



DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2014

LOCALIDAD CHAPINERO

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

Abril 2016

Calle 66 # 15-41
www.esechapinero.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

Cerros
de Bogotá

CRÉDITOS DEL DIAGNÓSTICOS LOCAL

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dr. Luis Gonzalo Morales Sánchez

SUBSECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dra. Patricia Arce Guzmán

EQUIPO TÉCNICO COORDINADOR SDS

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 **Ana Yolima Acero Joya**
Sociólogo **John Estiven Marín Rodríguez**
Geógrafo **Andrés Felipe Torres Cruz**
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 Adulthood
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 Tétanos
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
HOBİ	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	INTRODUCCION.....	12
2	MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.1	El modelo de Determinantes Sociales de la salud	13
2.2	Enfoques de análisis y complemento.....	14
2.3	Enfoque territorial	14
2.4	Enfoque poblacional	14
2.5	Enfoque Diferencial	15
2.6	Enfoque de Derechos	15
3	MARCO METODOLOGICO.....	16
4	CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD.....	18
4.1	Contexto Territorial	18
4.1.1	Reseña histórica	18
4.1.2	Localización	19
4.1.3	Aspectos Físico-Ambientales	22
4.1.4	Accesibilidad Geográfica.....	24
4.1.5	Servicios Públicos y Calidad de Vivienda	27
4.1.6	Cultura y Espacio Público.....	29
4.2	Aspectos Socioeconómicos	30
4.2.1	Necesidades básicas insatisfechas	32
4.2.2	Nivel de ingreso	33
4.2.3	Segregación residencial	34
4.2.4	Nivel de endeudamiento censo empresarial.....	35
4.2.5	Cobertura de salud, educación, ocupación, y desempleo.....	36
4.3	Características demográficas.....	38
4.3.1	Densidad poblacional.....	38
4.3.2	Estructura de la población por sexo y edad.....	39
4.4	Priorización UPZ críticas.....	42

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS	45
4.5 Perfil de Salud – Enfermedad	45
4.5.1 Mortalidad	46
4.5.2 Mortalidad Evitable.....	56
4.5.3 Mortalidad por Eventos Precursores	62
4.5.4 Mortalidad por Eventos de Alto Costo	64
4.5.5 Años de vida potencialmente perdidos - AVPP por neoplasias en la Localidad 2008 a 2014	66
4.5.6 Índice de Concentración.....	67
4.5.7 Morbilidad	69
4.5.8 Eventos de Notificación Obligatoria.....	74
4.5.9 Discapacidad.....	77
4.6 Determinantes sociales de la salud.....	80
4.7 Construcción de Indicadores por Dimensiones Prioritarias	81
4.7.1 Dimensión Salud Ambiental	81
4.7.2 Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles	85
4.7.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	87
4.7.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	93
4.7.5 Dimensión Derechos sexuales y sexualidad.....	96
4.7.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles	100
4.7.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	102
4.7.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral.....	104
CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD	106
4.8 Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad	106
4.8.1 Tensión 1: Ausencia de cuidado ambiental y mal uso del espacio público. (Dimensión ambiental y Dimensión desastres). Ciclo vital enfocado Infancia.....	108

4.8.2	Tensión 2: Desprotección de las necesidades básicas de los niños (Dimensión salud mental y Dimensión nutricional). Ciclo vital enfocado Infancia.	110
4.8.3	Tensión 3: Conductas de riesgo en adolescentes (Dimensión salud mental y dimensión salud sexual). Ciclo vital enfocado adolescencia.	112
4.8.4	Tensión 4: Debilitamiento de bases sociales por el Trabajo en menor adolescente (Dimensión salud mental y Dimensión ámbito laboral). Ciclo vital enfocado adolescencia.	113
4.8.5	Tensión 5: Descuido de hábitos saludables y prácticas de cuidado en jóvenes. (Dimensión seguridad alimentaria y Salud sexual). Ciclo vital enfocado Juventud.....	115
4.8.6	Tensión 6: Conducta suicida en la Juventud (Dimensión salud mental). Ciclo vital enfocado Juventud	116
4.8.7	Tensión 7: El rol y la posición social de la mujer (Dimensión salud mental). Ciclo vital enfocado Adultez	117
4.8.8	Tensión 8: Neoplasias y eventos crónicos tempranos en la adultez (dimensión enfermedades no transmisibles). Ciclo vital enfocado adultez...	119
4.8.9	Tensión 9: Abandono social hacia la persona mayor y las enfermedades crónicas (dimensión enfermedades no transmisibles). Ciclo vital enfocado Vejez	120
4.8.10	Tensión 10: Barreras geográficas, sociales y económicas a la discapacidad. Ciclo vital enfocado Vejez	121
4.9	Valoración y validación de tensiones en salud.....	123
4.9.1	Determinantes intermediarios.....	124
4.9.2	Determinantes estructurales.....	124
5	BIBLIOGRAFÍA.....	126

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Hogares con necesidades básicas insatisfechas. Localidad de Chapinero vs Bogotá. Año 2011	32
Tabla 2 Tasa de Cobertura Bruta y Nivel Educativo 2012.....	36
Tabla 3 Principales indicadores del Mercado Laboral Chapinero 2011	37
Tabla 4 Densidad poblacional por UPZ localidad de Chapinero - habitantes por hectáreas 2014.....	39
Tabla 5 Población por sexo y UPZ. Localidad Chapinero 2014	40
Tabla 6 Años de Vida potencialmente perdidos por neoplasias según sexo Localidad Chapinero	66
Tabla 7 Años de Vida potencialmente perdidos por neoplasias según grupos edad quinquenal Localidad Chapinero.....	67
Tabla 8 Distribución nacidos vivos, NBI y Tasa de Mortalidad Infantil por Localidades 2014	68
Tabla 9. Causas de Morbilidad Ambulatoria por Subgrupo de Grandes Causas según sexo Localidad Chapinero 2014	69
Tabla 10 Causas de Morbilidad por Urgencias por Subgrupo de Grandes Causas según sexo Localidad Chapinero 2014.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1 Pirámide Poblacional Localidad Chapinero 2014.....	41
Gráfica 2. Distribución comparativa 10 primeras causa de Mortalidad 2011–2012 Localidad Chapinero	47
Gráfica 3. Distribución comparativa causas de Mortalidad Perinatal 2011 – 2012 Localidad Chapinero	48
Gráfica 4. Distribución comparativa mortalidad por neoplasias 2008 a 2012 Localidad Chapinero.....	52
Gráfica 5. Distribución comparativa mortalidad por lesiones de causa externa 2008 a 2012 Localidad Chapinero	55
Gráfica 6. Tendencia mortalidad materna 2008 a 2014 Localidad Chapinero	57
Gráfica 7. Tendencia Mortalidad Perinatal 2008 a 2014 Localidad Chapinero	58
Gráfica 8. Tendencia mortalidad Infantil 2008 a 2014 Localidad Chapinero.....	59
Gráfica 9. Tendencia mortalidad en menores de 5 años 2008 a 2014 Localidad Chapinero	60
Gráfica 10. Tendencia mortalidad por neumonía 2008 a 2014 Localidad Chapinero	61
Gráfica 11. Mortalidad relacionada con Enfermedad Precursoras Diabetes Mellitus e Hipertensión 2008 – 2012 Localidad Chapinero	63

Gráfica 12. Mortalidad relacionada con Enfermedad de Alto Costo 2008 – 2012 Localidad Chapinero.....	65
Gráfica 13. Curva de Lorenz (o de concentración) para los datos de la Tabla 8 Localidades Bogotá D.C 2014	69
Gráfica 14. Distribución Morbilidad Ambulatoria según ciclo vital Localidad Chapinero 2014	70
Gráfica 15. Distribución Morbilidad por Urgencias según ciclo vital Localidad Chapinero 2014	72
Gráfica 16. Distribución eventos transmisibles Sarampión - Rubeola según edad Localidad Chapinero 2014	74
Gráfica 17. Distribución eventos transmisibles Varicela según edad Localidad Chapinero 2014	75
Gráfica 18. Distribución eventos transmisibles Parotiditis según edad Localidad Chapinero 2014	76
Gráfica 19. Distribución personas con Discapacidad según ciclo vital Localidad Chapinero 2014	78
Gráfica 20. Distribución personas con Discapacidad según tipo de alteración Localidad Chapinero 2014.....	79
Gráfica 21 Distribución casos de Violencia intrafamiliar, Maltrato infantil y Violencia Sexual según sexo por UPZ 2011 - 2014 Localidad Chapinero	90

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 Localización General Localidad Chapinero 2014	21
Mapa 2 Aspectos Físicos y Ambientales Localidad 2014.....	23
Mapa 3 Accesibilidad Geográfica localidad Chapinero año 2014.....	26
Mapa 4 UPZ Críticas Localidad Chapinero año 2014	44
Mapa 5. Tensiones en salud Localidad Chapinero 2014.....	107

1 INTRODUCCION

En el año 2000, Colombia junto a 188 países miembros de Naciones Unidas asumió el desafío de erradicar antes del año 2015, lo que se consideraba como los principales problemas poblacionales a nivel mundial. 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 diseñó 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 esa medida, el diagnóstico local con participación social es un producto participativo mediante el cual se examina el escenario de salud y bienestar de la población local a través del análisis de los determinantes estructurales, intermedios y proximales que lo afectan, el reconocimiento de brechas y situaciones de desigualdad sanitaria, y el máximo aprovechamiento de la evidencia para explicar la situación de salud y orientar la toma de decisiones en bienestar de la calidad de vida del territorio.

Lo anterior, se realiza en la Localidad de Chapinero por medio de los enfoques poblacional, territorial, diferencial y de derechos, y teniendo como ordenador los ciclos vitales (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) así como las dimensiones prioritarias contempladas en el plan de decenal de salud 2012-2021.

El documento diagnóstico local con participación social 2014, en su capacidad para orientar y asesorar a partir de la integración de saberes de diversos actores sociales en el territorio y su potencial para construir conocimiento sobre las dinámicas de calidad de vida y salud en las localidades, se desarrolla en tres momentos reflejado en los capítulos que lo componen: problematizar y analizar la situación de salud, profundizar en el análisis de la situación de salud y la calidad de vida, por último analizar y evaluar las tensiones de las diferentes dimensiones prioritarias.

2 MARCO CONCEPTUAL

El contexto mundial afecta la forma como las sociedades se adaptan, cambian y prosperan a través del impacto en las estructuras gubernamentales y ordenadoras. Influye, de alguna manera, en la forma de organización nacional y local, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social que determinan la forma de vivir, crecer, trabajar, aprender, envejecer.

Inmersa en el sistema mundo y sujeta a la organización social, la salud entendida como el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental, resulta ser un ideal relativo a las circunstancias y mentalidades de las personas; de allí que se fomente la búsqueda por comprender los entornos y contextos en los que viven y desarrollan los individuos.

2.1 El modelo de Determinantes Sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Apuntan tanto a las características especiales del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios (4).

Adoptado por el Distrito capital, el modelo de determinantes sociales de la salud se ha venido orientando como paradigma explicativo para los diferentes procesos de salud-enfermedad, reconociendo la naturaleza social de la salud, la cual no es un acontecimiento sólo del orden biológico que acontece en el ámbito individual, sino que su propia naturaleza es resultado de complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona y su entorno (5).

Siendo así, el modelo define en un primer momento los factores contextuales que afectan la salud como la forma de gobierno, políticas macroeconómicas, el modelo económico de mercado, organización general de la sociedad, tipo de Estado, entre otros; estos se denominan determinantes estructurales. En un segundo momento, el modelo considera aspectos principales como la jerarquía social, la cultura, valores y normas sociales, sistema educativo, laboral, de salud, ámbitos familiares, entre otros; definidos como determinante intermedios. Y finalmente, a nivel personal se analiza la posición socioeconómica, la edad, el sexo, empleo, profesión, ingresos, genero, raza/etnia, factores biológicos; conocidos como determinantes proximales.

El modelo de determinantes sociales de la salud, por ende, intenta generar una aproximación a las realidades sociales de las personas con el imperativo ético de disminuir brechas de desigualdad e inequidad en salud, producidas y distribuidas sistemáticamente entre la población (6). El modelo entonces hace énfasis en los

contextos socio-económicos y políticos que generan estratificación, división social, clases sociales, los cuales definen los lugares y sus jerarquías, es decir, la estructura social.

2.2 Enfoques de análisis y complemento

El diseño de acciones basadas en el paradigma de los determinantes sociales en salud permite subsanar desigualdades y alcanzar un completo estado de bienestar mediante acciones humanas, colectivas y políticas. Sin embargo, el abordaje de este enfoque exige claridad conceptual acerca de la equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica, y la desigualdad, entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, lugares, entre otros (7).

2.3 Enfoque territorial

El territorio se ubica como elemento clave en la construcción de las causalidades y, por lo tanto, permite el ejercicio de la transectorialidad para realizar respuestas integrales a las necesidades sociales. Con este enfoque se entiende al territorio como un constructo dinámico, que se transforma y se organiza a partir del reconocimiento de sujetos, con características específicas que definen su naturaleza biológica, económica, social y política; las relaciones, que se establecen entre dichos sujetos y los procesos que organizan la vida social, en un espacio que se construye histórica y socialmente (8).

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 (8).

Dicho enfoque permite identificar y comprender la dinámica demográfica y sus relaciones con el escenario social, económico y político. Las características poblacionales son transversales a los diferentes momentos de la vida, no obstante, se tiene como ordenador del análisis de la situación de salud el ciclo vital, el cual corresponde al conjunto de momentos en la historia de la vida de las personas, a potencialidades, roles y expectativas sociales enmarcadas en contextos específicos (9).

Este criterio ordenador permite reconocer la importancia de todas las edades y etapas de la vida en los análisis de salud, así como el contexto intergeneracional en el que se desarrollan las personas y los grupos humanos. Aunque se definen rangos de edades para cada etapa del ciclo (niñez, adolescencia, juventud, adultez, vejez) éstos se plantean como referencias generales y no como demarcadores definitivos, aspecto a tener en cuenta durante la realización de los diferentes análisis (8).

2.5 Enfoque Diferencial

Pretende dar reconocimiento a aquellos grupos o poblaciones consideradas diferentes por la mayoría o por un grupo hegemónico dadas sus características particulares: en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico, desplazados, discapacidad, entre otros; poblaciones con necesidades, atenciones, asistencias y reparaciones integrales específicas.

Centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus etapas del ciclo de vida, generación, y sus procesos de identidad (etnia, género, sexo, orientación sexual), las condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad en la calle, la discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado (grupos de reinsertados) y el proceso de envejecimiento, en el contexto social, cultural, económico y político de los grupos e individuos. Abordar el enfoque poblacional exige reconocer la diversidad del ser humano como centro de sus vivencias particulares y colectivas (9). Este enfoque permite garantizar el principio de equidad visibilizando poblaciones y evidenciando las asimetrías, desigualdades y vulnerabilidades de las poblaciones consideradas diferentes.

2.6 Enfoque de Derechos

Desde la perspectiva de la salud como “derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, se parte del reconocimiento de que no es viable el goce de este derecho, si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para poder disfrutar de éste. Se trata de garantizar que todas tengan al menos las mismas oportunidades para gozar de buena salud (9).

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.

Finalmente, el diagnóstico local, al igual que el plan decenal de salud 2012-20120, reconoce las diferentes aproximaciones conceptuales sobre la salud, desde un derecho fundamental, acogiendo el enfoque de los derechos económicos, sociales y culturales, hasta la propuesta implementada por la OMS como un completo estado de bienestar físico, psicológico, social, ambiental; en general, la salud se aborda como un “hecho ligado a las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales que, de acuerdo al enfoque diferencial se encuentran inmersos en específicas dinámicas culturales, económicas, políticas, étnicas, de género, de ciclo de vida o de vulnerabilidad” (10).

3 MARCO METODOLOGICO

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, 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. El Diagnóstico Local genera la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud. Por tanto, identifica 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 (10).

En consecuencia, el primer capítulo contiene una contextualización general de la localidad y las UPZ en términos de lo territorial, sociodemográfico, socioeconómico 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 (11). Esto es obtenido mediante información oficial publicada de diferentes instituciones públicas: informes, boletines, diagnósticos, planes de desarrollo, planes territoriales, de gobierno, encuestas. El capítulo concluye en un análisis que prioriza las UPZ críticas, teniendo en cuenta los indicadores de cada contexto (territorial, demográfico y socioeconómico).

Por otra parte, el segundo capítulo analiza los efectos en salud mediante la construcción del perfil salud enfermedad, teniendo en cuenta la mortalidad por grandes causas, la morbilidad, la discapacidad y finalmente 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. Luego se realiza el análisis integral de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las ocho dimensiones prioritarias

y dos transversales, desde las perspectivas cualitativo, cuantitativo y espacial, que den cuenta de la situación real de cada dimensión prioritaria para la vida en 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. (11).

Finalmente, el último capítulo tiene como objeto la identificación de las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y metodología PASE 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 Diagnostico Local con participación social amerito 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 principalmente para lograr 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.

En un proceso de realimentación y complementación se realizó una evaluación y corrección por parte de nivel Central (SDS) y la relectura del documento por el analista del diagnóstico, el equipo técnico de la ESE, los referentes del PIC y diferentes actores locales y comunitarios. Finalmente se realiza la socialización del diagnóstico local en múltiples escenarios a nivel distrital y local.

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

El presente capítulo proporciona la actualización de un marco general de las características poblacionales y territoriales de la localidad de Chapinero, las cuales sirven como elementos referentes al modo de vida y cotidianidad de los habitantes en relación al entramado social, político, económico y ambiental que influyen de manera directa en la calidad de vida y bienestar de las personas.

4.1 Contexto Territorial

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 en 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 interés salud pública. De esta forma se presenta un contexto territorial de la localidad Chapinero en términos de localización general, extensión territorial, riesgos y conflictos ambientales, accesibilidad y transporte; entendidos desde un proceso histórico de larga duración.

4.1.1 Reseña histórica

El actual territorio de Chapinero ha tenido un proceso de asentamiento paulatino desde finales del siglo XIX, antes de esta fecha existía lo que se denomina un caserío junto a algunas casas y villas habitadas por alfareros y artesanos. Muchas de las tierras de lo que hoy delimitamos como parte de la Localidad, y zonas de alrededor, era fincas extensas propiedad de algunos acaudalados de Santa Fe. Esto implicó de alguna forma una conexión constante con el centro de poder, lo que después se verá reflejado en la serie de desarrollos viales (hoy día grandes arterias de la movilidad de la ciudad como la carrera séptima), arquitectónicos (la iglesia y zonas residenciales), comerciales que definen en gran parte lo que para hoy es la Localidad.

Desde 1885 con el primer tranvía, se marca un inicio de movilidad poblacional que cambia el territorio como espacio social y de poder. No obstante, es durante la primera década del siglo XX donde Chapinero comienza a formarse como espacio

comercial y financiero, especialmente por desarrollo de la avenida Chile y la zona de los cerros que se convirtió en la despensa de la industria de la construcción.

Los primeros asentamientos populares tienen lugar en la zona nororiental de los cerros, cuando familias campesinas emigraron a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida y se emplearon en las fábricas de ladrillos y en general en la industria de la construcción (12). Estos campesinos serán los próximos dueños de las tierras y primeros fundadores de los barrios que hoy conforman la Localidad de Chapinero, pues cuando se cierran las ladrilleras, sus dueños entregan esos terrenos a las familias que allí trabajaban como pago para que construyeran sus viviendas (13). Luego a estos se les unió otro importante grupo migratorio que, entre los años 1945 y 1950, huía del campo por el violento enfrentamiento de los partidos políticos tradicionales en lo que se conoce como la Violencia.

En la segunda mitad del siglo XX su orientación cambió de residencial a comercial, sufriendo asimismo notables cambios demográficos. La idea fue concebida e impulsada por un grupo de habitantes de todas las clases sociales que con el deseo de ampararse de las epidemias provocadas por la precaria higiene en la capital buscaban campos abiertos, agua y aires más puros. La tierra tenía allí precios más bajos, y resultaba más barato construir casas más amplias, con jardines, y distantes de las inconveniencias sanitarias de la ciudad (14).

Tras el Bogotazo, el 9 de abril de 1948, Chapinero reemplazó a Teusaquillo como albergue de las clases privilegiadas de la ciudad; esto se dio precisamente gracias al crecimiento de Teusaquillo en los años 1930 que unió definitivamente el caserío de Chapinero como un barrio más de Bogotá, completando el proyecto de barrio satélite. Las familias acaudaladas fueron dejando el centro de la ciudad y trasladándose hacia el norte. De 1945 a 1970 se consolida un importantísimo Centro comercial para Bogotá en Chapinero, la Avenida Chile y el Chicó (14).

