



DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2014

LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS

**Hospital Chapinero
Primer Nivel de Atención
Vigilancia en Salud Pública**

Abril de 2016

Calle 66 # 15-41
www.eschapinero.gov.co
INF:3499080
Código Postal 111221

Segundo puesto
Categoría Salud
Compromiso Ambiental
2013-2014



Tercer Puesto
Seguridad de paciente y
gestión de riesgos
clínicos 2015.



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

CRÉDITOS DEL DIAGNÓSTICO LOCAL

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dr. Luis Gonzalo Morales

SUBSECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dra. Patricia Arce Guzmán

EQUIPO TÉCNICO COORDINADOR SDS ASIS

CREDITOS LOCALES

GERENTE

Dr. Jorge Arturo Suarez Suarez

SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Martha Helena Medina Ángel

COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Sandra Mireya Sánchez

COORDINADOR VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Elías Sagra Piñeres

EQUIPO ASIS LOCAL

Epidemióloga **Ingrid Viviana Leal Gómez**

Antropólogo **Diego Giovanni Castellanos**

Geógrafo **Alex Mauricio Martínez Ramirez**

Técnicos **Juan Carlos Cárdenas**

Equipo de Vigilancia Salud Pública

Equipo Medio Ambiente

Coordinadores Territoriales

Coordinadores Gestión Local

Equipo Etapas de Ciclo Vital

Referente PDA y Transversalidades

Documento Avalado

Elías Sagra Piñeres

Coordinador Vigilancia Salud Pública

Abril de 2016

ABREVIACIONES

AEPI	Atención Integral Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis situación de Salud
BAI	Búsquedas Activas Institucionales
BAT	Banco de Ayudas Técnicas
CADEL	Centro de Administración Educativa Local
CAIVAS	Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual
CAL	Comisión ambiental de la Localidad
CAVIF	Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar
CESPA	Centro de Servicios Jurídicos Especiales para Adolescentes
CHC	Ciudadano Habitante de Calle
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento
CODA	Comité Operativo Distrital para la Adultez
COLIA	Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia
COLMYG	Comité Operativo Local de Mujer y Género
COV	Compuestos Orgánicos Versátiles
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DILE	Dirección Local de Educación
DPT	Difteria, Tosferina y Tetanos
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ELAI	Equipo Local de Apoyo Interinstitucional
EPS	Empresa Promotora de Salud
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ERC	Equipo de Respuesta Complementaria
ERI	Equipo de Respuesta Inicial
ESI	Enfermedad Similar a la Influenza
ESE	Empresa Social del Estado
ESI	Enfermedad Similar a la Influenza
ETA	Enfermedad Transmitida por Alimento
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
FAMI	Familia, Mujer, Infancia
FFD	Fondo Financiero Distrital
FFDS	Fondo Financiero Distrital en Salud
FOPAE	Fondo de Prevención y Atención de Emergencias
GESA	Gestión de la salud ambiental

HOBI	Hogares de Bienestar Infantil
HCB	Hogares Comunitarios de Bienestar
IAFI	Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia
IAMI	Instituciones Amigas De La Mujer Gestante y la Infancia
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDEPAC	Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IDIPRON	Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IED	Institución Educativa Distrital
IPES	Instituto para la Economía Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
IRA	Infecciones Respiratorias
IRAG	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JAC	Junta de Acción Comunal
JAL	Junta de Acción Local
LGBI	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales
MP	Material Particulado
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNAT	Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAE	Programa Ampliado Escolar
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PCD	Persona con Discapacidad
PDA	Proyecto Desarrollo de autonomía
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTS	Partículas en suspensión
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad
RUAF	Registro Único de Afiliados
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje

SIDIES	Sistema de Diagnóstico Estratégico
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios
SISVAN	Sistema de Vigilancia Nutricional
SISVECOS	Sistema de Vigilancia en Conducta Suicida
SISVESO	Sistema de Vigilancia en Salud Oral
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia
SIVIM	Sistema de Vigilancia en Violencia Intrafamiliar
SIVISTRA	Sistema de Vigilancia en Trabajo
SLIS	Secretaria Local de Integración Social
SPA	Sustancias Psicoactivas
UPA	Unidad Primaria de Atención
UPGD	Unidad Primaria Generadora de Dato
UBA	Unidades Básicas de Atención
UTI	Unidad de Trabajo Informal
UPZ	Unidad de Planeamiento Zonal
VESPA	Vigilancia en Sustancias Psicoactivas

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	11
2	MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	12
2.1	Determinantes sociales de la salud	13
2.2	Enfoques de análisis y complemento	14
2.3	Enfoque territorial	15
2.4	Enfoque poblacional	16
2.5	Enfoque diferencial	16
2.6	Enfoque de derechos	17
2.7	Enfoque de gestión del riesgo.....	17
3	MARCO METODOLÓGICO	17
4	CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD 20	
4.1	Contexto territorial	20
4.1.1	Reseña histórica	21
4.1.2	Localización	22
4.1.3	Aspectos físico-ambientales.....	26
4.1.4	Accesibilidad Geográfica	29
4.1.5	Servicios públicos y calidad de vivienda.....	31
4.1.6	Cultura y espacio público	33
4.2	Aspectos Socio-económicos	34
4.3	Necesidades Básicas Insatisfechas	34
4.4	Nivel de ingreso	35
4.5	Segregación residencial	35
4.5.1	Dinámica económica	36
4.5.2	. Cobertura de salud, educación, ocupación, y desempleo	37

4.6	Características demográficas.....	38
4.7	Densidad poblacional.....	38
4.7.1	Estructura de la población por sexo y edad	40
4.8	Priorización UPZ críticas	43
5	CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	45
5.1	Perfil de Salud – Enfermedad	45
5.1.1	Mortalidad	45
5.1.2	Morbilidad	55
5.1.3	Morbilidad Atendida Ambulatoria.....	55
5.1.4	Morbilidad Atendida Urgencias.....	58
5.1.5	Morbilidad Específica por Subgrupo de Causa.....	61
5.1.6	Eventos Precursores	62
5.1.7	Eventos de Notificación Obligatoria.....	62
5.1.8	Discapacidad	64
5.2	Determinantes Sociales en Salud	67
5.2.1	Seguridad alimentaria y nutricional.....	67
5.2.2	Convivencia Social y Salud Mental.....	67
5.2.3	Vida Saludable y condiciones no transmisibles	68
5.2.4	Seguridad, derechos sexuales y reproductivos	68
5.2.5	Salud Ambiental	68
5.2.6	Salud Pública en Emergencias y Desastres	68
5.2.7	Salud y ámbito laboral.....	69
5.2.8	Vida Saludable y condiciones no transmisibles	69
5.3	Construcción de indicadores por dimensiones prioritarias.....	69
5.3.1	Dimensión Salud Ambiental	70
5.3.2	Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles	72
5.3.3	Dimensión Convivencia Social y Salud Mental.....	75
5.3.4	Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	77
5.3.5	Derechos sexuales y sexualidad	79
5.3.6	Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles	81
5.3.7	Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	82
5.3.8	Dimensión Salud y Ámbito Laboral.....	83
	CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD.....	87
5.4	Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad	88

5.4.1 Tensión 1: Malos hábitos en la Higiene oral – Infancia (dimensión Alimentaria y nutricional - vida saludable y condiciones no transmisibles).....	90
5.4.2 Tensión 2: Detrimiento en las condiciones de salud por informalidad laboral – adultez (Dimensión Salud y ámbito laboral – convivencia social y salud mental)	91
5.4.3 Tensión 3: Condiciones inapropiadas para población en situación en Discapacidad - Vejez (Vida saludable y condiciones no transmisibles – ámbito laboral)	92
5.4.4 Tensión 4: Persistencia de casos de Embarazo en adolescentes (dimensión: derechos sexuales y sexualidad – convivencia social y salud mental)	94
5.4.5 Tensión 5: Desatención en los procesos de alimentación infantil - malnutrición Invisibilización (dimensión: seguridad alimentaria y nutricional – vida saludable y condiciones no transmisibles)	95
5.4.6 Tensión 6: Invisibilización de los determinantes que potencializan las Enfermedades crónicas – vejez (ver Sala) Vida saludables y condiciones no transmisibles – vida saludable libre de enfermedades transmisibles).....	96
5.4.7 Tensión 7: Falta de apropiación de las consecuencias de las Violencias – juventud (derechos sexuales y sexualidad – convivencia social y salud mental).....	97
5.4.8 Tensión 8: Aumento del Consumo de sustancias psicoactivas en la juventud (convivencia social y salud mental – vida saludable libre de enfermedades transmisibles).....	99
5.4.9 Tensión 9: Segregación y barreras de acceso a la salud en la población diferencial – adultez (vida saludable libre de enfermedades transmisibles – convivencia social y salud mental).	100
5.4.10 Tensión 10: Condiciones ecológicas y ambientales desfavorables – adolescencia (dimensión salud ambiental – salud publica en emergencias y desastres).	102
5.5 Valoración y validación de tensiones en salud	103
5.5.1 Determinantes intermediarios.....	104
5.5.2 Determinantes estructurales.....	104
6 REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	106

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL BARRIOS UNIDOS 2005 – 2014	39
FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD 2011 – 2012 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS	46
FIGURA 3 DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA CAUSAS MORTALES PERINATALES 2011 A 2012 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	47
FIGURA 4 DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA MORTALIDAD POR NEOPLASIAS 2008 A 2012 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	49

FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA 2008 A 2012 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	49
FIGURA 6 TENDENCIA MORTALIDAD MATERNA 2010 A 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	51
FIGURA 7 TENDENCIA MORTALIDAD PERINATAL 2010 A 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	51
FIGURA 8 TENDENCIA MORTALIDAD INFANTIL 2010 A 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	53
FIGURA 9 TENDENCIA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS 2010 A 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	54
FIGURA 10 TENDENCIA MORTALIDAD POR NEUMONÍA 2010 A 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	54
FIGURA 11 MORBILIDAD AMBULATORIA ATENDIDA SEGÚN AGRUPACIÓN DE CAUSAS LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2013 - 2014	56
FIGURA 12 MORBILIDAD AMBULATORIA ATENDIDA SEGÚN AGRUPACIÓN POR CAUSA Y SEXO LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2013 – 2014.....	57
FIGURA 13 MORBILIDAD URGENCIAS ATENDIDA SEGÚN AGRUPACIÓN DE CAUSAS LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2013 - 2014	58
FIGURA 14 MORBILIDAD URGENCIAS ATENDIDA SEGÚN AGRUPACIÓN POR CAUSA Y SEXO LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2013 – 2014.....	59
FIGURA 15 PERSONAS CARACTERIZADAS POR SEXO Y CICLO VITAL 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	64
FIGURA 16 PERSONAS CARACTERIZADAS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	65
FIGURA 17 PERSONAS CARACTERIZADAS TIPO DE DISCAPACIDAD 2014 LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS.....	66

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. COMPARACIÓN DE LA TASA DE FECUNDIDAD POR 1000 MUJERES, DE BOGOTÁ Y LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS. 2005-2015	40
TABLA 2. ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO. LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS. 2010-2015.....	41
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN POR CICLO VITAL LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2014.....	41
TABLA 4. INDICADORES ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2005 – 2014.....	42
TABLA 5 EVENTOS PRECURSORES DE LA LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2013 - 2014	62
TABLA 6 EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SEGÚN SEXO LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2014.....	63

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. LOCALIZACIÓN GENERAL LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS 2014.....	25
---	----

MAPA 2. ASPECTOS FÍSICOS Y AMBIENTALES LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS
201428

MAPA 3. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS AÑO 2014
.....30

RESUMEN

El Diagnóstico Local es un producto participativo que presenta la visión de un marco general sobre las características poblacionales y territoriales de la localidad de Barrios Unidos, las cuales permitirán comprender la relación de las múltiples y diferentes afectaciones de salud en los habitantes con algunos de los procesos políticos, sociales económicos y ambientales que influyen de manera directa en la calidad de vida.

Desde la perspectiva de determinantes sociales, y haciendo uso de los enfoques territorial, diferencial y poblacional, se observan las brechas y las desigualdades injustas y evitables manifestadas en torno a la salud, teniendo como ordenador de los análisis la etapa de ciclo vital. El presente documento guarda coherencia con la estrategia BIT PASE (Balance de Interacciones y Tensiones – Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) del PDSP, que se constituye en un insumo para la tarea de realizar lecturas pertinentes de los procesos de salud-enfermedad. El presente documento es la actualización del diagnóstico local para el año 2014.

Palabras clave Diagnostico local, Determinantes de la salud, calidad de vida, inequidad en salud, Barrios Unidos.

1 INTRODUCCIÓN

El Diagnostico Local es un producto participativo que resulta de analizar la situación de la salud y de calidad de vida de una determinada localidad por medio de los denominados *Determinantes Sociales de la Salud: estructurales, intermedios y proximales*. El conocimiento construido se sintetiza en un documento práctico que comprenda todos los aportes y recomendaciones de las plataformas institucionales y espacios sociales en las escalas del territorio.

La elaboración y actualización de un documento como el diagnostico local resulta central para el Análisis de Situación de Salud, puesto que brinda una visión integral de la salud y la calidad de vida a través de la representación e interpretación de datos, por lo que permite el planteamiento de propuestas de respuesta en el escenario local.

En el año 2000 Colombia, junto a 188 países miembros de Naciones Unidas, asumió el desafío de erradicar lo que se consideraba los principales problemas poblacionales a nivel mundial antes del 2015. Como firmante de la Declaración del Milenio Colombia prometió cumplir con los ocho propósitos que trazan metas específicas en reducción de la pobreza, educación, salud, equidad de género, sostenibilidad ambiental y alianzas para el desarrollo (1).

Sin embargo, una década después la nación demostró la gran debilidad y deuda social en materia de salud pública al evidenciar diferencias e inequidades entre territorios y poblaciones dadas por la desorganización, mala gestión, deficiencia, inadecuada priorización y focalización de los recursos (2). De allí, a tres años de la rendición de cuentas sobre las metas del milenio, el gobierno colombiano diseño desarrollo el plan decenal de salud 2012- 2021 con el propósito de potenciar la calidad de vida de los habitantes sin distinguir su condición social, cultural, económica, territorial; por medio de estrategias de intervención colectiva e individual, no solo del sector salud sino en conjunto con otros sectores institucionales que busquen el desarrollo humano sostenible, la construcción de capital humano y la disminución de la vulnerabilidad social (3).

En dicho sentido, este documento busca identificar necesidades, prioridades y políticas en salud; así como evaluar su pertinencia. También se proponen estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud, se considera su pertinencia y cumplimiento, y se plantea la construcción de escenarios prospectivos de salud. Toda la información generada por el Diagnostico Local es requerida por el componente técnico y político para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

La Salud ha sido definida, por algunos investigadores y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la condición o estado absoluto de bienestar físico, mental, social y ambiental de una población. Por ende, la Salud debe ser entendida, no solo como resultado de un proceso biológico y natural en el individuo, sino que por sí misma es un producto de interacciones entre un sujeto y su entorno social, económico, cultural, político y ambiental.

En efecto, escenarios donde predomina la falta de recursos, una baja escolarización, la exclusión, la desnutrición, la discriminación, unas malas condiciones de vivienda, un alto índice de desempleo, entre otros; son condicionantes que dan origen y forma a gran parte de las desigualdades que existen las sociedades.

Siendo así, resulta menester entender no solo la definición de los determinantes sociales de la salud, sino los aportes de su estudio a los temas concernientes a la política pública para mejorar la calidad de vida de los habitantes; esto es así porque los determinantes constituyen una de las bases conceptuales de los análisis de la situación de salud debido, principalmente, a tres de sus características: por un lado, su capacidad explicativa en relación con los procesos de salud-enfermedad de los colectivos humanos; por otro lado, el énfasis dado a las desigualdades injustas y evitables, lo que permite combinar esta mirada con la perspectiva de derechos y con los enfoques territorial, poblacional y diferencial; y finalmente, el potencial que tienen dichas explicaciones para facilitar la formulación y evaluación de intervenciones y políticas en salud orientadas hacia la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida [4].

2.1 Determinantes sociales de la salud

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” [5]. Dichas circunstancias son la consecuencia a escala mundial, nacional y local, de la manera como está distribuido el poder, la riqueza y los recursos que estructuran la sociedad. A su vez, el Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud [6] especifica que los Determinantes sociales de la salud (DSS) son todos aquellos escenarios sociales donde viven y trabajan las personas; citando a Tarlov, explican que son las características sociales en las que la vida se desarrolla; de allí que la inequidad tenga una razón socioeconómica.

Duy Nguyen [7] con su equipo de trabajo, al comparar el uso médico y la equidad sanitaria entre la población adulto mayor de grupos étnicos en Estados Unidos, consideran que el modelo de Determinantes Sociales es de utilidad al describir los determinantes estructurales como los factores que influyen el estatus socioeconómico

y, por lo tanto, determinan las oportunidades sociales para el acceso a la atención de la salud.

Por su parte, Z. Gant [8] y su grupo, al realizar un trabajo sobre el Virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- y los determinantes sociales, concluyen que a través de las influencias del comportamiento y el acceso limitado de prevención y de atención médica, los Determinantes sociales pueden influir en la infección de alguna enfermedad, incluida el VIH; por ello establecen que los determinantes sociales de la salud son los factores sociales y físicos que de alguna forma pueden influir en comportamientos insalubres o riesgosos.

Como se puede deducir, el principal reto del estudio sobre los determinantes sociales y su relación con la salud es crear una jerarquía entre los componentes más generales, de naturaleza social, económica y política (determinantes estructurales), y los medios a través de las cuales dichos componentes se reflejan sobre los grupos y personas (determinantes intermedios y próximos). A pesar de existir varios modelos para analizar los Determinantes Sociales (estructurales, intermedios y próximos), como lo hace saber Guimarães y compañía [9], todos asumen la importancia del contexto.

Por ello, para el presente trabajo, los determinantes sociales de la salud serán entendidos a través del modelo teórico propuesto por el Equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud, en la que el contexto social y político genera un espacio socioeconómico desigual, y una distribución inequitativa del poder y de las oportunidades: “El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelado por su inserción en la jerarquía social” [10]

2.2 Enfoques de análisis y complemento

La jerarquía social compone un espacio constituido por redes de posiciones que dan lugar a las desigualdades e inequidades. Las desigualdades, en general, no constituyen en sí un problema puesto que muchas desigualdades son parte de la vida, empero, la inequidad es una desigualdad que resulta ser innecesaria e incorrecta, como lo es la movilidad social por enfermedad. Es decir, la inequidad es una desigualdad que no está ligada a la variabilidad natural y adquiere su dimensión en los estratos sociales, el

estado y los servicios de salud; el estado completo de bienestar es un resultado de las dinámicas dadas al interior de cada sociedad [11].

De acuerdo a la OMS los determinantes sociales de la salud dan cuenta de la mayor parte de las inequidades en salud, inequidades definidas como las diferencias injustas y evitables. Con base a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [8] se requiere: “Paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad.”; componentes sociales que resultan ser el fundamento de cualquier intento por mejorar la salud. De tal manera que el concepto de equidad, resulta ser la noción ética que orienta los enfoques de determinantes sociales de salud.

La falta de equidad, socialmente determinada, conlleva a múltiples posiciones políticas que conducen a valorar de manera disímil las desigualdades en salud [9] [10]. Por lo tanto, la equidad además de ser una exigencia ética, es una urgencia práctica que se transforma en instrumento de agencia (política), pues trabajar por la equidad promueve la búsqueda de mayor justicia social ligada al respeto de los derechos humanos. Por consiguiente, los conceptos de equidad y Determinantes sociales resultan ser, en palabras de Alcira Castillo, “el marco central para identificar las desigualdades sociales, analizar las inequidades en los grupos sociales y utilizarlos como norte e imagen objetivo en la formulación de políticas públicas” [12].

Se observa junto con Evci (Kiraz) Emine [13] y en un sentido más político, que los Determinantes sociales de la salud no solo hacen referencia a los aspectos pertinentes del estilo de vida y su contexto, sino que hacen también referencia a las implicaciones sanitarias de la política social y económica, puesto que al ser múltiples y variados el acceso a servicios de buena calidad (incluyendo servicios de salud), la educación, factores ambientales como el agua y el aire, la contaminación, la urbanización, el cambio climático, los desastres naturales, los factores conductuales que incluyen, tabaquismo, consumo de alcohol, la dieta, el ejercicio, el abuso de sustancias y la capacidad y la eficiencia de los sistemas de salud, resultan ser no solo un impacto significativo en la en el bienestar, sino que configuran y fijan la forma como se desarrolla la política pública, la garantía de derechos y la protección de minorías.

2.3 Enfoque territorial

Las relaciones entre la población y el territorio permiten un ordenamiento que debe generar condiciones para el desarrollo sostenible, equitativo y sustentable. El enfoque poblacional en dicho ordenamiento identifica y comprende las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos económicos, sociales y ambientales, con el fin de

responder a las problemáticas y dificultades que no permiten el aprovechamiento óptimo de las potencialidades del territorio.

Por otro lado, comprender el dinamismo de determinados sectores y sus relaciones con los actores y las instituciones resulta fundamental para explicar posibles acciones colectivas y cooperativas (intercambio de experiencias, redes de colaboración) que fortalecen y amplían las relaciones sociales. El enfoque territorial proporciona la capacidad de entender el papel de los entornos en que están inmersas las comunidades y del espacio social como factor de desarrollo a través del concepto de *territorio*. Incluye el análisis de hechos y procesos (físicos, sociales, culturales, políticos, económicos).

2.4 Enfoque poblacional

En el enfoque poblacional, la población es entendida como “un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el territorio para su reproducción biológica y social. Cada población constituye una unidad con identidad y características propias, diferentes a la suma de las características de los individuos que la componen”, a estas características del colectivo poblacional se les denomina características demográficas (14).

No obstante, las dificultades para reconocer las necesidades, vulnerabilidades, discriminación y las situaciones de desigualdad en las poblaciones, especialmente las consideradas “minoritarias” o “especiales” (desplazadas, con discapacidad, habitantes de calle, personas en situación y ejercicio de prostitución, comunidades étnicas y personas de sectores LGBT), exige un método de análisis que reconozca la diversidad, y así mismo la inequidad, presente en la realidad del Distrito. Esto permite una adecuada atención y protección de derechos. Es así que el enfoque diferencial, al emplear un análisis que visibiliza las diferentes formas de discriminación, insta a la protección y restauración de derechos, indicando los riesgos y vacíos de las poblaciones, y generando espacios de participación equitativa.

2.5 Enfoque diferencial

El enfoque diferencial en salud está orientado a reconocer a los diferentes actores sociales como sujetos de derechos más allá de sus especificidades individuales y culturales: “desarrollar estrategias de educación y comunicación para la salud intercultural; que sean incluyentes, respetuosas con la diversidad, que busquen el mutuo entendimiento y establecer un diálogo de saberes en el que el intercambio es horizontal. Las mismas deben priorizar el fortalecimiento de sí mismo, la formación ciudadana de las habilidades psicosociales para la vida” (Declaración de Medellín OPS, 2009) [15]

2.6 Enfoque de derechos

Una de las formas de legitimar el Estado social de derecho, y la democracia, es deliberar y consensuar los derechos fundamentales en la esfera pública. Esto es así debido a que la observación y estructuración de políticas y acciones desde una perspectiva de derechos posibilita la instauración del estado de derecho: “la perspectiva de derechos ha de entenderse no solo como un marco ético y jurídico para el desarrollo de normas y leyes sino como forma de nutrir los procesos de desarrollo, de planeación y evaluación de políticas y programas” [16].

La perspectiva de derechos es, en síntesis, una mirada integradora y complementaria de todos los derechos humanos, garantizando la validez y materialización real de éstos a través de acciones de respeto, reconocimiento y restitución, dotando a la sociedad civil de herramientas para su exigibilidad y permitiendo de esta forma el desarrollo pleno de la autonomía. Para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, se adoptan políticas públicas que buscan resolver las desigualdades e inequidades injustas y evitables.

2.7 Enfoque de gestión del riesgo

A lo largo del documento se asume un enfoque de gestión del riesgo en salud, en el cual se entiende que los eventos que tienen lugar son causados por múltiples factores que pueden ser entendidos como riesgos. En dicho sentido, un riesgo puede entenderse como la exposición a una amenaza, ya sea de origen natural, social, tecnológico, humano o biológico; o a una situación de vulnerabilidad en particular, debido a factores físicos, ambientales, económicos o sociales, aunque muchas veces se presentan articulados dichos factores de manera compleja en la realidad.

En dicho sentido, puede definirse la gestión del riesgo como un “*proceso de identificar la vulnerabilidad de las poblaciones ante una amenaza, luego analizar las posibles consecuencias derivadas del impacto de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento crítico si llegara a ocurrir*” [17].

3 MARCO METODOLÓGICO

El Diagnostico Local 2014 guarda coherencia con la estrategia BIT PASE (Balance de Interacciones y Tensiones – Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) del PDSP, por lo cual se constituye en un elemento de insumo para el desarrollo de la estrategia en la tarea de realizar lecturas pertinentes de los procesos de

salud-enfermedad. Así, el documento genera la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud, identificando por lo tanto necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia; la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud, la evaluación de su pertinencia y cumplimiento y la construcción de escenarios prospectivos de salud (17).

Con el objetivo de problematizar y analizar la situación de salud y calidad de vida de la población local de Barrios Unidos, y de esta manera intentar darle solución, se procede en primer lugar a la apropiación de la información cuantitativa, cualitativa, territorial y espacial, Suministrada por cada sistema de vigilancia y equipos de trabajo del Hospital de Chapinero; los cuales permitieron dar cuenta de las principales necesidades, problemáticas y potencialidades de los grupos humanos.

Para el año 2014, el Diagnóstico Local con Participación Social 2014 se encuentra dividido en tres capítulos, el primero de los cuales presenta una contextualización general de la localidad y las UPZ según las dimensiones territorial, sociodemográfica, socioeconómica y ambiental, que sirven de marco de referencia para comprender las circunstancias sociales, ambientales, económicas y de otra índole de las poblaciones y de la Localidad cuya salud y calidad de vida se ven afectadas. En su segunda parte, este capítulo desarrolla un análisis en el que se priorizan las UPZ críticas, teniendo en cuenta los indicadores provenientes de cada contexto (territorial, demográfico y socioeconómico).

A continuación, en el capítulo dos, se analiza la situación local de salud mediante la construcción del perfil salud-enfermedad, para lo cual se presentan y analizan los datos de mortalidad por grandes causas, morbilidad y discapacidad. Así mismo se consideran los determinantes intermediarios y estructurales que intervienen; haciendo uso de técnicas de análisis como diferencias absolutas y relativas entre grupos extremos, riesgos atribuibles poblacionales e índices de concentración. Posteriormente se presenta el análisis integral de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, según las perspectivas cualitativa, cuantitativa y espacial. Esto con el propósito de que den cuenta de la situación real de cada dimensión prioritaria para la vida de los habitantes de la localidad. De manera simultánea se realiza una revisión sistemática de la literatura sobre las técnicas de análisis de determinantes basadas en el modelo del PDSP y PASE a la equidad en salud.

El tercer capítulo tiene como objeto la identificación de las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y metodología PASE (Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) para la equidad en salud, partiendo de la información generada y analizada en los capítulos previos. En el ejercicio de definir y valorar tensiones, se identifican eventos, generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores, que conllevan a desequilibrios presentes en el territorio, es decir, desajustes entre el estado de desarrollo local y la salud de la población; comprenderlos conduce al completo y adecuado abordaje de su transformación.

La elaboración del Documento Diagnóstico Local con participación social implicó la definición de rutas de trabajo que se inició con una revisión sistemática de necesidades para cada una de las fases definidas y un alistamiento que requirió constantemente de una contextualización y articulación con actores locales institucionales y comunitarios, en el marco de la Gestión Social Integral por medio de las unidades de análisis. Así mismo se realizó una caracterización de fuentes primarias y secundarias que sirvieran de sustento a la construcción de la contextualización en términos de extensión, ubicación, localización de riesgos, aspectos demográficos, perfil económico, entre otros. La información cuantitativa fue de base epidemiológica, suministrada por los sistemas de vigilancia del Hospital de Chapinero y la secretaría de salud, con la que se construye el perfil salud enfermedad para así finalmente configurar la problematización y análisis de la situación de Salud Local. El conocimiento cartográfico se basa conceptualmente en la investigación acción participativa donde la comunidad se hace autora de su propio desarrollo. El objetivo primordial por el cual se desarrolla la cartografía es la elaboración de mapas sociales sobre un espacio o territorio definido.

4 CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD

El presente capítulo presenta una contextualización general de la localidad y las UPZ según las dimensiones territorial, sociodemográfica, socioeconómica y ambiental, que sirven de marco de referencia para comprender las circunstancias sociales, ambientales, económicas y de otra índole de las poblaciones y de la Localidad cuya salud y calidad de vida se ven afectadas. En su segunda parte, este capítulo desarrolla un análisis teniendo en cuenta los indicadores provenientes de cada contexto (territorial, demográfico y socioeconómico), para finalmente priorizar las UPZ críticas.

Por otro lado, divisa la manera como se vienen comportando los diferentes fenómenos en materia de salud, no solo como se reflejan físicamente los problemas que padecen las personas, sino la urgencia de conocer sus causas, sus consecuencias y su importancia dentro de la sociedad. Conocer el problema y su magnitud es el primer paso de un proceso para mejorar las condiciones de bienestar en la Localidad.

4.1 Contexto territorial

Para tener un entendimiento de los problemas de salud de la comunidad es necesario considerar las características poblacionales, socioeconómicas y territoriales. Esto implica explicar en detalle el grado de interacción entre estos componentes y no una simple descripción. Cuando no se tiene la debida consideración del contexto en el cual se desenvuelven las dificultades, se suele caer en determinismos y conclusiones pobres sobre lo que acontece.

Durante los últimos años se ha venido presentando un incremento del interés por la dimensión territorial de la situación de salud de la población en las ciencias de la salud. Dicho interés aparece ante la necesidad de explicar en buena medida el proceso salud-enfermedad de un territorio de cara a las condiciones ambientales del mismo. En este sentido, la variable espacial pasa a ser de fundamental importancia para acercarse al dinamismo de los elementos del territorio y su relación con la calidad de vida y de salud de una comunidad basado en la idea de que el deterioro ambiental corresponde a prácticas y acciones colectivas inadecuadas por parte de diferentes actores sociales que estarían ejerciendo una presión negativa sobre el territorio y, como consecuencia, favoreciendo la aparición de eventos de interesen salud pública. De esta forma se presenta un contexto territorial de la localidad de Barrios Unidos en términos de localización general, extensión territorial, riesgos y conflictos ambientales, accesibilidad y transporte.

4.1.1 Reseña histórica

La población de la localidad de Barrios Unidos presenta unas características particulares enmarcadas y generalizadas bajo la relación con el territorio, elemento que no puede reducirse sólo a una mera pertenencia al espacio de hábitat sino a toda la configuración de la identidad que surge de la interacción entre los individuos y el entorno. En esta medida, dicha relación (territorialidad) encierra prácticas sociales y culturales que diferencian las poblaciones debido a los perfiles socioeconómicos del territorio y los individuos, por un lado, y a la distribución de poder, por otro.

Esto obedece, de alguna manera, al patrón de poblamiento como proceso histórico. Las familias de clase media (estrato 3 del territorio), las que presentan mayores problemáticas, pertenecen en gran medida a Microterritorios como San Fernando y Cami, en la que muchos de sus barrios, principalmente aquellos conformados en los años treinta y cuarenta, fueron producto de invasiones y en menor medida diseñadas por urbanizadoras, ya que no obedecían a criterios planificadores. Esto promovió el proceso de asentamiento que terminó en formas de organización comunitarias alrededor de tres centros o núcleos: el barrio Siete de agosto, Benjamín Herrera y Colombia. Las familias de estrato cuatro, ubicadas en barrios construidos a partir de los años setenta y ochenta, es decir, la urbanización dirigida y administrada por la beneficencia de Cundinamarca que conformó barrios alternos como San Miguel, Modelo, Entreríos, José Joaquín Vargas, La castellana y Polo club, y con ellos la construcción de la Principal avenida 68; que para los años noventa, se desarrolló como punto principal de residencia con el conjunto residencial Metrópolis, donde se incorporan nuevos conceptos en urbanismo y paisajismo, obedeciendo a las políticas de espacio público y uso residencial.

