desplazadas por la violencia: reflexiones desde la experiencia docente-asistencial. Publicación: med.javeriana.edu.co
- Boletín Técnico de Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2015. 2 de marzo de 2016. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Bogotá, Colombia.
- Bondioli C. Hmong. 2000. Parent Education and Involvement and its impact on children: A correlational study. University of Wisconsin-Stout. Estados Unidos.
- Bourdieu Pierre. 1999. La Distinción. Criterio y bases sociales del gusto. Madrid, España, Taurus
- Breilh Jaime. 1999. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. En: Viveros Vigoya, Mara, comp. y Garay Ariza, Gloria,

comp. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, CES. Pág. 130-141.

- Cantillo Diana. 10 de abril de 2013. “Santa Rosa: urbanización problema”. El Espectador. Bogotá
- Caracterización del micro territorio Ciudadela Santa Rosa adscrito al territorio La Gloria, de la Localidad San Cristóbal. Mayo de 2014. Dirección de Análisis y Diseño Estratégico de la Secretaria Distrital de Integración Social. Bogotá, Colombia
- Cartografía Social, Cartografiando nuestra realidad. 2008. Instituto Distrital de la Participación Social – IDPAC.
- CITYTV. 18 de junio de 2015. “Desplazados en barrio de Bogotá ahora les quitan casas a sus dueños”. El Tiempo. Bogotá
- CODHES. Situación de los Derechos Humanos en la Localidad de San Cristóbal. Consultoría para los Derechos Humanos y Desplazamiento Forzado (2014), Convenio No. 123 de 2013. Fondo de Desarrollo Local de San Cristóbal.
- Colombia, consecuencias humanitarias del conflicto armado en Colombia. 2010. Informe Cruz Roja Colombiana
- Diagnóstico local en salud con participación social, 2014. Localidad San Cristóbal. Equipo ASIS, ESE San Cristóbal.
- Delgado, Manuel. 1999. El animal público. Barcelona, Anagrama.
- Donabedian Avedis. 1973. Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care, Harvard University Press.

- Durán S. Ernesto. 2002. Niños, niñas y conflicto armado en Colombia. Una aproximación al estado del arte. 1990-2001. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional – Observatorio de infancia. Convenio del Buen Trato. Fundación Antonio Restrepo Barco
- Echeverry Juan. Febrero 2001. ¿Nos parecemos al mundo?. Bogotá, Colombia. Departamento Nacional de Planeación.
- El debate determinantes-determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político. 2013. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol. 31 sup.1 Medellín.
- Estudio nutricional de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia. 2005. Organización Panamericana de la Salud y Programa Mundial de Alimentos. Unión temporal econometría S.A. SEI S.A. Bogotá, Colombia
- Farmer Paul. September 2013. Reimagining global health. California Series in Public Anthropology.
- Garner Isaza. 2001. Guía para la elaboración de proyectos y de informes finales de investigación. Manizales, Colombia
- Geiger Pedro. 1996. Territorio, Globalización y Fragmentación. Hucitec.
- Gramsci Antonio. 2000. Philosophy, Common Sense, Language and Folklore. En: An Antonio Gramsci Reader: Selected Writings, 1916-1935, edited by David Forgacs. New York: New York University Press
- Johnson, R. B. y Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. Educational Researcher

- La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. Enero-abril, 2010. Universidad Nacional de Lanús vol. 6, No. 1., Buenos Aires, Argentina
- Las frutas y verduras podrían salvar la vida de 1.7 millones de humanos. 15 de Julio de 2011. Colprensa, Vanguardia.com. Bogotá
- Lentini Mercedes. Agosto 1997. El Hacinamiento: la dimensión no visible del déficit habitacional. Revista INVI No. 31, Volumen 12
- Lineamientos institucionales para el acceso a los servicios de salud para la población víctima del conflicto armado. Diciembre de 2015. Bogotá, D.C. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.
- López Marcelino y Laviana Margarita. Marzo 2007. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 27 No. 1 Madrid, España
- Malaver Carol. 25 de junio de 2015. El conjunto residencial que soporta robos, violaciones y asesinatos: La Ciudadela Santa Rosa está invadida por personas que dicen ser desplazadas. El Tiempo, Bogotá.
- Martín J. Urquijo Angarita. La teoría de las capacidades en Amartya Sen. Facultad de Humanidades, Universidad del Valle. EDETANIA 46, Diciembre 2014, 63-80.
- Medina C. Ana J. junio 2000. El legado de Piaget. Educere, vol. 3, núm. 9, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela

- Ministerio Nacional de Educación. Documento CONPES Social 109, Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la Primera Infancia" del 03 de diciembre de 2007. Bogotá, DC., 20 de Marzo de 2014.
- Mogollón Pérez Amparo S. y VÁZQUEZ N. 2006. María L. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Montañez G. Gustavo. 1998. Espacio, territorio y región: conceptos básicos para un proyecto nacional. Cuadernos de geografía. Vol. VII, No. 1-2. Revista del departamento de geografía de la Universidad Nacional de Colombia.
- Naomar Almeida Filho. 2009. Boletín del Observatorio en salud. Opinión y Debate en salud. Vol. 2: No. 4. Colombia. Pág. 19-21
- Passeron, Jean Claude (1983): La teoría de la reproducción social como una teoría del cambio: una evaluación crítica del concepto de "contradicción interna", Estudios Sociológicos I:3.
- Pierre Bourdieu, La distinción, París, Minuit, 1979, p. 437, en Nueva sociedad Nro. 71, Marzo- Abril de 1984, pp. 69-78
- Pecaú Daniel. Septiembre de 2003. Violencia y Política en Colombia, Elementos de reflexión, Universidad del Valle, facultad de Ciencias Sociales y económicas.
- Boletín Salud Colectiva para las diversidades y la inclusión “Resultados del Programa Territorio Saludable Periodo Enero 2013 –a Agosto 2014” ESE San Cristóbal.

- Pool Robert, Geissler Wenzel. 2005. Medical Anthropology. First published. Open University Press.
- Puche-Navarro, Orozco, Correa & Orozco (2007). Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva No. 178. Enero 2016 Funcionamientos, desarrollos y competencias de niños y niñas de 0 a 6 años. Ministerio de Educación Nacional Pág. 8- 11
- Restrepo Jorge A. Mayo de 2006. Desmovilización de las AUC: ¿Mayor seguridad humana?. Bogota, Colombia. UN Periódico Universidad Nacional. No 92.
- Rodríguez Neris. Abril de 2013. Educación ambiental para la salud. Una experiencia pedagógica para el desarrollo local. Centro de Estudios Cuba – Caribe. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.
- Roth Andre-Noel. Septiembre 2012. Políticas Públicas, Formulación, implementación y evaluación. Ed Aurora. Bogotá DC. Colombia.
- Rueda C. Laura. Noviembre de 2004. Consideraciones éticas en el desarrollo de investigaciones que involucran a seres humanos como sujetos de investigación las investigaciones en terapia ocupacional comunitaria. Portal de Revistas Académicas de la Universidad de Chile. No. 4
- Tamayo Eduardo, Enero 2001. La niñez es el eslabón más débil de la mundialización. Las perlas del neoliberalismo. Artículo de Eduardo Tamayo (Tomado de Servicios Informativos ALAI para América Latina
- Toboso Mario. 2008. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, No 20.

- Torrado M. 2004. Estudios de encuesta, metodología de la investigación. La Muralla. Barcelona, España
- Zakus David. Marzo - Abril de 1988. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. Salud Pública. Vol. 30, No. 2

Portales WEB

- [Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/)
- <http://www.who.int/es/> - Organización mundial de la salud
- <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Discapacidad/Paginas/enfoque-diferencial.aspx>
- www.who.int/social_determinants
- <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- <http://encuentros.alde.es/antiores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>, pag 6 falta el resto
- http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/OrdenamientoTerritorial/EspacioPublico/Sistema_Espacio_Publico
- http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf
- www.who.int/topics/environmental_health/es/
- <http://www.victimasbogota.gov.co/>
- <http://www.victimasbogota.gov.co>
- http://escolapau.uab.es/img/qcp/procesos_paz_comparados.pdf
- <http://www.who.int/topics/es/> Organización mundial de la salud
- <http://www.saludcapital.gov.co>
- http://www.who.int/social_determinants/es/

ANEXO No. 1

FORMATO DE ENCUESTA

Nombre del padre o madre: _____
Edad del padre o madre: _____
Sexo: _____
No. de hijos totales: _____
Fecha de la última expulsión: _____
Lugar de expulsión: _____ Urbano _____ Rural _____
Edad del niño del ciclo vital de la primera infancia: _____
Sexo del niño del ciclo vital de la primera infancia: _____

141

Esta es una encuesta para identificar las condiciones de vida de los niños y niñas de la primera infancia en la Ciudadela Santa Rosa

1. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES

MADRE

____ Analfabeta
____ Primaria incompleta
____ Primaria completa
____ Secundaria incompleta
____ Secundaria completa
____ Técnico
____ Profesional

PADRE

____ Analfabeta
____ Primaria incompleta
____ Primaria completa
____ Secundaria incompleta
____ Secundaria completa
____ Técnico
____ Profesional

2. EL MENOR VIVE CON FAMILIA DE TIPO:

____ Monoparental
____ Recompuesta
____ Extensa
____ Nuclear
____ Adoptiva

3. TIPO DE VIVIENDA DONDE RESIDE EL MENOR:

____ Ocupación de hecho
____ Vivienda propia
____ Arriendo
____ Familiar
____ Inquilinato
____ Otra, cual _____

4. No. TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA VIVIENDA _____

No. de personas adultas (Mayores de 18 años) _____
No. de mujeres embarazadas _____
No. de mujeres lactantes _____
No. de niños menores de 6 años _____
No. de niños entre 7 -13 años _____
No. de adolescentes 14-18 años _____
No. de personas con discapacidad _____ El menor tienen algún tipo de discapacidad: SI: _____ NO _____
No. de personas de la tercera edad _____
No. total de personas desplazadas en la vivienda _____

5. ¿PERTENECE A ALGUNA ETNIA INDÍGENA, AFRO DESCENDIENTE, RAIZAL o ROM?
Indígena:____ Afro-descendiente: ____ Rom:____ Raizal:____ Ninguna:____

6. EL NIÑO O NIÑA SE ENCUENTRAN EN JARDÍN, COLEGIO U HOGAR COMUNITARIO?
SI: ____ NO:____

Motivo por que NO encuentra en jardín, colegio u hogar comunitario: _____

7. INFRAESTRUCTURA DE SANEAMIENTO BÁSICO DE LA VIVIENDA:

Tiene servicios públicos legales: Si:____ No:____
Tiene agua potable domiciliaria: Si ____ No ____
Tiene alcantarillado: Sí ____ No ____
Tiene luz Si ____ No ____
Tiene instalación de gas Sí ____ No ____
Tiene Internet: Si ____ No ____

8. ¿SE ENCUENTRAN LOS PADRES O ALGUNO DE LOS PADRES TRABAJANDO EN ESTE MOMENTO CON ALGÚN TIPO DE REMUNERACIÓN?

Si ____ No ____ Quien: _____ En que: _____

9. NIVEL DE INGRESOS FAMILIARES POR MES:

____ Menos de un salario mínimo legal vigente
____ Un salario mínimo legal vigente
____ Entre uno y dos salarios mínimos legales vigentes
____ Entre dos y tres salarios mínimos legales vigentes
____ Más de cuatro salarios mínimos vigentes

10. INDIQUE SI EL MENOR DE 6 AÑOS INGIERE LAS SIGUIENTES COMIDAS AL DÍA

Desayuno _____
Medias Nueves _____
Almuerzo _____
Onces _____
Cena _____
Otros, cuales _____

11. QUE SIGNIFICA SALUD PARA USTED: _____

12. QUE SIGNIFICA ENFERMEDAD PARA USTED: _____

13. ¿DÓNDE CONSIDERA QUE SU ALIMENTACIÓN Y LA DE SU FAMILIA HA SIDO MEJOR?

Antes del desplazamiento _____
Después del desplazamiento _____
En los dos lugares ha sido igual _____
Porque: _____

14. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, EN ESTE HOGAR CONSUMIERON POR LO MENOS UNA VEZ AL DÍA, ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

Cereales (arroz, avena, cebada, maíz) Si___ No___
Papa, plátano, yuca Si___ No___
Leche, derivados lácteos, queso Si___ No___
Panela Si___ No___
Huevo si___ No___
Carnes y/o pescado, res, cerdo, gallina, hígado, menudencias, atún) Si___ No___
Leguminosas (frijol, lenteja, arveja, garbanzo, habas) Si___ No___
Hortalizas y verduras Si___ No___
Frutas Si___ No___
Otros _____

15. EN QUÉ PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS o AYUDAS PARTICIPA LA FAMILIA EN EL MOMENTO:

Secretaria Distrital de Integración Social _____ Cual: _____
Comedor Comunitario _____
Hogar de bienestar _____
Bono de lactante./gestante _____
Bono discapacidad _____
Canasta Afro _____
Bono Persona mayor _____
Unidad de Víctimas _____ Cual _____
ONG _____ Cual _____
Pastoral social _____ Cual _____
Otro _____

16. ¿A QUÉ EPS ESTA AFILIADO EL MENOR?