En los siguientes 30 años se adelantaron proyectos con el fin de incrementar la oferta de equipamientos dirigidos al comercio y las finanzas (Centro Andino, 1992; Granahorrar, 1983; Bolsa de Bogotá, 1994; World Trade Center, 1986) (12). En cuanto a movimiento migratorio, durante la década del ochenta y comienzos del noventa, aparecen otros barrios con la invasión de los terrenos aledaños a los barrios existentes lo que finalmente definirá los límites y la localización de la Localidad.

4.1.2 Localización

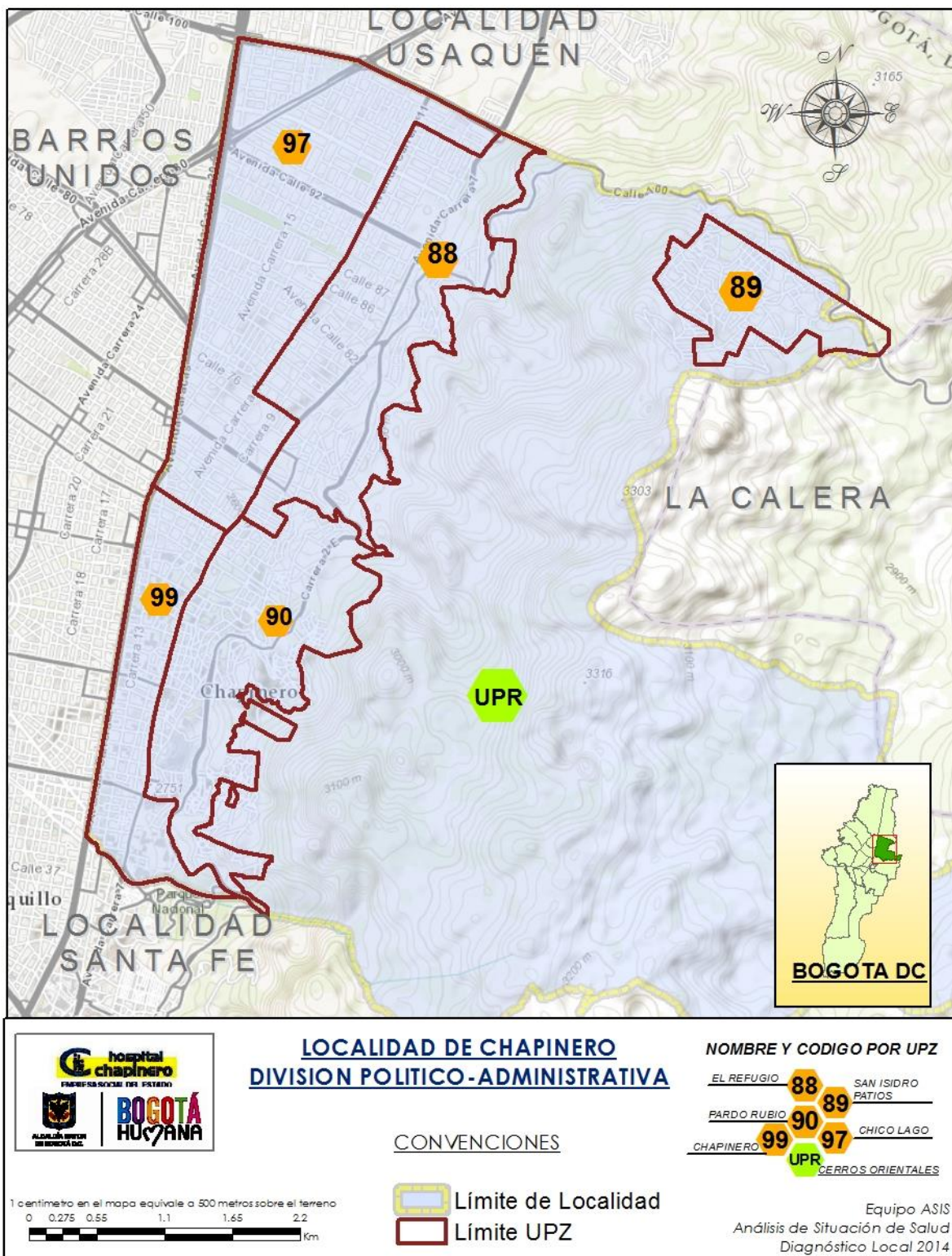
En cuanto a los límites, la Localidad de Chapinero se encuentra localizada al nororiente de la ciudad de Bogotá. Tiene una extensión aproximada de 3.900 hectáreas, en comparación con las demás localidades del distrito es la octava con

mayor área. El 20% del suelo local abarca la zona plana que corresponde a territorio urbano y el 80% abarca la zona de ladera o de montaña correspondiente a los cerros orientales (15). Chapinero Limita al norte con la Localidad de Usaquén, separada por la calle 100 y la vía a la Calera; limita al sur con la localidad de Santa Fe separada por el río Arzobispo en la calle 39; al oriente limita con las estribaciones del páramo de Cruz Verde y con los municipios de la Calera y Choachí; finalmente limita al occidente con las localidades de Teusaquillo y Barrios Unidos, siendo bordeadas por la Autopista Norte y Avenida Caracas (16) (ver mapa 1).

Administrativamente, la localidad de Chapinero fue creada mediante el Acuerdo 26 de 1972 con el mismo nombre y código 2. Está dividida en 4 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y 1 Unidad Planeación Rural (UPR) destinada a protección ambiental, a saber: UPZ- El Refugio (código 88), San Isidro Patios (código 89), Pardo Rubio (código 90), Chicó Lago (código 97), Chapinero (código 99) y la Unidad de Planeamiento Rural –UPR- Cerros Orientales (17).

Por lo tanto, la Localidad en general es una zona central de gran biodiversidad urbanística, arquitectónica, geográfica, que permiten a sus pobladores contar con una considerable cantidad de recursos y una relevante ubicación político-administrativa, financiera y demográfica. Sus aspectos físicos y naturales hacen de su estructura un elemento a comprender para identificar dinámicas de riesgo y tensiones poblacionales y ambientales como los son los puntos de agua, de inundación, de incendio, entre otros.

Mapa 1 Localización General Localidad Chapinero 2014



Fuente Cartográfica: IDECA BOGOTA 2014; POT Bogotá 2010

4.1.3 Aspectos Físico-Ambientales

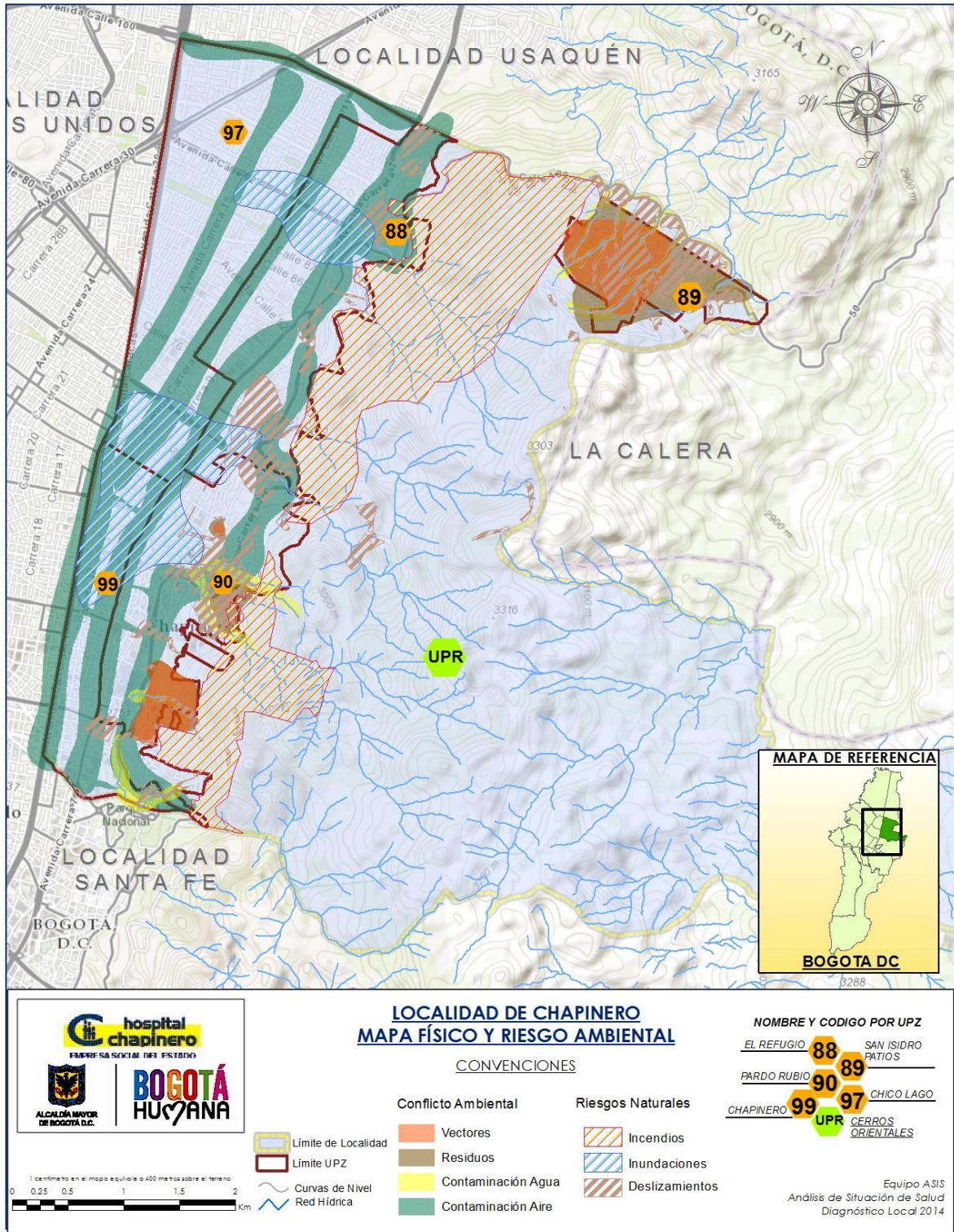
De los aspectos relacionados cabe resaltar la altura de la localidad de Chapinero que varía entre los 2600 y 3550 m.s.n.m debido a la diferenciación topográfica que configura el relieve del territorio. Tiene a su vez un clima frío subhúmedo y la temperatura promedio anual es de 14.2°C. Como se mencionaba en párrafos atrás, dentro de sus límites el territorio de Chapinero presenta dos unidades geomorfológicas claramente diferenciables, a saber: la zona plana, correspondiente a la zona urbana, y la zona montañosa correspondiente a los cerros orientales (18).

Así mismo, su riqueza hídrica está representada en las diferentes microcuencas de generación, regulación y acumulación del agua en el área de los páramos, conformando áreas de biodiversidad y protección forestal. Además cuenta con dos grandes afluentes de la cuenca del río Bogotá como lo son el río Salitre y el río Teusaca. Hidrográficamente, existen dos regiones de concentración de aguas: la zona frontal de los cerros que drenan sus aguas hacia el occidente para descargar las aguas en el río Bogotá y la zona alta de los cerros conformada por quebradas que entregan sus aguas al río Teusaca para finalmente descargar en el río Bogotá a la altura del municipio de Sopó (19).

La localidad padece una serie de conflictos ambientales ubicados en gran parte del territorio afectando con mayor incidencia sobre dos UPZ específicas: la 89 y la 90 presentan graves problemáticas que tienen un impacto directo en la salud pública asociadas a la contaminación del medio generada por la disposición de residuos sólidos y líquidos tanto en las fuentes hídricas como a cielo abierto y a la existencia de una cobertura insuficiente de agua potable, o por lo menos segura, para las familias de estos sectores. Otro aspecto que hace parte del tema de saneamiento básico, son las condiciones higiénicas y sanitarias deficientes en las que se encuentran algunas de las viviendas de dichas UPZ (20).

Son precisamente sus características físicas y ambientales las que definen las relaciones poblacionales propias de la localidad, muchas de las cuales se reflejan en las transformaciones del territorio y sus aspectos geográficos para el beneficio residencial y comercial: vías, equipamientos, infraestructura.

Mapa 2 Aspectos Físicos y Ambientales Localidad 2014



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

4.1.4 Accesibilidad Geográfica

Uno de los aspectos más importantes que afectan la calidad de vida y el desarrollo de una comunidad tiene que ver con la movilidad vial al interior y hacia fuera de ella ya que engloba medios de comunicación, modos de transporte, tiempos y distancias de desplazamientos. La accesibilidad está vinculada al concepto de lugar e indica la facilidad de acceso a un determinado punto geográfico; por consiguiente la accesibilidad de un territorio se evalúa en términos de costos de desplazamiento de las personas para llegar de un sitio a otro facilitando el acceso a bienes, servicios y contactos a partir de la reducción de distancias y mejoramiento de los medios de transporte y vías de comunicación.

En Bogotá se incrementó el porcentaje de hogares que requieren menos de 10 minutos para llegar a una estación de Transmilenio, pues pasó de 49,4% en 2011 a 60% en el 2014; sin embargo, la localidad mantiene la misma proporción de hogares (66,1) que gastan menos de 10 minutos caminando para acceder a parques o zonas verdes. (21).

La accesibilidad geográfica de la Localidad de Chapinero está determinada por dos aspectos relevantes: la primera tiene que ver con el desplazamiento asociado a la necesidad de proximidad entre personas, bienes y servicios, mientras que la segunda está asociada a las vías y medios de transporte colectivo y particular. El acercamiento y descentralización de grandes unidades de servicios y equipamientos colectivos de la localidad es una necesidad imperante en algunos sectores de la misma donde las distancias, los tiempos de recorrido, las vías de comunicación y los medios colectivos de transporte dificultan el acceso a diferentes funciones urbanas (empleo, comercio, esparcimiento, salud, educación, etc.) (22).

Las UPZ 89 San Isidro patios, 90 Pardo Rubio y la Vereda El Verjón en los cerros orientales, debido a la configuración urbano-rural presenta dificultades de acceso a los servicios urbanos mencionados anteriormente frente a los desplazamientos de largas distancias que la población debe recorrer en su cotidianeidad. En contraste, encontramos zonas con grandes centralidades y concentración de servicios que proporcionan un mejor cubrimiento y adecuado servicio de transporte público, peatonal y de bicicletas como los son las UPZ 99 Chapinero, 97 Chicó Lago y 88 El Refugio (ver mapa 3).

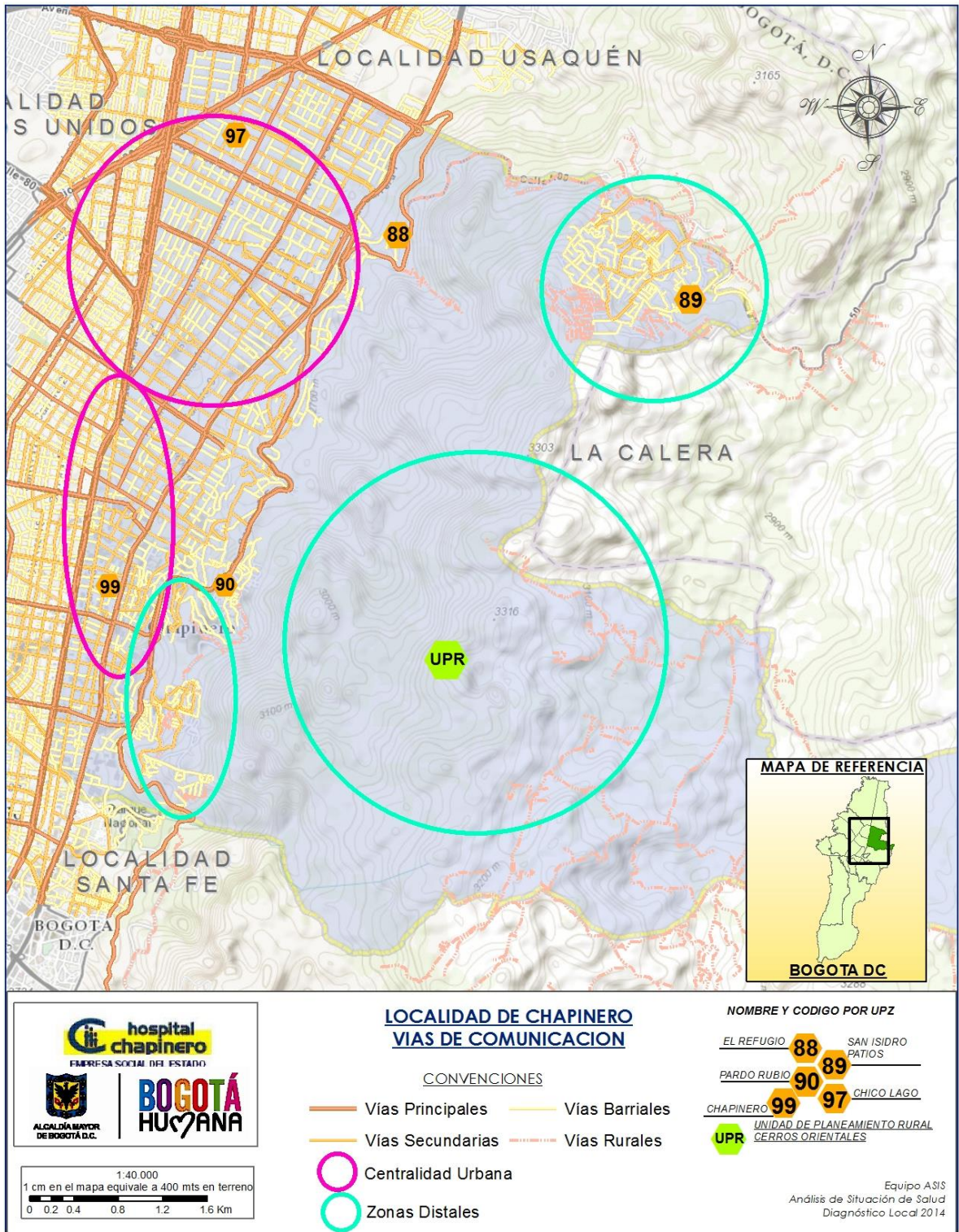
Este contraste de accesibilidad geográfica tan marcado al interior de la localidad donde encontramos zonas con mayor o menor densidad de servicios se debe principalmente a la configuración del uso del suelo, al diseño vial y a los medios de transporte colectivo que no alcanzan a satisfacer las necesidades de movilidad de toda la población. Es por ello que cualquier mejora en la movilidad vial de la localidad

debe enfocarse a la descentralización de los grandes núcleos de servicios urbanos, al mejoramiento en la malla vial de la localidad y aumento en la capacidad de transporte público colectivo.

De acuerdo con cifras del Plan Maestro de Movilidad para Bogotá DC, el promedio de distancias recorridas de la población de chapinero hacia centros de trabajo, de estudio y de comercio varía entre 5 y 7 km ubicándose entre las más bajas del distrito en comparación con localidades como Bosa, Tunjuelito, San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar donde las distancias recorridas varían entre 12 y 18 km (23).

Junto a las localidades de Teusaquillo y Puente Aranda, Chapinero presenta el uno de los mayores índices de espacio público total por habitante en metros cuadrados 33,2. Así mismo, es de las localidades con mayor cantidad de espacio público verde urbano 11,01. (24). No obstante, la calidad de vida y de vivienda saludable con respecto al espacio difiere dentro de la misma localidad entre sus UPZ.

Mapa 3 Accesibilidad Geográfica localidad Chapinero año 2014



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

4.1.5 Servicios Públicos y Calidad de Vivienda

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.

Chapinero es la localidad con el índice de mejor condición de vida 96,6 (25). Registra los mayores puntajes en cada factor: acceso y calidad de servicios 27,4; educación y capital humano 38,1; tamaño y composición del hogar 19,4; y Calidad de la vivienda 12,6. Los valores máximos de los factores según las ponderaciones de las variables son: Acceso y calidad de los servicios: 27,42; educación y capital humano: 39,43; tamaño y composición del hogar: 20,25 y calidad de la vivienda: 12,90 (26); se ha mantenido en los años (21). Sin embargo, el porcentaje de hogares que piensan que su situación actual de vida es PEOR con respecto al que tenían 5 años atrás ha aumentado de 8% en 2011 a 9% en 2014 (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 Chapinero 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).

Chapinero 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 65,7% incremento respecto al año 2011 que se tenía un 64,3%; 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) (21).

Si bien la cobertura del servicio público domiciliario de energía eléctrica fue de alrededor del 99% 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%. Chapinero fue de las Localidades con mayores porcentajes de hogares con este problema en 2014 (21,8%) junto a Usme (42%) y Teusaquillo (20,8%) (21).

En 2014, los hogares de la localidad de Chapinero fueron los que, en promedio, gastaron más dinero en el pago de servicios (\$248.012), comparados con el resto de hogares de las demás localidades (21).