Los movimientos poblacionales ocurridos en la Localidad desde su nacimiento (natalidad, mortalidad, migración), dieron como resultado una estructura de edades, sexos y potenciales económicos similares y uniformes (no iguales). No obstante, sus características diferenciales radican en el lugar de vivienda, la valorización del suelo, el número de equipamientos cercanos, el perfil socioeconómico de la familia e individuos, sus hábitos de consumo, tipo de hogar, nivel educativo etc., componentes que ubican a las familias, y primordialmente a los individuos, en una posición en el espacio social otorgándole un estatus determinado.

Finalmente, parte de los barrios que conforman hoy la localidad se han desarrollado paulatinamente, mientras lo más tradicionales han venido cambiando su uso residencial a comercial, especialmente actividades de pequeña y gran escala como la compra y

venta de repuestos para autos, marqueterías, litografías, talleres mecánicos, puntos de fábricas de calzado, entre otros [18].

4.1.2 Localización

La localidad de Barrios Unidos, codificada con el número 12 de la Capital, cuenta en la actualidad con un total de 1190 hectáreas, 1200 manzanas y 177 barrios. No tiene áreas de expansión y es completamente una zona urbana. Es una localidad céntrica geográficamente, pero no lo es económicamente por lo que hace las veces de “lugar de paso” más que de centro económico o laboral [1]. Se puede apreciar que la Localidad es atravesada, por un lado, por grandes avenidas como la Carrera 30, la Avenida 68, la Avenida Suba y limita, por otra parte, con la Autopista Norte y la Avenida Caracas; todas estas en sentido Sur-Norte. Así mismo, es cruzada en sentido Oriente-Occidente por calles como la 80, la 75, la 72, y la 63 que, junto a las otras características viales mencionadas, le imprimen accesibilidad y cercanía con todos los lugares importantes de la ciudad. (Ver Mapa 1)

La localidad cuenta con una serie de Equipamientos importantes como el parque El Salitre, La Plaza de los artesanos, El Museo de los Niños, El Parque Salitre Mágico, El Centro de Alto Rendimiento Deportivo, La Escuela Militar, El Teatro Nacional La Castellana, El Parque de los Novios, La Cárcel El Buen Pastor y El Cementerio 7 de Agosto; que junto con las vías de tránsito principales, ya mencionadas, hacen de la localidad un lugar muy frecuentado por razones deportivas, culturales, de recreación, de culto y esparcimiento. Así mismo, se concentran algunos negocios de autopartes y de producción de muebles de madera, además de las pequeñas y medianas empresas dedicadas a la creación y venta de productos y servicios como: litografías, almacenes de calzado y comercio en general [1].

Según el Plan de Ordenamiento Territorial –POT- [1] la localidad cuenta con cuatro Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) tres de ellas clasificadas como residenciales: Doce de Octubre (UPZ 22), Los Andes (UPZ 21) y Alcázares (UPZ 98); y una UPZ de carácter dotacional, Parque El Salitre (UPZ 103), conformada por amplias zonas verdes y dotada con equipamiento recreacional y cultural de envergadura metropolitana.

La UPZ 21 Los Andes fue reglamentada en Junio de 2005 y está ubicada al Norte de la Localidad: limita al norte con la avenida España (calle 100), al oriente con la avenida Paseo de los Libertadores; al sur con la avenida Ciudad de Quito y la avenida Medellín (calle 80) y al occidente con la avenida Congreso Eucarístico (carrera 68). Esta UPZ clasificada como residencial, es la de tercera en extensión de la localidad al cualificar

con un área de 275 Ha. En ella encontramos los barrios La Castellana, La Patria, Rionegro, Los Andes, Entreríos y el inmueble de interés cultural Escuela Militar de Cadetes José María Córdoba.

UPZ 22 Doce de Octubre está reglamentada desde agosto de 2005 y se encuentra localizada en la zona centro oriente de la localidad, limitando al Sur Occidente con Avenida del Congreso Eucarístico (Av. 68) y con la Av. Salitre (calle 64), al Nor Occidente con la Av. Del Congreso Eucarístico (Av. 68) y con la Autopista Medellín (Av. Calle 80), al Sur Oriente con la Av. Ciudad de Quito (carrera 30) y con Av. del Salitre (calle 64), y, por último, al Nororiente con Autopista Medellín (Av. Calle 80) y la Av. Ciudad de Quito. Se considera un espacio residencial consolidado con un área de 335,28 Ha, que posee una excelente infraestructura de servicios públicos, una malla vial principal en excelentes condiciones que le conceden condiciones de accesibilidad ventajosas frente a la Localidad y a la Ciudad. Esta UPZ está conformada por sectores diferenciados por su uso: áreas residenciales, áreas residenciales con actividad económica en la vivienda y áreas de comercio, servicios y dotacionales de escala zonal. Comprende los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San Fernando Occidental, San Miguel, Popular Modelo, José Joaquín Vargas, La Libertad, Simón Bolívar y Metrópolis.

UPZ 98 Los Alcázares se encuentra en proceso de reglamentación. Situada al Sur oriente de la Localidad, enmarca el territorio ubicado entre la intersección de la Autopista Norte (Av. Paseo de los Libertadores) y la Avenida Ciudad de Quito (Carrera 30), es decir, el “Puente de la 91” hasta la Avenida José Celestino Mutis (Av. Calle 63) entre Avenida Caracas (Cra. 14) y Cra. 30. A pesar de ser un sector eminentemente residencial, de acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial, la comunidad manifiesta que en los últimos años el incremento de los establecimientos comerciales ha sido notorio. A esta UPZ, pertenecen los barrios Polo Club, Juan XXIII, San Felipe, Colombia, Concepción Norte, Rafael Uribe, Muequeta, La Esperanza, Baquero, Quinta Mutis, Benjamín Herrera, La Paz, Siete de Agosto, Alcázares, Alcázares Norte, La Merced Norte, La Aurora, Once de Noviembre y Santa Sofía.

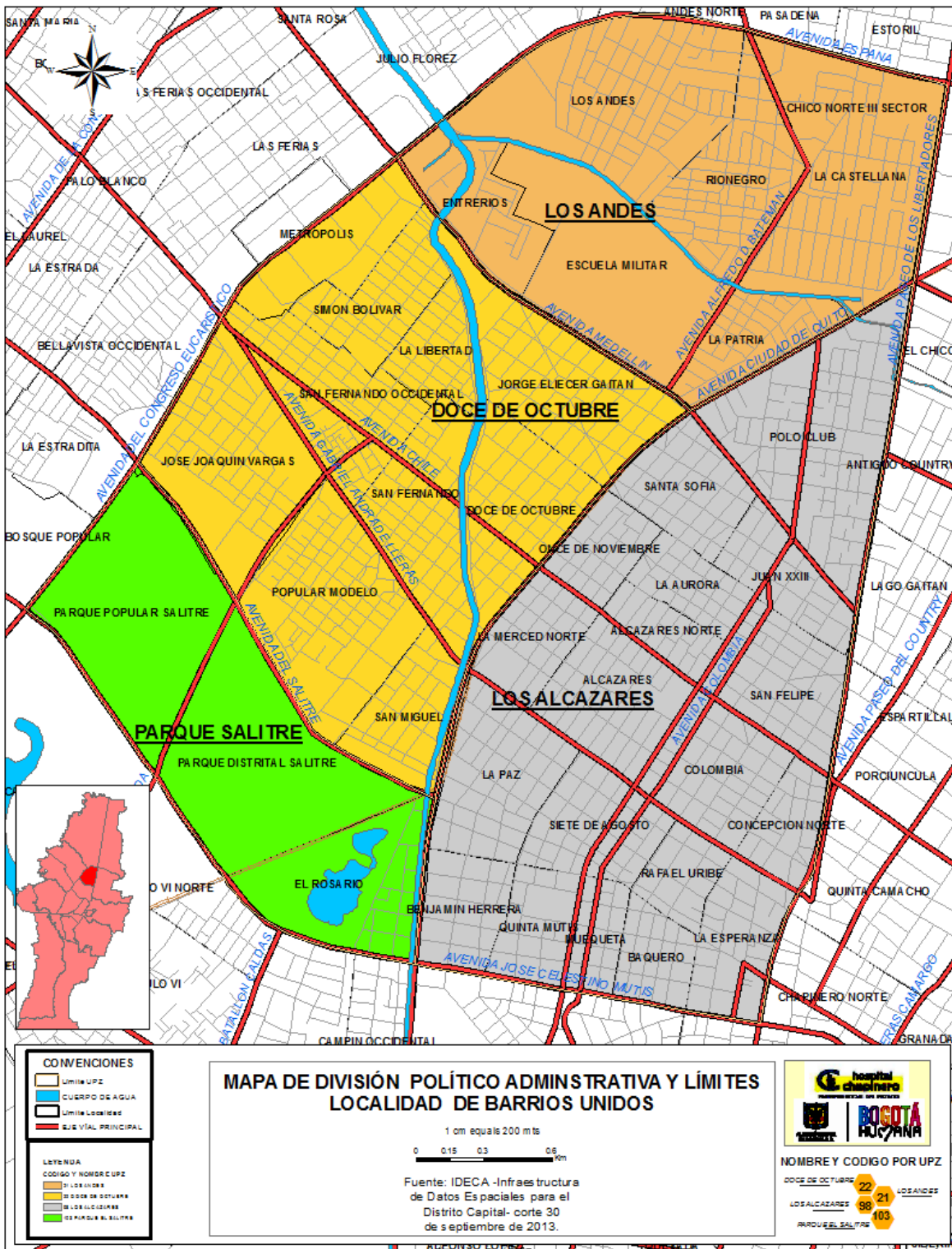
UPZ 103 Parque El Salitre: Reglamentada desde agosto de 2004. Esta UPZ se localiza al sur occidente de la localidad entre la Carrera 30 y la Avenida del Congreso Eucarístico, por un lado, y desde la Futura Avenida del Salitre hasta la Calle 63 - Avenida José Celestino Mutis, por otro lado. Según el Decreto Distrital 255 de 2004, La Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) No. 103, Parque El Salitre, se localiza dentro de un sector de Equipamientos Metropolitanos y constituye un nodo de actividad en el contexto Ciudad - Región, está conformada por el barrio El Rosario y las zonas

deportivas y culturales del Salitre. En resumen, la población que habita este sector de la ciudad cuenta con varias opciones para movilizarse de un lugar a otro dentro de la localidad y hacia cualquier punto de la ciudad.

Con respecto a la oferta cultural en la localidad existen más de 100 colegios entre públicos y privados, convirtiéndose en la mayor oferta cultural para los niños, niñas y jóvenes. Los colegios son los principales promotores del arte, el deporte, el esparcimiento y la cultura en general. Diferentes instituciones como el IDRD, La Secretaria de Salud, La secretaria de Ambiente, La secretaria de Cultura y La secretaria de Educación entre otras; llegan a los centros educativos con diferentes propuestas encaminadas a implementar y fortalecer las políticas públicas y mejorar de cierta forma el bienestar de la comunidad en general. De igual manera las casas de la cultura, los salones comunales y otros centros culturales se convierten en lugares de encuentro y de puesta en escena de las ideas y proyectos de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores de la localidad. En todos los barrios de la localidad existen al menos 2 espacios de este tipo en donde la comunidad se congrega y trabaja en pro de su calidad de vida y bienestar. Los espacios deportivos benefician la comunidad principalmente en los Barrios José Joaquín Vargas y Popular Modelo pertenecientes a la UPZ Doce de Octubre, y el barrio El Rosario perteneciente a la UPZ Parque el Salitre; estos tres barrios cuentan con todo el complejo deportivo el Salitre y Parque Simón Bolívar que incluye el complejo acuático, La Biblioteca Virgilio Barco, El Museo de Los Niños, el centro de eventos Simón Bolívar y el centro de alto rendimiento deportivo. La comunidad puede acceder con facilidad a estos espacios deportivos y beneficiarse de los mismos en algunos casos de forma gratuita.

No obstante, a pesar de lo mencionado, la localidad de Barrios Unidos cuenta con muy pocas áreas deportivas por habitante, pero se debe aclarar que son éstas mayores si se compara con otras localidades de Bogotá como el caso de Bosa o Kennedy donde la densidad poblacional es tan alta que los áreas verdes por habitante casi llegan a cero. Se ha mejorado en la tasa de recuperación de áreas verdes como alamedas y rondas de los cuerpos hídricos, así como en la plantación de árboles y arbustos, pero la deuda en términos de áreas verdes y árboles es todavía muy grande y difícil de cumplir. El tema de un mejoramiento de la flora en la localidad es fundamental y decisivo en la salud de los habitantes, ya que como se explica en otros apartados de este documento, la ubicación geográfica de la localidad le desfavorece en términos de la calidad del aire, siendo los árboles unas armas fundamentales para mitigar este impacto ambiental propio de las grandes ciudades.

Mapa 1. Localización General Localidad Barrios Unidos 2014



Fuente Cartográfica: IDECA BOGOTA 2014.

4.1.3 Aspectos físico-ambientales

La localidad esta sobre los 2.600 metros sobre el nivel del mar. Respecto al clima en la localidad de Barrios Unidos, la precipitación anual muestra un patrón monomodal con alta presencia de lluvias debido a la influencia de los cerros orientales. La humedad relativa promedio anual es de 77,5% +- 3%. La temperatura en la localidad se mantiene con un promedio de 14,8 C; el promedio máximo registrado es de 15,3 °C en el mes de mayo y el mínimo promedio es de 14,4 °C para el mes de julio. Los valores máximos extremos son de 25 °C en junio y julio, y mínimo de 4 °C en febrero. En la localidad no hay áreas de montaña, ni lomas, ni colinas, por lo tanto no hay riesgo de remoción en masa, ni deslizamientos de tierra.

La localidad de Barrios Unidos yace sobre una zona plana (con algunas ondulaciones) cuya red de captación de aguas lluvias y negras es una de las más amplias de la ciudad: El río Salitre, debidamente canalizado, está compuesto por las subcuencas de los ríos Arzobispo, Rionegro, Córdoba y por las aguas de quebradas nacientes en los Cerros Orientales. Desembocan en este río el canal del río Nuevo, por una parte, cuyo nacimiento se encuentra a la altura de la carrera 56 entre la Autopista Medellín y la calle 83; y el canal río Negro, por otra, iniciando en la carrera séptima con calle 88 y llegando por la carrera 30 al canal Salitre que terminan por constituir un sistema completo de aguas lluvias y negras.

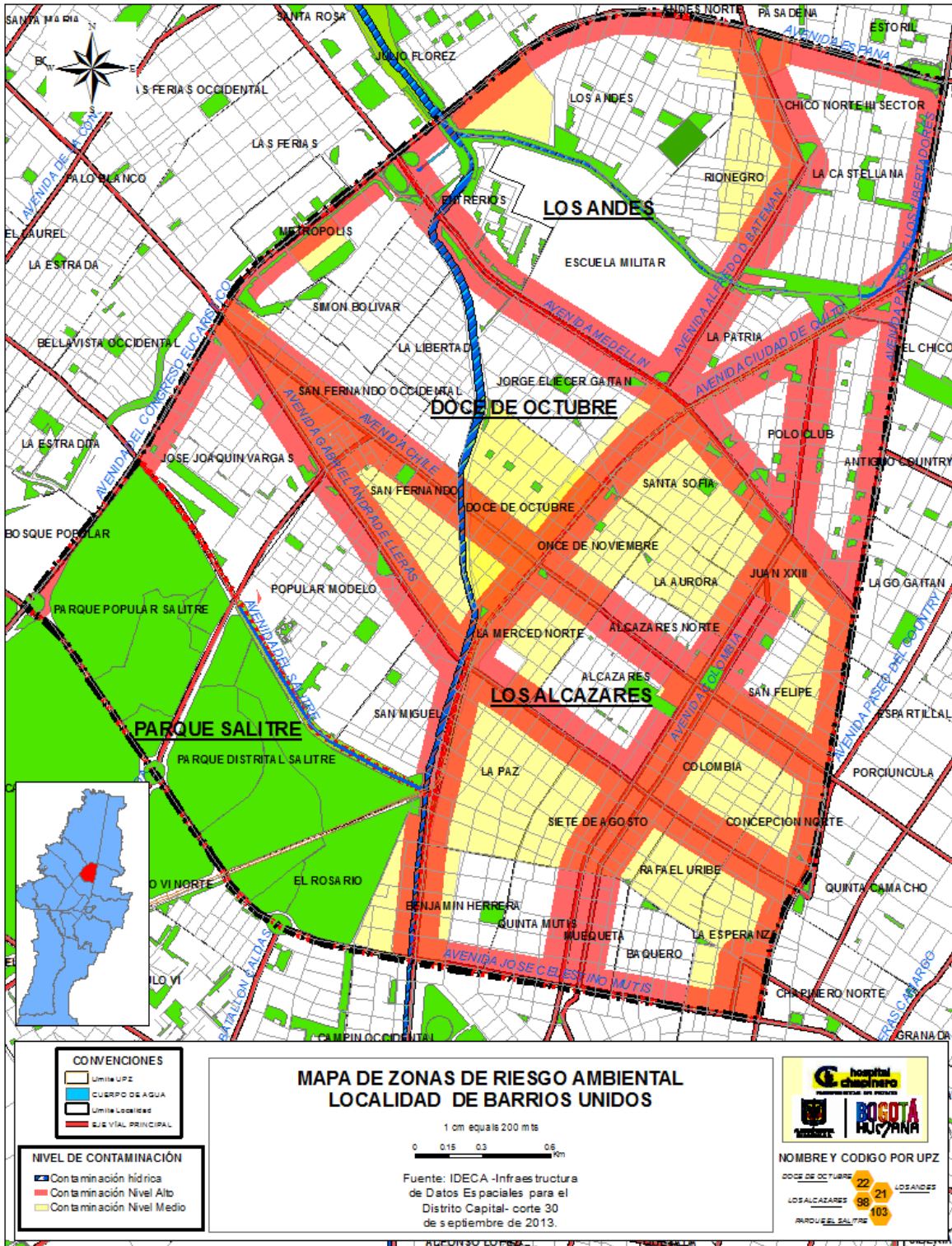
La localidad cuenta con una zona de altos niveles de contaminación, la cual está compuesta por los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San Fernando Occidental, La Libertad y Simón Bolívar (en la UPZ Doce de Octubre), La Paz, Siete de Agosto, Once de Noviembre (en la UPZ Alcázares) El Barrio Rionegro (en la UPZ Andes) y el Barrio el Rosario (en la UPZ Parque el Salitre). Las fuentes de mayor contaminación en esta área, y en general en toda la localidad, son las vías principales y secundarias debido a los altos los niveles de ruido, gases tóxicos y la fuerte contaminación visual por causa de las excesivas vallas publicitarias. [2]

De igual manera, las fábricas y talleres son fuentes constantes de residuos sólidos que terminan por ser parte del flujo del río el Salitre, generando dificultades que agudizan los problemas de contaminación en los canales de agua, principalmente en las intersecciones entre la Urbanización Entrerrios y Cafam de La Floresta, en la que los residentes constantemente acusan malos olores.

Existen también áreas con niveles de contaminación medio: son barrios con usos residenciales y comerciales compartidos en las UPZ Los Alcaceres, Doce de Octubre y

Los Andes; donde las actividades comerciales generan residuos sólidos, ruido, contaminación visual e invasión del espacio público. Finalmente las áreas con menor problemática ambiental son aquellas que están alejadas de las grandes vías, su uso es exclusivamente residencial o son parques y centros deportivos. La localidad no tiene riesgos por deslizamientos, sin embargo sus canales se han convertido en focos de problemáticas como: generación de olores ofensivos, proliferación de plagas, vertederos de residuos sólidos y líquidos, lugares para expendio de sustancias psicoactivas y encharcamientos en épocas lluviosas en barrios aledaños debido a la devolución de aguas negras por la red de alcantarillado [2]. El mapa 2 muestra los conflictos ambientales de la localidad.

Mapa 2. Aspectos Físicos y Ambientales Localidad Barrios Unidos 2014



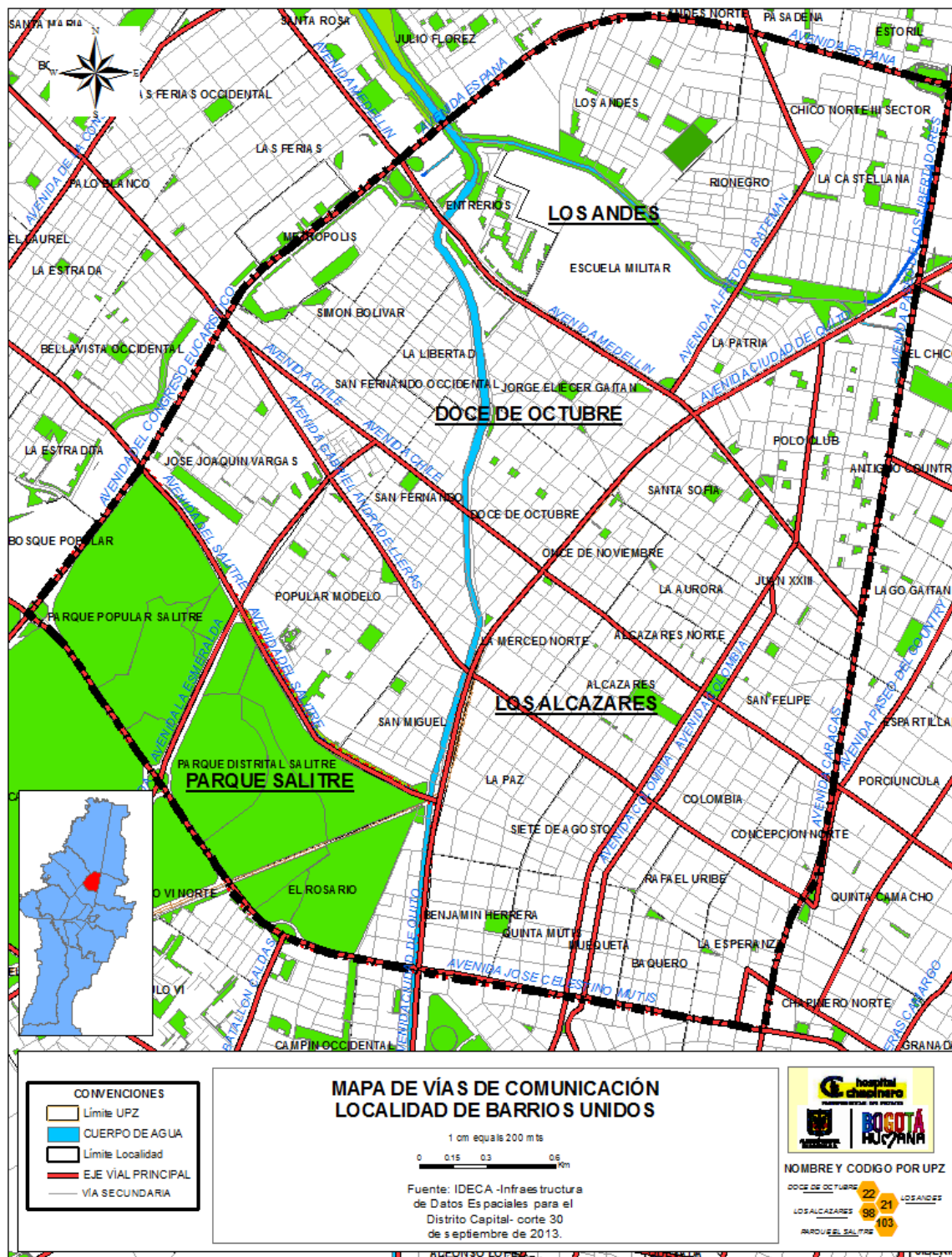
Fuente Cartográfica: Plan Local Ambiental Chapinero 2013-16; POT Bogotá 2010

4.1.4 Accesibilidad Geográfica

Dado que la Localidad Barrios Unidos está localizada en el centro geográfico de la ciudad y esta equidistante de los centros financieros, comerciales, educativos y el centro histórico de la ciudad, cuenta con la mejor accesibilidad de todas las localidades de Bogotá. Barrios Unidos es atravesada de norte a sur por avenidas principales como: Avenida Carrera 68 también llamada avenida del Congreso Eucarístico, Avenida Carrera 30 o Norte Quito Sur y la Avenida Caracas. Y de Oriente a Occidente la localidad posee grandes avenidas y calles como: La Avenida Calle 80, Calle 72, Calle 75, Calle 68 y 63. Todas estas vías de comunicación cuentan con variadas rutas de transporte articuladas entre El Sistema Integrado de Transporte SITP y el Sistema de transporte Masivo Transmilenio. Barrios Unidos, además, es recorrida por el sistema de ciclorrutas, con los corredores ubicados en la Avenida Carrera 30, la Avenida Calle 80, en la calle 63, la Avenida 68, la Avenida La Esmeralda, canal Arzobispo y canal Rionegro.

Respecto a la calidad de las vías primarias y secundarias en términos generales la malla vial se encuentra en buen estado, si se compara con otras localidades de la ciudad como Bosa. La malla vial local ha mejorado comparativamente desde 1993 a la actualidad; las principales avenidas se han ampliado y se han instalado puentes peatonales, mejorando la movilidad vehicular y peatonal, especialmente por la consolidación de la red de troncales de Transmilenio que proporciona una alta accesibilidad a la zona, pero aún falta intervenir algunas vías secundarias en barrios de las UPZ Doce de Octubre y Los Alcázares.

Mapa 3. Accesibilidad Geográfica localidad Barrios Unidos año 2014



Fuente Cartográfica: IDECA BOGOTÁ 2014; POT Bogotá 2010; Plan Maestro Movilidad Vial Bogotá 2013

4.1.5 Servicios públicos y calidad de vivienda

El concepto de vivienda y el de hogar están íntimamente relacionados a los conceptos de hábitat, calidad de vida y derechos humanos. Cuando se plantea la vivienda como un núcleo de análisis, se espera que se tengan en cuenta tanto los aspectos físicos del lugar como los entornos próximos y remotos a la vivienda como son las vías, el espacio público, los lugares de encuentro, los espacios cívicos y de convivencia, los servicios y los equipamientos. La localidad de Barrios Unidos tiene 84,213 viviendas, el 3,5% de la capital (2.381.129), con 85,543 hogares, en las que 4.318 personas viven en condiciones de hacinamiento crítico, seguido de un porcentaje significativo con alta dependencia económica, las cuales se encuentran en condición de pobreza, con 260 personas en situación de miseria. Así, cuando se comparan los datos acerca de déficit de vivienda se observa que mientras que para 2011 el 2.8% de los hogares eran afectados, dicho índice bajó a 2.2% para 2014 (34). No obstante, la localidad cuenta con un alto nivel de cobertura en los servicios públicos domiciliarios básicos, las familias con servicios inadecuados son tan solo del 2% (112) del total de hogares [35].

De acuerdo a la valorización predial, estratificación y los perfiles desarrollados por Cámara de Comercio para el año 2011 [34], resulta fácilmente perceptible que la clase dominante de la localidad es la media, lo que en términos porcentuales resultaría ser el 50,7% para las viviendas en estrato 3 y el 38,9% de estrato 4. La UPZ Andes tiene la mayoría de su población (53%) en el estrato medio, el 23,3% en el estrato medio-bajo, el 16,3% en el estrato medio-alto y el 6,9% corresponde a población si estratificar. Mientras que la UPZ Doce de octubre se divide en un 56,1% de los habitantes de ubicados en estrato medio y el 43,5% en el estrato medio-bajo, representando en su conjunto el 99,7% del total de la población (100.169 personas). En la UPZ de los Alcázares el 81,6% de los habitantes se encuentra en el estrato medio-bajo y el 18,4% en el medio; resultados que equivalen al 99,9% del total de personas en esta última UPZ (82.513). Finalmente, en la UPZ salitre de 4.300 habitantes localizados el 100,0% se ubica en el estrato medio-bajo [22].

Las condiciones de la vivienda se pueden determinar gracias al índice de condición de vida ICV, pues parte de la calidad de vida está asociada al lugar donde la población habita y se desarrolla como humano. Este índice se edifica a partir de 4 categorías: acceso y calidad de servicios, educación y capital humano, tamaño y composición del hogar y Calidad de la vivienda.

Barrios Unidos es una localidad alto índice de mejor condición de vida, 95, lo que lo sitúa tres puntos por encima del promedio distrital (25). Registra puntajes altos en

acceso y calidad de servicios, con un 100% de cobertura para 2014. Según la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, Barrios Unidos presenta una tasa de analfabetismo de tan solo prácticamente 0%. La participación de carácter institucional se ve reflejada en establecimientos educativos y jardines infantiles. Los cuales en conjunto con los centros de recreación y cultura (parques, zonas verdes, centros culturales, teatros, bibliotecas etcétera), resultan ser de importancia para el desarrollo de la localidad y sus habitantes.

Así, en 2014 el 47.8 de los hogares piensan que su situación actual de vida es mejor con respecto al que tenían 5 años, atrás a aumentado dos décimas respecto a 2011. (21).

Al observar el déficit por tipo de carencia relacionado con la existencia de hogares con hacinamiento, cohabitación, carencia en estructura (déficit cualitativo), se encuentra que Barrios Unidos está dentro de las Localidades que presenta carencia en estructura, hogares en viviendas construidas en materiales inestables, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, otro tipo de material vegetal, zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico, sin paredes. (26). De la misma manera, Barrios Unidos tiene disponibilidad y acceso a gran parte de los servicios básicos de agua, acueducto, alcantarillado, saneamiento básico y recolección de basuras. La cobertura de energía eléctrica alcanza 100%, aumentando con respecto al 2011 que se tenía 99,5%; el servicio del gas natural alcanza una cobertura del 75,7%, con incremento respecto al año 2011 cuando se tenía un 72,1%; teniendo en cuenta que algunos edificios no son de uso residencial, sumado a que en algunas zonas de la localidad se presentan problemas de instalación (27).

Si bien la cobertura del servicio público domiciliario de energía eléctrica fue de alrededor del 100% de los hogares de Bogotá, los cortes o suspensiones de este servicio aumentaron en la ciudad de 2011 a 2014, al pasar de 11,8% a 14%. Comparativamente, Barrios Unidos no se vio tan afectada como otras localidades, siendo que en 2014 afecto al 12,8% de los hogares (21).

Para el año 2014, los hogares de la localidad de Barrios Unidos gastaron más dinero en el pago de servicios, que pasaron de 166.800 en promedio en 2011 a \$203.100 en 2014, y si bien no es el más alto de la ciudad, es mayor comparados con otras localidades y con el promedio distrital (21). Por otro lado, los hogares en Barrios Unidos bajaron su cobertura en el servicio de telefonía fija desde 2011 (71,3%) a 2014 (67,6%). Empero, por su parte, Barrios Unidos fue de las localidades con mayor cobertura de internet (68,3). (21). Respecto a la cobertura de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, la Localidad presenta unos índices de cobertura de prácticamente 100%.

4.1.6 Cultura y espacio público

El espacio público determina el entorno en el que se desarrollan los intercambios culturales y las relaciones sociales que caracterizan la localidad. De esta manera, la relación de la comunidad con el espacio genera una forma propia de identidad y territorialidad que configura el hábitat de cada persona.