EPS _____ Subsidiada _____ Contributiva _____
No está afiliado _____
Carta de salud _____
Portabilidad _____

17. TIENE EL MENOR ALGUNA ENFERMEDAD PREEXISTE:

SI: _____ NO: _____ CUAL: _____

18. EN CASO DE QUE EL MENOR TENGA UNA ENFERMEDAD, ACTUALMENTE RECIBE ATENCIÓN PARA SU TRATAMIENTO?

SI: _____ NO: _____ Porque: _____

19. A CONSULTADO AL MÉDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD EN EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 6 AÑOS EL ULTIMO MES

Si _____ No _____ Porque: _____

20. EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 6 AÑOS HA TENIDO DIARREA DURANTE EL ULTIMO MES?

Si _____ No _____ Porque: _____

21. EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 6 AÑOS HA TENIDO INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DURANTE EL ULTIMO MES?

Si _____ No _____ Porque: _____

22. RESPONDA SI O NO FRENTE A LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- a. El agua que usa para beber líquidos está hervida Si _____ No _____
 - b. Guarda el agua en recipientes adecuados y cerrados Si _____ No _____ No guarda _____
 - c. Usa vasos, cubiertos, platos y pocillos limpios Si _____ No _____ No tiene _____
 - d. Se da a los niños y niñas menores de 6 meses exclusivamente leche materna Si _____ No _____
- En caso de NO, porque: _____

23. ¿CONSIDERA QUE EL MANEJO INADECUADO DE BASURAS AFECTA LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS?

Sí _____ No _____ Porque: _____

24. CONSIDERA QUE EN LA CIUDADELA SANTA ROSA EXISTEN PUNTOS CRÍTICOS POR DISPOSICIÓN INADECUADA DE BASURAS?

Si _____ No _____ Porque y donde: _____

25. TIENE MASCOTAS: SI: _____ NO: _____

Cuantos Perros: _____

Cuantos Gatos: _____

Cuantas Aves: _____

Otros, Cuales: _____

26. DE ACUERDO A LOS ESPACIOS VERDES Y PÚBLICOS DE LA CIUDADELA USTED CONSIDERA QUE SON:

- a. Suficientes Si _____ No _____
- b. Limpios Si _____ No _____
- c. De uso adecuado para las mascotas Si _____ No _____
- d. Seguros Si _____ No _____

27. ¿CONSIDERA QUE EXISTE PRESENCIA DE ROEDORES Y VECTORES EN LA CIUDADELA?

Si _____ No _____

Porque _____

28. ¿APLICA USTED ALGUNA TÉCNICA PARA EL CONTROL DE ROEDORES Y VECTORES?

Si _____ No _____

Cual: _____

29. CONSIDERA QUE SUS HIJOS MENORES DE 6 AÑOS SE ENFERMAN CON MAYOR FRECUENCIA DESPUÉS DEL DESPLAZAMIENTO?

Si _____ No _____ Se enferman igual: _____

30. QUIENES SE ENFERMAN CON MAYOR FRECUENCIA:
Niños:_____ o Niñas_____ Ambos por igual:_____

31. CUÁLES SON LAS CAUSAS ACTUALES PARA QUE SE ENFERMEN SUS HIJOS:

32. QUE HACE USTED CUANDO LOS MENORES SE ENFERMAN:

33. ¿QUÉ TIPO DE ACCIONES PREVENTIVAS REALIZA PARA EVITAR LA ENFERMEDAD?

34. ¿QUE REQUIERE USTED Y SU FAMILIA POR PARTE DEL SECTOR GUBERNAMENTAL PARA EVITAR QUE SUS HIJOS SE ENFERMEN?

35. A RECURRIDO AL USO DE LA MEDICINA ANCESTRAL PARA SANAR A LOS NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS?
Si_____ No_____

Qué tipo de practicas_____

36. ¿QUE BARRERAS DE ACCESO EXISTE PARA QUE EL MENOR Y SU FAMILIA TENGA UN MEJOR ACCESO AL SISTEMA Y MEJORE SU SALUD?