Por otro lado, los hogares en Bogotá bajaron su cobertura en el servicio de telefonía fija desde 2011 (70%) a 2014 (61%). Chapinero es una de las localidades donde se encuentran los hogares que más bajaron la cobertura en este servicio desde 2011 a 2014 en compañía de Localidades como Usme, Los Mártires y Santafé. Empero, por su parte, Chapinero fue de las localidades con mayor cobertura de internet (80,2%) junto a Teusaquillo (84,9%). (21).

Sobre el suelo rural de la Localidad de Chapinero no se encuentra identificado ningún centro poblado o asentamiento menor, esto se debe a que la mayor parte del suelo en la zona rural hace parte de la estructura de protección de la ciudad, y los habitantes de la vereda el Verjón Bajo reconocen una proximidad relativa a su zona urbana, por esto no se han configurado un centro poblado o asentamiento menor (20).

En el área rural de Chapinero no existen acueductos veredales por lo que el servicio destinado a ello está basado en la explotación de aguas subterráneas a partir de pozos profundos y aljibes, así como la recolección de agua mediante mangueras de las quebradas existentes de las aguas lluvias o en el mejor de los casos la compra de agua de carro tanques que vienen de Bogotá y la Calera. En las partes altas de los cerros orientales, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - EAAB tiene construido tanques para abastecimiento de agua potable del sector: Tanque Paraíso II y Estación de Bombeo con capacidad de 900 M3 ubicado en diagonal 43 con 3 este; Tanque Paraíso III y Estación de Bombeo capacidad 91M3 en la calle 51 con avenida circunvalar; Tanque El Silencio y estructura de control con capacidad de 30.000 M3 calle 33 por avenida circunvalar (28).

La cobertura de servicio de acueducto en cada una de las veredas de Chapinero es en el área Forestal 2 23.38%; Parque museo el Parque 75.38%; Verjón Bajo 30.09% (20). En la parte de alcantarillados pluviales construidos, no existen redes para el manejo de las aguas lluvias, la mayoría de estas aguas son manejadas mediante cunetas de drenaje y vallados de conducción.

En cuanto al alcantarillado sanitario, el 87.56% de la población (197 habitantes) utiliza el pozo séptico como medio para la disposición o vertimiento de las aguas residuales (20). La cobertura de servicio de alcantarillado en cada una de las veredas de Chapinero es, en el área Forestal 2; 22.50%, Parque museo el Parque 52.54%, Verjón Bajo 00,0%. En cuanto a la cobertura de servicios de recolección de residuos sólidos en cada una de las veredas de Chapinero, en la actualidad tiene una cobertura de 62.40% servicio operado al 2010 por el operador Aseo Capital (28).

Los servicios de energía y alumbrado público tienen un cubrimiento de la mayor parte del área rural por parte de Codensa SA ESP. Sin embargo, las áreas de influencia de las redes no son las mismas para todas las veredas de la Localidad; varios de los habitantes prefieren la leña o el gas de cilindro para cocinar (28). La cobertura del servicio de energía en cada una de las veredas de Chapinero es: en el área Forestal 2, 22.50%; Parque museo el Parque 76.27%; Verjón Bajo 41.38% (20).

Mediante investigación efectuada por la empresa de gas natural, mediante la oficina de planeación de Red y Gestión Cartográfica, se logró determinar que la expansión de redes de gas construidas y proyectadas, llega hasta el perímetro urbano de la ciudad, por lo tanto en la zona rural no existen redes construidas ni proyectadas (20).

4.1.6 Cultura y Espacio Público

Al igual que la cobertura de servicios públicos, los equipamientos culturales se concentran en su totalidad en las áreas urbanas. Culturalmente la Localidad de Chapinero presenta una identidad multicultural por ser un epicentro importante comercial, de servicios, financiero, turístico y urbanístico que le imprime un carácter particular donde confluye una mezcla tradicional de la Bogotá antigua, especialmente en sus barrios fundadores, con los sectores más modernos producto del crecimiento financiero, comercial y educativo. Chapinero es uno de los sectores que ha sido declarado por el distrito como zona de Interés Cultural de la ciudad. Entre sus atractivos culturales se destacan el Museo del Chicó, la Plaza-Parque y la Iglesia de Nuestra Señora de Lourdes, centro de la localidad y la Iglesia de la Porciúncula. Así mismo se localizan zonas destinadas a la recreación, el esparcimiento social, gastronomía local y extranjera, centros comerciales y una gran oferta hotelera, visitadas por propios y turistas.

Según el Plan Maestro de Equipamientos Culturales, La localidad de Chapinero cuenta con aproximadamente el 20% de la oferta cultural institucional del distrito, seguido de las localidades s de Santa Fe, Teusaquillo y La Candelaria; La UPZ Chicó Lago concentra el 10.6%, la UPZ Chapinero el 5.5% y la UPZ El Refugio el 3%. Paradójicamente, en la localidad existen una UPZ que no cuentan con ningún tipo de equipamiento más allá de los salones comunales y el colegio que es la UPZ San Isidro además de la UPR El Verjón Bajo. El tipo de equipamiento que más tiene la localidad son galerías de arte, seguida de salas de cine, centros culturales, bibliotecas y auditorios y en su mayoría tienen una connotación zonal, metropolitana y nacional; sin embargo tienen un uso menos eficiente (entre el 10 y el 15%) debido a las distancias que hace que entre semana no tenga el uso adecuado. Las UPZ Chicó Lago y Refugio, según el POT y el Plan Maestro de Equipamientos Culturales

es el nodo cultural a escala distrital de la centralidad de integración nacional e internacional como potenciación de la zona para industria cultural. La centralidad de integración urbana estará en la UPZ Chapinero con ordenamiento y regularización de la actividad cultural (29).

En la localidad hay tres parques verdes importantes como espacios destinados a la recreación y el deporte. Entre ellos se encuentran el Parque El Virrey, el Parque Sucre o de los Hippies y el de la Academia Luis A. Calvo. Además comparte con Santafé, el Parque Nacional Enrique Olaya Herrera, el más tradicional del país, desde la llegada a la Avenida 39. Otras zonas verdes o puntos de interés deportivo importantes son el célebre Alto del Cable en los Cerros, Club de Suboficiales de la FAC, el América Tenis Club (donde juega el equipo nacional de Copa Davis) y la sede administrativa del equipo de fútbol de primera división, Millonarios.

Existen dos categorías de parques en la localidad, los urbanos a escala distrital y los zonales utilizados principalmente por vecinos cercanos. Entre los urbanos se encuentran el parque CL 60 (CL 60 con KR 7ª) donde históricamente nació Chapinero, con sus carruajes y visitantes de alcurnia; en los años sesenta fue el núcleo y símbolo de comercio y prosperidad. El Parque de la 93 (CL 93 con KR 12) es el escenario de los eventos culturales más importantes; se encuentra arborizado con urapanes, cauchos sabaneros y palmas de cera, y en su marco se encuentran excelentes restaurantes y sitios nocturnos para el esparcimiento. El Parque de Lourdes (CL 63 KR 11) destinado a la recreación pasiva, eventos culturales, música, teatro y otros eventos culturales de expresión popular. Finalmente, el Parque El Retiro (AV 82 KR 9ª) remodelado por la asociación vecinal del barrio en la que figura entre otras el Liceo Cervantes, el Gun Club, el Club de Bridge, el Centro Comercial Andino; dicho parque se encuentra el busto de Miguel de Cervantes Saavedra.

Entre los parques zonales se encuentran el Parque Central Hippies (CL 60 KR 7ª); el Parque Las Moyas Ubicado en el sector de San Luis el cual hace parte de la reserva forestal de los Cerros Orientales; y el parque natural sobre la vía al municipio de La Calera.

4.2 Aspectos Socioeconómicos

La estratificación socioeconómica es una herramienta para categorizar las residencias según sus características y condiciones económicas. El estrato 1 refleja las condiciones más precarias de vivienda y el estrato seis las condiciones más cómodas de vivienda. Cuando un predio no tiene estrato es porque su función no es residencial y se trata de industria comercio o dotacional.

La localidad Chapinero es una de las localidades con mayor heterogeneidad de la Ciudad, prueba de ello es la estratificación socioeconómica en donde se observa

que la mayor proporción de habitantes se ubica en estrato 6- alto (35%), seguido de estrato 4- medio (31,7%) y estrato 2- bajo con el 14,3%. Muy diferente al comportamiento de la ciudad en donde en el año 2011 el 39,4% de la población bogotana se encuentra ubicada en el estrato 2 bajo, el 35,7% en el estrato 3 - medio-bajo, el 9,5% en el 4 - medio, el 9,4% en el 1 – bajo - bajo, 2,6% en el 5 - medio-alto, 1,7% en el 6 - alto y 1,6% no tiene estrato (16).

Estrato alto. De las 46.760 personas que se encuentran en este estrato socioeconómico, el 60,9% se ubica en la unidad de planeamiento zonal de El Refugio y el 3,1% en Chicó Lago.

Estrato medio – alto. Las UPZ de Chicó Lago (60,2%), Pardo Rubio (23,7%), y El Refugio (15,8%) agrupan el 99,8% del total (12.879 personas) de este estrato.

Estrato medio. La población en este estrato (42.379 habitantes) está concentrada principalmente en las unidades de planeamiento zonal de Pardo Rubio con el 63,7% y Chapinero con el 30,9%.

Estrato medio – bajo. El 94,4% de las personas de la localidad pertenecientes a este estrato socioeconómico se encuentra en la unidad de planeamiento zonal de Chapinero

Estrato bajo. La población de la localidad en este estrato fue de 19.087 personas, de las cuales el 92% se encuentra en San Isidro Patios.

Estrato bajo – bajo. De las 4.893 personas que lo componen, el 89,8% se encuentra en Pardo Rubio y el 8,2% en Chapinero. Sin estrato. De las 1.069 personas sin estratificar, el 50,5% se encuentra en la UPZ El Refugio y el 38,7% en Pardo Rubio.

Para la localidad de Chapinero el estrato se puede considerar como un factor protector para aquellos que se encuentran del estrato 4 o superior al asociarlo con el acceso a servicios de salud como tratamientos o terapias no incluidas en el sistema; también mejora el acceso a alimentos, educación, vivienda con características de calidad apropiadas y suplencia de las necesidades básicas. Sin embargo esté no cubre al 100% de la población y en aquellos que se encuentran en estrato 3-medio Bajo o menor tienen un acceso muy limitado o nulo a algunos servicios.

Esto último influye en la salud de las personas de estrato 3 (medio Bajo) o menor porque se constituye como un determinante estructural, teniendo en cuenta que las inequidades causadas por la división social que definen la posición socioeconómica dentro de las jerarquías de poder y prestigio afectan directamente el acceso a los recursos lo cual afecta a los individuos y sus necesidades básicas.

4.2.1 Necesidades básicas insatisfechas

Bogotá en 2014 contó con 2.437.996 hogares que habitaban en 2.381.129 viviendas, lo que mostró una relación de 1,03 hogares por vivienda. En la localidad de Chapinero para el año 2011 habían 58,382 viviendas y 58,710 hogares, es decir un hogar por vivienda y un promedio de 2.27 personas por hogar; para el año 2014 se mantiene la misma razón de un hogar por vivienda al contar con 64,860 viviendas y 65,343 hogares, con un promedio de 2.12 personas por hogar. Las localidades con mayor porcentaje de apartamentos en 2014 fueron las de Chapinero y Usaquén.

A pesar de lo anterior, es menester resaltar los hogares de un solo miembro que, aunque en 2014 siguieron siendo la minoría en Bogotá (14,15%), éstos aumentaron con respecto a 2011, principalmente en el estrato 6, en la localidad de Chapinero al pasar de 35,2% en 2011 a 40,8% de hogares con un solo miembro en 2014. Sumado a lo expuesto, en la Localidad hay un 43% de hogares con Jefatura femenina.

En Bogotá, el porcentaje de hogares propietarios en el 2014 se redujo y los hogares arrendatarios se incrementaron en todos los estratos. Para el caso específico en Chapinero la proporción de hogares viviendo en arriendo paso de 37,1 en 2011 a 44,1 en 2014. Esto se debió en gran parte al flujo migratorio de un gran número de hogares que buscaron mejorar vivienda o localización en estratos altos. (21).

Los hogares que se encuentran en pobreza por presentar una o más condiciones de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son 305 equivalentes al 0.5%, en comparación con las demás localidades tiene el porcentaje más bajo. Bogotá tiene 82195 hogares en pobreza equivalentes al 3.8%. En esta localidad no hay hogares en miseria. Por déficit cuantitativo de vivienda por localidad, Chapinero tiene el puntaje más bajo con 0,9 (aunque aumento en comparación al año 2011 cuyo puntaje era 0,7) (21).

Tabla 1 Hogares con necesidades básicas insatisfechas. Localidad de Chapinero vs Bogotá. Año 2011

Hogares con NBI	Chapinero		Bogotá	
	No. Personas	%	No. Personas	%
Total hogares	58.710	100	2.185.874	100
Hogares con vivienda inadecuada	129	0.2%	9374	0.4%
Hogares con hacinamiento crítico	130	0.2%	33869	1.6%
Hogares con servicios inadecuados	0	0	3779	0.2%
Hogares con inasistencia escolar entre 7 y 11 años	0	0	7627	0.4%
Hogares con alta dependencia económica	45	0.1%	32234	1.5%

Fuente: DANE – SDP, Encuesta Multipropósito para Bogotá. Año 2011

Respecto del Indicador de Necesidades básicas Insatisfechas - NBI, los resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 revelaron que las localidades que presentaron mayor porcentaje de pobreza por NBI fueron Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Bosa. La Localidad de Chapinero registró que el 1,3% se encuentran en pobreza por NBI. 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 Chapinero (0,6% en 2011 a 1,0% en 2014) al igual que los niveles de pobreza por NBI junto a Localidades como Santafé, Fontibón y Antonio Nariño: se encontró un aumento al pasar de 0,2% en 2011 a 1,0% en 2014 de alta dependencia económica así como de pobres por NBI de 1,3% a 2,4% para los mismos años (21).

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, infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales y desnutrición entre otras., puesto que los ingresos influyen en los tipos de alimentación, hábitos y cuidados en salud.

4.2.2 Nivel de ingreso

Según la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, las personas pobres por ingresos en la localidad de Chapinero representaron el 5,3% (3899 personas), considerándose la cifra más baja del Distrito, cuyo porcentaje estaba en 920.175 (17.3%). Así mismo el porcentaje de personas en indigencia por ingresos es de 12.503 (2.5%), mientras para Bogotá es de 419.706 (4%) (30) (16). Para el año 2014, se apreció que en Chapinero fue donde mayor cantidad de pobres extremos había (6,1%), a diferencia de Teusaquillo (3,5%), que fue donde menos se presentaron. El total de pobres para este año fue de 12.567 equivalentes al 9,1% de la población (21).

A pesar de estar en los puntajes bajos, la Localidad tiene una población numerosa de hogares que no cuenta con los mínimos de satisfacción de lo básico de la canasta de alimentos y su costo, cuyo contenido calórico y proteico es necesario para el funcionamiento biológico diario.

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 que permite en cierta manera comprender la existencia de hogares pobres.

En la localidad de Chapinero se tiene un coeficiente de Gini de 0,58, demostrando una desigualdad en los ingresos como población. Se entiende que la riqueza de la ciudad está en la libertad que tengan las poblaciones para desarrollarse libremente; empero, el problema en la ciudad y sobretodo en la localidad de Chapinero está en la repartición de territorios, como nos lo demuestra el alto índice de NBI de 2428 personas en condición de hacinamiento crítico, una de las principales problemáticas y origen de la desigualdad social, pues el acceso a territorio representa el acceso a la renta que este produce. Mientras estas condiciones inequitativas de territorio se mantengan el índice de GINI difícilmente se aproximara más al cero.

4.2.3 Segregación residencial

De acuerdo con el estudio de Segregación Socioeconómica en el Espacio Urbano adelantado en el 2013 por la Universidad Nacional de Colombia y la Secretaría Distrital de Planeación, aunque en Bogotá la segregación social se ha incrementado y la diferencia de ingresos en los hogares entre localidades es significativa, Chapinero es de las Localidades con mejores resultados: Índice Integrado de Segregación General para 2013 en Chapinero fue de 26.730.918, lo que implica que el valor monetario de los bienes y servicios públicos es casi dos veces más que otras localidades como Bosa (31).

La localización de los hogares más segregados se encuentra en los estratos 1 (UPZ Pardo Rubio) y 2 (UPZ Pardo Rubio y San Isidro Patios). Aunque es una de las mejores en el distrito, el conjunto de externalidades como el manejo inadecuado de basuras, la inseguridad o el tipo y calidad de las vías incide en el precio de las viviendas, afectando la población residente de los lugares vulnerables “los vecindarios más afectados, de manera negativa, por la calidad de las vías son los que están clasificados en estrato 1 y 2” (31). La UPZ con mayores índices de segregación en estratos medios altos se localizan en la UPZ el Refugio 37.417.355; en sentido estricto, en estos vecindarios el Índice Integrado de Segregación representa un índice de calidad de vida favorable. (31).

Para entender y complementar lo anterior, es menester considerar la inequidad social a partir de la ocupación territorial resulta útil conocer el nivel de segregación residencial-ISR que para la localidad en el 2007 era de 13,1 aumento en el 2011 a 17,6 lo que evidencia que el problema ha aumentado. La estratificación ha llevado al aumento del ISR, siendo Chapinero la localidad con un ingreso por hogar de 4,64 con relación al ingreso de todo Bogotá, pero aun así con la contradicción de tener una alta tasa de familias en condiciones de hacinamiento crítico, lo que nos hace

concluir que dentro de la localidad la inequidad es muy alta y que en las UPZ con mayor índice de NBI, como San Isidro Patios o Pardo Rubio, no se refleje ese alto ingreso por hogar que dice la localidad.

La segregación social se puede evitar mejorando las condiciones de bienestar con relación a la buena alimentación, las oportunidades educativas, la prevención frente a factores de riesgo, el acceso a servicios institucionales de salud y cultura y de servicios públicos, y en el desarrollo productivo de los habitantes de las localidades de Bogotá (16).

La localidad de Chapinero ha comprometido durante la vigencia 2013 del Plan la suma de \$11.693 millones. La mayor proporción de recursos de inversión que se comprometieron corresponde al eje: Un territorio que enfrenta el cambio climático con \$6.056 millones (52%), seguido de Una ciudad que supera la segregación con \$3.513 millones (30%) y el eje Una Bogotá que defiende y fortalece lo público con \$2.125 millones (18%) (32).

En 2012, Chapinero fue la localidad con mejor ejecución de los gastos girados y pagados, en contraste con las demás localidades de Bogotá. A pesar del aparente buen resultado, vale la pena destacar que este indicador apenas alcanzó el 67,2%. En el periodo entre 2011 y 2012 hubo un incremento de casi 20 puntos en la ejecución de la localidad, un incremento apenas superado por Tunjuelito (33).

4.2.4 Nivel de endeudamiento censo empresarial

De acuerdo al Censo empresarial los ingresos mensuales por concepto de ventas de las unidades productivas de Chapinero son muy variados y están relacionados con el tamaño de las empresas “El 20% de las unidades productivas de Chapinero reciben más de \$20 millones al mes por concepto de ventas, mientras que el 11% recibe mensualmente entre \$100 mil y \$1 millón. Existe un amplio porcentaje de unidades productivas que reciben ingresos entre \$2 millones y \$10 millones, 31%. El porcentaje de unidades productivas con ingresos mensuales inferiores a los \$100 mil es bajo, 2%, que por lo general son microestablecimientos con baja capacidad de mercado” (34).

El estudio afirma que el 87% de las unidades productivas que solicitaron préstamos lo hicieron a los bancos y el nivel de aprobación de créditos, respecto a las solicitudes presentadas, es alto puesto que en general supera el 92% entre las entidades del sector privado. “Sólo en los casos de entidades del gobierno y la banca internacional el nivel de aprobación es un poco más bajo”. Por otro lado, las causas de negación del crédito yacen en no contar con garantías reales y no demostrar capacidad de endeudamiento, por lo que las microempresas son las más afectadas “El no tener codeudores, no demostrar factibilidad del proyecto de

inversión y no tener legalizada la empresa, son los factores que afectan al 100% de este tipo de unidades productivas”. (34).

4.2.5 Cobertura de salud, educación, ocupación, y desempleo

Por su parte, 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. En el caso particular de Chapinero las personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud paso de 6.428 (4,8%) en el año 2011 a 6.177 (4,5%) en el 2014; mientras que 126.824 personas (95,0%) estaban afiliadas en 2011, 131.674 personas (95,1%) estaban afiliadas en 2014. Aproximadamente 566 personas (0,4%) no sabían o no informaron si estaba afiliado.

Se evidencia una baja en el sistema de afiliación contributivo al pasar de 112.667 personas (88,8%) en el 2011 a 108.217 (82,2%) usuarios en 2014. Así mismo, los regímenes especiales descendieron de 3,1% a 2,1%. Por lo tanto, es relevante mencionar la duplicación de personas afiliadas al régimen subsidiado que pasó de 9.047 personas (7,1%) en el 2011 a 19.296 usuarios (14,7%) en 2014.