Como se afirmaba anteriormente, con respecto a la oferta cultural en la localidad existen más de 100 colegios entre públicos y privados, convirtiéndose en la mayor oferta cultural para los niños, niñas y jóvenes. Los colegios son los principales promotores del arte, el deporte, el esparcimiento y la cultura en general. Diferentes instituciones como el IDR, La Secretaria de Salud, La secretaria de Ambiente, La secretaria de Cultura y La secretaria de Educación entre otras; llegan a los centros educativos con diferentes propuestas encaminadas a implementar y fortalecer las políticas públicas y mejorar de cierta forma el bienestar de la comunidad en general.

De igual manera las casas de la cultura, los salones comunales y otros centros culturales se convierten en lugares de encuentro y de puesta en escena de las ideas y proyectos de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores de la localidad. En todos los barrios de la localidad existen al menos 2 espacios de este tipo en donde la comunidad se congrega y trabaja en pro de su calidad de vida y bienestar.

Los espacios deportivos benefician la comunidad principalmente en los Barrios José Joaquín Vargas y Popular Modelo pertenecientes a la UPZ Doce de Octubre, y el barrio El Rosario perteneciente a la UPZ Parque el Salitre; estos tres barrios cuentan con todo el complejo deportivo el Salitre y Parque Simón Bolívar que incluye el complejo acuático, La Biblioteca Virgilio Barco, El Museo de Los Niños, el centro de eventos Simón Bolívar y el centro de alto rendimiento deportivo. La comunidad puede acceder con facilidad a estos espacios deportivos y beneficiarse de los mismos en algunos casos de forma gratuita.

Sin embargo, a pesar de las potencialidades positivas del territorio, existen problemas relacionados a la contaminación auditiva, visual, atmosférica, inseguridad, proliferación de vectores, entre otros; que vienen afectando la calidad de vida de los habitantes. Las familias con presencia de vectores en su vivienda, como transmisores de enfermedades, están ubicadas en la UPZ Doce de Octubre y en Alcázares, siendo afectadas principalmente por roedores.

En el sector que comprende los barrios La Paz, Siete de Agosto, Rafael Uribe, La Esperanza, Muequeta, Quinta Mutis y Benjamín Herrera, predominan los espacios

utilizados en talleres de metalmecánica, repuestos del área automotriz, y comercio en general, además de los mencionados también tiene un uso residencial. Como falencia para la comunidad que habita estos sectores se evidencia la falta de parques y áreas verdes para realizar actividades físicas y recreativas. Los espacios públicos dedicados a la recreación son escasos y los que hay no son suficientes para atender la demanda de la población. Lo anterior se ve reflejado en el hecho de que el 23,3 de los habitantes manifiestan realizar actividad física periódicamente.

4.2 Aspectos Socio-económicos

Por estrato socioeconómico se tiene que del total de viviendas de Barrios Unidos para el 2011, el 54,6% se encuentran en el estrato medio-bajo, el 41,9% en el medio, 3,3% en el medio-alto y el 0,2% clasificado sin estrato. La principal concentración de las viviendas de la localidad de Barrios Unidos por UPZ es la siguiente: Los Andes en el estrato medio (57,5%) y en el medio-bajo (24,9%); Doce de Octubre en el estrato medio (56,3%) y en estrato medio-bajo (43,4%); Los Alcázares en el medio-bajo (81,4%) y Parque Salitre en el estrato medio-bajo (100,0%) [23].

El Índice de Desarrollo Humano Urbano de Barrios Unidos es de 0.86, superior al resultado obtenido por Bogotá (0.81). Ya que el índice mide esperanza de vida, escolaridad y PIB per cápita, es plausible denotar una mejoría especialmente en lo respectivo a la educación: los años promedio de educación de los jóvenes en la Localidad es de 11,5 años, más que los del Distrito en general 10,9 años.

4.3 Necesidades Básicas Insatisfechas

Las necesidades básicas obedecen a las características de vivienda, nivel educativo, número de hogares, acceso a servicios, dependencia económica entre otros. Es decir, es un índice que calcula y clasifica el bienestar de la población y los hogares en términos de la capacidad de consumo (ingresos).

Para 2014 el valor por número de hogares pobres por NBI fue de 2,5%, casi dos puntos por debajo del Distrito 4,2% [31]. El porcentaje de hogares en miseria por NBI en la localidad de Barrios Unidos es del 0,1% igual al de Bogotá, no siendo uno de los más altos.

Los componentes relacionados con las NBI se relacionan con viviendas y servicios inadecuados, inasistencia escolar, hacinamiento crítico etc. (30). Para el año 2014, el índice de hacinamiento crítico aumentó en Barrios Unidos (1,8% en 2011 a 1,9% en 2014) al igual que los niveles de pobreza por NBI: se encontró una reducción al pasar de 1,3% en 2011 a 0,6% en 2014 de alta dependencia económica (21).

Valga aclarar que la población que vive en condición socioeconómica de pobreza y que tienen problemas de acceso a los servicios de salud con mayor frecuencia posee riesgos potenciales de infecciones parasitarias, infecciosas respiratorias, infecciosas gastrointestinales y desnutrición entre otras.

4.4 Nivel de ingreso

Barrios Unidos presentó para 2014 un porcentaje de pobreza monetaria de 10%, mientras que la pobreza extrema representaba un 3,7% según datos recogidos por la encuesta Multipropósito. La línea de indigencia es el ingreso mínimo establecido por persona para satisfacer las necesidades alimentarias. Corresponde al costo mensual de una canasta básica de alimentos por persona, cuyo contenido calórico y proteico permite satisfacer un nivel mínimo de requerimientos nutricionales y que además refleja los hábitos de consumo prevalecientes. Para el año 2014 Barrios Unidos tuvo una línea de indigencia de 8.874 personas en indigencia por ingresos, es decir, el 3,7 % de la población [32].

En Bogotá, los hogares en los que por falta de dinero algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas, uno o más días a la semana, disminuyeron de 2011 a 2014. Mientras en 2011 el porcentaje de hogares era de 7,2%, en 2014 disminuyó a 4,9%. El porcentaje de hogares sin capacidad de pago disminuyó de 3,3 en el año 2003 a 2,9 para el año 2011 y para el año 2014 a 2,1. La incidencia de la pobreza ha disminuido y la capacidad de pago de los hogares ha mejorado. No obstante, estos logros no están acompañados de reducciones de la desigualdad expresadas en el coeficiente de Gini.

El coeficiente GINI mide el grado de igualdad en cuanto a la distribución del ingreso (o en algunos casos el gasto de consumo) entre individuos u hogares. Siendo 0 la total igualdad y 1 la total desigualdad, la localidad de Barrios Unidos para finales del 2011, según la secretaría de hábitat, tiene un coeficiente de Gini de 0,54 por debajo de la distrital 0,57 [34]. Lo anterior demuestra que la desigualdad entre los residentes ha disminuido, sin embargo continua siendo una comunidad poco homogénea respecto a una marcada diferencia en los estándares de ingresos

4.5 Segregación residencial

Por estrato socioeconómico se tiene que del total de viviendas de Barrios Unidos para el 2011, el 54,6% se encuentran en el estrato medio-bajo, el 41,9% en el medio, 3,3% en el medio-alto y el 0,2% clasificado sin estrato. La principal concentración de las viviendas de la localidad de Barrios Unidos por UPZ es la siguiente: Los Andes en el

estrato medio (57,5%) y en el medio-bajo (24,9%); Doce de Octubre en el estrato medio (56,3%) y en estrato medio-bajo (43,4%); Los Alcázares en el medio-bajo (81,4%) y Parque Salitre en el estrato medio-bajo (100,0%) [23].

El concepto de vivienda y el de hogar están íntimamente relacionados a los conceptos de hábitat, calidad de vida y derechos humanos. Cuando se plantea la vivienda como un núcleo de análisis, se espera que se tengan en cuenta tanto los aspectos físicos del lugar como los entornos próximos y remotos a la vivienda como son las vías, el espacio público, los lugares de encuentro, los espacios cívicos y de convivencia, los servicios y los equipamientos. La localidad de Barrios Unidos tiene 71.691 viviendas, el 3,4% de la capital (2.097.697), con 76.047 hogares, en las que 4.318 personas viven en condiciones de hacinamiento crítico, seguido de un porcentaje significativo con alta dependencia económica, las cuales se encuentran en condición de pobreza, con 260 personas en situación de miseria. No obstante, la localidad cuenta con un alto nivel de cobertura en los servicios públicos domiciliarios básicos, las familias con servicios inadecuados son tan solo del 2% (112) del total de hogares [35].

De acuerdo a la valorización predial, estratificación y los perfiles desarrollados por Cámara de Comercio para el año 2011 [34], resulta fácilmente perceptible que la clase dominante de la localidad es la media, lo que en términos porcentuales resultaría ser el 50,7% para las viviendas en estrato 3 y el 38,9% de estrato 4. La UPZ Andes tiene la mayoría de su población (53%) en el estrato medio, el 23,3% en el estrato medio-bajo, el 16,3% en el estrato medio-alto y el 6,9% corresponde a población si estratificar. Mientras que la UPZ Doce de octubre se divide en un 56,1% de los habitantes de ubicados en estrato medio y el 43,5% en el estrato medio-bajo, representando en su conjunto el 99,7% del total de la población (100.169 personas). En la UPZ de los Alcázares el 81,6% de los habitantes se encuentra en el estrato medio-bajo y el 18,4% en el medio; resultados que equivalen al 99,9% del total de personas en esta última UPZ (82.513). Finalmente, en la UPZ salitre de 4.300 habitantes localizados el 100,0% se ubica en el estrato medio-bajo [22].

4.5.1 Dinámica económica

La dinámica económica resulta ser generalmente el factor principal de desarrollo urbano. Para el caso de Barrios Unidos las actividades en las que más se emplean los residentes de la localidad son el comercio, hoteles, restaurantes, servicios sociales y comunitarios, industrias manufactureras e inmobiliarias. La mayor parte de la población trabajadora es empleado particular y hace de la localidad una de las más altas en Tasa de ocupación (63,3 Hombres y 47,6 Mujeres) y, en consecuencia, una de las más bajas

en las Tasas de desempleo (7,2 Hombres y 7,6 Mujeres) un total de 7,4 estando por debajo del Distrito cuya tasa es de 8,6 [28] [29].

Para el año 2011, de las 14.000 empresas que hay aproximadamente 11.468 son microempresas, de las que gran parte están dedicadas al comercio (43%), a la industria (15%), servicios inmobiliarios (12%), restaurantes (6%) y transporte (5%). La mayoría de empresas dedicadas al servicio han hecho de la localidad un entorno prospero para actividades como el automotriz (autopartes, lujos, llantas, lavado, tapicería etc.), ferretería y cerrajería, víveres, alimentos, productos de vidrio, tabaco y bebidas. A su vez, las actividades de arte e impresión, publicidad, construcción de muebles, diseño de ropa entre otros, representan el centro de la economía local [30].

4.5.2 . Cobertura de salud, educación, ocupación, y desempleo

La afiliación de personas al sistema general de seguridad social en salud se incrementó en Bogotá de un 92% en 2011 a un 93,9% en 2014. Este cambio fue consecuente con una caída en el porcentaje de personas no afiliadas de 7,6% a 5,8% para los mismos años. Para el caso de Barrios Unidos, las personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud pasaron de 16.974 (7,3%) en 2011 a 15.686 (6,5%) en 2014; mientras que 216.807 personas (92,7,0%) estaban afiliadas en 2011, y 224,727 personas (93,2%) estaban afiliadas en 2014. Aproximadamente 619 personas (0,3%) no sabían o no informaron si estaba afiliado.

Se evidencia un aumento en el sistema de afiliación contributivo al pasar de 178.815 personas (82,5%) en el 2011 a 195.107 (86,8%) usuarios en 2014. Por el contrario, los regímenes especiales descendieron de 4,4% a 2,6%. Así mismo, es relevante mencionar la disminución también del número de personas afiliadas al régimen subsidiado que pasó de 28.173 personas (13,0%) en el 2011 a 23.214 usuarios (10,3%) en 2014.

En cuanto a la educación, la población en edad escolar en Barrios Unidos va disminuyendo como consecuencia de los bajos índices de fecundidad, aun así Barrios Unidos es un centro de aglomeración educativo dentro de Bogotá por lo que tiene un gran equipamiento en el área.

La tasa de cobertura bruta se define como la relación entre la matrícula y la población en edad escolar – PEE, rango de edad entre 5 y 16 años. Para cada nivel de escolaridad se define un rango de edad apropiado al nivel, para realizar el cálculo de la tasa de cobertura bruta – TBC por nivel educativo (35).

Para 2014 en Barrios Unidos hubo una disminución en la asistencia escolar de la población de 5 años y más, en todos los grupos de edad, al pasar de 28,9% en 2011 a 28,7% en 2014, esto debido a la dinámica de crecimiento poblacional.

Así mismo, es posible apreciar que la Localidad de Barrios Unidos presenta tasas de cobertura superiores a la tasa global del Distrito, exceptuando en el grado preescolar; resultado que es debido a que esta localidad recibe estudiantes de otras localidades deficitarias de la ciudad.

Par el caso de la Ocupación, los principales indicadores del mercado laboral que se tienen en cuenta son la población en edad de trabajar- PET, definida como la población de 12 años y más en la zona urbana, que para el caso de Barrios Unidos fue de 122.820 personas, mientras que la Población Económicamente Activa fue de 113.777 personas, frente a 9.043 personas desocupadas. El número de ocupados en Barrios Unidos representa el 3,3% del total ocupado en la ciudad y los desocupados representan el 2,7% del total en la ciudad.

4.6 Características demográficas.

El crecimiento demográfico y el flujo de la población constituyen dos de los factores más importantes para comprender el proceso de urbanización en crecimiento de las sociedades y su interacción con el territorio y el ambiente. Se calculó que para el año 2013, según las proyecciones del DANE [21], la población total es de 236.433 habitantes, 113.426 (48%) hombres y 123.007 mujeres (52%). De las 4 UPZ que conforman la localidad de Barrios Unidos, las tres que más concentran población son: Doce de Octubre con el 42,8% (100.558 personas), Los Alcázares con el 35,3% (82.937 personas) y Los Andes con el 20,0% (46.990 personas).

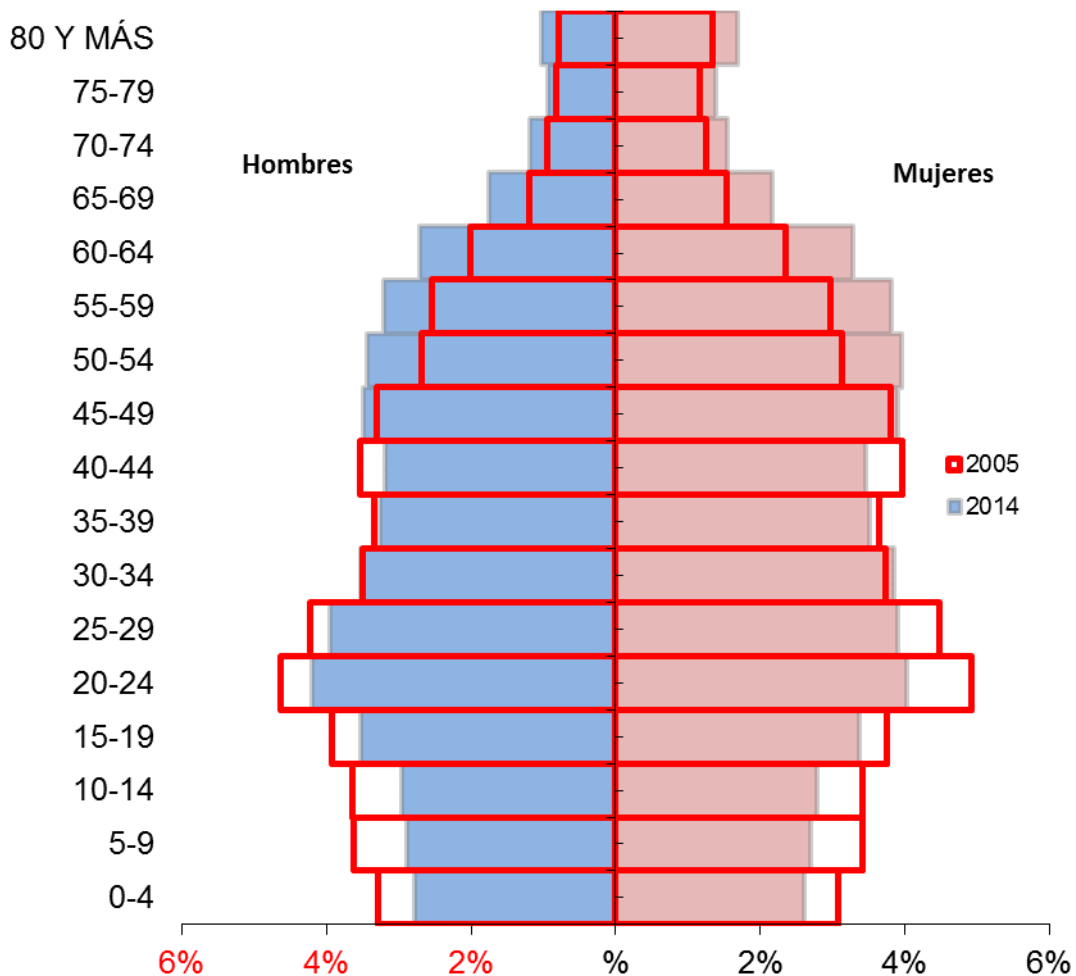
4.7 Densidad poblacional

De acuerdo a los datos de proyección del DANE, para el año 2005 la Localidad contaba con 224.216 habitantes, incrementándose para el 2010 a 232.802, lo que permite estimar que para el año 2015 la población total de la localidad será de 240.960 personas, distribuidas entre 115.855 hombres y 125.105 mujeres; en el intervalo de tiempo de 2011 a 2013, la población de la localidad de Barrios Unidos debió crecer a una tasa promedio anual de 0.46% [21].

Así mismo, la pirámide poblacional resulta ser simétrica en cuanto al sexo y regresiva en cuanto a la edad para el año 2013 (ver figura 1); dando a conocer un grupo de población joven dominante en busca de oportunidades educativas, laborales y

profesionales; una población anteriormente activa y productiva en una transición a la edad madura; una población adulto mayor en crecimiento; y una población infantil cada vez menor. Lo anterior, permite deducir que la población joven y adulta resulta ser la mayor parte de la población de la localidad con un 71% (169.290 personas).

Figura 1. Pirámide poblacional Barrios Unidos 2005 – 2014



Fuente: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples y por sexo. DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Barrios Unidos. ASIS 2014 Hospital de Chapinero ESE.

Al analizar la evolución de la población, se determina que, en un proceso de larga duración, esta pirámide poblacional tenderá a reducir su ritmo de crecimiento, conduciendo a transformaciones en los diferentes grupos de edad. Esto se ve reflejado en los cambios de la población que se encuentra en los extremos, tal como los niño/as y los adultos mayores. Lo anterior permite entender que se producen cambios relevantes en la vida social y económica de la ciudad, ya que a medida que estos determinantes mutan, también lo hacen sus necesidades y demandas particulares.

Según las proyecciones de población a 2015, en Barrios Unidos se destaca la reducción en la participación de la población menor a 14 años dentro del total, al pasar del 20,5% en 2005 a 16,4 % en el año 2015; mientras que la población de 65 años y más, incrementa su participación al pasar de un 9,0 % en 2005 a un 12,1 % en 2015 (ver tabla 1).

Para el diagnóstico local de 2010 [22], la etapa de ciclo vital más representativa era la adulta. Sin embargo, para los años 2012 y 2013 el ciclo vital con más población residencial es la juventud, por diferencia mínima con la adultez joven. Esto indica que en Barrios Unidos los grupos de jóvenes y adultos jóvenes son los únicos que tienen y tendrán un peso mayor dentro del total de población, en contraste con las personas menores de 20 años que cada vez son un grupo poblacional menor, debido a la reducción de la fecundidad que experimenta la localidad (Ver tabla 2).

4.7.1 Estructura de la población por sexo y edad

Dado que la fecundidad es la principal característica para determinar la capacidad de reproducción y crecimiento poblacional resulta pertinente exponerla. Debido a algunos determinantes próximos e intermedios como la planificación sexual o la incorporación de la mujer al mercado laboral, la fecundidad es un índice que ha venido bajando desde la década de los sesenta del pasado siglo. A pesar de que la localidad de Barrios Unidos presenta un pico concentrado en las mujeres de 25-29 años la tasa de fecundidad es baja, lo que quiere decir que la capacidad de renovación es menor comparada con la de la ciudad.

Tabla 1. Comparación de la Tasa de Fecundidad por 1000 mujeres, de Bogotá y la Localidad de Barrios Unidos. 2005-2015

Área	GLOBAL (POR MUJER)		GENERAL (POR MIL MUJERES)	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
Barrios Unidos	1,82	1,8	53,8	53,6

Área	GLOBAL (POR MUJER)		GENERAL (POR MIL MUJERES)	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
Bogotá D.C.	1,93	1,91	58,2	56,8

Fuente: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, Tasa de fecundidad por mil. DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Localidad Barrios Unidos. ASIS 2014 Hospital de Chapinero ESE

Así mismo se estimó, en la esperanza de vida al nacer para Barrios Unidos, que en promedio las mujeres tendrían 79 años de vida y los hombres 71, y la tasa de envejecimiento es de 64%, casi tres veces la Distrital (28%) [23]. Conforme a ello se piensa que dicha relación aumentará levemente en el intervalo de tiempo de 2010-2015 siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad que fueron observadas en los censos y registros de defunciones y que sirvieron de insumo para elaborar dicha proyección en 2005.

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer por sexo. Localidad Barrios Unidos. 2010-2015

AÑO	SEXO		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2010	71,77	79,83	75,69
2015	75,94	80,19	78,01

Fuente: Bogotá. Proyecciones de población 2005-2015, esperanza de vida al nacer (años) por sexo 2005 – 2015. Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Localidad Barrios Unidos. ASIS 2014 Hospital de Chapinero ESE

Al realizar el análisis de la distribución de la población por ciclo vital del año 2014 se observa que la etapa de ciclo vital con mayor porcentaje corresponde a la adultez con el 47% de la población total, seguida de la vejez con el 18% y la infancia con el 15% y la de menor porcentaje es la etapa de la adolescencia con el 5% de la población total de la localidad. Tabla 3

Tabla 3. Distribución Población por ciclo vital Localidad Barrios Unidos 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRES	%	MUJERES	%		
INFANCIA	19062	17%	17875	14%	36937	15%
ADOLESCENCIA	6307	6%	6021	5%	12328	5%
JUVENTUD	17459	15%	16768	14%	34227	14%
ADULTEZ	53483	47%	59237	48%	112720	47%
VEJEZ	18130	16%	24038	19%	42168	18%

TOTAL						
POBLACION	114441	100%	123939	100%	238380	100%

Fuente: DANE - Secretaría Distrital de Planeación/Proyecciones DANE por localidades de Bogotá 2005-2015.

La razón niños mujer y el índice de infancia presentan una disminución para el año 2014 con relación al año 2005; pasando de 22 a 21 menores de cuatro años por cada 100 mujeres en edad fértil y de 20 a 17 menores de 15 años por cada 100 personas respectivamente. Un comportamiento contrario se presenta con el índice de vejez y el índice de envejecimiento; en los cuales se evidencia que la población mayor de 65 años pasó de 9% a 12% de la población total y de 44 a 70 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años respectivamente.

En cuanto al índice de dependencia demográfica, se puede decir que para el año 2014 de cada 100 personas entre 15 a 54 años, dependen 39,70 personas (Menores de 15 y mayores de 65 años), evidenciando disminución del indicador con relación a 2005; este cambio está relacionado con la disminución de la dependencia infantil y el incremento en la dependencia de personas mayores de 65 años para el año 2014; lo que a su vez es coherente con el cambio mencionado en la pirámide poblacional.

Finalmente, aunque el índice de Friz ha pasado de 97,50 a 83,75; la población de la Localidad de Barrios Unidos para el año 2014 aún se considera joven. Tabla 4

Tabla 4. Indicadores estructura demográfica localidad Barrios Unidos 2005 – 2014

Índice Demográfico	Año	
	2005	2014
Relación hombres: mujer	92,25	92,34
Razón niños: mujer	22	21
Índice de infancia	20	17
Índice de juventud	26	23
Índice de vejez	9	12
Índice de envejecimiento	44	70
Índice demográfico de dependencia	41,84	39,70
Índice de dependencia infantil	29,01	23,35
Índice de dependencia mayores	12,83	16,35
Índice de Friz	97,50	83,75

Fuente: DANE - Secretaría Distrital de Planeación/Proyecciones DANE por localidades de Bogotá 2005-2015.
Localidad Barrios Unidos. ASIS 2014 Hospital de Chapinero ESE

Según datos de la Red Nacional de Información al servicio de las víctimas y el Registro Único de víctimas con corte al 1 de Marzo de 2016 se han registrado en Bogotá 364.985 víctimas; 347.877 registradas como víctimas del conflicto armado y de estas 76.633 registradas como víctimas directas de desaparición forzada, homicidios, fallecidos y no activos para la atención. También se reporta 17.108 víctimas sentencias y dentro de estas 6.166 registradas como víctimas directas de desaparición forzada, homicidio, fallecidas y no activos para la atención. Para la localidad de Barrios Unidos no se dispone de la información.

4.8 Priorización UPZ críticas

Como problemática general, y además de contar con una población flotante considerable, en gran parte debido a los puntos de comercio, la localidad se caracteriza por contar con un grupo relevante de habitantes de calle, entendidos como el grupo de personas (variando la edad y género) que viven en la calle de manera permanente o por periodos prolongados; ellos establecen identidad y pertenencia a un determinado espacio [24].

Dentro de la identificación efectuada a la población ciudadano habitante de calle se encuentra que el 90% (67) de la población caracterizada pertenece al género masculino y el 10% (8) al género femenino, de las cuales una minoría ejerce la prostitución en la zona de tolerancia del Barrio Siete de Agosto. Su actividad económica se centra en el reciclaje, albañilería, carpintería, venta informal en buses y otros sitios, cuidar carros, limpiar vidrios, mendigar. Algunos de ellos cuentan con estudios de primaria, bachillerato o niveles técnicos completos e incompletos. La causa de estos estilos de vida diferentes proviene de variadas causas como son: consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, desagregación familiar, falta de oportunidades laborales, desplazados por la violencia, entre otras [25].

Por otro lado, como afirma el censo general DANE 2005, en los barrios Simón Bolívar, La libertad, Los Andes, La castellana y Rionegro se encuentran habitando indígenas en pequeños grupos y afro descendientes¹. La mayor parte de la población indígena que se halla en la localidad está conformado por Muiscas, Coyaima Natagaima, Otavaleño, Wayuu, entre otros (incluyendo de los que no se dispone de información) [21] [26].

¹ No hay un cifras oficiales

Por otra parte, durante el año 2010 se encontró que en los barrios: Esperanza, 7 de Agosto, Rafael Uribe, Colombia, San Fernando, San Felipe, Concepción Norte y Alcázares, existe una situación de prostitución compleja relacionada con múltiples problemas sociales: inseguridad, maltrato hacia la mujer y desplazamiento forzado. [27].

A su vez, la población desplazada residente en la localidad, está principalmente ubicada en el Doce de Octubre y Salitre, esto es debido a la fuerte presencia de inquilinatos, trabajadores informales y conjuntos de migrantes con ingresos bajos, lo que ha generado un importante crecimiento de población “flotante” y residentes temporales, viviendo en condición de subempleo o desempleo. Según el registro de personas atendidas por el centro de atención del Hospital Chapinero, el mayor porcentaje de personas desplazadas que utiliza los servicios de salud acceden en La UPA San Fernando, lo cual se relaciona con el lugar de residencia de la mayor parte de estos ciudadanos.

5 CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

Tras la presentación de las dimensiones poblacional, demográfica, social y política, a continuación se presentan las condiciones de salud y enfermedad de la población residente en la localidad de Barrios Unidos. Como se afirmó anteriormente, no basta con presentar los datos y esperar que ellos hablen por sí mismos, sino que es preciso comprenderlos dentro de su contexto multidimensional, dentro de cual los eventos de salud tienen lugar. En dicho sentido, la comprensión de los determinantes sociales es precisa para, en primer lugar, comprender el perfil de salud-enfermedad, pero en segundo lugar para comprender las inequidades y desigualdades existentes dentro del territorio, que pueden ser evitables.

5.1 Perfil de Salud – Enfermedad

La salud determinada como un valor excelso universal se podría medir con base a diferentes números de variables patológicas en cada individuo. La enfermedad como tal no está limitada a la patología misma, sino también otros problemas de salud como los relacionados a la salud mental o el ambiente; a condiciones estructurales como la pobreza, el nivel de desarrollo del país; o aspectos relacionados con la tasa de crecimiento demográfico, la prestación de servicios prioritarios de salud y formas de capacitación social.

Es así que la definición del perfil salud enfermedad tiene como objetivo establecer la carga del estado de salud de la población en cada componente de análisis relacionado.

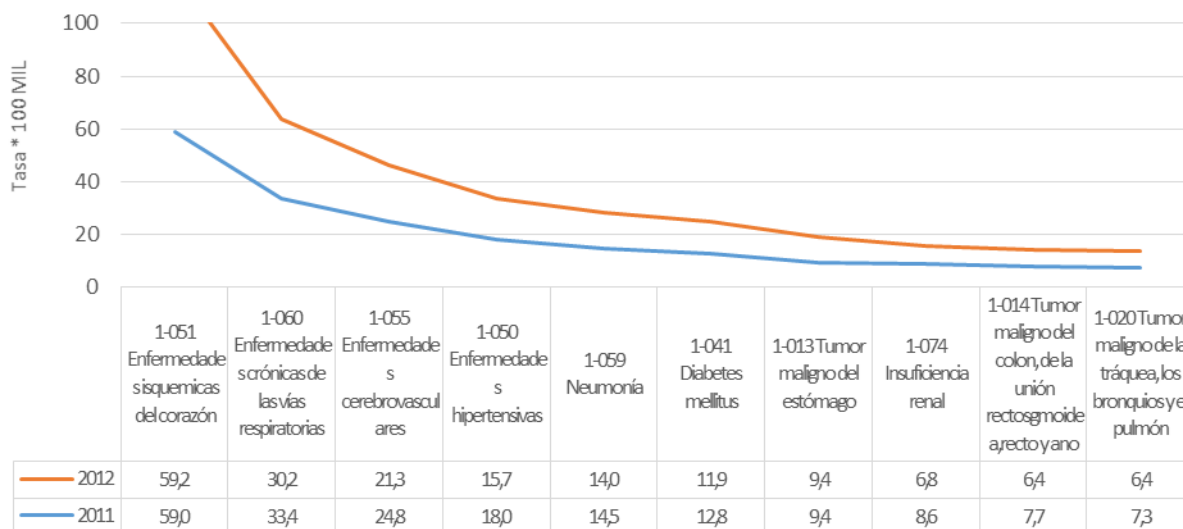
5.1.1 Mortalidad

Entre el año 2011 y 2012 la principal causa de muerte en la población general se relacionó con enfermedades isquémicas del corazón, con una tendencia creciente de 59,0 a 59,2 muertes por cada 100.000 habitantes aportaron el 16,3% de las muertes; en tercer lugar las enfermedades cerebro vasculares produjeron el 5,9% y las enfermedades hipertensivas en noveno lugar el 4,3% de las muertes en la Localidad, estas tres causas enfermedades del sistema circulatorio. Existen factores de riesgo que por ser recurrentes entre un sector importante de la población, explican la importancia de estas enfermedades. Entre estos están la obesidad y el sobrepeso, la inactividad físico, el tabaquismo, a los que se suma la falta de hábitos saludables, especialmente entre la población adulta.

Las neoplasias para el 2012 aportaron el 3,6% de las muertes observadas, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias incluyendo la neumonía aportaron el

3,9% de las muertes para este periodo. Las primeras están relacionadas igualmente a factores de riesgo como los anteriormente descritos, pero para las segundas son importantes las condiciones ambientales.