ANEXO No. 2

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA MADRES COMUNITARIAS

Desde su experticia en el cuidado de niños y niñas de la primera infancia, residentes en la ciudadela y en condición de desplazamiento forzado, que opina sobre:

1. ¿Qué tipo de actividades realiza dentro del hogar comunitario para evitar la propagación de la enfermedad?
2. ¿Cuáles son las principales enfermedades que presentan los niños y niñas desplazadas que atiende en su hogar?
3. ¿Qué hábitos de cuidado identifica en los padres de familia de niños desplazados cuando se enferman?
4. ¿Cuáles son las situaciones más repetitivas que dificultan su función como madre comunitaria en relación con los niños desplazados?
5. ¿Qué normas se establecen dentro del hogar comunitario para comprobar la ausencia de enfermedad en los niños?
6. Según su percepción, en la Ciudadela Santa Rosa quienes se enferman más: Indígenas, afro-descendientes, mestizos, todos por igual o no se enferman
7. ¿En qué edad se suelen enfermar con mayor frecuencia los niños?
8. ¿Según su percepción, quienes se enferman más: niños o niñas, o ambos por igual?
9. ¿Considera que existe relación entre el desplazamiento forzado de los menores y la adquisición de la enfermedad?
10. ¿Cuáles serían sus recomendaciones en salud para padres con niños y niñas en el ciclo vital de la primera infancia?

ANEXO No. 3

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PROFESIONALES DE LA SALUD

1. ¿Cuáles son las enfermedades más prevalentes en los niños y niñas de la primera infancia, víctimas del desplazamiento forzado? ¿Por qué?
2. ¿Qué condiciones de la Ciudadela considera que son las causas para que los niños y niñas se enfermen?
3. ¿Cuáles considera que son los hábitos de padres y madres víctimas del desplazamiento en cuanto a la protección del menor de la primera infancia para evitar que adquieran enfermedades?, explique.
4. ¿Qué tipo de tratamiento usan los padres o cuidadores para disminuir los efectos de la enfermedad cuando ya es adquirida por los menores del ciclo vital de la primera infancia?
5. ¿Las condiciones domiciliarias en las que residen los niños y niñas de la primera infancia influyen en la predisposición a la enfermedad? explique
6. ¿Considera que los hábitos alimenticios de las familias influyen en el desarrollo de la enfermedad en niños y niña de la primera infancia?
7. Desde su experiencia, ¿Cuánto cree que asisten los padres o madres al médico para consultar por las enfermedades de los niños y niñas? explique
8. ¿Cuáles considera que son las barreras de acceso a los servicios de salud más frecuentes en los niños y niñas de la primera infancia?
9. ¿Considera que existe relación entre el desplazamiento forzado de los menores y la adquisición de la enfermedad?
10. ¿Cuáles serían sus recomendaciones en salud para padres con niños y niñas en el ciclo vital de la primera infancia residentes en la ciudadela?

ANEXO No. 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Entiendo que puedo participar voluntaria y adecuadamente y con la verdad en todos los datos necesarios para la construcción del diagnóstico epidemiológico que CAROLINA GARZÓN, estudiante de tercer semestre de la maestría en Estudios Sociales de la Universidad del Rosario, se encuentra realizando con padres, madres, madres comunitarias y profesionales de la salud que residen o intervienen en la Ciudadela Santa Rosa, ya que este proyecto investigativo y de intervención está amparado en el marco académico del querer identificar la morbilidad en niños y niñas de la primera infancia, víctimas del desplazamiento forzado y posterior a ello, crear una estrategia para mejorar las prácticas en el cuidado de la salud de niños y niñas de este ciclo vital y residentes en este microterritorio.

También fui instruido (a) en las claridades a las que tengo derecho como participante, tal como:

- Estoy en el derecho de participar o no de preguntas específicas cuando lo considere pertinente.
- Estoy en el derecho de preguntar por palabras o conceptos que no entienda.
- Puedo tomarme el tiempo necesario para responder o explicar lo que considere necesario.
- Antes de participar en este proyecto, estoy en el derecho de querer consultarle a quien yo considere pertinente.
- Si tengo preguntas sobre el proyecto, las puede hacer con libertad.
- Se que la participación es voluntaria y los resultados no tienen que ver con ninguna decisión que se tome desde el nivel central del sector salud, ni ninguna otra institución del sector gubernamental o no gubernamental.
- Sé que no habrá más oportunidad de participar en este proyecto.
- Sé que no existe riesgo de mi participación en este proyecto
- Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias por el tiempo que me tomara responder las preguntas.
- Los beneficios podrán evidenciarse en los niños, niñas, padres, residentes de la ciudadela y otros actores que intervienen en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____ de _____

Fecha _____