En cuanto a la educación, la población en edad escolar en Chapinero va disminuyendo como consecuencia de los bajos índices de fecundidad, aun así Chapinero es un centro de aglomeración educativo dentro de Bogotá por lo que tiene un gran equipamiento en el área. Para el año 2012 se contaba con una tasa global por encima del 100% en todas las edades escolares a partir de la primaria.

Tabla 2 Tasa de Cobertura Bruta y Nivel Educativo 2012

Nivel	PEE-DANE	BOGOTA	CHAPINERO
	2012	2012	2012
Preescolar(Transición o grado 0)	5 años	83,30%	78,60%
Primaria	6 a 10 años	97,20%	108,50%
Secundaria	11 a 14 años	107,80%	114,20%
Media	15 a 16 años	88,30%	101,80%
Tasa Global Bruta	5 a 16 años	99,30%	106,80%
Secundaria y Media	11 a 16 años	101,20%	109,50%

Fuente: Matricula oficial - Sistema de Matriculas - Censo C600 Imputada Población- Proyección DANE- Calculo SED - Oficina asesora de Planeación - Grupo de Análisis Sectorial.

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).

En Chapinero había para 2014 120.862 personas de 15 años o más, de estas el 99,4% sabían leer y escribir 46,0% fueron hombres y 54,0% mujeres. Hay una disminución en la asistencia escolar de la población de 5 años y más, en todos los grupos de edad. Ello obedece a la dinámica de crecimiento poblacional.

Se evidencia que la Localidad de Chapinero 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. Se cuenta para el año 2013 una población en edad escolar de 5 a 16 años de 15297 personas, de las más bajas en participación respecto al distrito; el comportamiento de la demanda en el sector educativo oficial presenta una reducción entre los años 2009 y 2013 Chapinero (29,48%) (36).

La eficiencia del sistema educativo se mide con las tasas de deserción y repetición de los estudiantes matriculados. En la localidad la deserción se duplicó entre 2008 y 2010 y volvió a bajar en 2011, aunque sigue estando por encima de la tasa de deserción de Bogotá. Al comparar por localidades, la tasa de deserción de Chapinero es la novena más alta de la ciudad y está 1% por encima de la tasa de Bogotá. Chapinero tiene la segunda tasa de repetición en colegios oficiales más alta de Bogotá, ubicada en 12,6%, tan solo superada por La Candelaria. (33).

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 Chapinero es de 119.792 personas (37).

Tabla 3 Principales indicadores del Mercado Laboral Chapinero 2011

Población	Población en edad de Trabajar (PET)	Población económicamente activa (PEA)		Población Inactiva		Tasa Global de Participación (TGP)	Ocupados		Tasa de Ocupación (TO)	Desocupados		Tasa de Desempleo (TD)
		Total	%	Total	%		Total	%		Total	%	
Distrito Capital	6,026,921	3,823,573		2,203,348		63,4%	3,494,706		58,0%	328,867		8,6
Localidad Chapinero	119,792	79,598	208,2%	40,194	1,8%	66,4%	76,044	2,2%	63,5%	3,554	1,1%	4,5

Fuente: DANE - SDP Encuesta Multipropósito para Bogotá- 2011

La Población Económicamente Activa en Chapinero fue de 79.598 personas, la población ocupada es de 76,044 frente a 3.554 personas desocupadas. Chapinero

es una de las mayores tasas de ocupación que se registran junto con Kennedy y Santa Fe. Según la encuesta multipropósito 2011 se encontró mayores proporciones de población ocupada con 51 años y más en la Localidad de Chapinero (38). “En Chapinero se concentra buena parte de la actividad empresarial de Bogotá. Según la alcaldía local, el PIB de la localidad concentra el 51% del total de Bogotá². En ese sentido, la localidad tiene la tasa de desempleo más baja de toda Bogotá, situada en 4,5% para el 2011, esta es casi la mitad de la tasa de desempleo registrada para ese mismo año en la ciudad” (33).

De igual manera, el desempleo en jefes de hogar o personas que sostienen los ingresos de las familias, se situó por debajo de la media de Bogotá y presentó el dato más bajo por localidades en toda la ciudad con apenas 2,6% en 2011. Sin embargo, es menester considerar para este análisis los aspectos demográficos en la población económicamente activa y la estructura poblacional de las edades adultas.

4.3 Características demográficas.

El conocimiento demográfico resulta ser 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. Especialmente, dado el proceso histórico de construcción espacial de Chapinero, las dimensiones que se abordan en este apartado abarcan el estado y dinámica de la población teniendo en cuenta su tamaño, su composición de acuerdo a diferentes variables como sexo y edad, actividad económica; así como variables de la dinámica como natalidad y fecundidad, envejecimiento, que permite caracterizar la población de la Localidad.

4.3.1 Densidad poblacional.

El número de habitantes en Chapinero fue de 137.281 aproximadamente que representa el 2% de los habitantes del Distrito Capital según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y la Secretaria Distrital de Planeación – SDP para el año 2014 (37); con crecimiento exponencial de 1,21 entre los años 2011 y 2014. De estos habitantes, 134.846 viven en la zona urbana, es decir, que la densidad urbana de la localidad es de 116,3 habitantes por hectárea. (21)

Chapinero es la décima localidad con mayor densidad poblacional después de localidades como Antonio Nariño, Engativá, Bosa, Kennedy y Rafael Uribe, las cuales sobrepasan los 200 habitantes por hectárea (16). La alta densidad de Chapinero causada en parte por la población flotante, la cual aumenta aproximadamente a 500.000 personas y cuya densidad aumentaría a 380 hab/ha, convertiría la localidad en la más densa del Distrito, es un factor que aumenta el

riesgo de enfermedades infecciosas y brotes transmitidos por agua, alimentos, aire, todo tipo de desechos y residuos que conlleva a la proliferación de bacterias, roedores e insectos.

Tabla 4 Densidad poblacional por UPZ localidad de Chapinero - habitantes por hectáreas 2014

Código	UPZ	Población	Área en hectáreas	Densidad de población	Uso de suelo
88	El Refugio	31289	336	93,1	Residencial cualificado
89	San Isidro Patios	19842	113	175,6	Residencial urbanización incompleta
90	Pardo Rubio	40829	285,2	143,2	Residencial consolidado
97	Chico Lago	25038	422,4	59,3	Comerciales
99	Chapinero	19969	159,3	125,4	Comerciales
UPR	Verjón	314			
	Total	137281	1315,9	104,3	

Fuente: DANE. Censo general 2005. DANE – SDP. Proyecciones de población según localidad, 2006 – 2015. Tipos de unidades de planeamiento zonal UPZ

En cuanto a extensión la UPZ Chico Lago mantiene el primer lugar seguida de la UPZ el Refugio y UPZ Pardo Rubio. Sin embargo, la UPZ con mayor densidad poblacional la lidera San Isidro Patios concentrando 169,3 habitantes por hectárea, seguida de la UPZ Pardo Rubio que concentra 140,9 habitantes por hectárea.

Por otra parte, la densidad poblacional de Chapinero en el área rural de está conformada por la Vereda el Verjón Bajo, está localizada en los cerros nororientales y ocupa el 68% del territorio de la localidad de Chapinero. Su densidad poblacional es baja debido a que gran parte de esta zona son reservas naturales pertenecientes a los cerros orientales de Bogotá que no pueden ser habitadas debido a políticas ambientales. Este territorio limita por el norte con el municipio de La Calera; por el oriente con el municipio de Choachi el páramo de Cruz Verde, y por el sur con el Río del Arzobispo y la vereda del Verjón de la localidad de Santa Fe (39).

4.3.2 Estructura de la población por sexo y edad

A través del tiempo, al igual que en su aspecto límite-administrativa, la población de Chapinero tiende a reducir su ritmo de crecimiento, lo que implica transformaciones en los diferentes grupos de edad, especialmente los que se encuentra en los extremos: población infantil y vejez.

Según las proyecciones de población a 2015, en Chapinero hay un total de 64.164 hombres (47%) y 73.117 Mujeres (53%). La proporción de hombres por mujeres en

la Localidad para el 2013 fue que por cada cien mujeres hay 87,75 hombres (37); lo que representa al género femenino como predominante. Chapinero, junto a otras Localidades como Rafael Uribe Uribe, Fontibón y Bosa presentaron índices de masculinidad en menores de cinco años entre 103 y 105, muy similares a los niveles de la razón de masculinidad al nacer¹. (21).

De igual manera, cabe destacar la reducción en la participación de la población menor a 14 años dentro del total, al pasar del 15,6% en el 2005 a 12,5% en el 2015, mientras que la población de 65 años y más ha incrementado su participación al pasar de un 9,5% en 2005 a 12,7% en el 2015 (16).

Tabla 5 Población por sexo y UPZ. Localidad Chapinero 2014

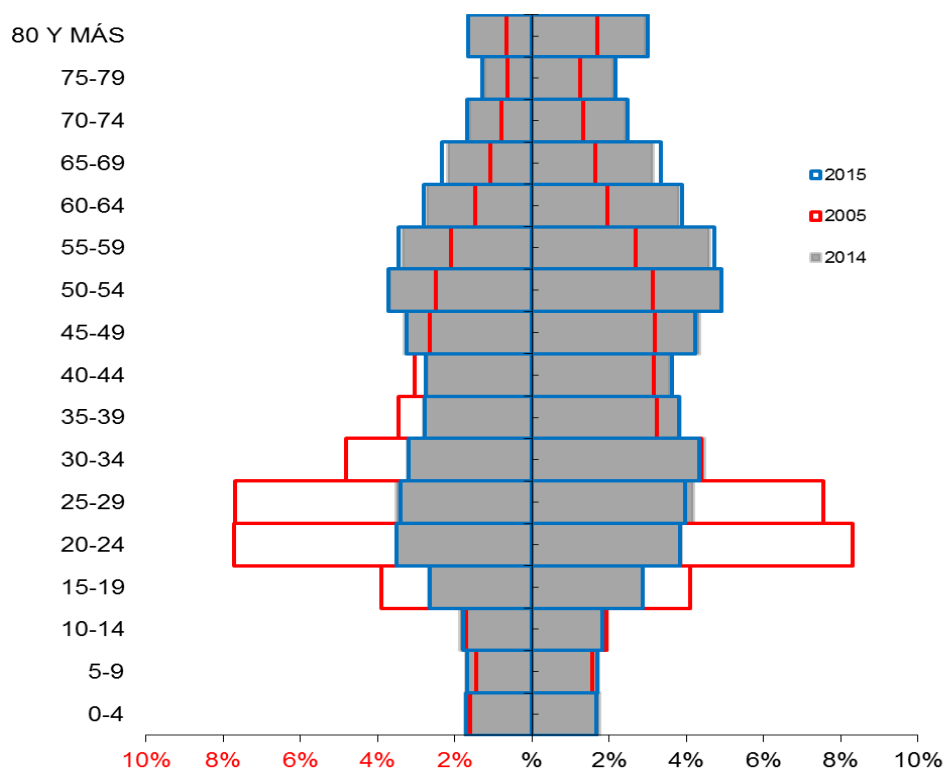
CÓDIGO	UPZ	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
88	El Refugio	12.973	18.316	31.289
89	San Isidro Patios	10.194	9.648	19.842
90	Pardo Rubio	20.144	20.685	40.829
97	Chicó Lago	10.910	14.128	25.038
99	Chapinero	9.777	10.192	19.969
902	Rural	166	148	314
Total Localidad Chapinero		64.164	73.117	137.281

Fuente: DANE. Censo general 2005. DANE – SDP. Proyecciones de población según localidad, 2006 – 2015

La esperanza de vida por su parte se estimó para la Localidad de Chapinero alrededor de 77,9 años de vida. En los hombres de la localidad la esperanza de vida es de 74,7 años y para las mujeres es de 81,3 años. Tanto para Bogotá como para la localidad la esperanza de vida es mayor en mujeres que en hombres (16).

¹ si la razón de masculinidad al nacer oscila entre 103 y 105 niños por cada 100 niñas, cuando el índice se encuentra muy por debajo de 103 puede estar indicando una mayor mortalidad en niños. De manera análoga, índices muy por encima de 105, en este grupo de edad, indicarían mayor mortalidad de niñas, lo que resultaría inesperado, ya que en términos generales la mortalidad masculina es mayor que la femenina.

Gráfica 1 Pirámide Poblacional Localidad Chapinero 2014



Fuente: Proyecciones de población 2005 – 2015 DANE – SDP

La pirámide de Población de la Localidad de Chapinero muestra un descenso de fecundidad, evidenciada en la tasa global de fecundidad que se encuentra en 1,19 hijos por mujer en su tiempo fértil, y natalidad con un promedio de 2 hijos por mujer; lo que conlleva un estrechamiento en la base.

Al parecer lo que de alguna forma asegura la reproducción biológica y cultural de la Localidad que pareciera estar amenazada con el comportamiento demográfico. Una fecundidad adecuada representa el recurso y el tamaño ideal de un hogar, el rol económico de los hijos, la supervivencia del grupo y el bienestar general. En Chapinero nacieron durante el año 2013 alrededor de 12,27 niños, es decir, un índice muy bajo de nacimientos que podría resultar cambios drásticos para la Localidad en términos sociales y económicos.

La disminución de la población infantil obedece a los cambios generacionales y la heterogeneidad de las situaciones que hacen reflexionar a las mujeres sobre la factibilidad de un hijo. Mucho de esta mentalidad obedece en parte a las políticas de salud sexual y reproductiva la cual ha buscado un manejo responsable de la sexualidad.

Por su parte, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, es decir, una sólida población económicamente activa. Sin embargo, a medida que se avanza en el tiempo, se evidencia un proceso de envejecimiento que para el año 2014 el índice represento que por cada cien niños y jóvenes menores de 15 años hay 95,11 personas mayores de 65 años (37), 13 personas más si se compara con el año 2011 (82%) (30). Dicho proceso se encuentra acentuado y representado en la población mayor que reflejado en el índice de vejez para el 2014, de cada 100 personas, 12,24 residentes tenían 65 años y más (37); lo que implica una gran dependencia de estos habitantes puesto que el índice de dependencia de la vejez para el 2014 de cada 100 personas de 15 a 64 años hubo 16,34 personas con más de 60 años (37).

Por otro lado, otra dependencia en auge se encuentra representada en la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años, es decir, una dependencia infantil que afirma que por cada 100 personas de 15 a 64 años hubo 17,18 personas menores de 15 años (37). Se entiende un poco más la situación de dependencia al identificar el índice de Frizz la cual representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años: Cuando el Índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a los 60 se considera una población envejecida; para el 2013 el Índice de Frizz de la Localidad fue de 67 lo que indica población madura (37).

En cuanto a la diversidad sexual la localidad es, junto a con Bosa con un 96% y la Candelaria con un 97%, uno de los territorios con menor proporción de heterosexuales con un 98%; en la localidad de Chapinero un 1,68% de su población fue homosexual, y un 0,38% bisexual (21).

En síntesis la población de Chapinero cuenta con un grupo de adultos económicamente activo que han empezado a formar hogares reduciendo el número de hijos y una cantidad de adultos mayores con una larga esperanza de vida que demanda políticas de inclusión y bienestar. El aumento de estos indicadores conduce a una mayor inversión en salud y seguridad social ya que estos ciclos vitales están asociados a la dificultad o pérdida de capacidades fisiológicas relacionadas con la reproducción materias de la familia y comunidad; se considera deben estar fuera del mercado laboral

4.4 Priorización UPZ críticas

A partir de los datos anteriormente descritos desde los aspectos territoriales, sociales, económicos y demográficos, se realizó la priorización de tres UPZ a través

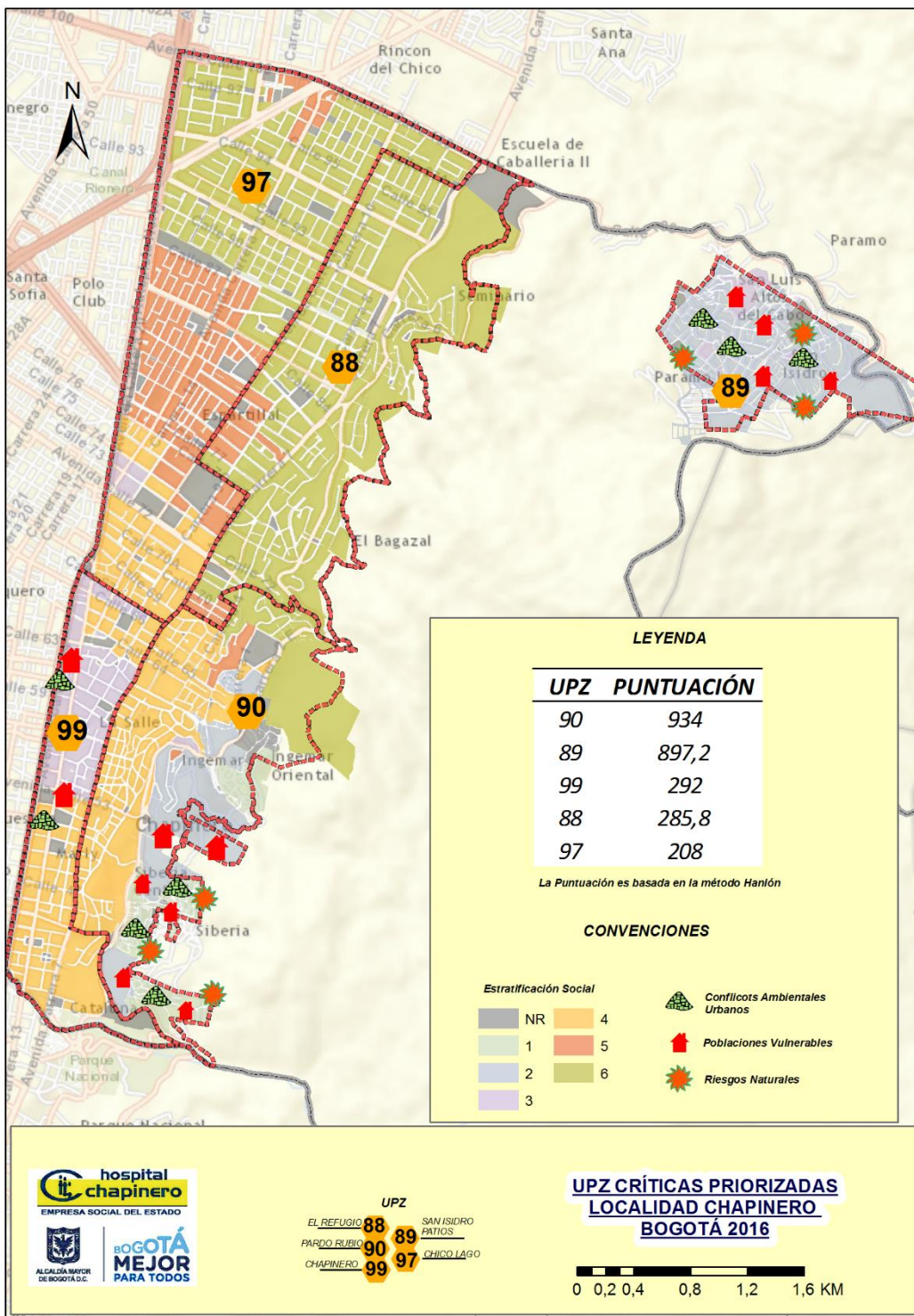
de la ponderación de los indicadores más importantes de la localidad, definidos en términos de zonas de riesgo ambientales, NBI y GINI.

De acuerdo a ello también se tuvieron en cuenta las siguientes características: la UPZ 88-EI Refugio, clasificada como residencial, cuenta con cubrimiento total de servicios públicos y una adecuada infraestructura de saneamiento básico. A diferencia de la anterior, la UPZ 89-San Isidro Patios cuya clasificación es exclusivamente residencial, se caracteriza por tener una etapa de urbanización incompleta no planificada, lo que demuestra mayores niveles de hacinamiento y condiciones precarias de vida: falta de servicios públicos, deficiencias en infraestructura urbana, niveles de degradación ambiental y una población altamente vulnerable; los estratos socioeconómicos de esta UPZ son 1 y 2, los barrios que la conforman tienen un origen a partir de la invasión de tierras durante los años 80's y 90's por lo que todavía está en proceso de consolidación.

La UPZ 90-Pardo Rubio tiene una clasificación residencial consolidado; estos barrios tienen la posibilidad de desarrollarse como barrios comerciales, sin embargo su crecimiento no es planificado y por lo tanto mantiene una desorganizada ocupación territorial que se refleja en niveles de alto deterioro ambiental, con grandes riesgos en la salud de la población.