Figura 2 Distribución Comparativa 10 primeras causas de Mortalidad 2011 – 2012 Localidad Barrios Unidos



Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos 2011 DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.- 2012 DANE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) Preliminares TASA * 100.000 Habitantes

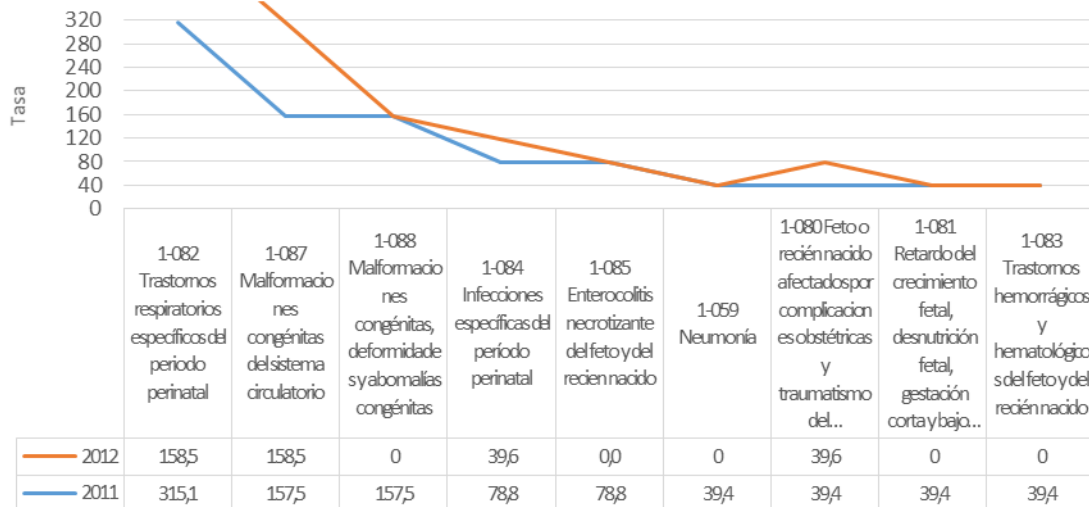
La Localidad en el 2012 aportó el 363,1 muertes por cada 100.000 habitantes respecto del Distrito, en la población masculina se tuvo 331,0 de los decesos y en la población femenina 392,7 por cada 100 mil habitantes según su sexo.

Para el 2012 las primeras causas de muerte en las mujeres se relacionaron con enfermedades circulatorias que aportaron el 15,3% de los decesos con tendencia ascendente no relevante con respecto del 2011 que aportó el 15%.

En la población masculina las primeras causas de muerte fue aportada por las enfermedades circulatorias que entre el 2011 y 2012 no presentó cambios relevantes, de 15% a 16,4%.

Entre las causas de mortalidad en niños menores de un año durante el periodo 2011 a 2012 las más frecuentes son trastornos respiratorios en el periodo perinatal y aunque muestran una tendencia descendente en el tiempo pasando de 33,3 a 20 % por cada 100.000 nacidos vivos. Entre los determinantes sociales relacionados con estos eventos se incluyen la falta de autocuidado y de cuidado a los menores, relacionado con agendas laborales, falta de conocimiento o prácticas culturales, las cuales se ven agravadas por barreras de acceso y por el incumplimiento en el esquema de vacunación.

Figura 3 Distribución comparativa Causas Mortales Perinatales 2011 a 2012 Localidad Barrios Unidos



Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos 2011 DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.- 2012 SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) Preliminares TASA * 10.000 Habitantes

En segundo y tercer lugar las malformaciones congénitas aportaron el 13,3% de las muertes de los menores de 1 año a pesar de experimentar una leve reducción para el 2012, se generaron 1153,8 defunciones por cada 100.000 recién nacidos en la Localidad.

Entre las causas de mortalidad de niños de 1 a 4 la neoplasia de tiroides y otras glándulas endocrinas el 18,5 de las muertes en este grupo por cada 100.000 menores de 5 años.

Las principales causas de mortalidad en el grupo de 5 a 14 años se observa que se presentaron otras causas de muerte con respecto del año 2011, la leucemia, tumor del encéfalo y enfermedades del peritoneo causaron el fallecimiento de 14,3 por 100.000 menores cinco; cada evento con una carga de 12,5% respecto de las muertes en este ciclo.

En la población joven y adulta de 15 a 44 años las lesiones de causa externa relacionadas con agresiones (homicidios) y secuelas, lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas, accidentes de transporte de motor produjeron las muertes de 14,5 habitantes por 100.000 con una carga del 25,9% de muertes por estas causas en este grupo.

Las neoplasias representaron 9 muertes por 100.000 habitantes, en cuanto a las enfermedades transmisibles la Enfermedad por VIH (SIDA) muestra un descenso en estas edades, produjo 2 muertes por cada 100.000 habitantes. Frente a esta problemática, a las situaciones propias de la falta de educación sexual, se suman

situaciones de explotación sexual y prostitución, con lo que potencializan situaciones de riesgo, en individuos que suelen estar alejados de su entorno familiar y carecer de apoyo social.

Las neoplasias produjeron 34 muertes x 100.000 habitantes en el grupo de 45 a 59 años con carga del 21,1% respecto de los demás eventos, las enfermedades del sistema circulatorio se ubicaron dentro de las primeras causas de muerte 17,9 por 100.000 habitantes de la localidad fallecieron por enfermedades isquémicas del corazón; respecto de las enfermedades transmisibles 4,0 habitantes por 100.000 fallecen por VIH (SIDA) 4,0 con una carga 2,5% respecto a las demás patologías.

Por último para la población mayor de 60 años las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad 199 muertes por cada 100.000 habitantes y 100 muertes por cada 100.000 se relacionaron con enfermedades de las vías respiratorias.

En todos estos casos existe una relación entre las circunstancias en las cuales los individuos desarrollan su cotidianidad y las posibilidades sociales y educativas que llevan a que puedan o no ser capaces de identificar y cambiar conductas o situaciones de riesgo, las cuales cambian según la edad.

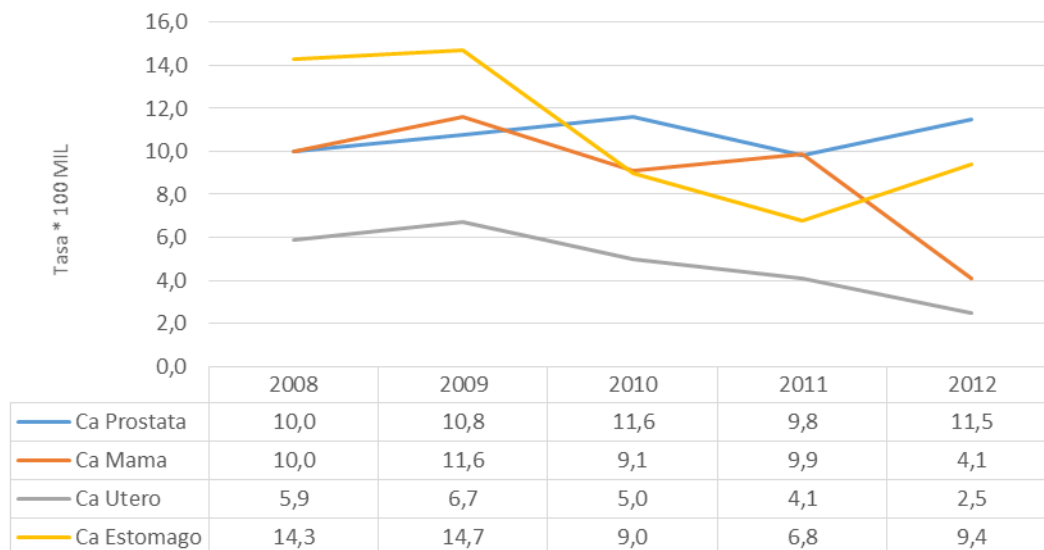
Mortalidad por Neoplasias

Las neoplasias se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad en Bogotá según las bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

El cáncer representa el 8,5% del total de las muertes de ocurren en el mundo y según la organización mundial de la salud, la mortalidad proporcional por cáncer está aumentando.

En el año 2011 el tumor maligno de tráquea, los bronquios y el pulmón se ubicó dentro de las diez primeras causas de mortalidad en el grupo de 45 a 59 años con una tasa de 10,1 x 100 mil; respecto del 2012 la tendencia observada fue ascendente para este grupo; el Tumor maligno del encéfalo, tumor del estómago, tumor del hígado, tumor del cuello del útero, tumor otras partes del útero y tumor en sitios no especificados fueron las causas más frecuentes alcanzando una tasa de 70,1 x 100 mil habitantes para los tres tipos de cáncer.

Figura 4 Distribución Comparativa Mortalidad por Neoplasias 2008 a 2012 Localidad Barrios Unidos



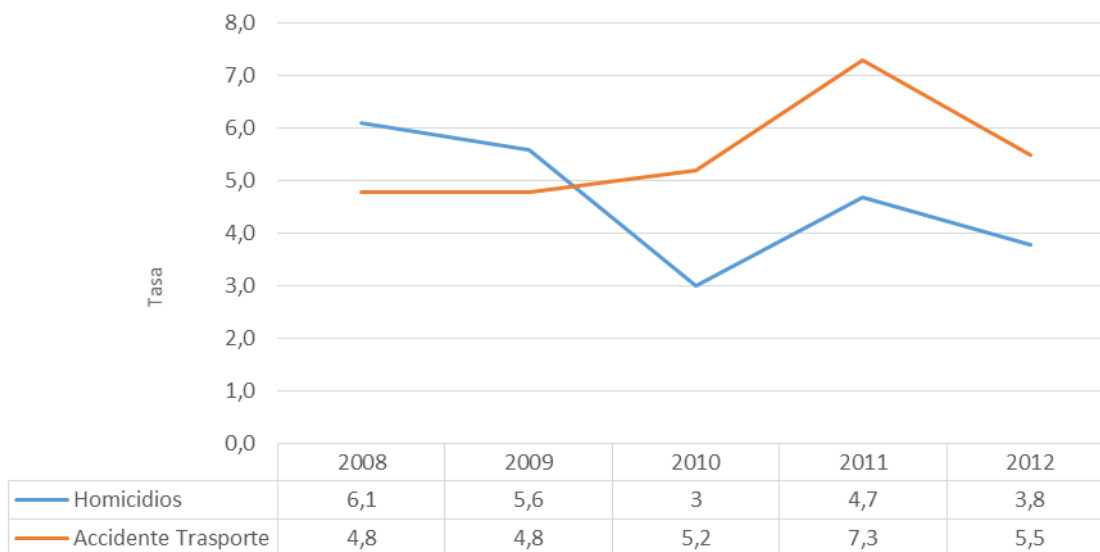
FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014) Tasa específica por 100.000 Hab

Alcanzando una tasa de mortalidad de 88,1 x 100 mil en el 2011 para los mayores de 60 años las dentro de las 10 primeras causas se encuentra tumor maligno del colon Tumor maligno de la tráquea; respecto del 2012 para este grupo se presentaron la mayores tasas con los tumor maligno del colon de la tráquea y de próstata con una tasa de 5,9 x 100 mil habitantes.

Relacionada con la falta de cuidado y de acceso al sistema de salud, la mortalidad por neoplasia tiene un alto impacto sobre las familias, así como sobre el sistema de salud, por los altos costos que conllevan estas enfermedades. Sin embargo, con el paso del tiempo los canceres han ido subiendo como una causa importante de muerte en la localidad.

Mortalidad por Lesiones Causa Externa

Figura 5 Distribución Comparativa Mortalidad por Lesiones de Causa Externa 2008 a 2012 Localidad Barrios Unidos



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014) Tasa específica por 100000 Hab

Las causas externas ocasionaron el 9,3 de muertes por cada 100.000 habitantes en la localidad, la principal causa durante el 2012 fue accidentes de transporte, seguido de las muertes por agresión (homicidios). Este tipo de conductas pueden presentarse por intolerancia y por conductas agresivas, que suelen estar relacionadas con entornos de grandes tensiones sociales, falta de educación y de valores, y que se ven reforzados por el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas. Esto es más claro cuando se observa que el grupo más afectado por las lesiones de causa externa corresponde al grupo de 15 a 44 años, cuando la población posee una vida social más intensa.

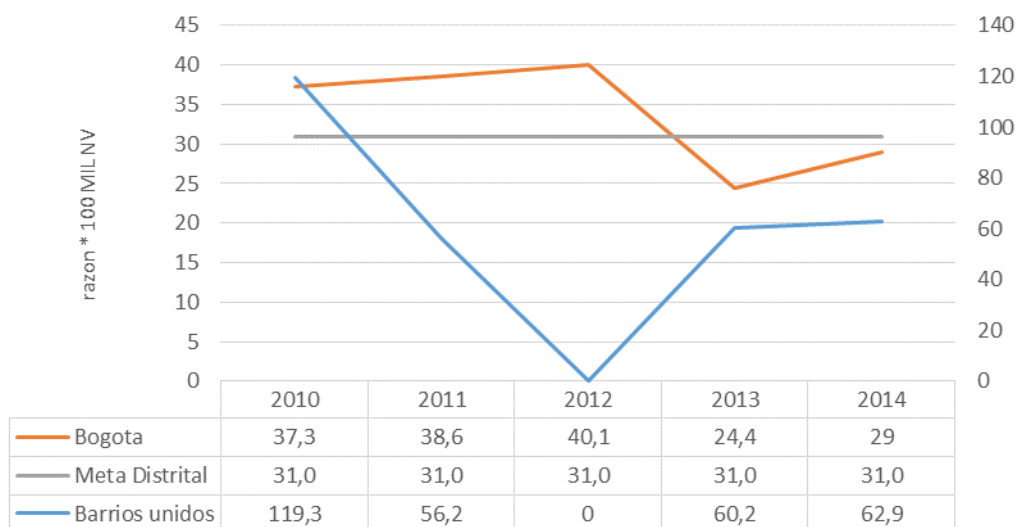
Mortalidad Evitable

Mortalidad materna infantil y en la niñez

En Latinoamérica la tendencia de mortalidad materna es aun representativa, los países en vía de desarrollo muestran síntomas de mejoría en capacitación pero no en total prevención. La muerte de madres no solo dejan vacíos fundamentales en el desarrollo de la sociedad sino trae tras de sí la carencia evolutiva de un bebe y sus correspondientes consecuencias.

En general la mortalidad materna se ha mantenido a través del tiempo, del 2012 al 2014 se han presentado 2 casos de muerte materna en la localidad.

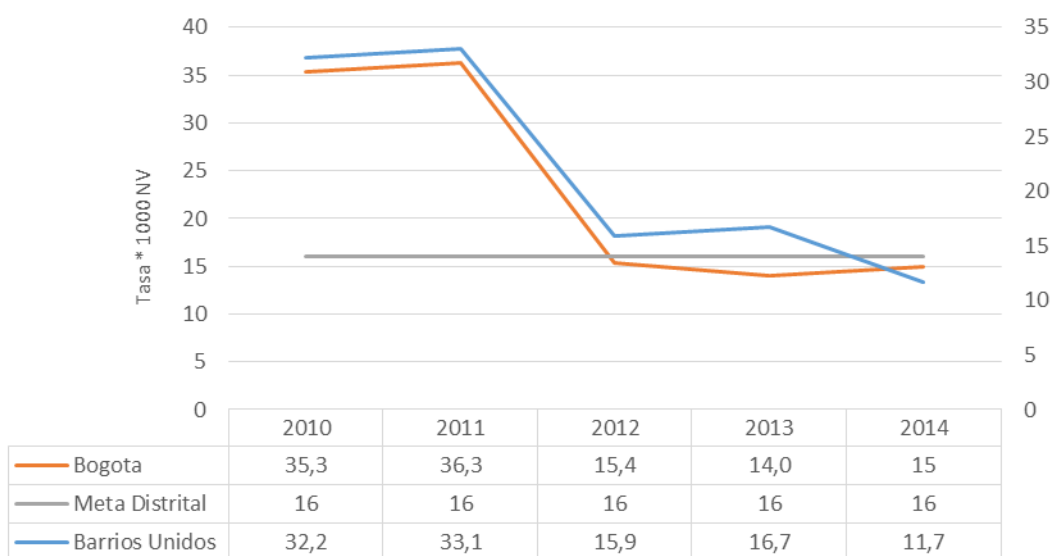
Figura 6 Tendencia Mortalidad Materna 2010 a 2014 Localidad Barrios Unidos



FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares

Mortalidad Perinatal

Figura 7 Tendencia Mortalidad Perinatal 2010 a 2014 Localidad Barrios Unidos



FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares

El Instituto Nacional de Salud –INS- define la mortalidad perinatal como aquella que ocurre entre las 22 semanas de gestación o de más de 2500 gramos de peso y los siete días completos después del nacimiento. En Colombia la tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 en el año 2000 a 17 por mil nacidos vivos para el año 2005, y a 14 en el 2010. (56).

Para el caso de Barrios Unidos, entre el 2010 y el 2011 la mortalidad perinatal mantuvo tasas significativamente mayores respecto de la meta Distrital, a partir del año 2012 la tendencia ha sido al descenso, entre las causas más frecuentes se relacionaron con feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas como son hipertensión y corioamnionitis; otras causas menos frecuentes se relacionaron con muertes fetales por causas no especificadas, malformaciones congénitas, hipertensión neonatal, parto precipitado y anomalías de la placenta.

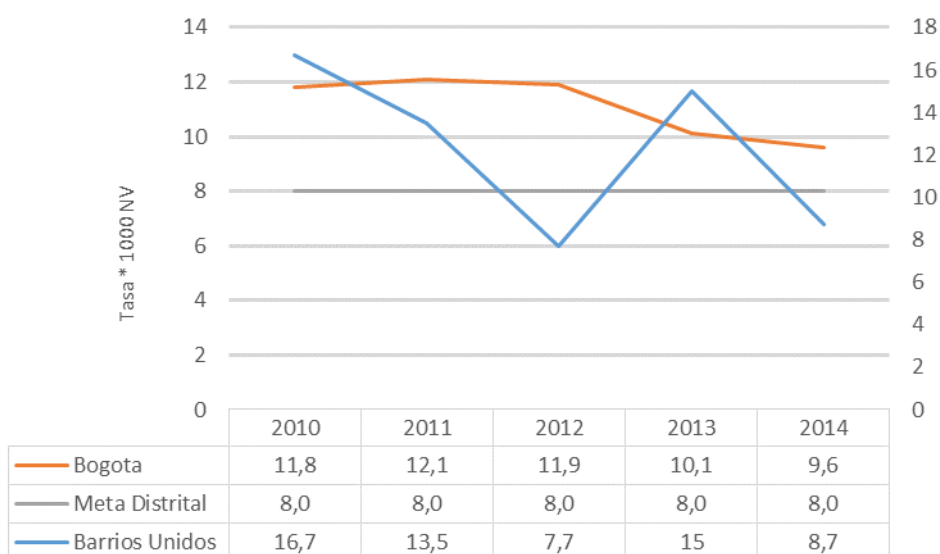
En este caso es clara la relación entre el ingreso económico de las familias, que tiene un impacto en el desarrollo del embarazo y del neonato, debido a la potencial dificultad para acceder a los alimentos necesarios. A esto se une el debilitamiento de las redes familiares y de apoyo, por lo que crecientemente las personas se ven afectadas por el aislamiento y el individualismo.

Mortalidad Infantil

El estado y sus entidades prestadoras de servicios tienen como prioridad la inversión en la salud de los niños pues esta asegura una mejor capacidad de desarrollo social en cada etapa vital, una sociedad saludable es una sociedad altamente competitiva y capaz de enfrentar toda clase de retos, la mortalidad infantil es un factor que nos permite registrar los avances o atrasos de riesgos patológicos prevenibles cronológicamente hablando.

La mortalidad infantil esta preponderantemente relacionada con algunas variables psicosociales tales como desarrollo cognitivo, niveles económicos, estado intrafamiliar, alcances educativos perceptibles y medio ambiente.

Figura 8 Tendencia Mortalidad infantil 2010 a 2014 Localidad Barrios Unidos



FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares

Las tasas de mortalidad infantil en la Localidad desde el 2011 al 2014 muestran una tendencia al descenso, las muertes se concentran mayormente en la etapa neonatal, la mayoría de muertes durante el 2012 en menores de un año se relacionaron con los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal provocado 4 muertes, Malformaciones congénitas del sistema circulatorio, deformidades y anomalías congénitas provocaron 4 muertes, feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento generaron 1 muerte de igual forma con la enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido para una tasa de 396,2 por cada 100.000 habitantes.

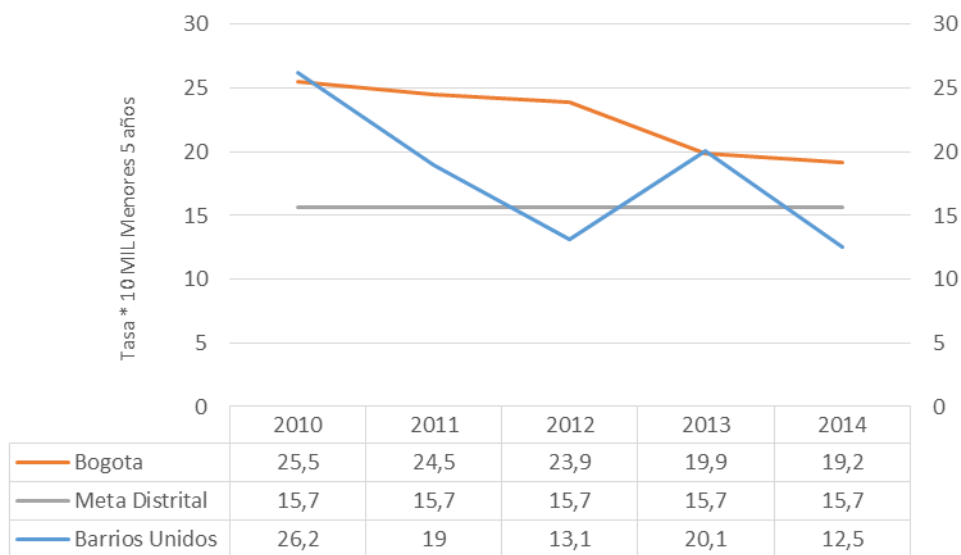
Mortalidad evitable Menores de 5 años

La mortalidad infantil es un indicador de suma importancia para el desarrollo general de los países y un reflejo de sus prioridades ya que mide la probabilidad de que los recién nacidos vivos que reúnan determinadas características fallezcan durante su primer año de vida. A nivel mundial se estimó que para el año 2011, 6,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años de edad.

En Colombia, la situación de mortalidad en este grupo etario ha tendido al descenso, ya que entre los años 2005 y 2010 la tasa de mortalidad ha disminuido de 19,42 a 15,69,

respectivamente, lo cual generó una reducción de 3,79 muertes por cada 1.000 nacidos vivos durante ese quinquenio. Esto puede deberse a una progresiva mejora de las condiciones de vida así como de reducción del conflicto armado y el desplazamiento.

Figura 9 Tendencia Mortalidad en menores de 5 años 2010 a 2014 Localidad Barrios Unidos

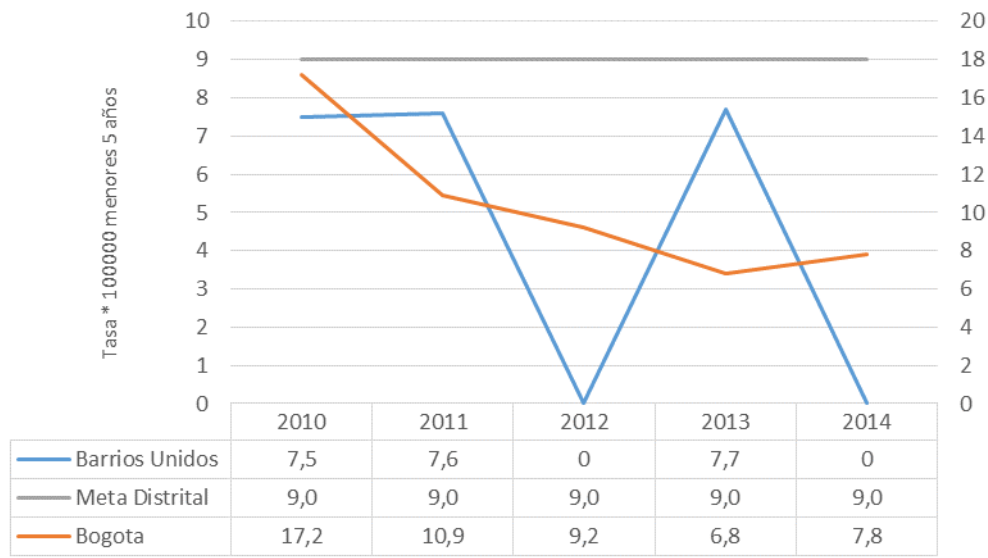


FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares

Para Barrios Unidos, la mortalidad en menores de cinco años con mayor frecuencia ocurre durante el primer año de vida, desde el 2011 al 2014 muestra una variación en el tiempo ya sea sobrepasando o por debajo de las metas Distritales.

Neumonía

Figura 10 Tendencia Mortalidad por Neumonía 2010 a 2014 Localidad Barrios Unidos



FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares

En la Localidad en los año 2012 y 2014 no se presentaron casos por neumonía, en el 2013 la tasa de mortalidad fue de 7,7 por 100.000 menores de 5 años.

Los indicadores de mortalidad por enfermedad diarreica aguda y desnutrición en menores de cinco años del 2010 al 2014 no se han presentado eventos.

5.1.2 Morbilidad

El término de morbilidad según la Organización Mundial de la Salud es “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar”. La morbilidad es un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

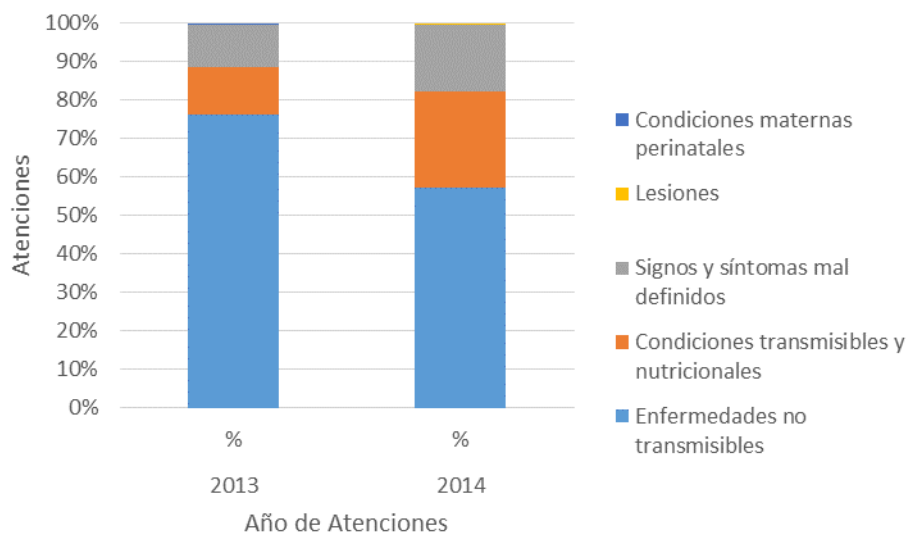
5.1.3 Morbilidad Atendida Ambulatoria

En la morbilidad por gran causa se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales, las condiciones maternas perinatales, enfermedades no transmisibles, lesiones y signos y síntomas mal definidos. Se observa que entre el 2013 y 2014 se realizaron 10.766 atenciones con un promedio de 5.383 atenciones para cada año.

El 83,75 % (1.851) de las atenciones se prestó por Enfermedades no trasmisibles en ambos años, se evidencia una reducción en el año 2014 en las atenciones en esta gran causa. El 16,1% (357) de las tenciones se atribuye a condiciones transmisibles y nutricionales de igual manera se evidencia una disminución de estas atenciones.

Como tercer lugar con el 13,4 % (298) atenciones se clasificaron en la causa de signos y síntomas mal definidos evidenciándose de igual manera un descenso de estas, la gran causa de lesiones se mantiene en el tiempo con el 0,1% (2) atenciones y finalmente con un 0,2% (5) atenciones las condiciones maternas perinatales.

Figura 11 Morbilidad Ambulatoria atendida según agrupación de Causas Localidad Barrios Unidos 2013 - 2014



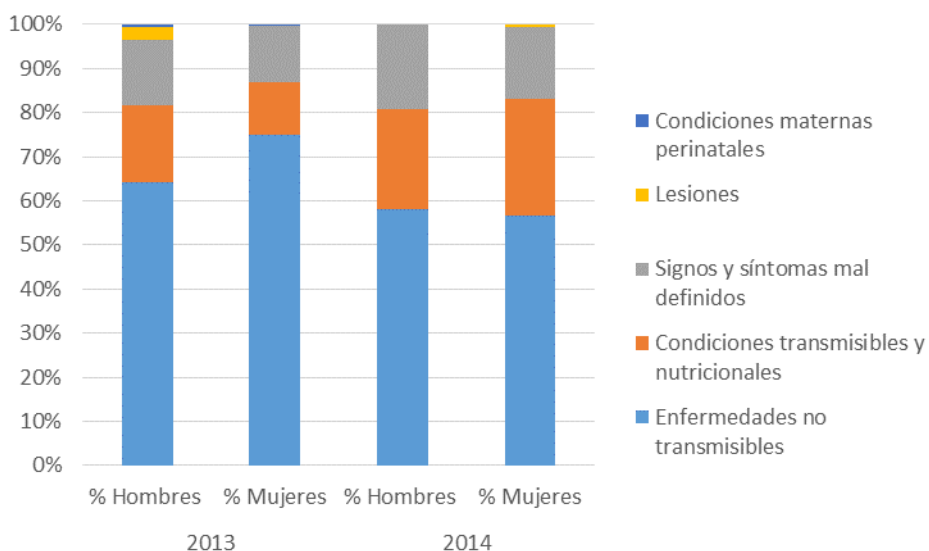
Fuente: Base RIPS Consulta Ambulatoria Hospital Chapinero años 2013-2014.

Respecto a la atención por sexos el 61,3% (1356) fueron mujeres y el 38,6% (854) hombres observando que las mujeres asisten más a los servicios de salud que los hombres. Esto puede deberse a factores culturales y a negligencia hacia la propia salud, frente a lo cual es preciso mejorar en la difusión de prácticas de autocuidado.

Por gran causa las enfermedades no trasmisibles el mayor porcentaje de personas atendidas fueron mujeres con un 72% (977) personas y con un 66,8% (571) personas fueron hombres, las condiciones no transmisibles el 53,6% (191) de las atenciones fueron a mujeres y un 19,4% (166) la atención fue en hombres, observando un aumento porcentual en las atenciones a mujeres de un año a otro.

Referente a la causa de signos y síntomas mal definidos se observa que la mayor población atendida fueron hombres con el 16,5 % (141) lo contrario que las anteriores causas, de igual forma sucede con las causas de lesiones y condiciones maternas perinatales.

Figura 12 Morbilidad Ambulatoria Atendida según agrupación por causa y sexo Localidad Barrios Unidos 2013 – 2014



Fuente: Base RIPS Consulta Ambulatoria Hospital Chapinero años 2013-2014.

Morbilidad Ambulatoria por Ciclo vital

Entre los años 2013 y 2014 se atendieron 487 infantes que corresponde al 22% del total de la población atendida, la mayor atención se concentró en las causas de enfermedades no trasmisibles con un 71,6% (349) atenciones, seguido de la causa de condiciones transmisibles y nutricionales con un 36,9% (180) atenciones y finalmente el 12% (58) atenciones en signos y síntomas mal definidos, se observó un descenso de las atenciones en este ciclo de un 20%.

Para este ciclo se atendieron 140 adolescentes entre los dos años, la mayor atención fue de 55% (77) personas con enfermedades no trasmisibles, seguido del 22,1% (31) atenciones entre las causas de condiciones trasmisibles y signos y síntomas mal definidos, y un 0,7 % (1) atención en la causa de lesiones, también se observa una disminución de las atenciones de un año al otro.