Por su parte la UPZ 97-Chicó esta categorizada como una zona comercial y de servicios, lo que se traduce en un gran movimiento de población flotante y una amalgama de edificios para negocios, actividades culturales, recreación y no para uso estrictamente residencial. Esta UPZ cuenta con un buen saneamiento básico, amplias zonas verdes arborizadas y condiciones ambientales relativamente buenas a pesar del alto flujo de tráfico vehicular que aporta una alta carga de contaminación visual, auditiva y atmosférica al entorno (40). Por último la UPZ Chapinero esta categorizada como una zona comercial no obstante la existencia de edificios dedicados a funciones residenciales.

Mapa 4 UPZ Críticas Localidad Chapinero año 2014



Fuente: Ejercicio priorización equipo ASIS Junio 2015.

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

Una vez descrito el territorio de chapinero en términos de sus dimensiones poblacionales, aspectos demográficos, ambientales, en sus características geográficas y espaciales, sociales y económicas, con los índices e indicadores de calidad de vida; el siguiente capítulo pretende explorar las interacciones de dichas dimensiones con el bienestar de la población en términos de salud.

La salud ocupa en la actualidad, a diferencia de épocas anteriores, un lugar preponderante en la agenda de desarrollo internacional, de allí que sea concebible la oportunidad de mejorar la salud en las zonas más vulnerables y pobres del planeta a través de una lucha contra las causantes de enfermedades e inequidades en salud, aquellas condiciones sociales en las que se viven y se desarrollan las personas, es decir, los determinantes sociales de la salud (41).

Cada vez más se reconoce la necesidad de adecuar las estrategias sanitarias que no están dirigidas a atacar las raíces sociales de la enfermedad y el bienestar. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio conformaron la agenda de desarrollo mundial hasta este año reconociendo la interdependencia de la salud y las condiciones sociales que la determinan, lo que conllevó a promover las políticas sanitarias que abordan las raíces sociales del sufrimiento humano injusto y evitable (41). No obstante, a pesar de su culminación los objetivos del milenio, permitieron el desarrollo de planes estratégicos estatales para mejorar la salud mediante la corrección de las inequidades sociales subyacentes por medio de la acción intersectorial.

En Colombia, se está creando un impulso para la acción sobre las dimensiones sociales de la salud: “elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública” (42). Por ende, el siguiente capítulo está dirigido a evidenciar la acción multisectorial de la salud pública que pone de relieve la conexión entre la salud y los factores sociales.

4.5 Perfil de Salud – Enfermedad

El análisis del proceso salud–enfermedad a través de variables epidemiológicas, ambientales, culturales, geográficas y económicas, bajo una perspectiva interdisciplinaria, permite la caracterización poblacional de la localidad, la cual favorece la generación de actividades explicando comportamientos individuales, dimensiones interpersonales o grupales y las interacciones comunitarias o sociales relacionadas con la salud (43).

4.5.1 Mortalidad

Entre el año 2011 y 2012 la principal causa de muerte en la población general se relacionó con enfermedades isquémicas del corazón, pues con una tendencia creciente de 6,95 a 7,69 muertes por cada 10.000 habitantes, aportaron el 15% de las muertes. La pandemia de hipertensión arterial, junto al tabaquismo y la obesidad (con sus consecuentes hiperlipidemias e hiperglicemias) son las principales dificultades en todo mundo desde el siglo XX; como principales causas están los cambios que se dieron en las formas de vivir marcados, entre otros, por el aumento en el estrés, el cambio en los patrones de alimentación y la tendencia a realizar menos actividad física (44).

Por su parte, en tercer lugar, las enfermedades cerebro vasculares produjeron el 5,4% de muertes y las enfermedades hipertensivas, en noveno lugar, el 4,3% de muertes en la Localidad. Todas estas tres causas relacionadas a enfermedades del sistema circulatorio, que al igual que las enfermedades isquémicas obedecen a los estilos de vida: tipo de comidas, modos de alimentación, tabaquismo, entre otros. (45)

Las neoplasias para el 2012 aportaron el 8,7% de las muertes observadas. Igualmente para el mismo año las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, incluyendo la neumonía, aportaron el 12% de las muertes. Además de compartir los determinantes de balance en comidas, actividad física y manejo del estrés, estas enfermedades obedecen a condiciones ambientales de lluvia y la humedad, de contaminación, débil sistema inmunológico la cual es afectada por la transmisión de virus, no vacunarse, entre otros factores (46).

Gráfica 2. Distribución comparativa 10 primeras causa de Mortalidad 2011–2012 Localidad Chapinero



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

La Localidad en el 2012 aportó las 51,1 muertes por cada 10.000 habitantes respecto del Distrito. En la población masculina se tuvo 56,1 de los decesos y en la población femenina 26,0 por cada 10 mil habitantes según su sexo. Para este periodo las primeras causas de muerte en las mujeres se relacionaron con enfermedades circulatorias con un aporte del 49,5% de muertes cuya tendencia es ascendente respecto del 2011 que aportó el 19%. En la población masculina las primeras causas de muerte son las enfermedades circulatorias que entre el 2011 y 2012 no presentó cambios relevantes de 22,3% a 22,16%.

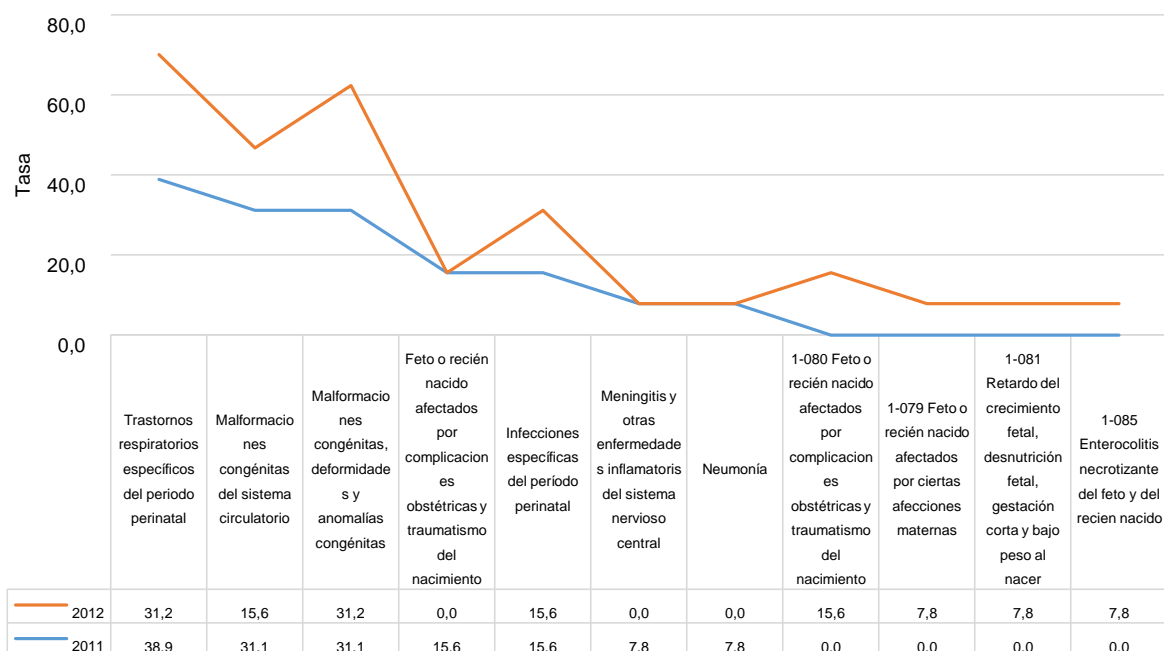
En general, los aspectos climáticos de la Localidad, en especial las zonas cercanas a los cerros, la falta de equipamientos o parques, junto al desconocimiento y a las formas de alimentarse y nutrirse, generan efectos considerables sobre la salud reflejadas principalmente en enfermedades crónicas y respiratorias que han resultado en pérdidas poblacionales. Empero, al parecer las causas y determinantes actúan de manera diferente respecto a la edad.

Mortalidad general según edad

Entre las causas de mortalidad en niños menores de un año, durante el periodo 2011 a 2012, las más frecuentes fueron los trastornos respiratorios en el periodo

perinatal. No obstante, cabe destacar una tendencia descendente en el tiempo pasando de 38,9 a 31,2 por cada 100.000 nacidos vivos.

Gráfica 3. Distribución comparativa causas de Mortalidad Perinatal 2011 – 2012 Localidad Chapinero



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

Otras causas que impactan la salud de los niños y niñas están asociadas a las malformaciones congénitas que aportaron el 33,4% de las muertes en los menores de 1 año; a pesar de experimentar una leve reducción para el 2012, se generaron 468,4 defunciones por cada 100.000 recién nacidos en la Localidad, es decir, un grave problema poblacional que se suma a la baja fecundidad y la consolidación de familias de personas solteras.

Se sabe que en la mayoría de las enfermedades de la edad adulta se encuentran involucradas con al menos dos componentes: uno genético y uno ambiental postnatal (47). Sin embargo, se han acumulado evidencias en investigaciones diversas sobre la importancia de otro factor, que se refiere a las condiciones ambientales a las que se expone un individuo durante su desarrollo embrionario y fetal. Son estas últimas las responsables de gran parte de las mortalidades por enfermedades respiratorias y de las malformaciones en recién nacidos junto a otros elementos: el peso de nacimiento del niño, el estado nutricional, diabetes, hipertensión arterial, consumo de tabaco, alcohol y drogas (47).

A su vez, entre las causas de mortalidad de niños de 1 a 4 años la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y las malformaciones congénitas del sistema circulatorio sobresalen aportando el 41,5 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 muestran una tendencia creciente respecto del año 2011: el tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central, la Leucemia, las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías congénitas causaron el fallecimiento de 24,8 por 100.000 menores; cada evento con una carga de 33,3% respecto de las muertes en este ciclo.

Los embarazos a edades tardías en la Localidad conllevaron un riesgo biológico tanto para la materna como para el bebe. Muchas mortalidades infantiles se debieron a malformaciones congénitas debido a la decisión postergada de muchas mujeres de quedar embarazadas luego de cumplir proyectos personales tanto económicos como sociales, de allí que las edades oscilen entre los 40 años en las madres de muchos de los fallecidos. Actualmente, el perfil ha cambiado y los embarazos tienden a tener una mediana de edad de 27 años, con una escolaridad mucho más baja ya que pasaron de ser profesionales especializados a bachilleres y universitarios. Así mismo, cambio el lugar de concentración espacial de lugares como Chico Lago a Pardo Rubio, evidenciado en especial por la concentración del número de familias y población joven. El cambio de estructura poblacional, especialmente por migración, ha generado efectos sobre los perfiles epidemiológicos de la localidad; sin embargo, una pérdida en chico lago sigue siendo de gran impacto poblacional, en especial por el número de habitantes y de niños residiendo.

Por otro lado, en la población joven y adulta de 15 a 44 años, las lesiones de causa externa relacionadas con agresiones (homicidios), lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y accidentes de transporte de motor produjeron las muertes de 19,3 habitantes por 100.000 con una carga del 25% de muertes por estas causas en este grupo. La muerte prematura por violencia o suicidio en los jóvenes tiene como consecuencia altos costos económicos y sociales, reflejando la falta de integración y una ruptura en el tejido social de las comunidades.

La concentración de los homicidios y de otras causas externas de mortalidad en estos grupos de edad de la Localidad determina que la violencia sea la principal causa de años de vida perdidos en la mayor parte del territorio, en especial las UPZ más vulnerables que son San Isidro Patios y Pardo Rubio; y de costos de salud en las discapacidades resultantes (48). Chapinero Se ha convertido en uno de los

lugares que más concentra tanto suicidios en jóvenes y adultos que han visto truncado muchos planes de vida, pérdidas familiares o condiciones especiales que agobian, como homicidios ya que al ser una zona de fiesta y socialización aglomera delincuencia, consumo irresponsable de Sustancias psicoactivas e intolerancia que se traducen en muchos casos en trágicas pérdidas.

Sumado a las muertes violentas, las neoplasias hacen presencia como una causa relevante puesto que representaron 12 muertes por 100.000 habitantes, que junto a las enfermedades transmisibles como el VIH (SIDA), 3 muertes por cada 100.000 hab., muestra un ascenso en estas edades durante el año 2012. Las neoplasias en efecto han mostrado un gran impacto en población económicamente activa, que aunque están afectando cada vez a más temprana edad, sigue produciendo en los adultos mayores, con 68,31 muertes x 100.000 habitantes en el grupo de 45 a 59 años, una carga del 26,8% respecto de los demás eventos.

Las enfermedades del sistema circulatorio, por su parte, también se ubicaron dentro de las primeras causas de muerte 14,08 por 100.000 habitantes de la localidad fallecieron por enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades hipertensivas. Al parecer, se confirma que al igual que la dinámica global, las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte en adultos jóvenes en la sociedad.

A pesar de que las enfermedades no transmisibles ocupan las primeras causas de mortalidad, y lejos de ofrecer un protagonismo único, cabe resaltar la vigencia de las enfermedades transmisibles en especial el VIH/SIDA que, como se mencionaba, han generado una carga de 14,4 habitantes por 100.000 muertes, con una carga 5,6% respecto a las demás patologías.

El VIH-SIDA al ser una enfermedad que afecta a los adultos jóvenes principalmente, juega un papel importante generando modificaciones en las familias. La disolución de las parejas, la separación de la persona de su ámbito familiar para insertarse en otros grupos y constituir así una nueva red de apoyo, la internación prolongada o la muerte de algunos de éstos cambia la estructura familiar y comunitaria: “En situaciones en las que se produce la muerte de algún familiar infectado por VIH/SIDA, se evidencia además un reacomodamiento en la red familiar, en función de la asunción de nuevas responsabilidades y establecimiento de roles diferentes a los que venían desempeñando los adultos involucrados en la misma” (49).

Las causas que incrementan la vulnerabilidad de mujeres y hombres al VIH incluyen ciertas prácticas culturales, creencias e imaginarios en torno a la sexualidad y la reproducción; un acceso inadecuado a la atención de la salud, la educación y la seguridad social; prácticas y creencias religiosas; migración; conflicto; violencia;

urbanización, así como estigma y discriminación de grupos marginados (50). En la Localidad, como en todo lugar, se desconoce el número exacto de personas infectadas, pero a diferencia de otros sitios Chapinero es uno de los lugares que más concentra sitios de tolerancia (prostitución) y homosocialización, lo que ha demandado gran parte de las acciones en salud sexual y reproductiva, en especial en la UPZ Chapinero Central.

Por último, para la población mayor de 60 años las enfermedades del sistema circulatorio fueron de las primeras causas de mortalidad con 707,9 muertes por cada 100.000 habitantes, al lado de 222,36 muertes por cada 100.000 relacionadas con neoplasias. El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida (51). En Chapinero, como se observa en los índices de envejecimiento y dependencia, la población mayor es cada vez más significativa, expuesta a situaciones de inequidad, violencia, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida.

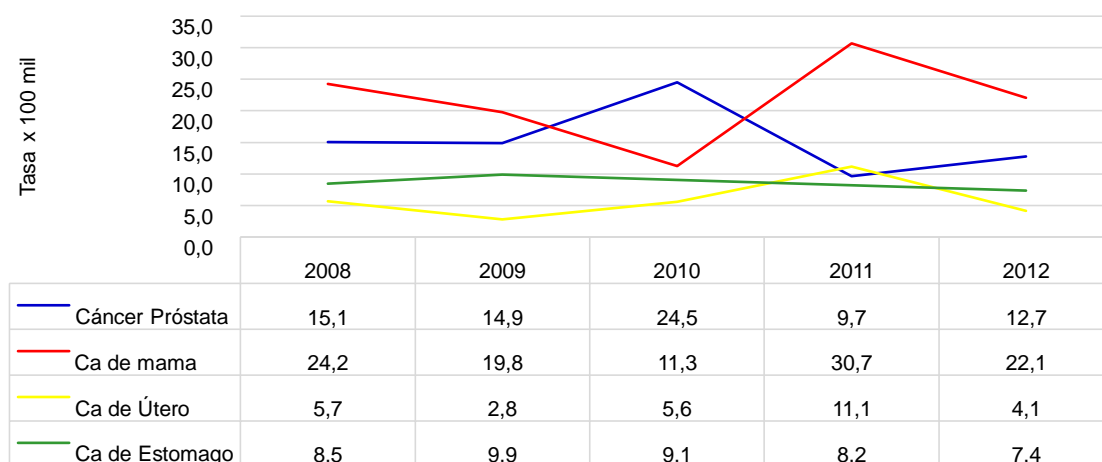
Principalmente en la UPZ pardo Rubio y San Isidro se concentra la prevalencia de enfermedades crónicas que se ven agravadas por las barreras geográficas, los problemas de disfuncionalidad y condiciones biológicas, sociales y familiares difíciles. Un contexto que propicia no solo la aparición de enfermedades de larga duración sino de gran letalidad como las neoplasias.

Mortalidad por Neoplasias

Las neoplasias se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad en Bogotá (52). 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 ésta misma está aumentando (53).

“Para el periodo 2007-2011 se estimaron en Colombia 29.734 casos nuevos de cáncer por año en hombres y 33.084 en mujeres. Las tasas de incidencia ajustadas por edad por cada 100.000 habitantes (TIAE), para todos los cánceres excepto piel, en hombres fueron de 151,5 y en mujeres, de 145,6. Entre los hombres las principales localizaciones fueron próstata, estómago, pulmón, colon-recto y ano, y linfomas no Hodgkin. En mujeres, las principales localizaciones fueron mama, cuello del útero, colon-recto y ano, estómago y tiroides. Para cáncer infantil, se estimaron 764 casos anuales nuevos de cáncer en niños y 558 en niñas, con mayor número de casos de leucemias (582 casos)” (54)

**Gráfica 4. Distribución comparativa mortalidad por neoplasias 2008 a 2012
Localidad Chapinero**



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

“El cáncer de próstata considerado una de las neoplasias más frecuentes en hombres a escala mundial. En Colombia, el cáncer de próstata constituye la primera causa según incidencia y la segunda causa de mortalidad por cáncer en la población masculina. Se estiman, por diferentes fuentes, entre 6.500 y 8.000 casos nuevos de cáncer de próstata cada año, con una tasa ajustada por edad, que oscila entre 40,5 y 45,9 por cada 100.000 hombres. La enfermedad muestra una mayor incidencia en hombres mayores de 60 años, con un riesgo acumulado de tener cáncer de próstata antes de los 75 años de edad del 4,3%” (55)

“En el mundo, a partir de los años ochenta se implementó el uso del antígeno prostático específico (PSA), como prueba de detección temprana para el cáncer de próstata. La enfermedad se incrementó notablemente a expensas de un mayor diagnóstico en etapas más tempranas; antes, solo el 25% de los tumores prostáticos se diagnosticaba en fases tempranas y con el PSA este porcentaje alcanzó el 90%. Así, consecuente con este cambio en el diagnóstico, la mortalidad disminuyó sin que podamos atribuir este resultado al uso del antígeno prostático exclusivamente” (55)

“En la última información disponible sobre las tendencias de la mortalidad, se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por cáncer de mama y pulmón en mujeres y próstata, colon y recto en ambos sexos. Como dato importante la tendencia significativa a la disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino.” (56)

“En niños, el cáncer es una enfermedad compleja que no representa más de 3% de los casos nuevos de cáncer en Colombia, sin embargo, este país continúa presentando altas tasas de mortalidad por leucemias agudas pediátricas a pesar de que estas han mostrado un leve descenso en los últimos años” (56)

Para la Localidad de Chapinero para el año 2012 la mortalidad por cáncer de próstata causó 12,7 muertes x cada 100 mil hombres, las tasas ajustadas desde el 2008 al 2012 han sido oscilantes pasando de producirse 15,1 muertes x 100 hombres en el 2008 a 14,9 x 100 mil hombres durante el 2010; con incremento notable de 24,5 x 100 mil hombres en el 2010 y una reducción a 9,7 muertes por cáncer de próstata x 100 mil hombres en el 2011.

“Respecto del cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico muestra que en Bogotá 60% de los cánceres son identificados en estados avanzados” (56)

“El cáncer de mama es una enfermedad con gran impacto mundial, dado que es una de las patologías con más alta prevalencia en mujeres mayores de 50 años de edad y el cáncer con mayor tasa de mortalidad en mujeres en casi todos los países. El cáncer de mama es una neoplasia casi exclusiva de las mujeres y a los hombres se les atribuye tan sólo 0,8 a 1,0% de los casos” (57)

Para la Localidad la mortalidad el cáncer de mama ha mantenido una oscilación durante los años de estudio, para el 2008 murieron alrededor de 24,2 x 100 mil mujeres por neoplasias de seno, en el 2009 la mortalidad disminuyó a 19,8 x 100 mil mujeres, durante el 2010 presenta un leve incremento a 11,3 muertes x cada 100 mil mujeres, para el 2011 la mortalidad por cáncer de seno fue la tasa mayor registrada de los 5 años con 30,7 defunciones x cada 100 mil mujeres y por último para el 2012 la muerte por neoplasia de seno disminuyó a 22,1 x cada 100 mil mujeres de la localidad.

El cáncer de cérvix en Colombia es la principal causa de incidencia de neoplasias malignas con una tasa de incidencia anual equivalente (TAE) de 36,4 x 100.000 lo que representa 6.800 casos nuevos, con una mortalidad de 18,2 x 100.000 mujeres. (58)

La tasa estandarizada por edad de mortalidad en cáncer de cuello uterino durante 2010 fue de 7,9 por 100.000 mujeres; la meta propuesta de reducción en el Plan Nacional de Salud Pública para ese mismo año fue una tasa de mortalidad de 7,6 por 100.000 y de 4,5 por 100.000 en 2019 ” (56)

Las neoplasias de cuello de utero durante en el 2008 aportaron 5,7 defunciones x cada 100.000 mujeres, para el 2009 la tendencia fue descendente con 2,8 muertes

x 100.000 mujeres, para el 2010 aporto 5,6 muertes x cada 100.000 mujeres, durante el 2011 muestra una de las tasas más altas entre los diferentes periodos 11,1 x cada 100.000 mujeres, para el 2012 la tendencia de mortalidad decrece a 4,1 x cada 100.000 mujeres.

“El cáncer presenta importantes variaciones en términos geográficos. Si se compara con otros países, Colombia, tiene elevadas tasas de incidencia particularmente en cáncer de estómago y cuello uterino en adultos y leucemias agudas en niños. En este país, la variación geográfica de mortalidad por los principales cánceres arrojan patrones claramente definidos: por cáncer de estómago existe mayor riesgo de mortalidad en la zona Andina y las cordilleras, por cáncer de mama el incremento del riesgo coincide con los grandes centros urbanos y por cáncer de cuello uterino el mayor riesgo es para las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos” (56)

“Socialmente también se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de los distintos cánceres, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres, así como a mujeres del régimen subsidiado; a su vez, casi un 50% de las defunciones por cáncer de mama corresponden a mujeres del régimen contributivo. Esto implica cargas diferenciales en los años de vida potencial perdidos entre regímenes para estos dos cánceres” (56)

En la Localidad a medida que envejece la población y aumenta el número de personas mayores, la cantidad de carga de mortalidad por neoplasias aumenta, lo que genera los altos costos sociales y económicos tanto para las familias como para el sector institucional.

La situación epidemiológica del país está determinada por factores múltiples del contexto económico, social, cultural y el sector de la salud. Algunos de los principales determinantes están dados por los cambios sociales y demográficos que Colombia ha experimentado en las últimas décadas, el primero se relaciona con el volumen de la población: el número total de habitantes se triplicó en los últimos cincuenta años, la esperanza de vida pasó de ser 48 años en 1950 a 72 años en 2007 y la fecundidad bajó de cerca de 7 hijos a 2,6 hijos por mujer (22).

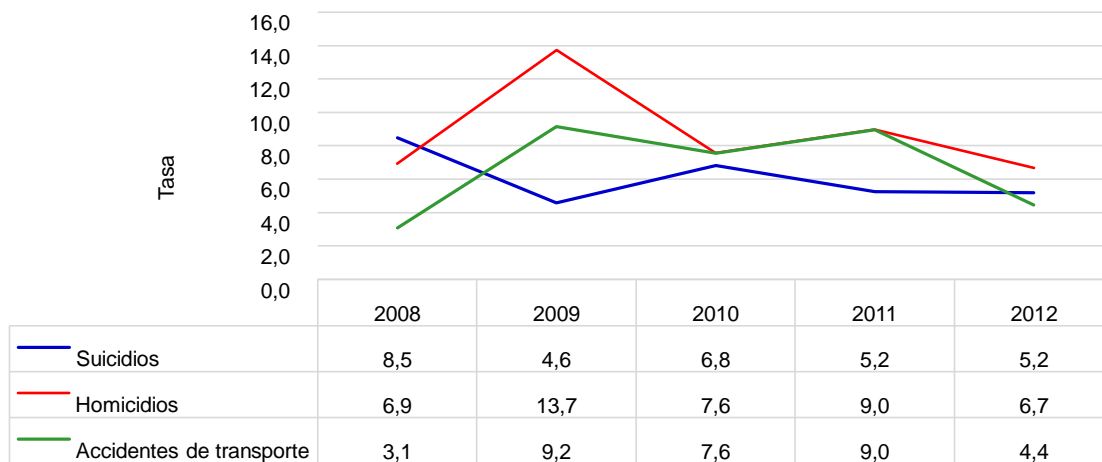
De otro lado, la población pasó de ser predominantemente rural a ser predominantemente urbana, generando grandes implicaciones sobre las condiciones de vida de la población en la industrialización, las oportunidades laborales, el nivel educativo, la exposición a carcinógenos ambientales, el acceso a servicios de salud, las condiciones y estilos de vida y en general las circunstancias que se han catalogado como factores de riesgo en cáncer. Los cambios

mencionados han contribuido a una modificación en la estructura por edad de la población, la cual muestra un envejecimiento con incremento en la población mayor de 60 años. Se estima que los cambios en la estructura demográfica, junto con el crecimiento de la población, podrían explicar hasta dos terceras partes de la carga futura del cáncer, dado que la edad es uno de los factores de mayor efecto sobre el riesgo de cáncer. Los cambios sociodemográficos y económicos subyacen al perfil de los factores de riesgo para cáncer, constituyéndose en una línea importante para la medición de impacto de las acciones que se propongan en el presente plan. Por esta razón, se describirá la situación en relación con los principales factores de riesgo conocidos para cáncer.

Mortalidad por Lesiones Causa Externa

Las muertes violentas se clasifican en homicidios, suicidios, muertes accidentales e indeterminadas. Para el 2014 el suicidio en el Distrito ocupó el primer lugar con 12.626 casos correspondiente al 50% del total de los casos a nivel nacional (59).

Gráfica 5. Distribución comparativa mortalidad por lesiones de causa externa 2008 a 2012 Localidad Chapinero



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, como tal, ocasionaron el 19,4 de muertes por cada 100.000 habitantes en la localidad; la principal causa durante el 2012 fue el homicidio, seguido de las muertes por suicidio y las muertes por accidentes de transporte. El grupo más afectado por las lesiones de causa externa corresponde al grupo de 15 a 44 años.

En la Localidad se encuentra una de las estructuras de equipamientos de ocio y socialización más importantes de la ciudad, la aglomeración de personas con un mal manejo de las sustancias psicoactivas, intolerancia y de inseguridad ha conducido a eventos lamentables donde se involucran vidas humanas.

Así mismo, tanto jóvenes como adultos son las principales protagonistas no solo de homicidios y riñas sino de decisiones autolesivas en busca de un suicidio. Es así que debido a la falta de oportunidades, pérdidas económicas o familiares, contextos de difícil superación, llevan tanto a adultos como a jóvenes a intentar suicidarse. La mayor parte de las mortalidades por suicidio es liderada por los hombres que al verse principalmente vulnerables a situaciones laborales precarias y pobreza (adultos) o una ausencia de proyectos de vida (jóvenes) deciden quitarse la vida; por el contrario las mujeres tienen la mayor cantidad de intentos suicidas ya sea por violencia intrafamiliar o situaciones sentimentales que asume una mala autoestima y una incapacidad de superar cambios.

En general, este tipo de muertes reflejan una población altamente productiva en desesperación, presionada por diferentes fuerzas sociales, económicas y culturales que desencadenan como principal elemento la violencia.

4.5.2 Mortalidad Evitable

La muerte evitable se define como aquella muerte que puede evitarse por el sistema de salud a través de la prevención y tratamiento dado los conocimientos médicos y la tecnología actual (59). En especial, ya que las mortalidades en niños y maternas son un indicador de desarrollo y de evaluación al sistema de salud de un país, este apartado se enfoca en el análisis de este tipo de mortalidades.

Mortalidad Materna infantil y en la niñez

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta la mayoría de países pobres del mundo que causa un gran impacto a nivel familiar, social y económico. La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta seriamente la supervivencia y el desarrollo de los niños especialmente de los más pequeños trayendo el debilitamiento de la estructura social (60).

Gráfica 6. Tendencia mortalidad materna 2008 a 2014 Localidad Chapinero



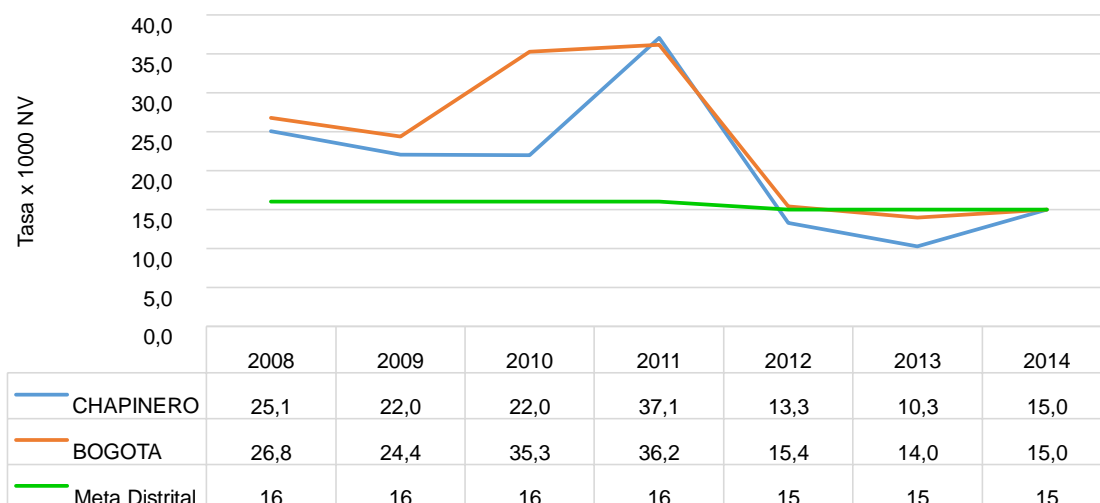
FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares.

En general la mortalidad materna ha tenido un descenso a través del tiempo, del 2012-2014 no se han presentado casos de muerte materna. Esto puede deberse a dos cosas: por un lado, a un mejoramiento en la promoción y prevención en salud materno-infantil reflejado en las acciones institucionales, ya que la Localidad cuenta con la mayor cantidad de IPS y UPGD del distrito, y el cuerpo jurídico que sustenta su condición especial; y por otro lado, un continuo descenso de la fecundidad y la natalidad en la estructura poblacional de la Localidad, lo que hace que incluso a nivel de UPZ tenga diferencias considerables.

Mortalidad Perinatal

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. De allí, que se tenga estimado que las cifras mundiales para el año 2005 de las muertes perinatales fueron de 6,9 millones a nivel global, mientras que 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. (61).

Gráfica 7. Tendencia Mortalidad Perinatal 2008 a 2014 Localidad Chapinero



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

Entre el 2008 y el 2011 la mortalidad perinatal local mantuvo tasas significativamente mayores respecto a la meta distrital; a partir de estos años la tendencia ha sido al descenso. Entre las causas más frecuentes se relacionaron con complicaciones maternas que recayeron en el feto y recién nacido afectados por otras como son hipertensión y corioamnionitis. Otras razones menos frecuentes se relacionaron con muertes fetales por causas no especificadas, malformaciones congénitas, hipertensión neonatal, parto precipitado y anomalías de la placenta.

En este tipo de muertes en la Localidad están relacionados a que los bebés fallecen durante las primeras horas de vida, especialmente niños pretérmino, o antes del parto. Muchas de estas madres estaban casadas con una edad de riesgo superior a los 35 años y poseían un grado escolar profesional y especializado. No obstante, como se ha mencionado en partes anteriores, además de disminuir el número de casos, el perfil de este tipo de mortalidades ha cambiado en las maternas ya que ahora son más jóvenes, la edad Mediana de las madres estaba por los 27,5 años, no están casadas o llevaba menos de dos años viviendo con su pareja; de acuerdo con el nivel de escolaridad sobresalen las que cuentan solo con básica secundaria.

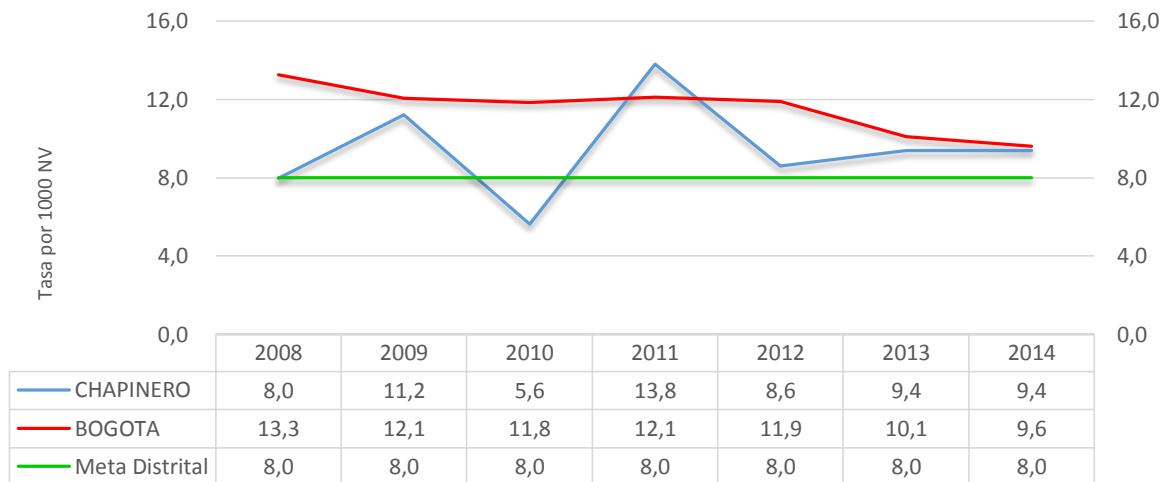
Estos eventos históricamente cambiaron de presentar un perfil de sujetos con conocimientos, habilidades, valores y actitudes adecuados para un control sobre su propio bienestar, representadas en su nivel educativo, y contar con una red de

apoyo conyugal junto a un sistema contributivo (que implica algún nivel de ingreso); a personas mucho más vulnerables, jóvenes y con un total desconocimiento de todos los procesos de cuidado. Es así que también cambio su análisis espacial en la Localidad, ya que concentrándose en la UPZ 90 Pardo Rubio, la cual se caracteriza por no presentar las mejores condiciones socioeconómicas y ambientales, resulta evidente la asociación de los eventos con las condiciones ambientales en las que viven las madres, en especial el hacinamiento.

Mortalidad Infantil

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. “Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos; también es una decisión económica sensata y una de las maneras más seguras en que los países pueden encaminarse hacia un futuro mejor. Es considerada como indicador de gestión local en que la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social. (62).

Gráfica 8. Tendencia mortalidad Infantil 2008 a 2014 Localidad Chapinero



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 han descendido, 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 provocando 312 muertes;

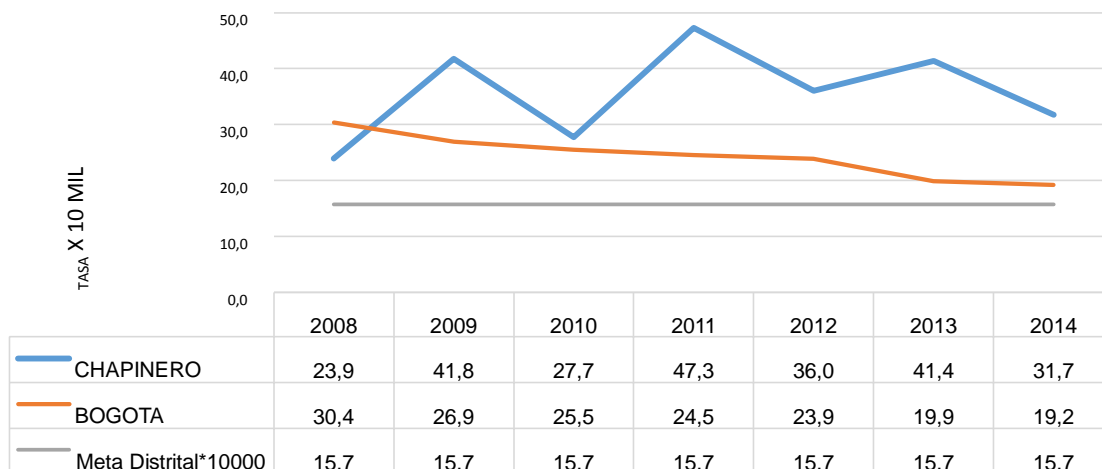
malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas provocaron 312 muertes; feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento generaron 156 muertes; y finalmente, las infecciones específicas del período perinatal, malformaciones congénitas del sistema circulatorio concentran 156 muertes por cada 100.000 habitantes.

Con un perfil similar al anteriormente descrito (mortalidad perinatal), es fácilmente deducible la relación directa entre las condiciones ambientales y la agudización de las enfermedades respiratorias para el periodo en cuestión, puesto que obedecen a factores climáticos como las lluvias, la humedad, la contaminación atmosférica, propias de las UPZ Refugio y Pardo Rubio donde se ubican mayoritariamente. Sin embargo, las mortalidades infantiles, aunque tengan una causa atribuible a factores ambientales, no pueden ser reducibles a dichas razones puesto que también son elementos que evidencian las inequidades sociales característico de la UPZ y reflejado en las escolaridades de las madres y sus ingresos.

Mortalidad evitable Menores de 5 años

A nivel mundial se estimó que para el año 2011, 6,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años de edad (63). En Colombia, la situación de mortalidad en este grupo etario ha bajado en su tasa, ya que entre los años 2005 y 2010 la tasa de mortalidad ha disminuido de 19,42 a 15,69, lo cual generó una reducción de 3,79 muertes por cada 1.000 nacidos vivos durante ese quinquenio (64).

Gráfica 9. Tendencia mortalidad en menores de 5 años 2008 a 2014 Localidad Chapinero



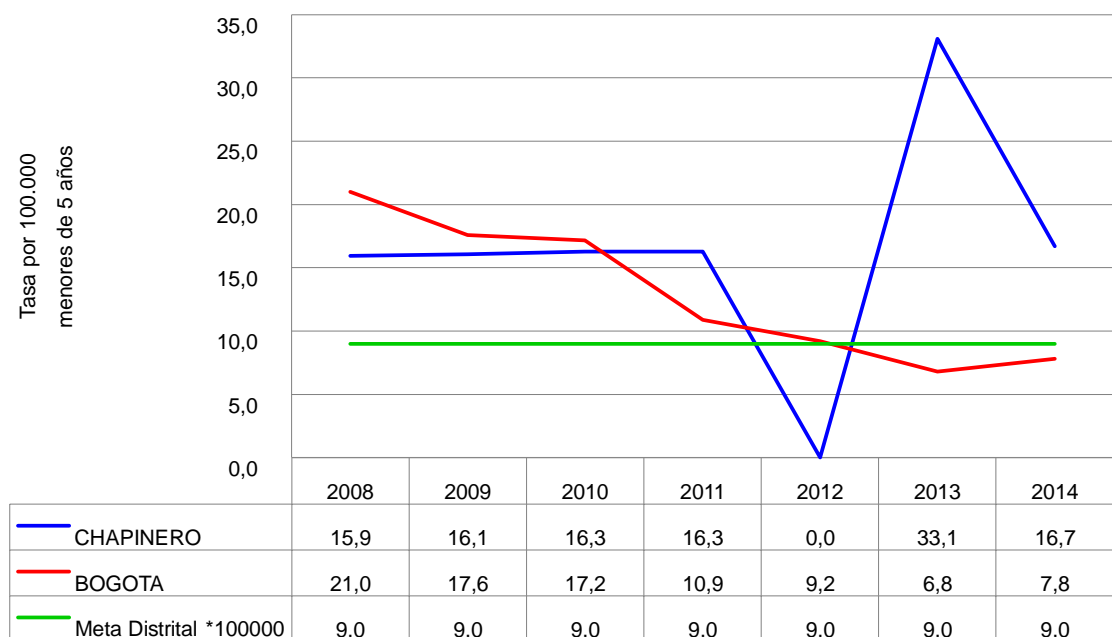
FUENTE 2010- 2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND .Análisis Demográfico SDS Fuente 2013: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre ajustado agosto 2014 FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar Datos preliminares

“Una fracción importante de las defunciones de niños menores de 5 años que padece el mundo a diario, se habrían podido evitar con medidas que aseguren condiciones básicas de salud, higiene y nutrición a los niños durante sus primeros años de vida” (65). La mortalidad en menores de cinco años con mayor frecuencia ocurren durante el primer año de vida, desde el 2011 al 2014 se ha percibido una disminución, sin embargo sigue estando por encima de las metas Distritales. Cumple el mismo perfil de las anteriores mortalidades.