En el ciclo vital juventud se realizaron 274 atenciones para un % del total de las atenciones en estos dos años, como en los ciclos anteriores la causa con mayor porcentaje es la de enfermedades no trasmisibles con un 67,8% (186) personas atendidas, como segundo lugar la causa de signos y síntoma mal definidos con un 17,8% (49) personas, seguidamente la causa de condiciones trasmisibles y

nutricionales con el 13,5% (37) atenciones y finalmente un 0,7% (2) atenciones de la causa condiciones maternas y perinatales.

El 40,1% (904) atenciones corresponde al ciclo vital de adultez, es el ciclo donde más se realizan atenciones de tipo ambulatorio y se presentan en todas las causas definidas, el 77,8% (704) atenciones corresponden a la causa de enfermedades no transmisibles, seguido del 13,3% (121) atenciones de la causa de signos y síntomas mal definidos, para la causa de condiciones transmisibles y nutricionales se atendieron el 8,2% (75) personas, y el 0,3% (3) atenciones y el 0,1% (1) atención corresponden las causas de condiciones maternas perinatales y lesiones respectivamente.

Para los periodos estudiados los adultos mayores representaron el 18,3% (405) atenciones; las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con un 82% (332) personas atendidas, seguido de la causa de signos y síntomas mal definidos con el 9,6% (39) atenciones y como tercera causa se encuentra las condiciones transmisibles con un el 8,3 (34) atenciones.

Se evidencia que el año 2013 se realizó un 69,5% más de atenciones que el año 2014, un descenso significativo de atenciones en todos los ciclos vitales.

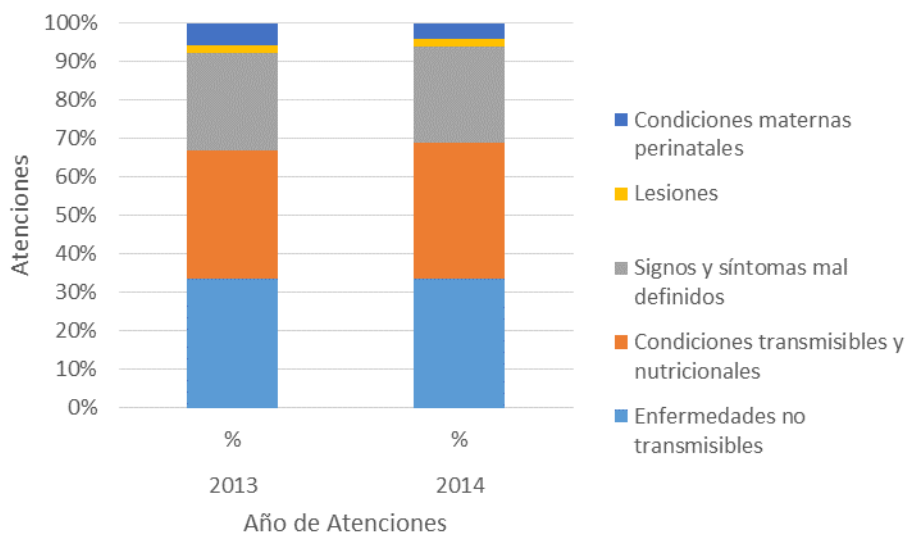
5.1.4 Morbilidad Atendida Urgencias

En la morbilidad atendida por urgencias se observa que entre el 2013 y 2014 se realizaron 1.503 atenciones con un promedio de 751,5 atenciones para cada año.

El 33,5 % (375) de las atenciones se prestó por Enfermedades no trasmisibles en ambos años, se evidencia un aumento en el año 2014 en las atenciones en esta gran causa. El 34,7% (389) de las atenciones se atribuye a condiciones transmisibles y nutricionales de igual manera se evidencia el aumento de las consultas de esta gran causa.

Como tercer lugar con el 7,3 % (82) atenciones se clasificaron en la causa de signos y síntomas mal definidos evidenciándose de igual manera el ascenso de estas, las condiciones maternas perinatales aumenta el porcentaje de atenciones con el 4,2% (48) personas atendidas la causa de lesiones presto el 2,1% (24) de las atenciones para estos periodos.

Figura 13 Morbilidad Urgencias atendida según agrupación de Causas Localidad Barrios Unidos 2013 - 2014



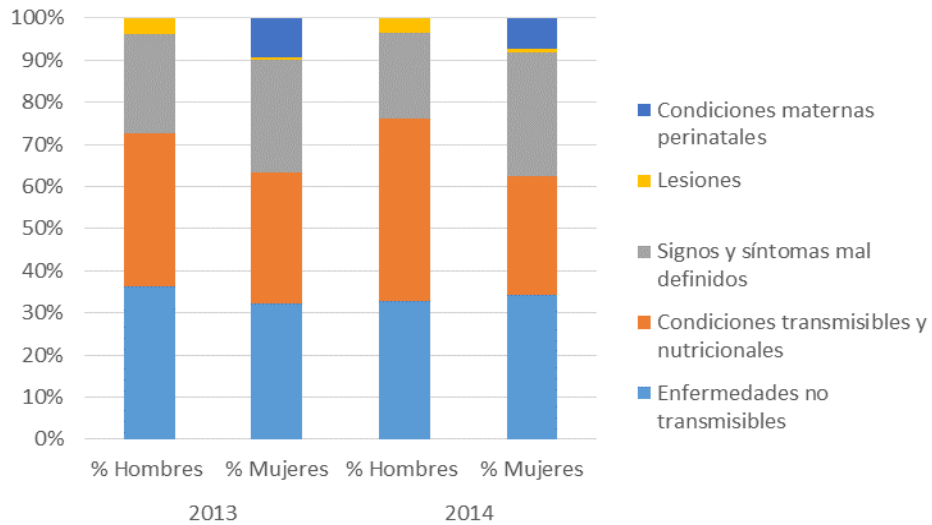
Fuente: Base RIPS Consulta Urgencias Hospital Chapinero años 2013-2014.

Respecto a la atención por sexos el 56% (625) fueron mujeres y el 44% (493) hombres evidenciando como en la consulta ambulatoria que las mujeres acuden más activamente a los servicios de salud.

Por gran causa las enfermedades no trasmisibles el mayor porcentaje de personas atendidas fueron mujeres con un 18,8% (211) personas y con un 14,6% (164) personas fueron hombres, las condiciones no transmisibles el 18,6% (209) de las atenciones fueron a hombres y un 16,1% (180) la atención fue a mujeres, observando un aumento porcentual en las atenciones a hombres por esta causa.

Referente a la causa de signos y síntomas mal definidos se observa que la mayor población atendida fueron mujeres con el 16,1 % (180) lo contrario que las anteriores causas, de igual forma sucede con las causas de lesiones y condiciones maternas perinatales.

Figura 14 Morbilidad Urgencias Atendida según agrupación por causa y sexo Localidad Barrios Unidos 2013 – 2014



Fuente: Base RIPS Consulta Urgencias Hospital Chapinero años 2013-2014.

Morbilidad Urgencias por Ciclo vital

Entre los años 2013 y 2014 se atendieron 396 infantes por urgencias que corresponde al 35,4% del total de la población atendida, la mayor atención se concentró en las causas condiciones transmisibles y nutricionales con un 62,3% (247) atenciones, seguido de la causa de enfermedades no transmisibles con un 18,4% (73) atenciones y finalmente el 17,4% (69) atenciones en signos y síntomas mal definidos.

Para este ciclo se atendieron 43 adolescentes entre los dos años, la mayor atención fue de 41,8% (18) personas con la causa de signos y síntomas mal definidos, seguido del 32,5% (14) atenciones entre las causas de enfermedades no transmisibles, en tercer lugar se encuentra con un 20,9% (9) atenciones la causa de condiciones transmisibles y nutricionales y un 2,3 % (1) atención en las causas de lesiones y condiciones maternas perinatales, se observa un aumento de las atenciones de un año al otro.

En el ciclo vital juventud se realizaron 237 atenciones para un 21,2% del total de las atenciones en estos dos años, se prestó la mayor atención a las causas de enfermedades no transmisibles y signos y síntomas mal definidos con un 30,3% (72) personas, seguida de la causa de condiciones transmisibles y nutricionales con un 21% (50) atenciones, la causa de condiciones maternas perinatales atendió el 14,3% (34) personas y la causa de lesiones contribuyo con el 3,8% (9) atenciones.

El 27,8% (311) atenciones corresponde al ciclo vital de adultez, la causa que presto mayor atención con el 45,6% (142) atenciones corresponden a la causa de

enfermedades no transmisibles, seguido del 29,2% (91) atenciones de la causa de signos y síntomas mal definidos, para la causa de condiciones transmisibles y nutricionales se atendieron el 19,2% (60) personas, y el 4,1% (13) atenciones y el 1,6% (5) atenciones corresponden las causas de condiciones maternas perinatales y lesiones respectivamente.

Para los periodos estudiados los adultos mayores representaron el 11,7% (131) atenciones; las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con un 56,4% (74) personas atendidas, seguido de la causa de signos y síntomas mal definidos con el 24,4% (32) atenciones y como tercera causa se encuentra las condiciones transmisibles con un el 17,5% (23) atenciones.

Se evidencia que a diferencia de la atención ambulatoria; la atención en el servicio de urgencias fue menor sin embargo hubo un aumento significativo de atenciones en todos los ciclos vitales.

5.1.5 Morbilidad Específica por Subgrupo de Causa

Las Enfermedades con mayores atenciones ambulatorias en el año 2013 fueron los signos y síntomas mal definidos con (239) atenciones para un 11,6%, seguido de las enfermedades musculoesqueleticas con (224) atenciones para un 10,8%, en tercer lugar se encuentran las enfermedades cardiovasculares con (157) atenciones con un 7,6% y por último las enfermedades digestivas con (56) atenciones el 2,7%. En las atenciones por urgencias de este mismo año como primer lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos con un 19,8 %, seguida de las infecciones respiratorias con (33) atenciones representando el 12,5%, le sigue los traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causa externa, y por último las enfermedades infecciosas y parasitarias con (8) atenciones para un 3%.

Para el año 2014 en las atenciones ambulatorias como primer lugar se encontraron las atenciones de signos y síntomas mal definidos con un 14,9 % (59) consultas, las enfermedades musculoesqueleticas tuvieron un 9,6% (38) consultas, seguidamente de las enfermedades de los órganos de los sentidos (32) consultas para un 8,1% y por último se encuentra las enfermedades infecciosas y parasitarias con (27) consultas para un 6,8%. En la atención por urgencias se evidencia un panorama similar al del año inmediatamente anterior; los traumatismos envenenamientos o algunas otras consecuencias de causa externa fueron las consultas con mayor porcentaje el 21,3% correspondiente a (260) consultas, en segundo lugar se encuentran los signos y síntomas mal definidos con un porcentaje del 18,8% con (230) atenciones, las

infecciones respiratorias se llevan el tercer lugar con el 15% (186) consultas y finalmente están las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 3,1% (38) atenciones.

5.1.6 Eventos Precusores

En cuanto a la morbilidad de eventos precusores tanto las prevalencia de Diabetes Mellitus como la de hipertensión arterial la localidad de Barrios unidos se encuentra por debajo respecto a las prevalencias del nivel Distrital; lo que significa que no hay una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 5 Eventos Precusores de la localidad Barrios unidos 2013 - 2014

Eventos precusores	Bogotá	B Unidos	2013	2014
Prevalencia de diabetes mellitus	1,89	0,5	↗	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	6,65	1,1	↗	↘

Fuente: Guía conceptual y metodológica para la construcción del Asis, RIPS Consulta Hospital Chapinero 2013-2014, Información reportada a la cuenta de Alto Costo Fondo colombiano de alto costo Datos corte Junio 2014

En el comportamiento entre los años 2013 y 2014 se evidencia que el indicador disminuyo con respecto al año anterior.

5.1.7 Eventos de Notificación Obligatoria

Para el año 2014 en la localidad de Barrios unidos se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 912 eventos un aumento del 34% más que el año inmediatamente anterior.

Entre los eventos con mayor notificación se encuentra la varicela con un 42,2% (136) casos el ciclo vital más afectado es el de infancia con (98) casos que corresponde al 72%, el segundo evento corresponde a intoxicaciones con el 19,6% (63) casos dentro de este evento se consideraron intoxicaciones por gases, medicamentos, metal pesado, sustancias químicas, metanol entre otras; en tercer lugar se encentra el evento de las Enfermedades trasmitidas por alimentos (ETAS) con el 14% correspondiente a (45) casos registrados y por último el evento de la Tos ferina con (33) casos par un 10,2% siendo el ciclo vital también más afectado el de la infancia.

De los eventos con menos notificaciones al sistema se encuentra con un porcentaje de 1,2% los eventos adversos seguidos a la vacunación encontrándose (4) casos reportados, seguido con un porcentaje inferior de 0,9% los eventos como sífilis congénita, leptospirosis y hepatitis B y C con (3) casos cada uno de ellos y finalmente con un 0,3% el evento Accidente ofídico con un caso reportado.

Tabla 6 Eventos de Notificación Obligatoria según Sexo Localidad Barrios Unidos 2014

EVENTO	TODOS LOS CICLOS			
	H	M	TOTAL	%
Accidente Ofídico	1	0	1	0,3
Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	0	45	45	11,7
Evento Adverso Seguido a la Vacunación (ESAVI)	0	4	4	1,0
Hepatitis A	6	0	6	1,6
Hepatitis B y C	2	1	3	0,8
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) Inusitada	13	3	16	4,1
Intoxicaciones (gases, medicamentos, metal pesado, metanol, sustancias químicas, otras sustancias, plaguicidas, solventes, sustancias psicoactivas)	37	26	63	16,3
Leptospirosis	3	0	3	0,8
Parotiditis	14	4	18	4,7
Rubeola	13	3	16	4,1
Sarampión	4	5	9	2,3
Sífilis Congénita	3	0	3	0,8
Tos Ferina	19	14	33	8,5
Tuberculosis	22	3	25	6,5
Tuberculosis Pulmonar	3	2	5	1,3
Varicela	71	65	136	35,2
TOTAL	211	175	386	100

Fuente: Bases Datos SIVIGILA SDS 2014

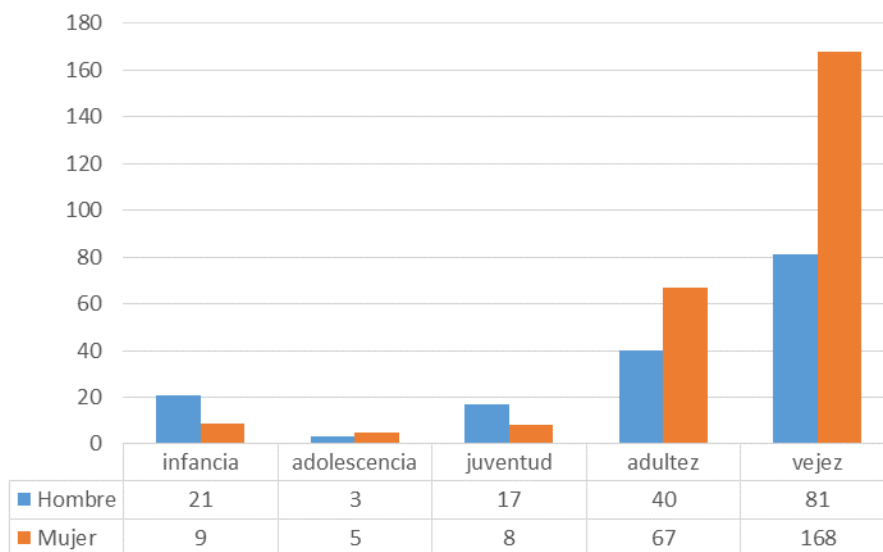
5.1.8 Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.⁴⁴. “El PDSP reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social”⁴⁵. Así mismo, aborda de manera transversal la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes, y plantea las metas y estrategias que contribuyen a consolidar el acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud en estos grupos poblacionales⁴⁵.

El registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad muestra que el 61,3% (257) personas son mujeres y el 38,6% (162) personas son hombres.

Durante el 2014 en el ciclo de infancia se realizaron (30) registros con un 7,15%, seguida de los adolescentes con el 2,1% (9), siendo este el menor registro de caracterizaciones; en el ciclo de juventud se caracterizaron (25) personas con un 5,9% el ciclo de adultez caracterizo a (107) personas con 25,5 % y el ciclo vital con más caracterizaciones es el de vejez con (249) personas 59,4%, es decir el mayor porcentaje con algún tipo de discapacidad.

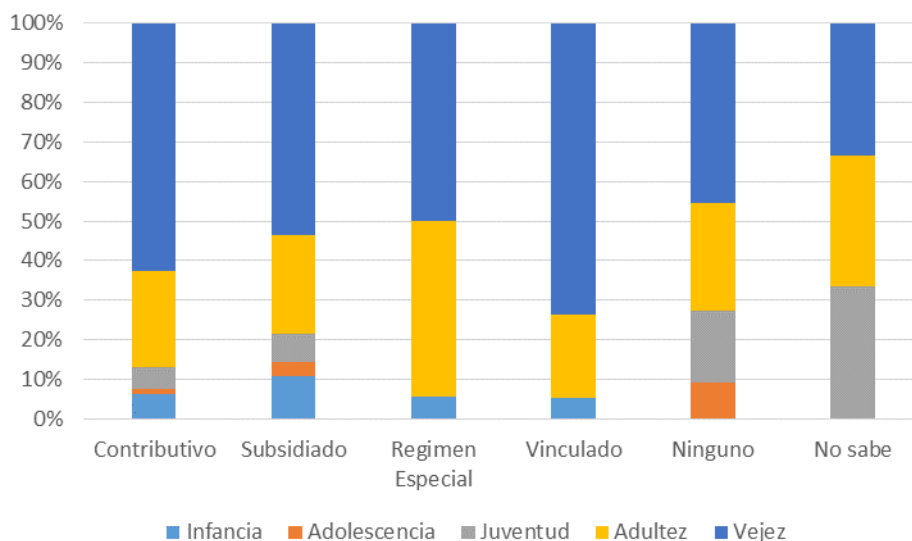
Figura 15 Personas Caracterizadas por Sexo y Ciclo vital 2014 Localidad Barrios Unidos



Fuente: Base de Datos SDS Oficial Actualización 23 Julio 2015

Existen tipos de régimen de afiliación en salud caracterizados contributivo, subsidiado, régimen especial, vinculado, ninguno y no conocen para esta variable específica, dentro de los ciclos vitales la infancia presenta el régimen subsidiado como base promedial enfocada, después, régimen contributivo y finalizando régimen especial y vinculado, el ciclo adolescencia no presenta ningún tipo de régimen como base promedial alta, seguido de subsidiado y contributivo, el ciclo juventud presenta un vacío de régimen de afiliación promedial pues es alto el promedio de no conocer su estado de afiliación y no tener ningún tipo de este, en la adultez presenta un alto índice promedial en régimen especial, seguido de el no conocimiento de el régimen de afiliación a continuación un promedio específico de contributivo y subsidiado. Cronológicamente es regular por la caracterización del promedio laboral generado. El ciclo vital vejez presenta el régimen de afiliación vinculado y contributivo como base promedial alta, seguido de subsidiado, sin embargo, se presentan un alto índice de promedio en la no vinculación a régimen de afiliación.

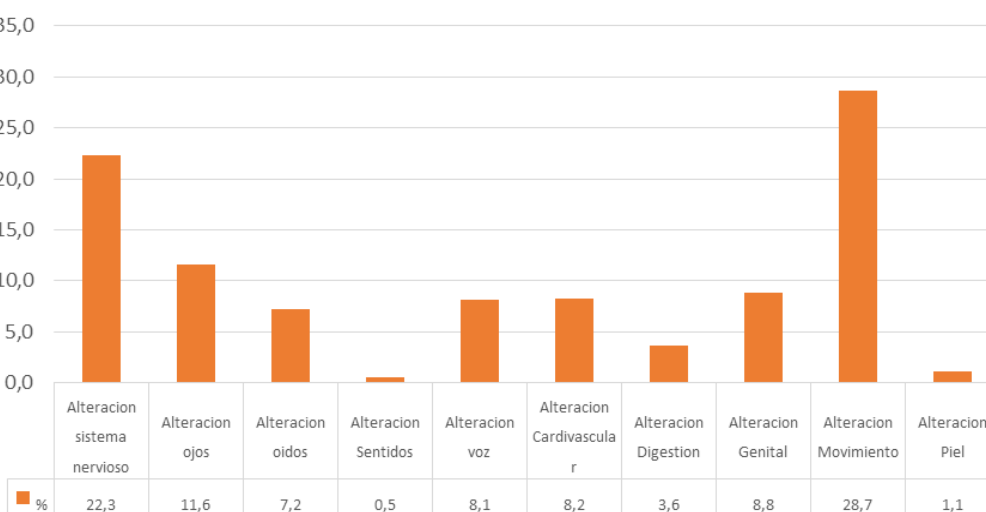
Figura 16 Personas Caracterizadas por Régimen de Afiliación 2014 Localidad Barrios Unidos



Fuente: Base de Datos SDS Oficial Actualización 23 Julio 2015

El principal tipo de discapacidad que tienen los habitantes de la localidad es la alteración al moverse o discapacidad física con un 28,7% (238) personas según registro, como segundo lugar se encuentra la alteración en el sistema nervioso con el 22,3% (185) personas, en un tercer lugar está la alteración en los ojos con el 11,6% (96) personas, una de las que menos se evidencia es la alteración en la piel con 1,1% (9) personas del total caracterizadas, se debe tener en cuenta que una sola persona puede tener más de un tipo de discapacidad.

Figura 17 Personas Caracterizadas Tipo de Discapacidad 2014 Localidad Barrios Unidos



Fuente: Base de Datos SDS Oficial Actualización 23 Julio 2015

5.1.8.1 Morbilidad Atendida

La disponibilidad de la información de la atención ambulatoria y de urgencias de personas en condición de discapacidad es de difícil accesibilidad, solamente se puede obtener información de la personas atendidas por el hospital chapinero; teniendo en cuenta que solo se atiende a personas que pertenecen al régimen subsidiado, en lo reportado por el subsistema de discapacidad de vigilancia de salud pública se registran 112 personas que pertenecen a este régimen. Según los registros de información de prestación de servicios (RIPS) el 5,3% (6) personas consulto únicamente por atención ambulatoria y por diferentes causas.

5.2 Determinantes Sociales en Salud

5.2.1 Seguridad alimentaria y nutricional

La seguridad alimentaria se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. Dentro de los determinantes sociales en Seguridad alimentaria y nutricional se encuentran la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, así como las relaciones de género y de etnia. Todos estos a su vez se encuentran influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales.

5.2.2 Convivencia Social y Salud Mental

La convivencia es entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social. En dicho sentido, se considera la Convivencia social se ve afectada por las circunstancias que dificultan el espacio de construcción, participación y acción y comunitaria, que afectan la tranquilidad y adecuado desarrollo de los individuos, y repercuten en diferentes formas de violencia.

Por otro lado, la salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y

mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

5.2.3 Vida Saludable y condiciones no transmisibles

En la situación de salud de un determinado grupo de población, están interrelacionados los efectos de múltiples procesos determinantes y condicionantes que se expresan en el modo de vida de la sociedad, procesos más particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo y, por último, procesos más singulares que se relacionan con el estilo de vida del individuo. En ese orden de ideas, existen condiciones sociales estructurales que afectan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, afectando el afianzamiento de modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles.

5.2.4 Seguridad, derechos sexuales y reproductivos

El embarazo en adolescentes está determinado por factores socioculturales y económicos que comprometen a la madre y a su hijo. Algunos inconvenientes pueden resumirse principalmente en dos situaciones: por un lado a la falta de información sobre salud reproductiva y, por otro lado, a la discreción entre padres y madres de familia al momento de proporcionar educación sexual.

Ser madre a temprana edad puede ocasionar inconvenientes como el rechazo social, su círculo de amigos, vecinos o familiares. Esta situación priva a la madre joven de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo, esto hace más difícil que la joven establezca una relación de pareja estable.

5.2.5 Salud Ambiental

La salud ambiental hace referencia a todos los aspectos físicos, químicos y biológicos externos que afectan a las personas. Es menester construir escenarios y ambientes propicios y agradables para la salud, empero, la localidad presenta una de las preocupaciones más insistentes: fuerte contaminación del aire.

5.2.6 Salud Pública en Emergencias y Desastres

Los estados deben coordinar el conjunto de acciones e intervenciones tendientes a la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y las vulnerabilidades en los territorios, que buscan anticiparse a la configuración del riesgo futuro de emergencias y desastres, mediante la integración de los procesos de desarrollo y planificación sectorial, transectorial y comunitaria; permite fortalecer la capacidad de respuesta del país frente a los desastres y reducir el impacto negativo de estos sobre la salud de los colombianos; así como actuar en eventos inesperados en salud pública que puedan comprometer el estado de salud de las comunidades. En dicho sentido, factores

culturales influyen en el grado de concientización y preparación frente a los riesgos, y esto a su vez se puede ver afectado por la carencia de prácticas de buen gobierno y de corrupción, así como falta de formación de las comunidades en participación ciudadana.

5.2.7 Salud y ámbito laboral

Factores culturales inciden en la falta de concientización de los modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones. Así mismo, la falta de desarrollo de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, inciden en el aumento de situaciones que afectan la salud de los trabajadores.

5.2.8 Vida Saludable y condiciones no transmisibles

Dado que una política de vida saludable hace referencia al conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, que busca reducir el impacto, sobre la salud y el bienestar social y económico de la población colombiana, de las enfermedades infecciosas consideradas emergentes, re-emergentes y desatendidas, deben tenerse en cuenta aspectos de desigualdad estructural que a nivel social impiden o dificultan que las personas alcancen el conocimiento y capacidades que les garanticen el disfrute de una vida sana. Esto se presenta de diferentes maneras dependiendo del ciclo de vida, el entorno social, el género y la pertenencia étnica.

5.3 Construcción de indicadores por dimensiones prioritarias

Realizar un análisis profundo de las dimensiones prioritarias para la vida en el territorio; en este capítulo se desarrollará una fase descriptiva basada en la construcción de indicadores por cada dimensión, teniendo en cuenta la información disponible con la que cuenta la localidad y el posible levantamiento de esta a nivel de UPZ, y otra fase el análisis desde el modelo de determinantes sociales en salud.

El PDSP 2012- 2021 se solidifica objetivamente mediante planes estructurales de lineamientos de orden departamental, distrital y municipal desarrollando los diferentes procesos a fin de mejorar la calidad en salud y accionar sobre las incongruencias conductuales en los determinantes en salud.

5.3.1 Dimensión Salud Ambiental

El tema de salud ambiental definido prioritariamente como factor de riesgo de mortalidad en la sociedad colombiana, establece patrones coyunturales que no son ajenos a los problemas mundiales en dicho aspecto, todos los factores que influyen en la consecución de deterioro ambiental también abren un paréntesis conceptual en nuestra lucha por la conservación y por ende la buena fraternidad entre todos los seres.

Cobertura útil de vacunación por rabia en animales

Colombia no realiza ningún tipo de aplicación en cuidado animal tal como lo realiza países como Australia o Noruega, existen diversos planes para vacunación lineal en mascotas u animales preventivos sensoriales, la cobertura útil de vacunación para rabia en animales en las localidades de Barrios Unidos, Chapinero, Teusaquillo es de 10.457, (78%) en caninos a razón de 8156 y (21.5%-9 en felinos a razón de 2301. Las políticas estatales y locales no permiten desarrollar trabajos de campo en investigación de animales a fin de permitir la sensibilidad en protección de la vida animal.(70)

La proporción de incidencia de agresiones por animales por rabia en 2014 a nivel nacional fue 232,08 por 100.000 habitantes, el distrito se consolido en 223,72 por 100.000 habitantes.(71)

Emisión de contaminantes

La Organización Mundial de la Salud ha establecido valores guías para los diferentes tipos de emisiones contaminantes a razón de las diferentes variables en cada continente (72). A nivel latinoamericano Ciudad de México es la ciudad con más altos índices de contaminación tanto en agua como en deterioro de aire y producción de ruido a causal de tráfico vehicular, a nivel nacional Bogotá presenta el mayor deterioro en ruido en causal vehicular.

Los mayores índices de contaminación atmosférica se presentan en las horas pico debido a las principales troncales que hay en la localidad de barrios unidos tales como la Avenida 68, Avenida Ciudad de Quito, Calle 80, Calle 72, Calle 100 y otras derivadas. El alto grado de contaminación auditiva se presenta mayormente en sectores altamente productivos como el siete de agosto, calle 80, donde los establecimientos nocturnos generan dicho causal.

El distrito no ha presentado un correcto plan de manejo de basuras, los ciudadanos tienen un conocimiento casi nulo sobre manejo de residuos y conductas puntuales a seguir en medio ambiente, la malla vial también genera deterioro en medio ambiente potenciando los altos grados de contaminación a nivel distrital.

Disponibilidad de sistemas de suministro de agua para consumo humano

En la ciudad de Bogotá existen grandes brechas sobre el abastecimiento de los servicios básicos para la población, encontrando que el agua que es suministrada a través de la red del Acueducto de Bogotá (EAB) ha cumplido, durante los últimos años con las características necesarias para ser suministrada a la población abastecida, pero existen otras comunidades que se encuentran ubicadas en zonas donde técnicamente no es posible el suministro a través de la red de la EAB, por lo tanto se han construido sistemas de captación y suministro de agua para estas comunidades que día a día van creciendo, pero la calidad del agua suministrada por estos sistemas en muchos casos no cumple con los parámetros de calidad de agua para consumo humano establecidos en la normatividad. Para el año 2014, el distrito cuenta con 75 sistemas de abastecimientos identificados y vigilados, uno es el Acueducto de Bogotá (EAB) y 74 son acueductos comunitarios y otros sistemas. Las localidades que presentan solo un sistema de abastecimiento como la de Barrios Unidos hacen referencia al suministro realizado por la empresa de acueducto de Bogotá (EAB)

El desarrollo de la construcción a nivel distrital en zonas de alto riesgo y muchas veces cerca o dentro de humedales deteriora el paisaje y promueven la contaminación del agua pues los habitantes a sus alrededores generan desechos orgánicos e inorgánicos los cuales van a parar a los cuerpos de agua.

Disponibilidad de sustancias para el manejo y disposición final de residuos

La media ponderada de producción por habitante de basuras es de 0,32 Kg por día en las 19 localidades de Bogotá, los residuos de comida son los de mayor valor regular en todos los estratos socioeconómicos generando el 60 % del total de los residuos sólidos. (77)

La localidad de Barrios Unidos presenta un 98 % de recolección de basuras, donde siete de agosto y doce de octubre presentan una mala disposición de residuos sólidos mayormente proporcionados por el número de habitantes de calle que realizando

labores de esparción de contaminantes biodegradables proporcionan un foco considerado de alto riesgo en términos de contaminación residual.

Incidencia de accidentalidad en el trabajo

Diferentes países en el mundo crean programas en salud ocupacional a fin de prevenir los causales constitutivos de accidentalidad laboral, las variables en cada país de riesgos laborales no son generales pues cada país proporciona un sinnúmero de leyes individuales y con particularidades muy significativas.

La accidentalidad laboral presenta una mayor incidencia en pequeñas empresas que no poseen la correcta infraestructura y equipamiento en prevención laboral y proporcionando ambientes de accidentalidad tales como la no utilización de equipos de trabajos dispuestos en ley como cascos, guantes, tapabocas, gafas y la no correcta guía conductual en equipos a proporcionar por la empresa.

Incidencia de enfermedades relacionada con el trabajo por exposición o sustancias

Colombia es un país con diferentes tipos de accesos demográficos que son ricos en hidrocarburos y minerales tales como oro, plata, zinc, carbón, estos son producidos a pequeña y gran escala siendo los de pequeña escala los más tendientes a relacionar enfermedades laborales debido a exposición de sustancias tóxicas.

Las prácticas preventivas en muchos de los casos en dichas empresas son muy pobres pues muchas empresas son artesanales y no proveen al trabajador las condiciones de prevención laboral.

5.3.2 Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

Las enfermedades llamadas transmisibles representan en el mundo un factor preponderante de mortalidad, la asociación patológica de las variables de sostenibilidad relacionadas con enfermedades transmisibles en Bogotá específicamente como tos ferina, lepra, malaria, rabia humana y tuberculosis son de una tasa en comparación al resto del país baja.

Cobertura de vacunación con esquema completo

Teniendo en cuenta las metas planteadas para la Localidad en el año 2014 y cumplimiento de cobertura sobre el 95% para la población Menor de 1 año se cumplió

con el siguiente porcentaje: Polio 85,5 %; DPT 86,0%; BCG 338,1%; Hepatitis B 88,6%; Haemophilus 86%; Rotavirus 90,2%; para la población de 1 año el porcentaje de cumplimiento fue: Triple viral 80,1%; Neumococo 80,1%; Fiebre Amarilla 81,0%; Hepatitis A 80,3%; y para la población de menores de 5 años: Triple viral 90,3%.

No se alcanza la totalidad de vacunación debido a factores de tipo cultural tales como religiones que no permiten la vacunación y de tipo psicoconductual en comunidades que poseen miedos y tabúes en dicha relación conceptual.

Letalidad por tos Ferina

El agente Bordetella pertussis libera toxinas invadiendo el epitelio ciliado que afecta el sistema respiratorio, presentándose mayormente en menores de un año, esta es la tosferina que en el siglo pasado causo millones de víctimas y que aun en el continente africano y medio oriente deja un sinnúmero de casos palpables en poblaciones específicamente alejadas de las grandes ciudades.

Para el 2014 el porcentaje de mortalidad por tos ferina en Bogotá es el más bajo a través de los últimos años con cero casos, específicamente en la localidad Barrios Unidos no se presentó ningún caso (74)

Porcentaje de personas con lepra con discapacidad al momento del diagnostico

La lepra en porcentaje de casos para la ciudad de Bogotá es de 0 casos, no obstante en departamentos como Santander y bajo cauca se han presentado casos. Por tal razón en la localidad no se presenta casos de lepra en personas con discapacidad 85.

Tasa de mortalidad por rabia Humana

La rabia humana es una zoonosis aguda, transmisible producida por el virus rábico que afecta a todos los animales de sangre caliente incluido el ser humano, básicamente efectuada por una mordedura de un agente rabioso (20).

En Colombia el nivel de casos por rabia humana ha disminuido en los últimos 5 años, no son las políticas en programas de socialización animal el factor objetivo sino La

concientización útil de las comunidades, no se presentaron en la localidad casos de rabia humana.

Tasa de mortalidad por malaria

A pesar de la lucha por erradicación de malaria en la totalidad del territorio nacional, existen algunos casos en zonas endémicas como, el pacífico colombiano y putumayo, Bogotá no presenta casos de mortalidad por malaria.

Tasa de mortalidad por Tuberculosis

En 2006 el DANE oficio la tasa de mortalidad en 2.5 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo el 69.4 % correspondientes a sexo masculino. En Colombia es la cuarta causa de mortalidad por enfermedad transmisible, entonces es el 10 % de las muertes en dichas patologías (22).

La tuberculosis fue una de las primeras enfermedades transmisibles que en el siglo diecinueve azoto todo el mundo, millones de personas murieron sin ninguna opción vital, Bogotá presenta por cada 100.000 habitantes 1% porcentaje total y en barrios unidos por cada 100.000 habitantes 0,4% en porcentaje total.

En el año 2014 Colombia registro una tasa de mortalidad de 2.06 por 100.000 habitantes, Bogotá registró una tasa de letalidad de 6% ósea una mortalidad de 156 casos (13%) (84).

Implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en las instituciones de alta y media complejidad.

Latinoamérica presenta un nivel porcentual alto de enfermedades infecciosas en atención en salud, la no correcta planificación de prevención en salud en hospitales es casi nula, una política estatal de medicina curativa en Colombia enfatiza la gruesa línea patológica en infecciones. En Bogotá existen 13.045 casos identificados en comportamientos asociados a razón de IAAS representando el 5,2 por 100 mil en tasa de mortalidad (18)

Existe un programa de seguridad del paciente en el Hospital de Chapinero ESE el cual ha implementado eficacia patológica dando como resultado que el índice de infección asociado al cuidado de la salud desde el año 2010 es cero (82).

Sin embargo, las IAAS son contraídas por un paciente durante su tratamiento hospitalario dejando unas considerables variables de error que muchas veces son ajenas a cualquier tipo de programa de prevención.

5.3.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Latinoamérica presenta un alto índice de violencia intrafamiliar y un gran número de casos relacionados con salud mental, el avance tecnológico de nuestra civilización no depara una conciencia social.

La ley 1616 de 2013 define la salud mental como el estado dinámico que expresada en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción permitiendo a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales a fin de establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (14)

Se han creado programas institucionales enfatizados en poblaciones vulnerables con problemas de exclusión, maltrato, violencia psicoconductual, que los han llevado a su menos plusvalía inherente de conductas propias, los programas permiten la inclusión social y la tenencia de valores colectivos e individuales propios de una verdadera sociedad (23)

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer

El Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y maltrato muestra en la localidad de Barrios Unidos 1,79 por cada 100.000 habitantes, se especifica los inscritos pero tenemos en cuenta que existen más del 40 % de los casos no son denunciados por miedo o por consentimiento de la pareja.

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

Colombia presenta a nivel mundial uno de las más altas tasas de violencia intrafamiliar, las entidades estatales presentan programas de convivencia ciudadana pero las leyes tan flexivas y poco ajustadas a la realidad colombiana permean nuestra sociedad.

Colombia en el 2014 presento 10.402 dictámenes por violencia contra niños y adolescentes. Bogotá presenta 204,65 por cada 100.000 habitantes según medicina legal, para barrios unidos la tasa es del 246,24 por cada 100.000 habitantes. La mayoría de los casos de violencia intrafamiliar son mujeres y de acuerdo al ciclo vital entre 15 y 17 años tanto en hombres como en mujeres (1)

A pesar de las diferentes medios propagandísticos nacionales la violencia hacia las mujeres va en aumento teniendo énfasis en estados civiles de unión libre o casados. En una sociedad dicha sea la verdad democrática se han establecido diferentes tipos de leyes para salvaguardar los derechos de los más vulnerados, sin embargo, no existen leyes de ejecución o penalización ejemplares para los ciudadanos que las infringen

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

El sistema vial está compuesto por vías, medios de transporte, y finalmente las personas, estos tres factores interactúan diariamente las 24 horas lo cual genera un riesgo para la vida, no solo se afecta las perdidas mortales también las lesiones temporales y vitales, discapacidades y desintegración familiar.

En el año 2014 hubo 25.225 causas por muertes violentas en accidentes de transporte terrestre según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses con una tasa de 52,92 por cada 100.000 habitantes (1)

El aumento en la compra de carros en los últimos 6 años según cifras de la Cámara de Comercio de Colombia ha generado no solamente el factor de accidentalidad sino el deterioro específico ambiental, en Bogotá se presentaron en el 2014 el 8,24 por cada 100.000 habitantes, para barrios unidos el porcentaje es de 5 por cada 100.000 habitantes, estas cifras son a octubre de 2014.

Tasa de mortalidad por accidentes

La tasa de mortalidad por diversas variables en accidentes en Bogotá es del 2,92 por cada 100.000 habitantes, y para barrios unidos es de 2 por cada 100.000 habitantes, según fuentes a octubre de 2014, las causales principales identificadas son unipersonales.

Tasa de mortalidad por agresiones

La sociedad desarrollada como un ente objetivo de superación y preservación vital nos muestra las falencias psicosociales, la tolerancia es una política distrital llevada a cabo en las últimas políticas sociales, el homicidio representa en Bogotá uno de los altos índices de mortalidad, Bogotá es una de las capitales más inseguras a nivel latinoamericano después de Sinaloa y Medellín. En Bogotá se presenta una tasa de 17.51 por cada 100.000 habitantes, para barrios unidos es de 6 por cada 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas

El suicidio en Bogotá ha aumentado en los últimos 10 años llegando a casos en todos los estratos y factores sociales, las variables de causalidad son diversas encontramos violencia intrafamiliar hasta patologías mentales asociadas, a octubre de 2014 se encuentran registrados una tasa de 4 por cada 100.000 habitantes en Bogotá y en barrios unidos 1,5 por cada 100.000 habitantes.

Es nulo la programación y concientización Latinoamérica contra este factor de mortalidad.

5.3.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Todos los países en el mundo presentan casos de desnutrición directa o indirectamente a su causa, las diferentes tipos de desnutrición hacen que todos los días mueran cientos de seres en el mundo, según la FAO (Federation Agriculture Organization) en 25 años este factor aumentara considerablemente, la falta de políticas agrarias y el daño medio ambiental a través de la industrialización sofocan nuestra ya deteriorada tierra, Colombia no es ajena a este flagelo y se presentan todavía altos índices de desnutrición en todas las ciudades capitales y que decir de los pueblos y territorios alejados de la geografía.

Duración lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana en meses)

La lactancia materna es la base primordial en el desarrollo de él bebe, sin embargo, el promedio de lactancia en Bogotá es bajo a comparación a 20 años atrás, la polución, el atraso agrario y la necesidad de implementación de fungicidas socaban el foco de desarrollo de la buena lactancia, para barrios unidos la media es de 3,2 meses y para Bogotá de 3 meses.

Una lactancia materna precaria formula muchas variables patológicas totalmente inherentes a el desarrollo del bebe como por ejemplo bajo peso al nacer, madres

gestantes desarrollando riesgos vitales, menores de 10 años desnutridos y fomentación de infecciones.

El distrito ha desarrollado una correcta maniobra de información y ejecución de planes en lactancia materna en todas las localidades, Barrios Unidos lleva a cabo programas de promoción de lactancia de media y alta densidad comunicativa.

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer se denota cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas en su momento de nacer, según la OMS cada año nacen en el mundo 18 millones con bajo peso trayendo no solamente las diferentes consecuencias patológicas sino económicas, mortalidad, poca motricidad, patologías endémicas y baja tensión de desarrollo conductual nos llevan a implementar programas de presupuesto que dicha sea la realidad generan más pobreza en las arcas de la maltrecha salud estatal, un niño sano no necesita aplicación de programas en neonatos mientras que uno con afectación de bajo peso al nacer generara gastos presupuestales (98)

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a octubre de 2014 es de 12.3 % para Bogotá, los causales referencian bajos ingresos familiares y problemas intrafamiliares, para barrios Unidos es de 8,8% a enero de 2015.

Prevalencia Desnutrición Crónica menor de 5 años

En el mundo se ha establecido un programa de lucha contra la desnutrición estableciendo parámetros individuales sectoriales por cada continente la mayor causal de la prevalencia es la pobreza y la no lactancia pertinente.

La estructura social entendida como el factor de desarrollo humano no nos ofrece paradigmas de enfoques que lleven a unos lineamientos conductuales que el distrito entendido como máximo jerarca institucional refiere a verdaderos programas nutricionales, el presupuesto nacional debería tener un enfoque más educacional e incluyente.

En la localidad de Barrios Unidos los factores que permanecen como causales de desnutrición crónica en menores de 5 años la pobreza, infecciones respiratorias agudas, la no lactancia, enfermedades diarreicas, bajo consumo de alimentos proteicos,

la no visita a los servicios de salud y las normas sociales anticuadas y llenas de tabúes que forman malos hábitos alimenticios.

La prevalencia de desnutrición crónica de la infancia para Bogotá el 18% y para barrios unidos el 16 %.

Prevalencia Desnutrición Global menor de 5 años

La desnutrición es definida como el desbalance entre la ingesta de alimentos y las necesidades energéticas del organismo, existen tres tipos de desnutrición crónica, aguda o global (33).

El indicador de desnutrición global en menores de 5 años está reflejado por la edad y el peso, cabe recordar que el ICBF estipula en sus normativas regulares de nutrición que los niños que aún no han cumplido los 3 años son los que constituyen un nivel correcto de requerimientos nutricionales debido a la velocidad constituyente de índice corporal en crecimiento, los que los sitúa en condición de mayor tipo de riesgo de prevalencia.

La desnutrición global en menores de 5 años presenta en Bogotá una tasa de 5% y para barrios unidos del 2,8% según datos del sistema de monitoreo de condiciones de vida de la infancia.

5.3.5 Derechos sexuales y sexualidad

En Colombia se ha avanzado en la protección de derechos sexuales y sexualidad en los últimos 10 años, la concientización social y la paridad conductual en ambos sexos fortalecen la sociedad encaminada a la preservación del respeto.

Mortalidad Materna

Los altos índices mortalidad materna en el siglo 20 disminuyeron en el siglo 21 debido a factores asociados como políticas gubernamentales y protección enfática en la madre como ente principal en el desarrollo de la familia, esto conjugado con la globalización de políticas y planes de investigación mundial generaron la disminución, sin embargo es un factor preponderante aun en toda Latinoamérica (100).

Pese a los esfuerzos denodados de los gobiernos en todo el mundo las cifras siguen siendo alarmantes, cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas

con gestación y parto, lógicamente el 99 % son efectivos en los países como el nuestro en vías de desarrollo (100)

Bogotá presenta una razón de 28 por 100.000 nacidos vivos, y en barrios unidos una razón de 62,9 por cada 100.000 nacidos vivos.

Mortalidad por VIH/SIDA

El VIH SIDA es una enfermedad que a través de décadas ha generado más víctimas que las pestes del siglo dieciocho, lo que evidencia en realidad según la OMS es que el virus a pesar de los esfuerzos científicos en encontrar un alivio patológico se ha incrementado y es cada vez más la resistencia del virus así como la de los casos presentados, así también es preocupante el número de casos que no se reportan pues hay un número considerado de pacientes que no lo saben.

La localidad de Barrios Unidos se ve también afectada en sus familias de diagnosticación positivo, pues llevan una carga muy pesada al tener todas las afectaciones de índole económica y muchas veces de estigmas sociales.

Los estudios de 2014 presentan 285 casos en Bogotá de personas diagnosticadas con VIH SIDA, en barrios unidos se presentaron 8 casos según las fuentes de base de mortalidad VIH preliminar a enero de 2015.

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez

El embarazo en adolescentes es un fenómeno en aumento para el siglo 21 según datos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las razones son muchas y van desde violencia intrafamiliar adquiriendo la adolescente una verdadera protesta a el acoso intrafamiliar hasta desarrollo de conductas propiamente liberales en adolescentes (102). Para barrios unidos existen 127 casos registrados representando el 1% de la tasa distrital.

Cabe resaltar que el embarazo en mujeres adolescentes proporciona el mayor riesgo de mortalidad y morbilidad recíprocamente adecuado, los factores de desarrollo en la madre se interrumpen pues la madre tiene que cuidar él bebe o concentrarse en dejarlo en manos de terceros que no siempre son los más adecuados y generan ambientes de violencia y enfermedades.

Tasa de Incidencia de sífilis congénita

En el siglo diecinueve la sífilis estaba presente como una pandemia que registraba millones de muertes anuales, en nuestra era contemporánea aún se presenta casos, existen factores como la promiscuidad en nuestros adolescentes como violencia intrafamiliar que representan en la localidad los ingredientes necesarios para la transmisión de enfermedades virales, en barrios unidos se generaron 1,25 por cada 100.000 habitantes según datos del SIVIGILA 2014.

Tasa general de fecundidad

Latinoamérica sigue siendo un continente con alto índice de fecundidad, Colombia no es ajeno a esta variable, Bogotá registra 56,8 por cien mujeres y 53,6 para barrios unidos.

5.3.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

El índice de longevidad para Latinoamérica ha superado la barrera de los 60 años que para el siglo 19 era un mito, las causas se fundamentan en diversos tipos de desarrollo tecnológico en medicina y políticas sociales enfatizadas en hábitos de vida saludable, sin embargo las condiciones de bajo ingreso per cápita y acceso a condiciones laborales favorables generan también un nivel bajo en vida saludable. Las enfermedades crónicas en nuestra localidad generan además de baja calidad de vida el agravante psicosocial.

Mortalidad por Diabetes Mellitus

Para el 2030 la diabetes será la séptima causa de mortalidad según las proyecciones de la OMS (37).

En Bogotá se presentaron 1003 casos de mortalidad por diabetes mellitus hasta el 2012 la tasa de mortalidad es de 13,3 x 100.000 habitantes y en la localidad de barrios unidos una tasa de 11,9 por 100.000 habitantes, no existen las correctas estructuras programadas en la socialización de dicha patología, tampoco la familia está preparada para asistir dicho caso, se deberá desarrollar y fomentar capacitaciones y propagación en medios de dicha enfermedad.

Mortalidad prematura por cáncer

El cáncer ha desarrollado niveles insospechados en todo el mundo como factor preponderante en mortalidad, los diferentes tipos de cáncer han generado millones de víctimas y aumentaran para el 2020 según datos de la OMS, Colombia presenta un nivel alto en cánceres estomacales, colon y pulmón, es necesario mayor difusión de planes de prevención para ello (37). En la localidad de barrios unidos la tasa de mortalidad reportados en el año 2012 fue de 6,4 por 100.000 habitantes.

Mortalidad prematura por Eventos Cerebro Vasculares

Las enfermedades cerebrovasculares son un problema de salud mundial, constituyen la primera causa de discapacidad en los adultos y en general a toda la población para Bogotá la mortalidad por estos eventos fue de 27,3 por 100.000 habitantes y en la localidad el 21,3 por 100.000 habitantes hasta el año 2012.

Prevalencia HTA

Pese a las múltiples guías de prevención medica la hipertensión arterial es un asesino silencioso que lleva a la población la carga de un sinnúmero de patologías descritas y adyacentes, cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, discapacidad prematura e insuficiencia renal.

Para el año 2014 la prevalencia fue de 1.1 % de la consulta ambulatoria para el hospital chapinero; y la prevalencia para Bogotá este mismo año hasta el mes de junio fue de 6,65%.

5.3.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

El Plan Distrital de Prevención y Atención de Emergencias PDPAE funciona mediante el decreto 423 de 2006, prioriza cuatro escenarios de riesgo para la capital y estos son: Área Rural y natural, Zonas de ladera, Zonas Aluviales y la Ciudad Consolidada. También resalta los cuatro escenarios sectoriales de riesgo que son construcción, industria, redes y aglomeraciones de público.

En la localidad de Barrios Unidos en cuanto a los escenarios de riesgo resalta el de Ciudad Consolidada pues existe una gran diversidad en el uso del suelo y densidad poblacional. El sector de la construcción en todas la UPZ hay infracciones al espacio público y normas urbanísticas por parte de constructoras fomentando un riesgo en caso de sismo.

En cuanto a aglomeraciones de público la localidad cuenta con grandes espacios para eventos masivos lo que nos permite el origen de asonadas, hurtos, actos vandálicos e intoxicaciones.

5.3.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Son una serie de políticas que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, “a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía” (69).

De acuerdo al boletín de prensa presentado por el DANE, por posición ocupacional, el 44,5% de los hombres y el 40,9% de las mujeres ocupadas se desempeñaron como trabajador por cuenta propia. El 43,2% de los hombres y el 37,0% de las mujeres ocupadas manifestaron haber trabajado como obrero, empleado particular (36).

En Colombia los sectores: inmobiliario, industria manufacturera, construcción, comercio, agricultura, caza y silvicultura, son las cinco primeras actividades económicas con mayor incidencia de accidentes de trabajo en el primer semestre de 2014.

De acuerdo a un estudio realizado por la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, la tasa de accidentalidad entre enero y junio, fue de 3,4 con 302 mil 205 casos de accidentes reportados y calificados como laborales.

En cuanto a la tasa por enfermedades en el mismo periodo fue de 55,4 que representan 4 mil 903 casos calificados como laborales. (37)

Priorización de UPZ Críticas

Para la priorización de las UPZ críticas en la localidad de Barrios Unidos se recurrió a varias metodologías. En primer lugar se recurrió a los datos recogidos por los subsistemas de vigilancia de Salud Pública, referentes a los eventos ocurridos en cada una de las Unidades de Planeación Zonal de la Localidad.

También se revisó la información de los indicadores NBI, nivel de ingreso, segregación residencial y otras características demográficas. Dicha información se complementó con

la utilización de la matriz Hanlon, ejercicio que se desarrolló en conjunto con el equipo de Gestión Local de Políticas y programas.

La matriz arrojó como resultado un puntaje mayor para la UPZ 22 (Doce de Octubre), seguía de cerca de la UPZ 98 (Alcázares), mientras que las UPZ 21 (Andes) y 103 (Parque Salitre) presentaron un puntaje bastante menor, con lo que se confirman los datos provenientes de las fuentes utilizadas.

De parte de los Subsistemas de Salud Pública se solicitó la información según datos disponibles entre 2012 y 2014 de parte de los siguientes subsistemas: SIVIGILA, SISVECOS, SIVIM, SISVAN, Discapacidad y Salud Sexual y Reproductiva.

Así mismo se tuvieron en cuenta indicadores de Mortalidad Materna, Perinatal, Infantil y menores de 5 años, Neumonía, así como datos de desnutrición global y crónica.

Gracias a dicha información se logró identificar que localidades presentan más eventos, lo cual refleja situaciones de desigualdad y vulnerabilidad, lo cual se evidencia cuando se analiza en contexto socioeconómico y demográfico. Esta apreciación se ve confirmada por los valores provenientes de la matriz Hanlon. Análisis UPZ Priorizadas

Como se desprende de los datos analizados, se observa que las UPZ Doce de Octubre y Alcázares presentan problemáticas complejas que se presentan en menor número en la UPZ Andes. Esto está relacionado en primer lugar con la población residente que en general se ubica principalmente en el estrato 3, con un importante porcentaje en estrato 4. Sin embargo, estos datos se deben a que la localidad posee una historia cambiante dentro de los flujos de población de la ciudad, por lo que se presentan casos de hacinamiento y de pobreza oculta. En efecto, en la UPZ Doce de Octubre un 43,5% de sus habitantes son estrato medio bajo, mientras que en Alcázares alcanza un 81,6%.

A esto se suma que la población desplazada residente en la localidad, está principalmente ubicada en el Doce de Octubre, debido en parte a la fuerte presencia de inquilinatos, trabajadores informales y conjuntos de migrantes con ingresos bajos, lo que ha generado un importante crecimiento de población “flotante” y residentes temporales, viviendo en condición de subempleo o desempleo.

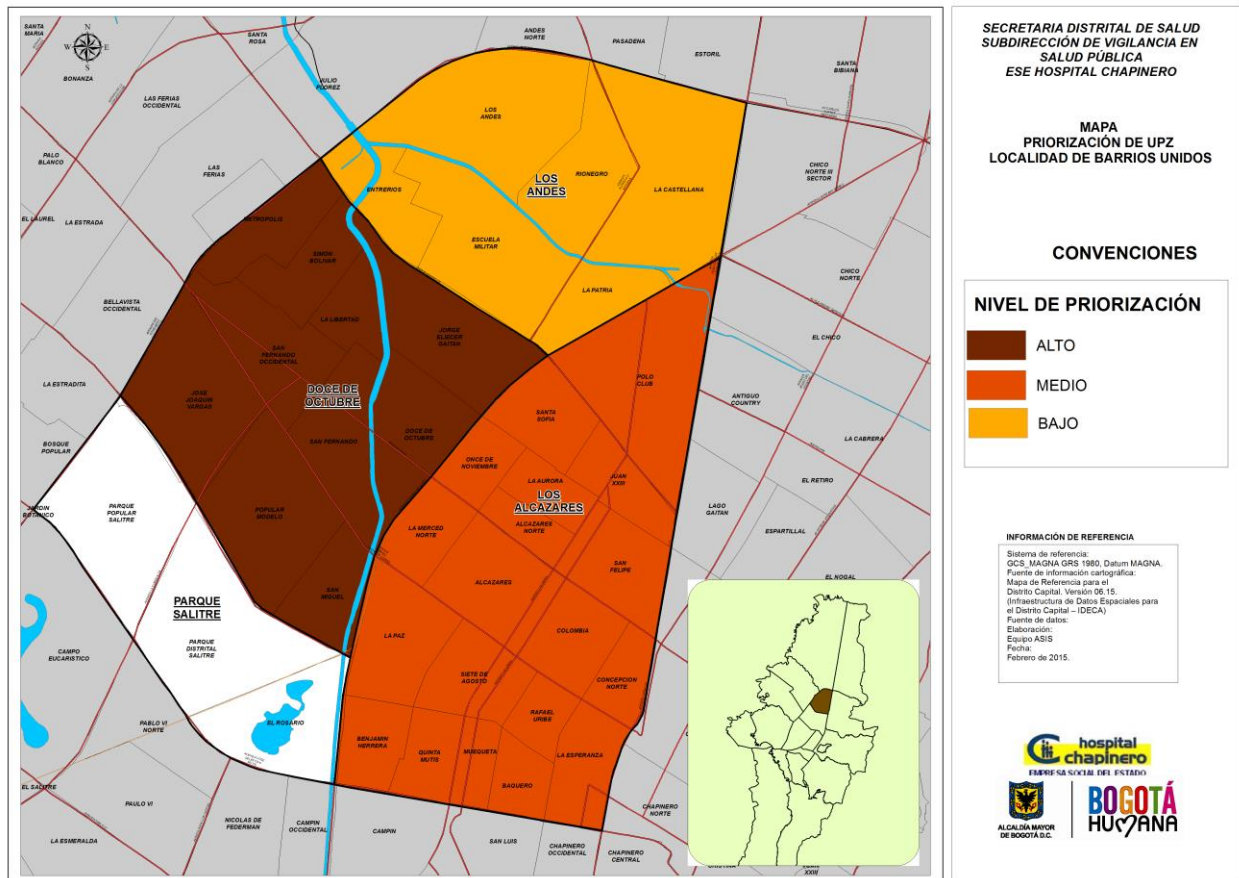
Estas situaciones se reflejan en los datos de los subsistemas, dado que problemas como la desnutrición en menores de cinco años: crónica, aguda y global; la malnutrición: obesidad, sobrepeso o desnutrición; bajo peso al nacer; y baja lactancia materna; se presentan con mayor frecuencia en las UPZ Doce de Octubre y Alcázares. Sirvan como ejemplo también los datos registrados referentes a enfermedades crónicas, siendo que la UPZ que contó con más casos fue Alcázares, con 293 casos,

seguida de las UPZ 12 de Octubre, con 242 casos. La relación con el contexto social se evidencia igualmente en que de los 34 casos registrados de violencia intrafamiliar para 2014, 9 se presentaron en la UPZ 12 de Octubre y 15 en los Alcázares.

De esta manera, las condiciones de desigualdad, marginalidad, y falta de educación tienen como consecuencia que muchos niños, adolescentes y jóvenes se han visto desabastecidos de pautas de crianza positivas, de normas y valores que les permitan adaptarse al medio social y aportar a la comunidad el esfuerzo de su experiencia. De allí que en las UPZ Alcázares y Doce de Octubre se presenten con mayor incidencia problemáticas como el consumo de SPA a temprana edad, el aumento de riñas, homicidios, suicidios, delincuencia, barras futboleras, y deserción escolar. Esto se refleja en una sexualidad temprana y embarazos no deseados e ITS. Así mismo, la falta de hábitos saludables y las barreras de acceso a la salud llevan a una creciente presencia de múltiples enfermedades crónicas.

Para finalizar, la localización misma de las UPZ priorizadas y los usos económicos propios de estas, lleva a la población residente a estar más expuesta a contaminación del aire, visual y auditiva, ya sea por los cursos de agua, por los automóviles y fábricas, así como por la falta de regulación de las actividades económicas en la zona.

Mapa 4. Priorización UPZ Críticas Localidad Barrios Unidos 2014



Fuente Cartográfica: IDECA BOGOTA 2014 y datos unidades de análisis ESE Chapinero 2015.

CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD

Este tercer capítulo tiene como objeto la identificación de las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y metodología PASE (Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) para la equidad en salud, partiendo de la información generada y analizada en los capítulos previos.

Como se ha observado a lo largo del documento, comprender correctamente la situación de salud y enfermedad de una población de manera adecuada implica la consideración de los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales que afectan a las personas en su vida cotidiana, y que determinan muchos de sus hábitos y comportamientos. Por esa razón, en el ejercicio de definir y valorar tensiones, es preciso identificar los eventos generadores, sus implicaciones, reforzadores y liberadores, que conllevan a desequilibrios presentes en el territorio. Dicho de otra manera, es preciso identificar los posibles desajustes entre el estado de desarrollo local y la salud de la población. Es solo mediante dicha comprensión que es posible llegar a un abordaje adecuado, que sea capaz generar mecanismos que lleven a la transformación de una problemática dada.

La metodología BIT PASE, que consiste en una concepción de la condición humana y del desarrollo, que permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determinan el estado de una población en un momento histórico particular. La pertinencia de la metodología es su utilidad para identificar problemáticas dentro de una población, con el fin de responder de manera integral frente a la superación de los desequilibrios entre la población y el territorio. Solo enfatizando la importancia de la organización social y económica, es posible determinar las condiciones que pueden llevar al logro del máximo bienestar posible.

Las dimensiones surgen de la forma como están constituidos los seres humanos y de nuestra experiencia individual y colectiva. Estos forman un todo indisoluble, de cuyo equilibrio depende la supervivencia de la población y de su entorno. Dichas dimensiones son cuatro, a saber: Poblacional, Social, Económica y ambiental. Cada dimensión tiene su propia dinámica de cambio y transformación que depende de las dinámicas de otras dimensiones.

La metodología BIT PASE es una herramienta útil para la identificación de las Tensiones en las interacciones entre las cuatro dimensiones en un territorio dado. En este caso, la metodología permitió la identificación de 10 tensiones para la localidad de Barrios Unidos. Dicha identificación se logró mediante el análisis de la información suministrada por los subsistemas de vigilancia de Salud Pública del Hospital de

Chapinero y de fuentes secundarias, la cual fue analizada en dos unidades de análisis realizadas en septiembre y octubre de 2015. En dichas unidades trabajaron el equipo ASIS, el equipo de Gestión de Políticas, la coordinación de Salud Pública, la Coordinación de Vigilancia y diferentes subsistemas. Se desarrolló la metodología en mesas de trabajo y estuvo orientada por el equipo ASIS, que realizó preguntas orientadoras a la par que un ejercicio cartográfico. Entre las preguntas orientadoras estuvieron: ¿Qué origina la tensión? ¿Qué generadores actúan como determinantes? ¿Cuáles son los eventos o situaciones problemáticas en salud derivados de la tensión? ¿Qué poblaciones están involucradas? ¿Algunas poblaciones en específico pertenecientes a grupos vulnerables?

En todos los casos se identificó si la tensión afecta de manera particular a algún grupo específico, como infancia y adolescencia, primera infancia, envejecimiento, poblaciones étnicas, discapacidad, víctimas del conflicto o poblaciones según condición de género.