Mortalidad por Neumonía menores de 5 años

La neumonía es una inflamación del pulmón causada habitualmente por una infección que de acuerdo a la OMS, es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo (66).

Gráfica 10. Tendencia mortalidad por neumonía 2008 a 2014 Localidad Chapinero



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 el 2013 se presentaron dos casos de mortalidad por neumonía en la Localidad con una tasa de 33,1 por 100.000 habitantes menores de 5 años, tasa que para el siguiente periodo disminuyo con un caso

Las condiciones de vida que se expresan en condiciones ambientales, económicas, históricas, sociales, culturales y políticas alcanzan un fuerte impacto en la

probabilidad de enfermar y de morir. Los indicadores de mortalidad por enfermedad diarreica aguda y desnutrición en menores de cinco años del 2010 al 2014 se han tenido un comportamiento decreciente sin ningún evento en estos periodos.

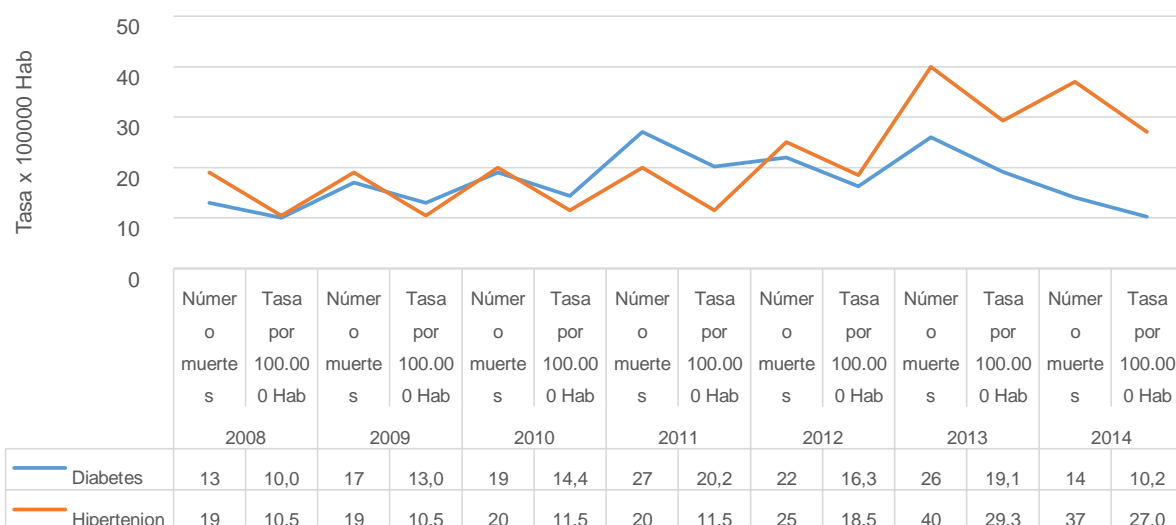
Los indicadores descritos resultan ser unos de los principales indicadores utilizados para medir niveles y alteraciones relacionados al bienestar de la niñez. La mortalidad en los niños y niñas constituye situación compleja en que la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos naturales en un contexto social. El análisis de este tipo de indicadores evidencia las condiciones de vida, expresadas en características económicas, ambientales, históricas, culturales, políticas, ideológicas, que influyen en las probabilidades de enfermar y morir.

Por ende, la muerte de un niño o niña es considerado como un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida prevalecientes en una población. El número de años potencialmente perdidos en los niños resulta ser un indicador de la brecha actual entre la situación de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de la población podría alcanzar vejez libre de enfermedad y discapacidad (67). Empero, las mortaliades son la punta de un iceberg que evidencia la multiples enfermedades que padece la infancia.

4.5.3 Mortalidad por Eventos Precursores

“En Colombia respecto a la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en el periodo 2010-2014, aumentó de 25,9% a 31,3% en mujeres y de 23,8% a 28,7% en hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mayor prevalencia se concentró en los grupos de 55 a 70 años, mostrando un descenso a partir de los mayores de 80 años. En mujeres, se registraron 2821 muertes, concentradas en los mismos grupos de edad. Al final del periodo, la tasa de mortalidad ajustada fue de 12,7 por 100.000 en mujeres y 13,7 en hombres” (68)

Gráfica 11. Mortalidad relacionada con Enfermedad Precursoras Diabetes Mellitus e Hipertensión 2008 – 2012 Localidad Chapinero



Fuente 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. TASA * 100.000 Habitantes Fecha actualización: Enero 2013 Fuente 2011: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares TASA * 100.000 Habitantes Ajustado 21-10-2013 - Fuente 2012 a 2014: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares TASA * 100.000 Habitantes * Preliminar sin ajuste

“Para 2014, la prevalencia de diabetes mellitus (DM) en Colombia en mujeres fue de 4,6%, calculada a partir de la información de la revisión sistemática y de 2,1% a partir de RIPS. En los hombres, la prevalencia a partir de revisión sistemática fue de 4,3% y por RIPS de 1,8%. Se observó un promedio anual de 5.650 muertes por DM en ambos sexos, siendo mayor la proporción de muertes en mujeres (58%). Para 2014 la tasa de mortalidad fue de 15,3 por 100.000, en mujeres y 13,5 por 100.000, en hombres, registrando una razón de mortalidad mujer-hombre de 1,13. El análisis mostró que a nivel nacional, entre 2010 y 2014 la DM presentó una disminución de la ocurrencia y mortalidad en ambos sexos, siendo las mujeres quienes mantuvieron un riesgo mayor” (68)

A nivel Local la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial contribuyen a una carga de cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal y discapacidad prematura.

La Tendencia de mortalidad por Hipertensión ha seguido una tendencia ascendente en el tiempo de 10,5 x 100.000 hab en el 2008 a 27 x 100.000 hab en el 2014. Las Diabetes aportaron 10,2 x 100.000 hab defunciones y aunque muestra un descenso

respecto de los periodos anteriores, “según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030” (69)

4.5.4 Mortalidad por Eventos de Alto Costo

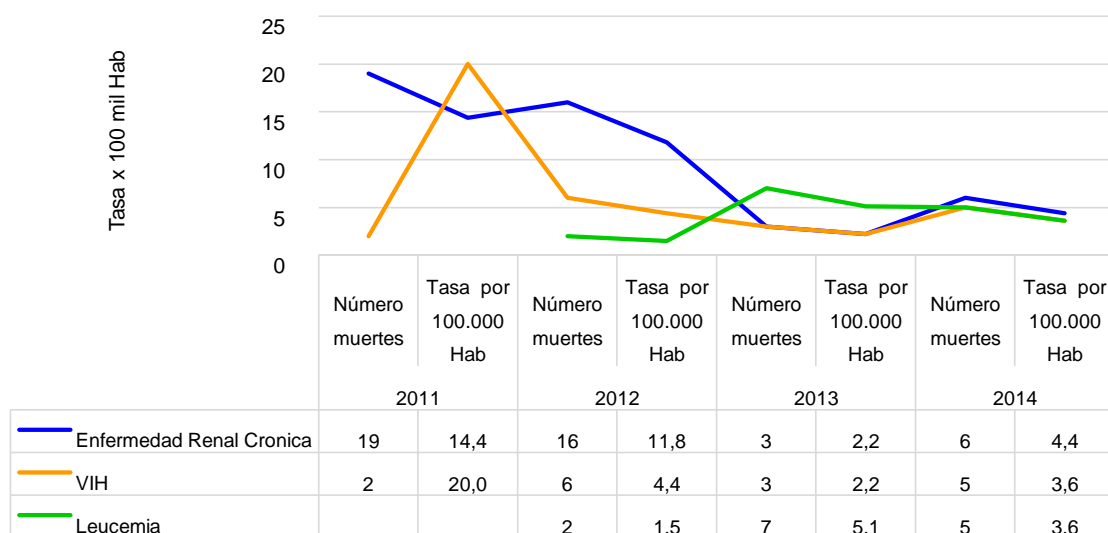
“El Ministerio de la protección social - MSPS define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de interés en salud publica directamente relacionados con el alto costo, de la enfermedad renal crónica (ERC) se considera la fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfoide aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking de los cuales se habló anteriormente, la epilepsia, la artritis reumatoide, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)” (69)

“A nivel mundial las frecuencias más altas por millón de habitantes de trasplante renal, se presentaron en Noruega (58,3), Estados Unidos (57,2) y España (48,3). En América Latina, en el año 2007, Colombia con frecuencia de 14,6 trasplantes renales por millón de habitantes ocupaba el quinto lugar después de Uruguay (36,7), Argentina (24,1), México (21,8) y Brasil (20,5). De acuerdo con el informe de la situación de la ERC en Colombia, en el año 2010 había en el país 23.707 personas con ERC estadio 5, la mayoría de ellos en terapia dialítica, 15,6% con trasplante renal como modalidad de tratamiento, correspondiente a 3.691 pacientes, 868 de los cuales se realizaron ese mismo año” (70)

“El total de trasplantes realizados en el país durante el año 2014, fueron 1046 procedimientos, lo que refleja una tasa de trasplante global del país en el año 2014 de 22 p.m.p, lo cual evidencio un incremento en relación a la tasa del año 2013 (20.4)” (70)

En la actualidad no se cuenta con datos locales relacionados con la patología renal estadio 5 que requiere terapia de remplazo o terapia dialítica, VIH ni Leucemias, sin embargo haremos un acercamiento de la incidencia de las enfermedades de alto costo detectadas a través de las defunciones en el sistema RUAF durante el periodo 2011 a 2014

Gráfica 12. Mortalidad relacionada con Enfermedad de Alto Costo 2008 – 2012 Localidad Chapinero



Fuente 2011: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares TASA * 100.000 Habitantes Ajustado 21-10-2013 - Fuente 2012 a 2014: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares TASA * 100.000 Habitantes * Preliminar sin ajuste

“La Enfermedad Renal Crónica ERC, catalogada por la Organización Mundial de la Salud como una patología progresiva y degenerativa, es un problema de salud pública en el mundo; el manejo integra planes de salud de prevención y control cuando aparece la enfermedad mediante un oportuno y adecuado control de los factores desencadenantes y enfermedades precursoras principales como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM), hasta la terapia de reemplazo renal (hemodiálisis , diálisis peritoneal, trasplante renal, o tratamiento médico no dialítico)” (71)

“Se estima que para 2012, en el mundo, 35,3 (32,2-38,8) millones de personas Vivian con la enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); hubo 2,3 (1,9-2,7) millones de casos nuevos de VIH, lo cual muestra un decremento del 33% con respecto a 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes también declino a 1,6 (1,4- 1,9) millones de muertes en 2012 con respecto a los 2,3 (2,1-2.6) millones ocurridos en 2005” (69)

A nivel local la Tendencia de mortalidad por Enfermedad Renal a ha seguido una tendencia descendente en el tiempo de 14,5 x 100.000 hab en el 2011 a 4,4 x 100.000 hab en el 2014. El VIH aporto 20,2 x 100.000 hab defunciones mostrando un descenso en los periodos posteriores, para el 2014 3,6 x 100.000 habitantes. La

situación para la Leucemia por el contrario muestra un ascenso en el tiempo de 1,5 x 100.000 hab durante el 2012 a 3,6 x 100.000 hab durante el 2014.

4.5.5 Años de vida potencialmente perdidos - AVPP por neoplasias en la Localidad 2008 a 2014

“Aunque las tasas de mortalidad juegan un papel importante en la estimación del estado de salud de las poblaciones y en la priorización de intervenciones en salud pública, generalmente no son tan sensibles para estimar la carga de la mortalidad prematura, un importante indicador de salud de una población. De hecho, como la mayoría de muertes ocurren en adultos mayores, las tasas de mortalidad son dominadas por las enfermedades de dicho grupo poblacional. El análisis de la mortalidad prematura implica la estimación del promedio de tiempo que una persona deja de vivir si la muerte se presenta en forma prematura o antes de cumplir su esperanza de vida, estimación que incorpora la edad a la que ocurre la muerte y no solamente la ocurrencia de esta”. (72)

“Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) son una de las formas de medir el impacto de la mortalidad, que da mayor peso a las muertes ocurridas en edades tempranas (mortalidad prematura), y es útil en la priorización de la intervención en salud pública, ya que las muertes en la población de edad avanzada son menos susceptibles a la disminución. Las clasificaciones de causa de muerte por AVPP difieren de las generadas con tasas crudas y ajustadas de mortalidad” (72)

“El impacto de la mortalidad en una población puede ser valorado económicamente a partir de los Años Potenciales de Vida Productiva Perdidos (APVPP); éstos evalúan la pérdida en años que tiene una sociedad en términos de la capacidad productiva de sus individuos, por los salarios dejados de devengar debido a la muerte prematura” (72)

Tabla 6 Años de Vida potencialmente perdidos por neoplasias según sexo Localidad Chapinero

Causa	Hombres		Mujeres	
	APVP	TASA DE APVP	APVP	TASA DE APVP
Neoplasias	315	4,91	681	9,3

Fuente: Bases RUAF - defunciones, SDS fecha de corte 23 Enero 2015. Datos preliminares

Con base en la información de mortalidad del DANE se estimaron los AVPP según sexo de los casos de muerte por neoplasias ocurrido en la Localidad de Chapinero durante el periodo 2014; en la población masculina se produjeron 315 años de vida

potencialmente perdidos debido a neoplasias y en mujeres 681 años de vida potencialmente perdidos debido a la mortalidad por neoplasias.

Tabla 7 Años de Vida potencialmente perdidos por neoplasias según grupos edad quinquenal Localidad Chapinero

Causa	Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
		APVP	Tasa de APVP	APVP	Tasa de APVP
Neoplasias	<1	0	0	0	0
Neoplasias	1 a 4	0	0	0	0
Neoplasias	5 a 9	73	26,42	0	0
Neoplasias	10 a 14	0	0	0	0
Neoplasias	15 a 19	0	0	0	0
Neoplasias	20 a 24	0	0	61	9,25
Neoplasias	25 a 29	0	0	111	16,33
Neoplasias	30 a 34	0	0	0	0
Neoplasias	35 a 39	0	0	0	0
Neoplasias	40 a 44	0	0	0	0
Neoplasias	45 a 49	0	0	73	13,91
Neoplasias	50 a 54	0	0	127	22,78
Neoplasias	55 a 59	24	6,01	54	10,82
Neoplasias	60 a 64	118	38,24	113	28,64
Neoplasias	65 a 69	31	12,83	73	23,17
Neoplasias	70 a 74	12	6,85	14	5,85
Neoplasias	75 a 79	44	34,62	32	16,11
Neoplasias	80 y más	13	9,42	23	9,37

Fuente: Bases RUAF - defunciones, SDS fecha de corte 23 Enero 2015. Datos preliminares

Con base en la información de mortalidad del DANE se estimaron los AVPP para cada caso de muerte por neoplasias ocurrido en la Localidad de Chapinero durante el periodo 2014; se produjeron 996 años de vida potencialmente perdidos debido a neoplasias en personas en ambos sexos de 5 años a 93 años; la tabla muestra el curso de vida más frecuente en que se presentaron los eventos de mortalidad por neoplasias. .

4.5.6 Índice de Concentración

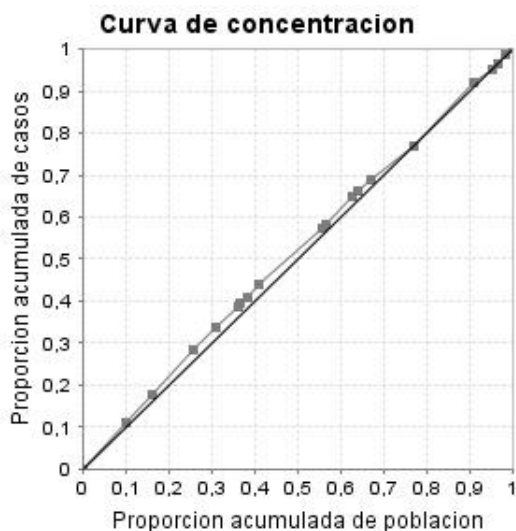
El índice de concentración al igual que el coeficiente de Gini, pertenece al grupo de los índices de desproporcionalidad. Muestra el gradiente de salud a través de varios subgrupos poblacionales que poseen un ordenamiento natural, e indica la concentración del efecto de salud entre los grupos más o menos aventajados (por ejemplo: la mortalidad infantil, la mortalidad materna, entre otros). El índice toma valores entre -1 y 1, siendo negativo cuando la desigualdad está concentrada en los grupos menos favorecidos y positivo cuando se concentra en los más favorecidos. Cuando no hay desigualdad el índice es cero. (73)

Tabla 8 Distribución nacidos vivos, NBI y Tasa de Mortalidad Infantil por Localidades 2014

Localidades	NV	NBI	TM I
Usaquén	5969	3,4	10,1
Chapinero	1918	1,3	9,4
Santa Fe	1599	6,8	6,9
San Cristóbal	6281	9,3	9,9
Usme	5328	8,5	10,1
Tunjuelito	2783	5,1	11,1
Bosa	9877	8,5	10,3
Kennedy	15030	5,1	8,4
Fontibón	4361	2,2	7,6
Engativá	9993	2,8	7,8
Suba	14719	2,7	9,6
Barrios Unidos	1613	3,4	8,7
Teusaquillo	1444	0,7	9,7
Mártires	1278	4,7	7,8
Antonio Nariño	1278	2,0	9,4
Puente Aranda	3152	3,4	7,6
Candelaria	408	6,8	19,6
Rafael Uribe	5482	7,7	8,2
Ciudad Bolívar	10580	9,8	9,8

Fuente. Serie Nacimientos totales sitio residencia por Localidad, Bogotá 1999-2014- Serie de Evitables por Localidad 1999 – 2014 consolidado número de casos y tasa de mortalidad infantil Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. Subsecretaría de Salud Pública Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Fuente: 2013 Y 2014 Preliminar 2013 Actualizado 02-02-2014 y 2014 preliminar bases de datos SDS- RUAF-ND AJUSTADO 16-07-2015 - NBI por Localidades http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/actualidad-SDP-home/indices_de_ciudad-digital1.pdf -Secretaria Distrital de Planeación – Índices Ciudad

Gráfica 13. Curva de Lorenz (o de concentración) para los datos de la Tabla 8 Localidades Bogotá D.C 2014



Fuente. Serie Nacimientos totales sitio residencia por Localidad, Bogotá 1999-2014- Serie de Evitables por Localidad 1999 – 2014 consolidado número de casos y tasa de mortalidad infantil Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. Subsecretaría de Salud Pública Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Fuente: 2013 Y 2014 Preliminar 2013 Actualizado 02-02-2014 y 2014 preliminar bases de datos SDS- RUAF-ND AJUSTADO 16-07-2015. Programa Epidat 4.0

La mitad de la población de las localidades más pobre experimenta cerca del 43% de la mortalidad infantil. Desigualdad a favor de los más privilegiados. La curva se ubica por encima de la diagonal, como corresponde efectivamente a un indicador negativo para el cual el número de muertes infantiles acumuladas supera a las que cabría esperar en una situación de plena igualdad o proporcionalidad.

4.5.7 Morbilidad

A partir de los registros Individuales de prestación de servicios durante el 2014, se realizaron 665 consultas ambulatorias de las cuales el 70% correspondió a población femenina.

Morbilidad Ambulatoria

Tabla 9. Causas de Morbilidad Ambulatoria por Subgrupo de Grandes Causas según sexo Localidad Chapinero 2014

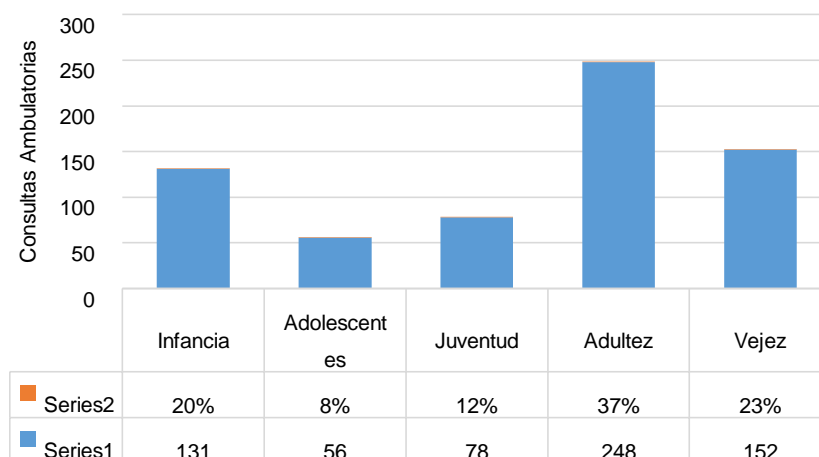
SUBGRUPO DE CAUSAS DE MORBILIDAD	Todos Ciclos
----------------------------------	--------------

	F	M	Total	%
Enfermedades cardiovasculares	101	32	133	20%
Infecciones respiratorias	52	26	78	12%
Enfermedades musculo esqueléticas	42	23	65	10%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	33	22	55	8%
Enfermedades de la piel	23	24	47	7%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	24	21	45	7%
Enfermedades genitourinarias	31	0	31	5%
Enfermedades digestivas	17	13	30	5%
Condiciones neuropsiquiátricas	12	4	16	2%
Deficiencias nutricionales	14	1	15	2%
Desordenes endocrinos	10	0	10	2%
Enfermedades respiratorias	5	2	7	1%
Lesiones causa externa	4	2	6	1%
Diabetes mellitus	2	2	4	1%
Condiciones maternas	3	0	3	0%
Signos y síntomas mal definidos	0	0	0	0%
Anomalías congénitas	0	0	0	0%
Condiciones orales	0	0	0	0%
Tumores benignos	0	0	0	0%
Neoplasias malignas	0	0	0	0%
Demás causas	90	30	120	18%
TOTAL	463	202	665	100%

Fuente: RIPS. Hospital Chapinero E.S.E. Año 2014 * Preliminar con corte a mayo 2015

El 20% de las atenciones se prestó por enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar las infecciones respiratorias, seguida de las enfermedades musculo esqueléticas e infecciones parasitarias. Del total de los eventos mórbidos, la carga de enfermedad más importante fue para las mujeres con el 70% de eventos mórbidos. Según ciclo vital la adultez aportó el 37% del total de las atenciones seguida del ciclo vital vejez e infancia.