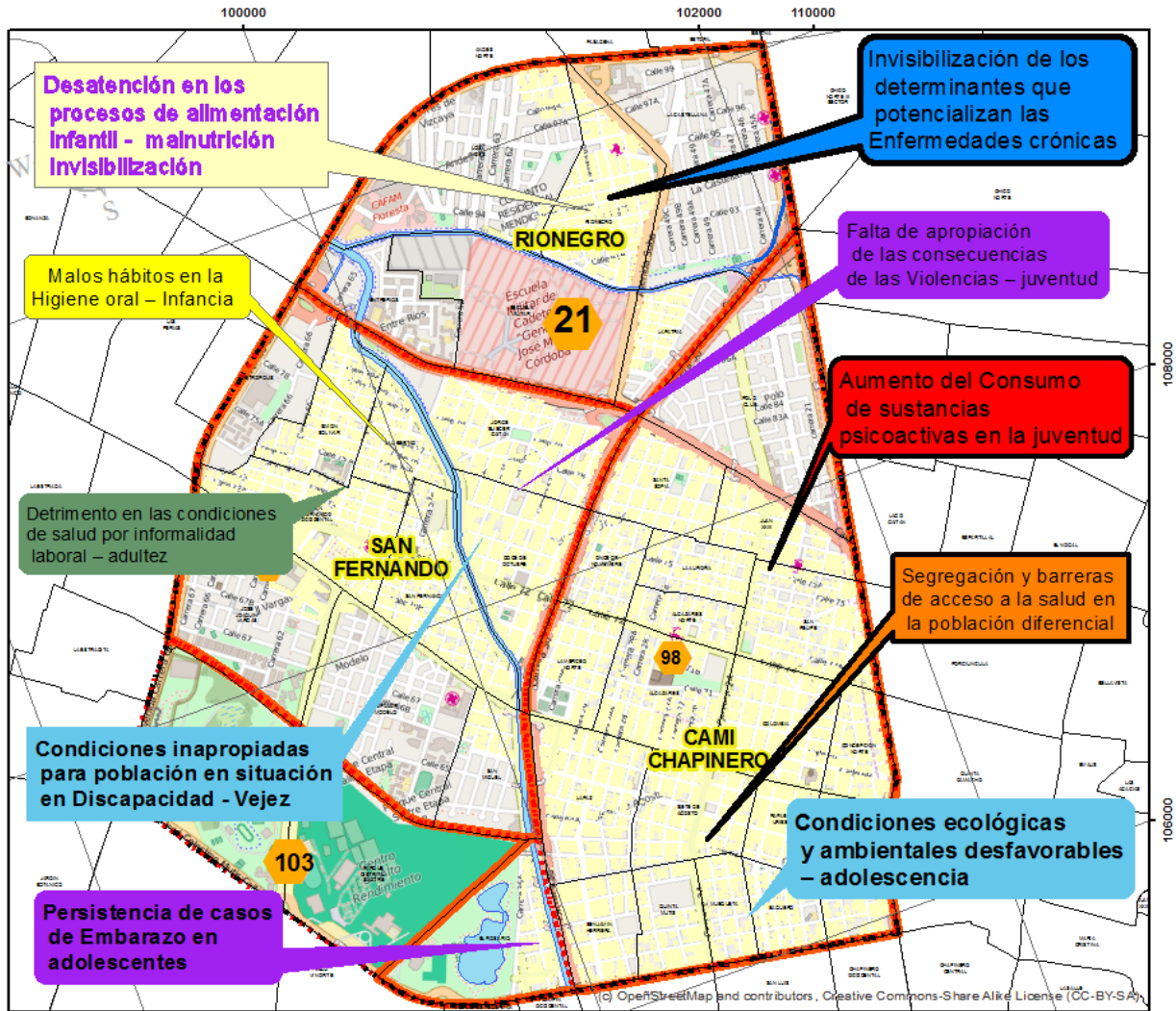
5.4 Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad

Siendo que no es posible aislar la salud de la realidad cotidiana en la cual el individuo desarrolla su existencia dentro de la sociedad, puede afirmarse que es un deber del estado considerarla, más que simplemente un objetivo y un estado a al cual apuntar, como un recurso que surge de la interacción compleja de varios factores, y que se ve afectada igualmente por tensiones que se presentan en diferentes ámbitos, sean estos de tipo económico, social, cultural o ambiental.

De tal manera, existen unos determinantes de la salud, no solo físicos y biológicos, sino también medioambientales, que no se presentan necesariamente como factores independientes, sino que se articulan de formas diversas. Podría afirmarse entonces que dichos determinantes obedecen a las diferentes tensiones, por lo que su comprensión exige considerarlos como un hecho integrado a formas de organización social presentes en un territorio, y como un producto de las interacciones entre las dimensiones del desarrollo, a saber: Población, Ambiente, Social, Económico, en las que confluyen determinadas representaciones y prácticas sanitarias que han definido la forma de enfermar y morir con mayor o menor frecuencia.

En consecuencia, cuando se aborda la salud como el resultado del efecto de múltiples factores presentes en el territorio se requiere establecer los determinantes particulares, identificando para ello el entramado de relaciones entre las distintas dimensiones del desarrollo. De esta manera, se presentan diez tensiones existentes en la Localidad de Barrios Unidos, relacionadas directamente con el estado de salud de la población local, en el mapa número 5 se visualiza la distribución de las mismas y las áreas de mayor concentración.

Mapa 5. Mapa de tensiones Localidad Barrios Unidos 2014



	<p>CONVENCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> --- Limite UPZ --- Limite Microterritorio --- ÁREAS CON MAYOR CONCENTRACIÓN DE TENSIONES 	<p>NOMBRE Y CODIGO POR UPZ</p> <p>DOCE DE OCTUBRE 22</p> <p>LOS ALCAZARES 98</p> <p>PARQUE EL SALITRE 103 21 LOS ANDES</p>
		<p>Noviembre 2015</p> <p>MAPA TENSIONES LOCALIDAD BARRIOS UNIDOS</p>

Fuente Cartográfica: IDECA BOGOTA 2014 y datos unidades de análisis ESE Chapinero 2015.

5.4.1 Tensión 1: Malos hábitos en la Higiene oral – Infancia (dimensión Alimentaria y nutricional - vida saludable y condiciones no transmisibles)

La salud oral resulta ser un componente fundamental en la vida de cada individuo, siendo un elemento imprescindible en el bienestar y la calidad de vida. Esto es así debido, por un lado, a una función biológica y anatómica de habla, respiración, masticación, nutrición y algunos procesos inmunológicos; y por otro lado, a un papel social de comunicación, presentación, lenguaje, fonación, socialización. Puede afirmarse entonces que involucra gran parte de la construcción y mantenimiento de la identidad personal y de la autoestima. Desde esta perspectiva, la salud oral involucra los soportes de un buen desempeño en los roles familiares, de trabajo y comunitario.

Sin embargo, la falta de hábitos correctos de higiene es un elemento generador que puede afectar la salud oral, situación que puede presentarse también, de manera articulada, por factores como el ingreso económico, la falta de concientización y la negligencia en el autocuidado.

En dicho sentido los habitantes de la localidad presentan problemas relativos a la salud bucal como la caries, la periodontitis, gingivitis, etc., problemas que afectan todos los ciclos vitales, pero especialmente la infancia y adultez. Así mismo, es posible identificar que las poblaciones con menores ingresos presentan más fácilmente problemas de salud oral. Se observa que cuando hay una ausencia dentaria, psicológicamente los individuos se aíslan, hay una baja de auto-estima, se inhiben sus oportunidades laborales, educativas, sociales y recreativas, también se presentan dificultades alimentarias; y el problema radica, más que todo, en que la salud oral se traduce en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para el acceso a estos, lo que en últimas complejiza la inequidad en salud y la vulnerabilidad de derechos.

Como elementos reforzadores a esta problemática se pueden identificar los hábitos alimenticios, la cobertura de salud y nivel de ingreso, pero también deben tenerse en cuenta aspectos como los imaginarios sociales, hacen que los dientes no sean considerados órganos importantes para el desarrollo integral de las personas.

De manera paralela, desde el sector salud se desarrollan las siguientes actividades a modo de liberadores: los programas de atención y prevención que priorizaron la población infantil (escolar) en su dentición permanente, ya que es el grupo que presenta una mayor mejoría en cuanto a extensión y severidad de caries dental y otros problemas. Así, mientras que las UPGD permiten conocer los casos presentados y tratados, estos se complementan con las acciones desarrolladas por SISVESO. Dichas tareas incluyen la promoción y la asesoría a la población y en las instituciones. Así, desde la ESE se realiza sensibilización a los adultos solo cuando se realizan las

asistencias técnicas a los padres y docentes de los colegios y jardines donde se realizan las intervenciones de educación en salud oral y en los servicios de salud colectiva de adultez por parte de los odontólogos.

5.4.2 Tensión 2: Detrimiento en las condiciones de salud por informalidad laboral – adultez (Dimensión Salud y ámbito laboral – convivencia social y salud mental)

El desempleo en la Localidad y la falta de oportunidades educativas y laborales resultan ser pilares de gran parte de las problemáticas que aquejan la comunidad, pues sin el sustento diario no es posible la estabilidad familiar e individual. Debido a dichas condiciones existe una buena cantidad de habitantes de la Localidad de Barrios Unidos que obtienen su sustento mediante prácticas informales de trabajo.

En lo concerniente a la jornada de trabajo, en su gran mayoría los trabajadores anormales trabajan durante el día. En muchos lugares los trabajadores y trabajadoras no tienen contrato, lo cual confirma la informalidad e inestabilidad laboral evidente en la Localidad. La forma de pago en muchos casos es al destajo, de acuerdo a las tareas o productos que elaboran en el día de trabajo. Los que se dedican a las ventas ambulantes pueden llegar a tener promedios altos de horarios laborales, que pueden ser de 12 horas, 7 días a la semana.

De acuerdo a las condiciones de salud de los trabajadores y trabajadoras en el sector informal hay mayor incidencia de enfermedades y afectaciones. Los signos y síntomas más frecuentes son la sensación continua de cansancio, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor en miembros inferiores, dolor en hombros o brazos, adormecimiento u hormigueo en manos, adormecimiento u hormigueo en miembros inferiores, tos, gripa, expectoración y disnea frecuente. Sin embargo, los afectados frecuentemente toman los accidentes de trabajo como algo común a su quehacer diario y cotidiano. En su gran mayoría esta población no cuenta con ninguna cobertura de afiliación a las administradoras de riesgos laborales. Unido a un aumento de la morbilidad y la mortalidad, la informalidad también repercute en la mayor incidencia de accidentes laborales y en la aparición de trabajo infantil.

Entre los elementos generadores de esta situación se pueden identificar la falta de oportunidades, especialmente entre adultos mayores, así como las dificultades propias de personas en situación de discapacidad. Sin embargo, una población más amplia se ve afectada igualmente por un exceso de mano de obra, que repercute en unos bajos salarios y pobre condiciones laborales. Como elementos reforzadores pueden citarse la carga prestacional, la falta de oportunidades en las regiones, que animan a la población a desplazarse, así como la falta de garantías laborales en muchos ámbitos.

Como elementos liberadores existen las acciones instituciones como el SENA, así como de la ESE, que incluyen capacitaciones en temas de Aseguramiento en Salud, Salud Ocupacional y Riesgos Laborales. También se realizan desde la ese jornadas de capacitación escolar, oferta de cursos-talleres, asesorías empresariales con Cámara de comercio, para minimizar el impacto del desempleo y la poca oferta laboral y educativa.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, se hace referencia a las condiciones de empleo identificadas, como es el caso de la afiliación en salud, la cual es en un mayor porcentaje al régimen contributivo, seguido del subsidiado, los trabajadores del sector informal por ser independientes en la labor que desempeñan, se afilian al régimen que más se acerque a sus necesidades económicas y de atención en salud. Siendo evidente que la mayoría no se puede atender en los servicios de salud de la ESE por el régimen al que pertenecen o las entidades con las que capitán.

Pese a los esfuerzos por anular posibles obstáculos, el problema de apoyo y sostenibilidad es de difícil intervención. Se manifestaron casos de desmotivación por parte de la Comunidad al participar de los diferentes espacios locales, ya que la falta de inversión de recursos financieros para el fortalecimiento de las unidades productivas fue una constante.

5.4.3 Tensión 3: Condiciones inapropiadas para población en situación en Discapacidad - Vejez (Vida saludable y condiciones no transmisibles – ámbito laboral)

Con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se entiende por discapacidad todos los eventos relacionados a deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, es decir, toda interacción con personas que sobrelleven alguna enfermedad, como parálisis cerebral, síndrome de Down, depresión, entre otras. En el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconoce que estas personas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Sin embargo, la exclusión social es parte de la cotidianidad en esta población.

La exclusión se da en cuatro esferas: por un lado, exclusión a través del no acceso a bienes básicos y servicios, es decir a través de formas no económicas; por otro lado, una exclusión determinada por el acceso desigual a los mercados de trabajo y protección social; Una tercera que hace referencia a la exclusión de mecanismos participativos; y finalmente, una exclusión relacionada al desigual acceso y ejercicio de derechos humanos, políticos y civiles. En síntesis la exclusión social corresponde a la exclusión del mercado, instituciones sociales y culturales.

Dicha exclusión violenta derechos como la salud, el trabajo, la educación y el transporte, desigualdades que afectan la calidad de vida y bienestar de todas las personas en condición de discapacidad, presente en todas las etapas de ciclo vital, especialmente la vejez. La discriminación a estas personas genera marginalidad, depresión, trastornos psicológicos, suicidios, pérdida de credibilidad por parte de la comunidad hacia los entes gubernamentales, mortalidad, etc.

La población afectada principalmente son los adultos mayores con discapacidad que de acuerdo al “Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad” durante el periodo 2005-2012 en la localidad de Barrios Unidos, los adultos mayores con discapacidad son el 46% de la población con discapacidad de la localidad. Predomina el estrato 3, el mayor número de población se encuentra en la UPZ 22 San Fernando.

Como elementos generadores se encuentran los malos hábitos en salud y los malos cuidados durante el embarazo, así como condiciones ambientales negativas y la existencia de factores hereditarios. Sin embargo, con el tiempo también pueden deberse a falta de autocuidado, a accidentes laborales o a enfermedades o condiciones crónicas, sin descartar la afectación por el conflicto armado y la delincuencia.

Entre los elementos reforzadores de esta situación pueden citarse los estilos de vida inadecuados, la falta de un diagnóstico oportuno, o el acceso deficiente a los servicios de salud. A esto se unen las barreras de acceso para la atención de este tipo de población, transporte e infraestructura pública inaccesible. Igualmente la existencia de un apoyo social limitado, así como los factores personales y actitudes negativas particulares.

Como elementos liberadores se encuentran las acciones desarrolladas por las instituciones. En el caso particular de la ESE, el hospital ha dirigido por medio de la secretaria técnica el consejo local de discapacidad, brindando asesorías y direccionamiento técnico a las autoridades locales y organizaciones comunitarias sobre el tema de discapacidad para promover la visibilización de esta comunidad y la inclusión social. Así, desde el subsistema de vigilancia epidemiológica se realiza el registro de personas en condición de discapacidad, el cual sirvió como puerta de entrada para acceder a algunos programas Distritales como: rebaja en la tarifa del Sistema Integrado de Transporte Público SITP, gratuidad en salud y excepción de pico y placa. Igualmente se ha realizado trabajo en la orientación familiar (especialmente cuidador o cuidadora) en el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, en movilidad, relaciones, comunicación, tiempo libre, aprendizaje, actividades de la vida diaria y motivación. Así mismo, se les brindó apoyo en autocuidado y técnicas para

manejo de estrés, manejo de fatiga y conservación de energía en el cuidador y cuidadora.

Pese a ello, algunas familias no se encuentran con disposición para el cuidado de la Persona en Situación de Discapacidad ya que tienen múltiples ocupaciones laborales y familiares que les impide dedicar el tiempo completo al cuidado de la persona; además hay PCD que no tienen familia y dependen del apoyo de la comunidad.

5.4.4 Tensión 4: Persistencia de casos de Embarazo en adolescentes (dimensión: derechos sexuales y sexualidad – convivencia social y salud mental)

Siendo uno de los componentes humanos principales, la salud sexual no obedece solamente a una perspectiva de riesgo y enfermedad, sino que implica el desarrollo y bienestar de las personas, alimentada por un entorno personal, familiar y cultural. De esta forma, la salud sexual y reproductiva constituye un derecho de la población que debe ser garantizado por todas las sociedades. La sexualidad y la reproducción son una dimensión inherente y constitutiva de la especie humana que tiene que ver mucho con la construcción de identidad personal a lo largo del proceso de desarrollo, esto es, que trasciende más allá de relaciones sexuales y genitalidad.

Ser madre a temprana edad puede ocasionar inconvenientes como el rechazo social, su círculo de amigos, vecinos o familiares. Esta situación priva a la madre joven de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo, esto hace más difícil que la joven establezca una relación de pareja estable.

Las mujeres y hombres jóvenes de la localidad, primordialmente los ubicados en las UPZ Doce de Octubre y Alcázares, parecen tener un problema en el manejo de su sexualidad que obedece a factores culturales como la religión y las nociones machistas, barreras de acceso a la salud en algunos centros prioritariamente en los temas relacionados con el suministro de información. Los embarazos en adolescentes menores de 15 años a lo largo de estos años han ido decreciendo, a diferencia de los embarazos en adolescentes de menores de 15 a 19 años que se mantiene en un mismo nivel de casos reportados.

Como elementos generadores debe considerarse que el embarazo en adolescentes está determinado por factores socioculturales y económicos que comprometen a la madre y a su hijo. Así mismo la falta de información sobre salud reproductiva y, por otro lado, a la discreción entre padres y madres de familia al momento de proporcionar educación sexual. También se presentan como reforzadores la existencia de dinámicas familiares conflictivas y el desconocimiento por parte de la comunidad de la oferta institucional frente al tema.

Como liberadores puede indicarse que desde el hospital se ha realizado trabajo comunitario con jóvenes frente a la prevención del embarazo temprano, temas de salud sexual y reproductiva en los colegios. Se ha buscado la utilización de ayudas lúdicas, videos para educar y sensibilizar a los jóvenes en este tipo de temas que son relevantes en la edad escolar y por los cambios hormonales y crecimiento de su cuerpo, esta información fue acompañada de temas como proyecto de vida, toma de decisiones, autoestima, entre otros.

5.4.5 Tensión 5: Desatención en los procesos de alimentación infantil - malnutrición Invisibilización (dimensión: seguridad alimentaria y nutricional – vida saludable y condiciones no transmisibles)

La seguridad alimentaria y nutricional se define como: “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa” [49]. Como una gran dificultad en la Localidad, la malnutrición suele tener problemas de dos tipos, por un lado los relacionados con déficit leve, moderado o severo y por otro los relativos al exceso (obesidad, sobrepeso). En síntesis, enmarca las dificultades relacionadas a la seguridad alimentaria, problemas como la desnutrición en menores de cinco años: crónica, aguda y global; la malnutrición: obesidad, sobrepeso o desnutrición; bajo peso al nacer; y baja lactancia materna. Lo anterior se encuentra reflejado en las UPZ Doce de octubre y Alcázares, especialmente la primera, donde las familias por falta de dinero para las comidas reducen la cantidad de alimentos.

La no garantía de la seguridad alimentaria y nutricional y la ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes, tiene consecuencias en la salud oral, en el bienestar físico al conllevar episodios repetitivos de enfermedades (ERA, EDA, diabetes, problemas cardiovasculares, cáncer y tuberculosis), en el desarrollo físico (retardo de crecimiento), emocional y cognitivo disminuyendo la capacidad funcional, laboral y mental, agudizando el riesgo de muerte:

“Entre los efectos físicos se deben mencionar el bajo rendimiento escolar, la baja capacidad laboral y en el hogar, la desnutrición y la enfermedad. Entre las psicológicas, la sensación que pueden tener las personas de tener que asumir conductas socialmente no aceptadas, como la búsqueda de alimentos en las basuras, pedir limosna, que los niños trabajen y que los jóvenes se prostituyan, entre muchas más. Lo más grave, la sensación de exclusión y de impotencia por no poder alcanzar de manera autónoma los bienes y servicios necesarios para garantizar la seguridad alimentaria y

nutricional del hogar. Todo esto impide disminuir la iniquidad histórica que ha vivido el país, porque perpetúa el ciclo pobreza-hambre-desnutrición pobreza” [50].

Como elementos generadores puede citar que el mismo sistema productivo que minimiza la calidad de los alimentos haciéndolos poco aptos para un buen consumo o una buena alimentación. Así mismo, el no acceso a los productos por falta de ingresos para la adquisición de alimentos de calidad es otro elemento, como lo son las barreras al servicio de salud que no permiten un tratamiento rápido y apropiado de los problemas alimenticios.

Como elementos reforzadores puede citarse el factor cultural sobre la alimentación: los tipos de comidas, su cantidad de consumo, la forma de preparación, el número y tiempo entre comidas. Las costumbres al interior de cada hogar tanto en la forma de consumir como en la forma de adquirir los alimentos. Así mismo, la publicidad juega su rol en la forma atractiva psicológica y social de vender algunos alimentos impulsados por las modas que con frecuencia no guardan relación con la calidad nutritiva.

Como elementos liberadores están las acciones institucionales, que desde la ESE incluyen acciones como brindar asesoría y atención a las personas que lo necesitan, focalizando las acciones en familias con niños y niñas menores de cinco años con desnutrición global, gestantes y lactantes en condición de malnutrición. SISVAN y SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional) abordaron los niños de los colegios con problemas de malnutrición, pero la participación y socialización con los padres fue limitada; también se trabajó con los docentes para que sean multiplicadores de la información y la labor.

5.4.6 Tensión 6: Invisibilización de los determinantes que potencializan las Enfermedades crónicas – vejez (ver Sala) Vida saludables y condiciones no transmisibles – vida saludable libre de enfermedades transmisibles)

La transición epidemiológica donde las enfermedades transmisibles son remplazadas por enfermedades crónico-degenerativas, ha encaminado a la Localidad a una situación que conlleva importantes consecuencias en materia de salud, posicionando un nuevo grupo de edad con mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades y una invisibilidad ante la perspectiva institucional y comunitaria; su protagonismo es debido al desgaste acumulado a través de su vida laboral intensa o por la evolución natural de las enfermedades crónico-degenerativas en edades cada vez más tempranas.

Las mujeres y hombres adultos de la localidad, primordialmente los ubicados en las UPZ San Fernando y Rionegro, tienden a verse afectados por el problema de indiferencia y subestimación a los problemas de salud, que si se une a la falta de tiempo para la participación de los espacios saludables disponibles y a la existencia de

sedentarismos, producto de la ausencia de hábitos saludables en el en el territorio, se entiende la creciente problemática de las enfermedades crónicas.

Pese a no contarse con datos del año inmediatamente anterior, es de suponerse que para 213 las enfermedades crónicas afectaron a un número mayor de personas, siendo que el número de personas adultas es cada vez mayor en la localidad y a que este tipo de enfermedades son cada vez más comunes por hábitos de vida. Así, las cifras m muestran que en Barrios Unidos 3 de cada 10.000 personas adultas mueren por una enfermedad crónica. De los casos reportados el 73% se trataba de hipertensión. En la localidad la UPZ que contó con más casos fue Alcázares, con 293 casos, seguida de las UPZ 12 de Octubre, con 242 casos, Andes con 208 y Parque el Salitre con 14. La gravedad se hace mayor cuando se considera que estas enfermedades se hacen cada vez más frecuentes a menor edad y a que en muchos casos estas pudieran ser evitables.

Como factores generadores puede indicarse que las enfermedades crónicas no solo tienen que ver con los procesos normales de envejecimiento, sino que en la localidad se ha observado la falta de compromiso de un parte de la población adulta frente al cuidado de su salud. Esta problemática se manifiesta en la inasistencia a centros prestadores de servicios de salud, el desconocimiento de los programas de promoción y prevención, la desafiliación al SSGSS y la automedicación. Se puede hablar entonces de indiferencia por parte de la comunidad frente a las labores de promoción y prevención, lo que redundo en la falta de autocuidado en salud.

Hay una ausencia de oferta de respuesta y de visibilización de la adultez, y su política, que mitiguen sus carencias, especialmente este tipo de eventos en salud.

5.4.7 Tensión 7: Falta de apropiación de las consecuencias de las Violencias – juventud (derechos sexuales y sexualidad – convivencia social y salud mental)

La Constitución política de Colombia, afirma en su artículo 42, que “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad” y que “El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia”. “La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables”... “Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes”. De allí que se estipule que “Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley”.

En Colombia hay normas que amparan a la familia y establecen deberes en relación con sus integrantes (cónyuges, compañeros permanentes, hijos, personas de tercera edad, mujeres en embarazo, mujeres cabeza de hogar, etc.); la Constitución consagra la protección especial a la mujer gestante y predica el deber del Estado de apoyar a las

madres cabeza de familia (Artículo 43). De igual manera, castiga la violencia intrafamiliar (con especial atención a la mujer) La Ley 294 de 1996, modificada por las Leyes 575 de 2000 y 1257 de 2008.

La violencia intrafamiliar es una problemática importante, no solo por afectar a 17 de cada 10.000 jóvenes en la Localidad, sino porque los datos muestran un incremento en 2013 de un 21% respecto a 2012, siendo la más frecuente la violencia por negligencia). Así, en total se registraron 34 casos en la Barrios Unidos, 9 de estos en la UPZ 12 de Octubre, 8 en Andes, 15 en los Alcázares y 2 en Parque el Salitre. Este tipo de problemáticas suelen presentarse como violencia por parte del cónyuge o pareja con la cual se convive, y como tal muchas veces se manifiesta como violencia hacia la mujer. Sin embargo, vale recordar que esto no excluye la violencia de padres hacia hijos, en un entorno socio cultural que tiene a extender la adolescencia y la juventud con el fin de ampliar el periodo de formación de las personas, sin que la base económica permita frecuentemente que se cumpla dicho objetivo. En ese sentido no solo los jóvenes sienten presión social pero no facilidades para cumplir sus metas, siendo frecuente que por las mismas condiciones laborales de los padres se cuente con un acompañamiento familiar conveniente.

La violencia contra las mujeres se expresa de múltiples formas: física, sexual, psicológica, económica. Estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres de la Localidad desde muy temprana edad. No obstante, el reporte de violencias tiene su auge en la adultez.

Esta tensión surge de las presiones socioculturales sobre los campos económico y poblacional a través de un ciclo de violencia desde la infancia (sexual y física) que es el principal medio de antecedente para reproducir este tipo de conductas, patrones culturales de dependencia (económica y emocional), desigualdad de género, ausencia de figuras paternas y la interiorización de los valores y roles tradicionales (superioridad del hombre e inferioridad de la mujer); reforzados por las falencias estructurales de educación, empleo y pobreza.

Las mujeres que experimentan violencia sufren de una variedad de problemas de salud y se disminuye su capacidad para participar en la vida pública: homicidios, suicidios, lesiones de causa externa, fracturas, abortos, consumo de spa, transmisión de ITS; ubicados principalmente en las UPZ San isidro patios y Pardo Rubio. La violencia contra las mujeres afecta tanto a las familias y comunidades de todas las generaciones reforzando, y reforzándose, otros tipos de violencia prevalecientes en la sociedad, como el impacto económico no solo en la pérdida de capital humano sino en los costos de la provisión de servicios de salud, sociales y jurídicos, así como los ingresos perdidos de las parejas.

Como aspecto liberador el reconocimiento de una política pública de mujer y género promueve acciones promocionales y preventivas para la salud de las poblaciones en los ámbitos de vida cotidiana a través de la educación y la cultura enfocados a la mujer: acciones integrales en escenarios de vida cotidiana, acciones comunitarias a partir de estrategias de fortalecimiento y movilización de redes sociales y la apropiación de conocimiento en temáticas de interés para la promoción, protección y restitución de los derechos de los Ciudadano/as; difusión del enfoque diferencial y género y el respeto por las diferencias, de acuerdo a la programación mensual establecida.

5.4.8 Tensión 8: Aumento del Consumo de sustancias psicoactivas en la juventud (convivencia social y salud mental – vida saludable libre de enfermedades transmisibles)

La dependencia al consumo de sustancias psicoactivas es una problemática general en toda la población que no discrimina nivel socio económico, ni nivel académico, ni sexo, pero que se hace un fenómeno que cala profundamente en los ciclos vitales adolescencia y juventud, pues en estos ciclos vitales se está consolidando el auto-concepto y el proyecto de vida, si no se hace una orientación pertinente sobre el consumo de sustancias esta dependencia lleva a condicionar la edificación de los individuos jóvenes, centrado en la necesidad de sentir el placer producido por los efectos psicoactivos.

Como situación abordada por la salud pública, el consumo de dichas sustancias es un problema grave de salud pública pues coarta las posibilidades de desarrollo de las poblaciones dependientes, además de crear malos hábitos que vulneran el bienestar cognitivo, emocional y biológico, volviéndose una carga para la familia y el sistema de salud debido a su falta de productividad y altos costos en tratamientos. Vemos que una de las consecuencias más lamentables de la dependencia a sustancias psicoactivas es la generación de la población habitante de la calle que debido a sus prácticas imprudentes han sido segregados por la sociedad.

Como elemento generador es posible citar los factores que al interior de las familias crean situaciones de vulnerabilidad en las personas. Así mismo la influencia de los pares y de los medios de comunicación. Como factor reforzador existe la creencia errada de tomar alcohol para olvidar las penas o el consumo de la cocaína para aguantar más la fiesta y bajar al estado de alcoholización debido a sus efectos contrarios y así muchos tipos de creencias sobre el consumo de las sustancias y algunas que ponen en riesgo el bienestar de las poblaciones que se vuelven dependientes a la sustancias, aun así se puede ahondar en investigaciones y conocimientos ancestrales de diferentes culturas sobre el debido uso de las instancias psicoactivas procedentes de contextos naturales.

Como elementos liberadores pueden citarse las herramientas distritales de sensibilización frente a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo la política pública de prevención de dichas sustancias, así como la realización y divulgación de estudios acerca de las consecuencias de su consumo.

Como acción concreta de la ESE pueden citarse las acciones dirigidas a la comunidad por territorios saludables, enfocadas en salud mental.

5.4.9 Tensión 9: Segregación y barreras de acceso a la salud en la población diferencial – adultez (vida saludable libre de enfermedades transmisibles – convivencia social y salud mental).

La salud pública es uno de los elementos fundamentales en el desarrollo de cada país, pues al ser una condición para superar la pobreza, reduce la mortalidad por enfermedades evitables, que generan gastos financieros; también permite un control de la natalidad mediante planificación familiar y acceso a métodos de anticoncepción y dota de una infraestructura apropiada para la atención.

Teniendo en cuenta su gran importancia, se evidencia que la salud no es un aspecto que logre englobar a todos los individuos, pues presenta para la localidad en general problemas de acceso a la infancia, la discapacidad y el habitante de calle. Esto se debe a problemas:

A pesar del gran avance que ha habido en años recientes en la legislación y las normativas para el abordaje de las poblaciones diferenciales, así como de la puesta en marcha de varias políticas encaminadas a la identificación y a la promoción de estas poblaciones, es claro que aún existen muchas problemáticas e inequidades por resolver. En esa medida, los elementos que distinguen a las poblaciones se han venido erigiendo en obstáculos que dificultan el goce pleno de derechos, ya sea por falta de conocimiento, por persistencia de prácticas discriminatorias, o por falta de sensibilidad por parte de los especialistas y profesionales de salud, que no están capacitados para identificar y abordar a las poblaciones diferenciales en su complejidad.

Como elementos generadores puede citarse el desplazamiento desde las regiones, buscando escapar del conflicto armado o de la pobreza. La inequidad que existe en la salud y en el sistema de salud también es un elemento importante en este problema, ya que obedece a problemas netamente económicos (falta de ingresos familiares o propios), relacionados en alguna medida con otras causas o problemas como la disponibilidad de medicamentos, puntos de atención y lugar de residencia (remisiones a personas de tercera edad), así como la cobertura total de los servicios por parte de las EPS privadas, pues las públicas están restringidas a cierto tipo de población.

Respecto a las comunidades étnicas, estas son poco visibles y desconfían del sistema de salud tradicional, ya que consideran que solo en parte atiende de manera debido a la falta de articulación entre los sistemas occidental y tradicional. Así mismo, los jóvenes indígenas al ser poblaciones tradicionalmente excluidas, lo cual se reproduce igualmente en el contexto urbano, están expuestos a los mismos problemas que otras poblaciones de bajos ingresos, a lo que se suma la potencialidad de cambio cultural. En dicho sentido se hace necesario reforzar sus redes sociales de articulación y acompañamiento, por ser la manera más efectiva de mejorar su condición y lograr su reconocimiento.

Respecto a las diferentes poblaciones, es posible apreciar que la población LGBTI posee grandes dificultades para ser identificada y atendida, por lo que la cobertura de atención parece no responder a la demanda y quizás puede ser a que los procesos de respuestas han sido encaminados a temas de salud sexual y reproductiva especialmente con enfermedades transmisibles como VIH; no obstante, gran parte de las problemáticas yacen en la incapacidad de afrontar realidades sociales, proyectos de vida, superación y redes de apoyo, así como la búsqueda y definición de identidad(es). Barrios Unidos concentra un gran número de lugares de encuentro y socialización de esta población, lo que resulta pertinente para el abordaje de las personas LGBTI, fortalecer las acciones de acompañamiento teniendo en cuenta el ciclo vital para el desarrollo de estrategias y mecanismos de respuesta que mitiguen las afectaciones psicológicas y de morbilidad que impactan la población, particularmente en jóvenes y adultos.

Como elementos reforzadores están los prejuicios existentes hacia los grupos étnicos. La posición socioeconómica en la que se encuentran, el comportamiento social excluyente y las políticas públicas que generan segregación. Así mismo está el que a pesar de que existe un reconocimiento del marco normativo para la Política Pública de las poblaciones diferenciales y en inclusión, existe un déficit de información y vacíos en los datos que limitan los análisis y las acciones sobre los grupos por parte de la institución. A ello se suma que las disparidades de datos en las diferentes fuentes utilizadas ha generado un cuestionamiento sobre la vigencia, utilidad y veracidad de cada uno de estos.

Como elementos liberadores puede mencionarse que las poblaciones diferenciales han ido creando fuertes tejidos sociales que benefician y aportan al desarrollo de la Localidad, lo cual ha ayudado al reconocimiento de las comunidades, con esfuerzos por la visibilización de las particularidades culturales de cada uno y ofreciéndose espacios de formación y decisión, así como la construcción e implementación de las políticas públicas determinadas para cada pueblo o comunidad.

5.4.10 Tensión 10: Condiciones ecológicas y ambientales desfavorables – adolescencia (dimensión salud ambiental – salud pública en emergencias y desastres).

El espacio público determina el entorno en el que se desarrollan los intercambios culturales y las relaciones sociales que caracterizan la localidad. De esta manera, la relación de la comunidad con el espacio genera una forma propia de identidad y territorialidad que configura el hábitat de cada persona, Empero, la densidad poblacional fortalecida por la migración y el desplazamiento de nuevas familias y la urbanización informal, conlleva a un choque cultural en el manejo y desenvolvimiento del espacio público local, ya que al no haber un sentido de pertenencia arraigado en las personas hacia el territorio, no miden el impacto de sus acciones frente al deterioro ambiental.

Como se veía en el primer capítulo, la Localidad cuenta con una zona de altos niveles de contaminación, la cual está compuesta por los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San Fernando Occidental, La Libertad y Simón Bolívar (en la UPZ Doce de Octubre), La Paz, Siete de Agosto, Once de Noviembre (en la UPZ Alcázares) El Barrio Rionegro (en la UPZ Andes) y el Barrio el Rosario (en la UPZ Parque el Salitre). Las fuentes de mayor contaminación en esta área, y en general en toda la localidad, son las vías principales y secundarias debido a los altos los niveles de ruido, gases tóxicos y la fuerte contaminación visual por causa de las excesivas vallas publicitarias. Existen también áreas con niveles de contaminación medio: son barrios con usos residenciales y comerciales compartidos en las UPZ Los Alcaceres, Doce de Octubre y Los Andes;

Como factores generadores están las actividades comerciales, que generan residuos sólidos, ruido, contaminación visual e invasión del espacio público. Así, se observa que las áreas con menor problemática ambiental son aquellas que están alejadas de las grandes vías, su uso es exclusivamente residencial o son parques y centros deportivos. La localidad no tiene riesgos por deslizamientos, sin embargo sus canales se han convertido en focos de problemáticas como: generación de olores ofensivos, proliferación de plagas, vertederos de residuos sólidos y líquidos, lugares para expendio de sustancias psicoactivas y encharcamientos en épocas lluviosas en barrios aledaños debido a la devolución de aguas negras por la red de alcantarillado. De igual manera, las fábricas y talleres son fuentes constantes de residuos sólidos que terminan por ser parte del flujo del río el Salitre, generando dificultades que agudizan los problemas de contaminación en los canales de agua, principalmente en las intersecciones entre la Urbanización Entrerrios y Cafam de La Floresta, en la que los residentes constantemente acusan malos olores.

Entre los elementos que pueden identificarse como liberadores se encuentran el trabajo realizado por las instituciones. Sirva como ejemplo que la Contaminación ambiental y la inseguridad del espacio público son componentes destacables en el trabajo de GESA (gestión de la salud ambiental), que realiza actividades de divulgación y posicionamiento de la política pública ambiental, en espacios decisorios como la CAL comisión ambiental en la Localidad. Se realiza además atención a solicitudes generadas desde los consejos de salud frente a problemáticas ambientales: jornadas ambientales, canalizaciones, esterilización canina y felina, control vectorial y vivienda en riesgo. Desde la transversalidad de salud ambiental se han realizado desde la ESE actividades de asesoría para el mejoramiento del entorno Físico y Social. Colegios y Jardines. Otras acciones han sido la Vigilancia Sanitaria del aire, ruido y radiación electromagnética, junto al planteamiento de acciones a realizar desde los componentes educativo, de gestión y tecnológico de la Estrategia de “Entornos” como respuestas a las necesidades en salud ambiental. También son importantes las asesorías en el manejo, origen, clasificación y disposición final de residuos sólidos, Unidades de Trabajo Informales (UTIS). Al lado de las socializaciones de la política pública, de las jornadas, de eventos y en la conformación de redes ambientales. Dichas acciones se realizaron con la colaboración de acciones intersectoriales, con Secretaría de Ambiente, Alcaldía Local.

5.5 Valoración y validación de tensiones en salud

Las anteriores tensiones evidencian no solamente una problemática o una situación negativa de la población, ya que en sí mismas expresan una construcción social y cultural en la historia de la Localidad. De esta manera, dichos procesos interactivos entre los individuos, y el medio, tienen que ser valorados para así evidenciar cuales son las tensiones más perjudiciales para el medio y la calidad de vida de los ciudadanos.

En primer lugar, cabe fijar la atención en las dimensiones de salud donde se concentran las poblaciones, y es que en Barrios Unidos parece resaltar las cuestiones de convivencia social y salud mental, junto con vida saludable y condiciones no transmisibles, que aparecen en por lo menos cuatro tensiones, seguido de las situaciones ambientales, vida saludable y condiciones transmisibles y las relativas a la salud sexual y reproductiva. La dimensión social en sus múltiples dinámicas parece ser la que más ejerce presión sobre las demás esferas de vida mediante determinantes comunes en muchas dificultades que afectan las personas y las familias. A pesar de las temáticas de gran impacto, la Localidad en general tiene la capacidad de soportar las tensiones ya sea por la eficaz, aunque baja, respuesta comunitaria o institucional o por la poca gravedad (muchas veces soportable) que implican sus eventos sobre la calidad de vida de las personas.

De las diez tensiones identificadas, la mitad están generando una gran alerta sobre los territorios, haciendo un llamado de atención sobre los determinantes que actúan. Generalmente, son los hábitos de vida y de comportamiento los que recaen sobre la comunidad, valores y prácticas que transmitidas a poblaciones más jóvenes construyen cadenas de problemáticas de difícil solución. Esto sumado a la falta de equipamientos, especialmente parques y zonas comunes de recreación, que facilite y fortalezca la respuesta institucional. Como elemento estructural que ejerce más influencia sobre la población local es la magnitud de las problemáticas que rebosan el accionar institucional y la cobertura de los servicios asistenciales.

5.5.1 *Determinantes intermedarios*

La población de Barrios Unidos se ha visto afectada por una serie de contrariedades que afecta el bienestar y desarrollo, lo que se ha expresado en las morbimortalidades y discapacidades. La mayoría de estas afectaciones que impactan están relacionados a los hábitos de vida al interior de las familias y comportamientos individuales de la persona.

Se ha identificado que muchas causas relativas al comportamiento social actúan a través de los determinantes sociales de la localidad como lugar de residencia, educación, edad, sexo, características no asociados solamente a los grupos más desaventajados socialmente. Los niños, adolescentes y jóvenes se han visto desabastecidos de pautas de crianza positivas, de normas y valores que les permitan adaptarse al medio social y aportar a la comunidad el esfuerzo de su experiencia. De allí, que se concentren en zonas como vulnerables como UPZ Alcázares y Doce de Octubre, con problemas de consumo de SPA a temprana edad, aumento de riñas, homicidios, suicidios delincuencia, barras futboleras, deserción escolar, sexualidad temprana y embarazos no deseados, ITS; por su parte, la adultez y la vejez están siendo afectados por sus propios hábitos reflejados en las múltiples enfermedades crónicas. A modo de resumen las carencias que están ejerciendo impacto en la salud son elementos que se fortalecen al interior de una vida familiar.

5.5.2 *Determinantes estructurales*

Las transformaciones socioculturales, políticas y económicas ocurridas en los últimos años ha debilitado el vínculo entre el gobierno, la sociedad y la familia, conduciendo a los individuos a una incertidumbre, desconcierto y pérdida de los referentes tradicionales sobre educar, adaptarse y desenvolverse en el medio social. Todo el núcleo familiar se encuentra, por ende, en una crisis recurrente con una desorganización de sus miembros, un abandono de funciones parentales, una pérdida de valores y relaciones fraternales, un aislamiento comunitario e institucional, unos hábitos de vida inadecuados, entre otros. Las personas no cuentan con herramientas

suficientes para afrontar las demandas de la Localidad, y lo que experimentan y reproducen es la disfuncionalidad, la crisis y la desesperanza.

El sistema económico del país y la dinámica laboral de la ciudad exige el tiempo completo de trabajo para cubrir las necesidades básicas del hogar; por su parte los jóvenes ingresan a un mercado altamente exigente en las habilidades y niveles escolares y académicos, por lo que se debe considerar los altos niveles de desigualdad de la Localidad y al círculo de la pobreza que resulta de la debilidad estatal y la no garantía de seguridades sociales.

A modo estructural los determinantes que aquejan se resumen en la organización social, el proceso de globalización con implicancias políticas, económicas, sociales y la constitución de nuevas identidades. A nivel intermedio, el individualismo moderno que desafía todas las formas colectivas de encuadramiento y el modo de articulación del individuo y colectivo; la cultura imperante transmitido por los medios de comunicación de vida fácil y métodos oportunistas e ilegales. En relación proximal, se debe a pautas de crianza y el manejo del tiempo libre, los cuidados familiares y la integración de sus miembros, la edad y los ingresos.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Secretaria distrital de salud dirección de salud pública, área en vigilancia en salud pública. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. Anexo 4. Diagnóstico Local con Participación Social 2012 Segunda Fase. Programa Territorio Saludable. Periodo Marzo 2013 - Febrero 2014
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/ Consultado 10 de abril de 2013
- (3) Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud: Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la equidad. 2005; 9 :17
- (4) Duy Nguyen, Leigh J. Bernstein, Megha Goel. Asian-American elders' health and physician use: An examination of social determinants and lifespan influences. Health Vol.4, No.11. 2012; 1106:1115.
- (5) Z. Gant, M. Lomotey, H.I. Hall, X. Hu, X. Guo and R. Song. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States, 2006-2008. The Open AIDS Journal No 6. 2012; 1:7
- (6) Guimarães, Maria Cristina Soares., Silva, Cícera Henrique., Noronha, Ilma Horsth. El acceso a la información como determinante social de la salud. Salud Colectiva, vol. 7, núm. 1. Argentina, 2011; 9:18
- (7) Jadue, Liliana. Definiendo equidad en salud. Iniciativa chilena de equidad en salud. Disponible en: <http://www.slideshare.net/anpagaru/definiendo-equidad-salud> Consultado el 11 de abril de 2013
- (8) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf> Consultado el 11 de Abril de 2013
- (9) Romero, Román Vega. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol8_n_16/editorial_vol8_n16.pdf Consultado el 11 de abril de 2013

- (10) Eslava Schmalbach, Javier. Guarnizo Herreño, Carol Cristina. Hernández Álvarez, Mario Esteban. Equidad en salud: posiciones e implicaciones. Revista de Salud Pública, vol. 10, núm. 1, diciembre. Colombia, 2008; p. 1.
- (11) Castillo Martínez, Alcira. Determinantes sociales e inequidades en salud. Una mirada a la salud en Costa Rica. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/04%20Determinantes%20sociales.pdf> Consultado el 11 de Abril de 2013
- (12) Evci (Kiraz) Emine Didem, Ergin Filiz, Okur Orhan, Saruhan Gulnur and Beser Erdal. Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2012
- (13) Lafaurie, María Mercedes. Perspectiva de derechos. Disponible en <http://www.slideshare.net/tuttyk/perspectiva-derechos-10208921> Consultado el 2 de Julio de 2013 (Cita de Ortiz 2005 tomada de esta presentación)
- (14) Lafaurie, María Mercedes. Fundamentación teórica y contextualización. Disponible en <http://www.slideshare.net/tuttyk/enfoque-diferencial> Consultado el 2 de Julio de 2013
- (15) Joan Benach. Neoliberalismo, Determinantes Sociales e Inequidad en Salud. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=U2Bo-KMPeO8> Consultado el 12 de abril de 2013.
- (16) Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2. Colombia, 2003; 161:164.
- (17) Avila, Carlos. Velarde, Elizabeth. Evaluación de la calidad de vida Salud Pública de México, vol. 44, núm. 4, julio-agos. México, 2002
- (18) Reseña realizada con base en el documento "Bogotá: Panorama turístico de 12 localidades" del Instituto Distrital de Cultura y Turismo, página 15
- (19) Secretaría de Integración Social. Localidad de Barrios Unidos. Disponible en <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=776> Consultado el 16 de abril de 2013.

- (20) SDP. Revision del POT. Localidad de Barrios Unidos. Secretaria Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá 2012. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/POT/QueEs> Consultado el 14 de Abril de 2013.
- (21) Anexo Proyección poblacional Barrios Unidos 2013-2015. Basado en las proyecciones poblacionales 2005-2015 realizadas por el DANE.
- (22) Hospital Chapinero ESE. Vigilancia en Salud pública. Diagnostico local con participación social 2010-2011. Colombia.
- (23) Bogotá cómo vamos. Calidad de vida local. Resultados por Localidades. Disponible en http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDADES/archivos_web/ Consultado el 14 de Julio de 2013.
- (24) Basado en las estadísticas realizadas en “21 monografías de las localidades” con base en el DANE. Disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Documentos/An%E1lisis/12%20Barrios%20Unidos%20Monografia%202011.pdf> Consultado 17 Abril 2013.
- (25) Esther L. Moreno C. Desempeño ocupacional: dimensiones en los ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle. Umbral Científico junio, número 002. Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.
- (26) Caracterización de la población ciudadano habitante de calle. Ámbito comunitario. Septiembre 2010-Enero 2011
- (27) Censo General 2005 - Información Básica – Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE –Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE. 2007.
- (28) Cámara de Comercio de Bogotá. Dirección de estudios e investigaciones. Perfil económico Barrios Unidos y Teusaquillo. Colombia 2009. Disponible en: <http://www.ccb.org.co/contenido/categoria.aspx?catID=650> Consultado 17 de Abril de 2013.

- (29) Cámara de Comercio de Bogotá. La inversión pública y la calidad de vida en Barrios Unidos. 2011. Disponible en http://camara.ccb.org.co/documentos/8926_inversion_publica_calidad_de_vida_barrios_unidos_2011.pdf Consultado el 17 de Abril de 2013.
- (30) Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial, localidad Barrios Unidos. 2012. Disponible en http://empresario.com.co/recursos/page_flip/compromiso_colectivo/Perfil_economico_empresarial_localidad_barrios_unidos/#/8/zoomed Consultado 18 de Abril de 2013.
- (31) Bogotá cómo vamos. Calidad de vida local. Resultado por Localidades http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDADES/archivos_web/ Consultado el 14 de Julio de 2013.
- (32) Secretaría Distrital del Hábitat. Encuesta multipropósito Bogotá 2011. Indicadores información sectorial. Última Revisión: Noviembre 29 de 2011. Disponible en https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.habitatbogota.gov.co%2Fsdht%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D571%26Itemid%3D76&ei=0i_jUdDRO6PUygGyy4CAAw&usq=AFQjCNGGanRNubNaRtMGeZCnj9U2ZPSYtQ&sig2=dmio2tdtErwtJn8i3pXrAg&cad=rja Consultado el 10 de Julio de 2013
- (33) Bogotá cómo vamos. Coeficiente Gini de Barrios Unidos. Disponible en <http://www.bogotacomovamos.org/sectores/pobreza-y-equidad/coeficiente-de-gini?localidad=barrios-unidos> Consultado el 12 de Julio de 2013
- (34) Ministerio de Desarrollo social. Encuesta CASEN. Preguntas frecuentes. ¿cómo se mide la pobreza? Disponible en http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/preguntas_frecuentes.html Consultado el 14 de Julio de 2013.
- (35) DANE - SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Cuadro 1. Bogotá D.C. Viviendas, hogares y personas, según localidad en el sector urbano. 2011

- (36) DANE Comunicado de Prensa comportamiento del Mercado Laboral Agosto 2014 Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_genero/bol_sex0_abr_jun14.pdf Consultado 1 de abril 2016.
- (37) Ministerio de Trabajo Incidencia de accidentalidad en el trabajo 2014 Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/diciembre-2014/4078-sector-inmobiliario-el-de-mayor-incidencia-de-accidentes-de-trabajo.html> Consultado 1 de abril 2016.
- (38) Allergy & Asthma Network. Enfermedades respiratorias en menores de 5 años. Disponible en: <http://www.aanma.org/faqs/welcome-to-precious-breathers/enfermedades/> consultada el 22 de abril de 2013
- (39) Agencia de noticias UN. Barreras de acceso a servicios de vacunación en Bogotá. Bogotá D. C., jun. 18 de 2013. Disponible en <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/ndetalle/article/barreras-de-acceso-a-servicios-de-vacunacion-en-bogota.html> Consultado el 2 de agosto de 2013.
- (40) Lahuerta, Carol., Borrell, Carme., Rodríguez-Sanz, Maica., Pérez, Katherine., y Nebo, Manel. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000200003&script=sci_arttext Consultado el 18 abril de 2013.
- (41) Areiza, Yuliana. Posibles causas del intento de suicidio y del Suicidio en niños y adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis», Junio 2008.
- (42) Organización Mundial de la salud (OMS). ¿Qué es la salud mental?. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/> consultado el 18 de abril de 2013.
- (43) Hospital Chapinero ESE. Diagnóstico de las condiciones de salud y trabajo de niños niñas y adolescentes trabajadores. 2012.
- (44) Barrientos Núñez, Luis Adolfo y Tobar Herrera, Verónica Alicia. Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la Hachadura municipio de San Francisco Menéndez departamento de Ahuachapan. Enero a junio 2011. Tesis para optar a título de maestro, universidad de el salvador facultad de medicina maestría en salud pública. 2011.

- (45) Gift, Helen C., Atchison, Kathryn A. Oral Health, Health, and Health-Related Quality of Life. Medical Care, Vol. 33, No 11, Supplement: Oral Health for Aging Veterans: Making a Difference: Priorities for Quality Care. Nov., 1995. 57-77
- (46) SDS – Hospital Chapinero. Base de datos del subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral 2012.
- (47) Dye, Bruce A., Thornton-Evans, Gina. Trends in Oral Health by Poverty Status as Measured by Healthy People 2010 Objectives. Public Health Reports Vol. 125, No. 6 (november/december 2010). 817-830
- (48) Parra Ramirez, Gilberto., y García Castro, Ligia Inés. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. Hacia la promoción de la salud, Vol. 13. 2008. 121-130
- (49) UNICEF Republica Dominicana. Supervivencia y desarrollo infantil. Desnutrición infantil. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm consultado el 24 de abril de 2013.
- (50) Hospital de chapinero ESE, Área de atención al medio ambiente. Boletín epidemiológico informativo, Calidad de aire y salud “chapinero respira”. No. 21, Octubre 2012.
- (51) Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes social 113. Política Nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN). 2008. Disponible en <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Normativa/Conpes%20113.pdf> Consultado el 28 de Junio de 2013
- (52) Defensoría del pueblo. Las políticas públicas alimentarias en Colombia. Un análisis desde los derechos humanos. Programa de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer. 2011. Disponible en <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/politicasPubAlimentarias.pdf> Consultado el 28 de Junio de 2013.
- (53) Constitución política de Colombia. http://www.encolombia.com/derecho/Constitucion_Colombia/TITULO_II_CAP2.htm

- (54) Colectivo de Abogados "José Alvear Restrepo". La tierra y el derecho humano a la alimentación. Lunes 13 de junio de 2005. Disponible en <http://www.colectivodeabogados.org/La-tierra-y-el-derecho-humano-a-la> Consultado el 15 de Julio de 2013.
- (55) Código de la infancia y la adolescencia. ley 1098 de 2006, Artículo 27, 29.
- (56) Ley 1295 de 2009. Título II. Modelo de la atención integral. Artículo 5o. Distribución de los actores según la edad.
- (57) Encuesta Nutrición en Colombia ENSIN 2010. Disponible en <http://www.bogotamasactiva.gov.co/?q=node/481> Consultado el 16 de Julio de 2013.
- (58) González Calvo, Valentín. Familias multiproblemáticas, dificultades de abordaje. Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Trabajo Social No. 6, (2004) páginas 145-156 Universidad Nacional de Colombia.
- (59) Valois Núñez, Carmen. Redes de apoyo psicosocial al duelo. Disponible en <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/acompanamiento-duelo-med-paliativa/13-REDES-DE-APOYO-PSICOSOCIAL-%20AL-DUELO-VALOIS.pdf> Consultado el 12 de julio de 2013.
- (60) Gómez, Esteban., Muñoz, María Magdalena y Haz, Ana María. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. Pontificia Universidad de Chile. Revista Psykhe, Vol. 16, Núm. 2, 2007. PP. 43-54
- (61) Constitución y Ciudadanía. La Familia: Núcleo Fundamental de la Sociedad. Publicado el 7 de Mayo de 2008. Disponible en <http://blogjus.wordpress.com/2008/05/07/derechos-sociales-familia/> Consultado el 12 de julio de 2013.
- (62) Guío Camargo, Rosa Elizabeth. El concepto de familia en la legislación y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana. Studiositas, edición de diciembre de 2009, 4(3): 65-81. Disponible en http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/21_3554_studisitas-v4-n3-guio-camargo-.pdf Consultado el 16 de Julio de 2013

- (63) Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes; 2011. Disponible en <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214166//archivo> Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (64) Krauskopf, Dina. Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Disponible en http://prejal.oit.org.pe/prejal/docs/bib/200803130018_4_2_0.pdf Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (65) Altamira Gigena, Raúl Enrique., Zarazaga, María Angélica. Desempleo y pobreza: causas y posibles soluciones. Disponible en https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.enduc.org.ar%2Fcomisfin%2Fponencia%2F20103.doc&ei=gBTouZSaEojo8wTmioGYBg&usg=AFQjCNGp5vZUdjgurMO7rxZVUB5Q4Wb8vA&sig2=QDRNrf0h5LpZyM1__tqsiA&bvm=bv.49478099,d.eWU&cad=rja Consultado el 12 de julio de 2013.
- (66) Colectivo de Abogados "José Alvear Restrepo". Derecho al trabajo. Lunes 13 de junio de 2005. Disponible en <http://www.colectivodeabogados.org/Derecho-al-trabajo,61> Consultado el 2 de julio de 2013.
- (67) Sentencia T-015. Enero 23 de 1995 Mag. Pon. Hernando Herrera.
- (68) Procuraduría general de la nación procuraduría delegada para la prevención en materia de derechos humanos y asuntos étnicos. El derecho a la educación: la educación en la perspectiva de los derechos humanos. Colombia 2006. Disponible en http://www.procuraduria.gov.co/imgs/eventos/05052006_libroeducacion.pdf Consultado el 2 de julio de 2013.
- (69) Según el Decreto 1504 de 1998, basado en Documento Conpes. Citado por: programa territorios saludables – salud para el buen vivir Secretaría Distrital de salud – dirección de salud pública guía operativa ámbito espacio público, convivencia y salud. 2013. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/f/f8/Guia_Operativa_%C3%81mbito_Espacio_P%C3%BAblico.pdf Consultado el 18 de julio de 2013.

- (70) Consejo de Estado, República de Colombia, sentencia del 18 de marzo de 2010. C.p. María Claudia Rojas Lasso. Citado por lasprilla Villalobos, Carlos José. La protección jurídica del medio ambiente como derecho colectivo: una apuesta por La dignidad humana. Univ. Estud. Bogotá (Colombia) N° 9: 211-234, enero-diciembre 2012. Disponible en http://www.javeriana.edu.co/juridicas/pub_rev/univ_est/documents/10-REV.UNIVERSITAS-LASPRILLA-LAPROTECCION.pdf consultado el 6 de julio de 2013.
- (71) Vargas-Lorenzo, Ingrid., Vázquez-Navarrete, M. Luisa., y Mogollón-Pérez, Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. 12 (5): 701-712, 2010. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf> Consultado el 19 de julio de 2013.
- (72) Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-012/11. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-012-11.htm> Consultado el 2 de Julio de 2013.
- (73) Organización Mundial de la Salud OMS. Discapacidad y Salud. Centro de Prensa. Noviembre de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> Consultado el 18 de julio de 2013.
- (74) Avaria Saavedra, Andrea. Discapacidad: Exclusión / Inclusión. Independent living institute. 2001. Disponible en <http://www.independentliving.org/docs7/saavedra200109.html> Consultado el 18 de Julio de 2013.
- (75) Palacios Jaramillo, Diego. Educación para la sexualidad: derecho de adolescentes y jóvenes, y condición para su desarrollo. Altablero No. 47, octubre-noviembre 2008. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-173947.html> Consultado el 4 de julio de 2013.
- (76) Hospital Chapinero. Vigilancia en Salud Pública Comunitaria y ASIS. Comité de vigilancia epidemiológico en salud Pública comunitaria COVECOM Barrios unidos Salud oral. Junio 2013.

- (77) Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Política Pública de Salud Oral para Bogotá D. C. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la Caries dental. 2007.
- (78) ASIS Local, Hospital Chapinero. Unidad de análisis Seguimiento de Indicadores. 17 de Julio de 2013. Taller Individual.
- (79) ASIS Local, Hospital Chapinero. Unidad de análisis Diagnostico local con participación social. 3 de Julio de 2013. Taller Grupal, audio.
- (80) Secretaría de Gobierno de Bogotá. Dirección de Prevención de emergencias DEPAE. Disponible en <http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/fopae> Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (81) Secretaría de Movilidad de Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Disponible en <http://www.movilidadbogota.gov.co/> Consultado el 17 de Julio de 2013.
- (82) Secretaría de Integración Social. Localidad de Barrios Unidos. Disponible en <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=776> Consultado el 15 de Julio de 2013.
- (83) SDP. Revisión del POT. Localidad de Barrios Unidos. Secretaría Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá 2012. Disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/POT/QueEs> Consultado el 14 de Julio de 2013).
- (84) Hospital Chapinero. Diagnostico Local con Participación social. Localidad de Barrios Unidos 2010. Secretaría de Salud de Bogotá. Bogotá 2011.
- (85) Secretaría de Gobierno de Bogotá. Dirección de Prevención de emergencias DEPAE. Disponible en <http://www.fopae.gov.co/portal/page/portal/fopae> Consultado el 17 de Julio de 2013).
- (86) Hospital Chapinero ESE. Análisis Ambiental Barrios Unidos. 2012.
- (87) D'Elia, Yolanda., De Negri, Armando., Huggins Castañeda, Magally., Vega, Mauricio., Bazó, Manuel. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Documento de trabajo. Disponible en:

<http://sisov.mppp.gob.ve/estudios/17/Estrategia%20de%20Promocion%20de%20la%20Calidad%20de%20VidaPES3.pdf> Consultado el 10 de octubre de 2013.

- (88) Barten, Françoise., Rovere, Mario., Espinoza, Eduardo. Salud para todos: una meta posible. Pueblos movilizados y Gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la investigación en APS con la sociedad civil. Editorial del Ministerio de Salud. Gobierno de El Salvador. Disponible en: http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/salud_para_todos/salud_para_todos.pdf Consultado el 12 de septiembre de 2013.
- (89) Hospital Chapinero ESE. Informe final Territorios 2012.
- (90) Hospital Chapinero ESE. Equipo ASIS. Unidad de análisis: Diagnostico local con participación social, capitulo 3: Matriz de ofertas. 2013
- (91) Hospital Chapinero ESE. Informe final SAN 2012.
- (92) Hospital Chapinero ESE. Informe final Salud mental 2012.
- (93) Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF. Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes. Directorio institucional. 2011
- (94) Hospital Chapinero ESE. Informe final Actividad Física 2012.
- (95) Hospital Chapinero ESE. Informe final Trabajo 2012
- (96) Hospital Chapinero ESE. Informe final Medio ambiente 2012
- (97) Hospital Chapinero ESE. Informe final proyecto especial: prostitución2012.
- (98) Hospital Chapinero ESE. Informe final Proyecto especial: ciudadano habitante de calle 2012.
- (99) Gómez de Vargas, Inés., y Ramírez Duarte, Ignacio. La oferta y demanda en los servicios de salud. Salud Uninorte. Barranquilla, 1990. 85-88.

- (100) Martínez, Sandra., Carrasquilla, Gabriel., Guerrero, Ramiro., Gómez-Dantés, Héctor., Castro, Victoria., Arreola-Ornelas, Héctor y Bedregal, Paula. Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Salud Pública de México, vol. 53, núm. 2, 2011, pp. S78-S84, Instituto Nacional de Salud Pública. México
- (101) Hospital Chapinero ESE. Informe final Gestión Comunitaria 2012.
- (102) Hospital Chapinero ESE. Informe final Discapacidad 2012.
- (103) Hospital Chapinero ESE. Informe final Salud sexual y reproductiva 2012.
- (104) Hospital Chapinero ESE. Informe final Salud Oral 2012.
- (105) SENA. Centro de servicios de Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jorgeamericopalaciospalacios/carta-de-ottawa-para-la-promocin-de-la-salud> Consultado el 5 de Diciembre de 2013.
- (106) Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Promoción y Educación para la Salud. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/fo rmacion/introduccion.htm> Consultado el 7 de diciembre de 2013.
- (107) Hospital Chapinero. Unidad de análisis diagnóstico capítulo 4. Gestión de Políticas y Equipo ASIS. 10 de diciembre de 2013.
- (108) Efrem Milanese, Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave – Manual de trabajo para el operador, Plaza y Valdés Editores, México 2009.
- (109) Spencer, John and Harford, Jane. IMPROVING ORAL HEALTH AND DENTAL CARE FOR AUSTRALIANS. Prepared for the National Health and Hospitals Reform Commission.2008. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/\\$File/Improving%20oral%20health%20&%20dental%20care%20for%20Aust.pdf](http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/$File/Improving%20oral%20health%20&%20dental%20care%20for%20Aust.pdf) Consultado el 10 de Diciembre de 2013.

- (110) Sonsoles Callejas Pérez, Beatriz Fernández Martínez, Paloma Méndez Muñoz, M. Teresa León Martín, Carmen Fábrega Alarcón, Alejandro Villarín Castro, Óscar Rodríguez Rodríguez, Rodrigo Bernaldo de Quirós Lorenzana, Ana Fortuny Tacias, Francisco López de Castro, Olga Fernández Rodríguez. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, núm. 5, septiembre-octubre, 2005, pp. 581-589. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España
- (111) Mario De Miguel Díaz. Evaluación de planes y programas de ciudadanía y convivencia *Praxis Educativa (Arg)*, vol. XIII, núm. 13, marzo, 2009, pp. 47-69, Universidad Nacional de La Pampa, Argentina.