Gráfica 14. Distribución Morbilidad Ambulatoria según ciclo vital Localidad Chapinero 2014



Fuente: RIPS. Hospital Chapinero E.S.E. Año 2014 * Preliminar con corte a mayo 2015

Morbilidad ambulatoria por ciclos vitales

Durante el periodo 2014 las rinoфарингитis agudas aportaron el 21% (28 casos) de las atenciones en la infancia, seguido de 9% (12 casos) parasitosis intestinal, el 5% (6 eventos) de asma, 5% (6 eventos) micosis superficial y 4% (5 eventos) Enfermedades diarreicas. El 58% (76) de las atenciones se realizaron en niñas y (55) 42% en niños. Resulta necesario el cuidado de los niños en la alimentación, tipo de comidas y su protección a los cambios bruscos del clima.

Las enfermedades de la piel fueron la primera causa de atención durante el periodo en la adolescencia, generando el 14% (8 casos) de micosis superficial, seguida de rinoфарингитis aguda (resfriado común) (6 casos) 11%, Amebiasis (5 casos) 9% y Dispepsia 5% (3 casos). Por sexo, el 57% (32 personas) se prestaron en mujeres y el 43% (24 personas) en hombres. Los cambios bruscos y fuertes de la piel dada la dinámica hormonal es característica de esta etapa vital.

En la Juventud la primera causa de atención durante el periodo generó el 17% (13) de las atenciones relacionadas con resfriado común, seguida de amebiasis 9% (7), la amenorrea represento el 5% (4) de las atenciones, la vaginosis aguda el 5% (4) y las infecciones de vías urinarias 4% (3) del total de las atenciones en este ciclo.

En la adultez la principal causa de atención en el periodo fue la Hipertensión esencial (primaria) genero el 14% (35) de las atenciones, seguida de la rinoфарингитis aguda que represento el 6% (16), la vaginosis aguda 5% (13), la Hipercolesterolemia pura 5% (12) y la Amebiasis, no especificada 4% (10) fueron las causas más frecuentes del total de las atenciones en este grupo.

Morbilidad por Urgencias

A partir de los registros Individuales de prestación de servicios durante el 2014 se realizaron 1214 consulta de Urgencia en la Localidad.

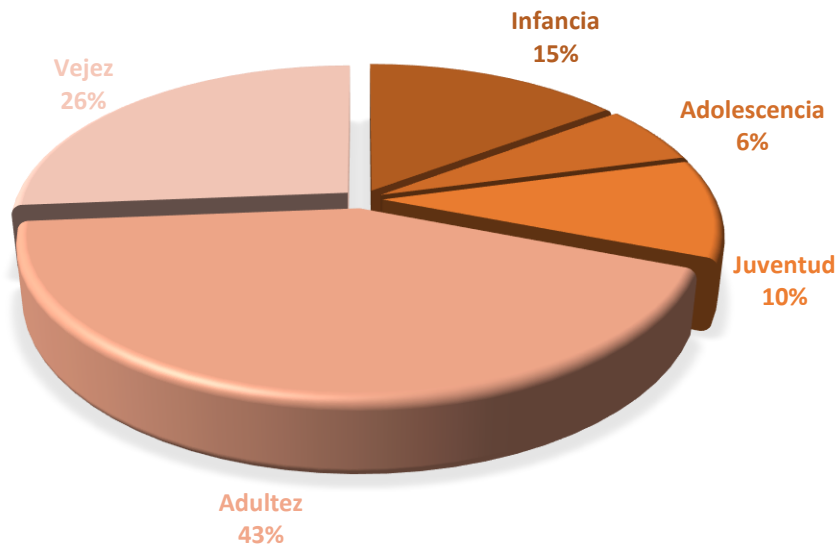
Tabla 10 Causas de Morbilidad por Urgencias por Subgrupo de Grandes Causas según sexo Localidad Chapinero 2014

SUBGRUPO DE CAUSAS DE MORBILIDAD	Todos Ciclos			
	F	M	Total	%
Lesiones causa externa	94	146	240	19%
Enfermedades cardiovasculares	154	68	222	17%
Infecciones respiratorias	84	80	164	13%
Enfermedades genito urinarias	42	11	53	4%
Enfermedades digestivas	25	20	45	4%
Enfermedades musculo esqueléticas	19	17	36	3%
Enfermedades de la piel	13	18	31	2%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	16	13	29	2%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	19	10	29	2%
Condiciones maternas	26	0	26	2%
Enfermedades respiratorias	10	4	14	1%
Condiciones neuropsiquiátricas	2	2	4	0%
Diabetes mellitus	2	2	4	0%
Desordenes endocrinos	1	0	1	0%
Signos y síntomas mal definidos	0	0	0	0%
Anomalías congénitas	0	0	0	0%
Deficiencias nutricionales	0	0	0	0%
Condiciones orales	0	0	0	0%
Tumores benignos	0	0	0	0%
Neoplasias malignas	0	0	0	0%
Demás causas	356	20	376	30%
TOTAL	863	411	1274	100%

Fuente: RIPS. Hospital Chapinero E.S.E. Año 2014 * Preliminar con corte a mayo 2015

En el mundo las lesiones de causa externa varían de país a país de acuerdo a sus características sociales, económicas, políticas y culturales: Las principales causas externas según estudio realizado de 2001 a 2011 en Estonia se atribuyeron a causas externas (67). Las lesiones de causa externa se ubicaron en el primer lugar de morbilidad en el 2014, concentrándose más en población masculina con respecto de la población femenina con el 72%.

Gráfica 15. Distribución Morbilidad por Urgencias según ciclo vital Localidad Chapinero 2014



Fuente: RIPS. Hospital Chapinero E.S.E. Año 2014 * Preliminar con corte a mayo 2015

Morbilidad Urgencias por ciclos vitales

Durante el periodo 2014 las lesiones de causa externa fueron la primera causa de atención por urgencias aportando el 18% (240) del total de atenciones. Las enfermedades circulatorias tipo hipertensión y enfermedad cardiovascular tomaron el segundo lugar con el 17% (222) y las Infecciones respiratorias aportaron el 13% (164) atenciones del total de la población.

En la Infancia la principal causa fue la Rinofaringitis aguda (resfriado común) con el 13% (24), seguida de la parasitosis intestinal. Otras causas observadas dentro de las 10 principales, aunque menos frecuentes, fueron la Luxación congénita de la cadera, desnutrición proteico calórica, dolores abdominales, la diarrea funcional, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, disminución de la agudeza visual, y otras deformidades adquiridas de los miembros.

En la Adolescencia la causa mórbida más frecuente fue la Parasitosis intestinal que aportó el 12% (9), seguido de Rinofaringitis aguda que generó el 12% (9) de las consultas del total; otras causas se relacionaron con el acné vulgar, amebiasis, cefalea, dolor en miembro, obesidad, disminución de la agudeza visual y la Dispepsia.

Por su parte, las enfermedades gastro-intestinales fueron la primera causa de atención en la Juventud con la dispepsia que aportó el 6% (8), seguida de Vaginitis aguda 6% (8). La rinofaringitis aguda generó para esta población el 5% (7) de las consultas.

Durante la Adultez las enfermedades del aparato circulatorio fueron la primera causa mórbida, relacionadas con Hipertensión esencial (primaria) que aportó el 13%(72) del total de las consultas, seguida de la Cefalea que generó el 4% (20) y la hiperlipidemia mixta con un peso de 3%(17) entre las más frecuentes.

Por último, durante la Vejez la causa más frecuente de atención se relacionó con la Hipertensión esencial (primaria) con un peso de 45% (150) sobre el total de las consultas; seguido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que generó una carga del 3% (9) y la hiperlipidemia mixta con el 3% (9).

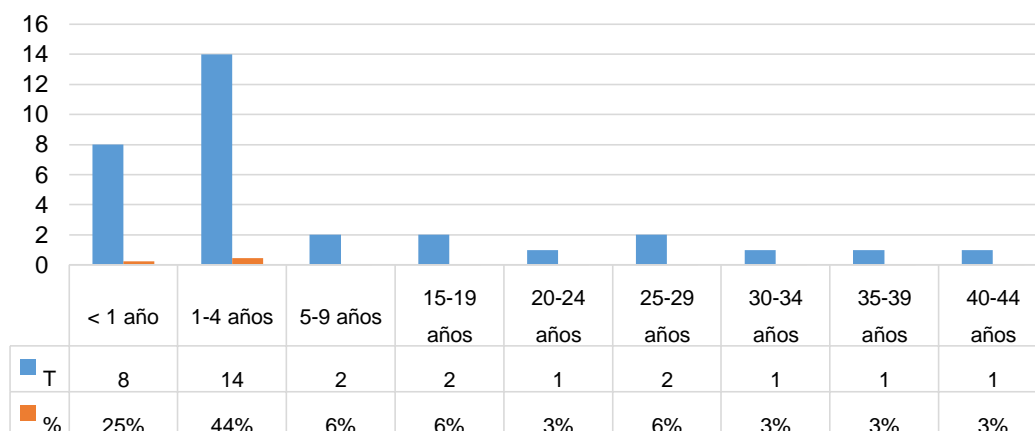
4.5.8 Eventos de Notificación Obligatoria

En el marco del Sistema de Seguridad Social de salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación de acuerdo al Decreto 4109 de 2011, el Instituto Nacional de Salud -INS, en su carácter de autoridad científico-técnica tiene como objeto el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina; así como la de realizar la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia (67).

Eventos Transmisibles

La siguiente parte comprende los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular temas específicos para eventos inmunoprevenibles, definidos como prioridad Nacional en materia de salud pública por la ley 715 de 2001 y la ley 1122 de 2007 (67).

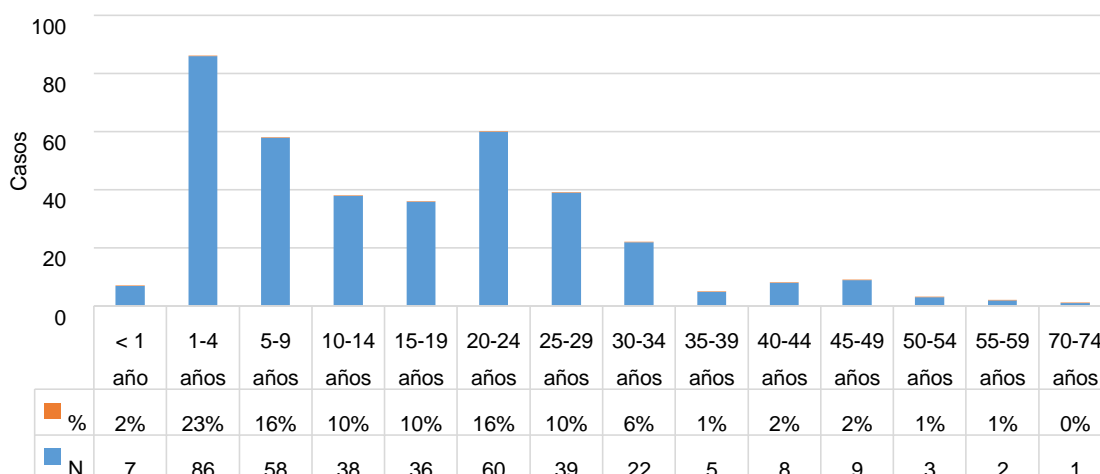
Gráfica 16. Distribución eventos transmisibles Sarampión - Rubeola según edad Localidad Chapinero 2014



Fuente Base de Datos Transmisibles SIVIGILA * Preliminar con corte a Agosto 2015

Para el periodo 2014 se presentaron 19 casos (59%) sospechosos de Sarampión y 13 casos (41%) de Rubeola en la Localidad; el 53% (17 eventos) fueron mujeres y 47% (15) hombres. Los casos sospechosos representaron una mayor carga para la UPZ 90 Pardo Rubio con el 43% (13) de los casos totales, seguido de la UPZ 97 Chico Lago con el 19% (6) y la UPZ 99 Chapinero que genero el 16% (5) de las notificaciones más frecuentes. Las notificaciones por estos eventos en el 91% (29) pertenecían al régimen contributivo, el 5% subsidiado y 3% manifestaron no tener ninguna afiliación.

Gráfica 17. Distribución eventos transmisibles Varicela según edad Localidad Chapinero 2014



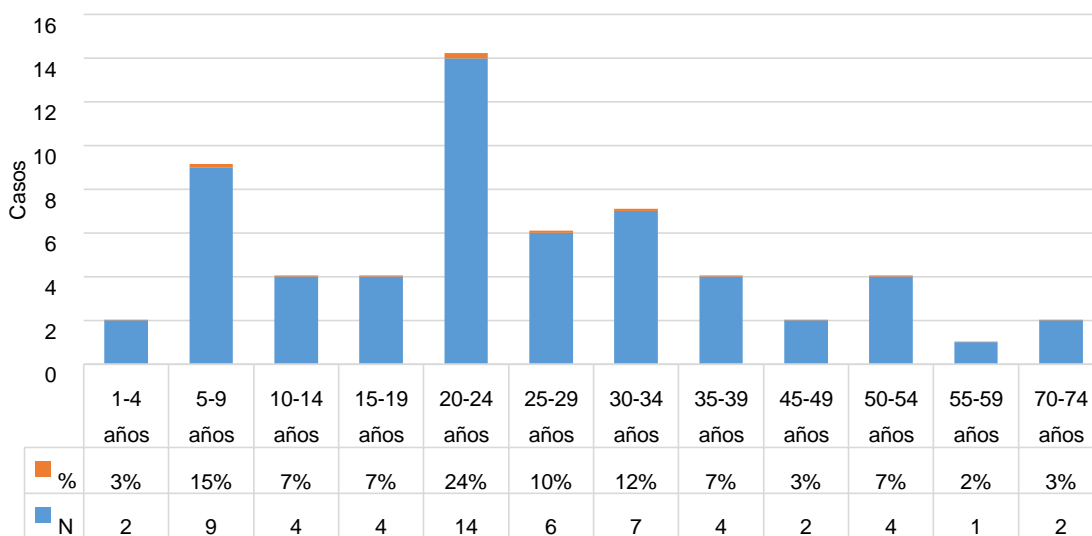
Fuente Base de Datos Transmisibles SIVIGILA * Preliminar con corte a Agosto 2015

Para el periodo 2014 se presentaron 374 casos de varicela en la Localidad, el 54% (201) eran mujeres y 46% (173) hombres. Al igual que lo anterior, los casos

representaron una mayor carga para la UPZ Pardo Rubio con el 47% (176) del total de los casos, seguido de la UPZ Chapinero con un 26% (96). Así mismo, la UPZ Chico lago generó el 12% (44) y la UPZ el Refugio el 11% (43) de las notificaciones más frecuentes por este evento; las notificaciones por este evento en el 83% (310) pertenecían al régimen contributivo.

La varicela es una enfermedad infecciosa que se presenta principalmente en la infancia. Es sabido que antes de la edad de 5 años, el 50% de la población ha padecido la enfermedad y a los 15 años, el 90% ya presenta anticuerpos (74). Diversos estudios han demostrado los grandes costos sanitarios, económicos y sociales que genera la varicela (75) (76). Los niños sanos menores de 12 años de edad en la mayor parte de los países suponen la mayor parte de las consultas médicas y de las hospitalizaciones relacionadas a la enfermedad (74) (75) (76).

Gráfica 18. Distribución eventos transmisibles Parotiditis según edad Localidad Chapinero 2014



Fuente Base de Datos Transmisibles SIVIGILA * Preliminar con corte a Agosto 2015

Para el periodo 2014 se presentaron 59 casos de parotiditis en la Localidad de los cuales el 54% (32 eventos) eran mujeres. Los casos se distribuyeron en la UPZ 90 Pardo Rubio con 31% (18 casos), la UPZ 99 Chapinero con 24% (14 casos), la UPZ 88 el Refugio con el 22% (13 casos) y por último la UPZ 97 Chico lago con el 20% (12 casos) de las notificaciones más frecuentes por este evento. Las notificaciones por este evento en el 90% pertenecían al régimen contributivo, el 3% subsidiado, 2% especial y 5% no asegurado.

La parotiditis, o más comúnmente llamada “paperas”, es una enfermedad viral que puede afectar la fertilidad en la población joven. La incidencia ha bajado tras la inclusión de la vacuna que la previene, pero continúa latente entre la población debido a la vulnerabilidad de los jóvenes que no alcanzaron a tener la cobertura de la vacuna.

Finalmente, las morbilidades y las mortalidades dejan entrever las afectaciones de la población y sus principales molestias en el desarrollo de su cotidianidad. Empero, es menester considerar las personas con limitantes y discapacidades permanentes que completan el perfil de salud enfermedad de la Localidad.

4.5.9 Discapacidad

Según encuesta sobre la carga mundial de morbilidad se estima que alrededor del 19,4% de la población mundial, tomando como referencia la población mundial 2010, es decir alrededor de 975 millones de personas viven con una discapacidad; en Colombia según estadísticas DANE se estima una carga de discapacidad del 6,3% y un 5% en Bogotá (77).

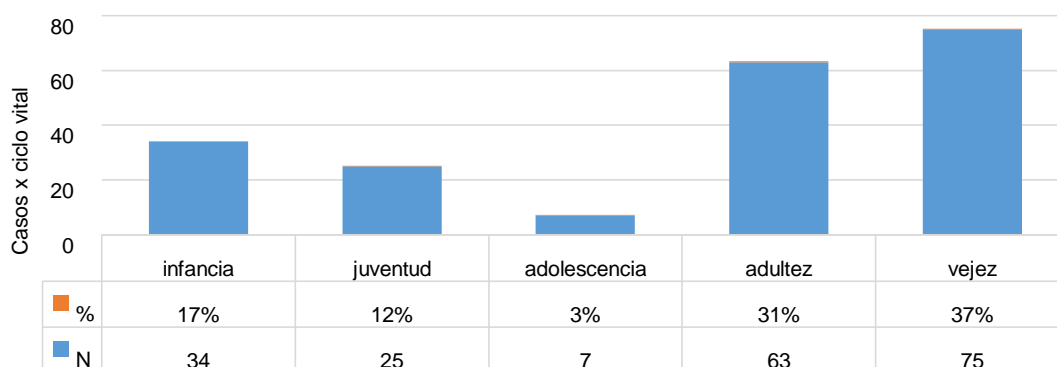
Personas en condición de Discapacidad según ciclo vital

En el caso de las Personas con Discapacidad –PcD- el concepto ha tenido un desarrollo significativo en la última década, al punto que su abordaje ya no se concibe dentro del manejo social del riesgo, sino desde el enfoque de derechos, conforme lo consagra la Convención sobre los Derechos de las PcD de Naciones Unidas². En esta convención se reconoce que las PcD deben gozar de autonomía e independencia individual y que sus derechos humanos y libertades fundamentales deben ser promovidos y protegidos por el Estado.

De acuerdo con la Convención, las PcD son “aquellas personas que tienen 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” (77). En general, la discapacidad es el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona, incluyendo deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

² Aprobada por el Congreso de la República de Colombia mediante la Ley 1346 del 30 de julio de 2009, declarada exequible por la Corte Constitucional en la Sentencia C-293 del 21 de abril de 2010 y ratificada por el Gobierno Nacional el 10 de mayo de 2011. Entró en vigencia para Colombia el 10 de junio de 2011, conforme a lo establecido en el artículo 45.2 de la Convención.

**Gráfica 19. Distribución personas con Discapacidad según ciclo vital
Localidad Chapinero 2014**



Fuente Base de Datos Transmisibles SIVIGILA * Preliminar con corte a 9 Marzo 2015

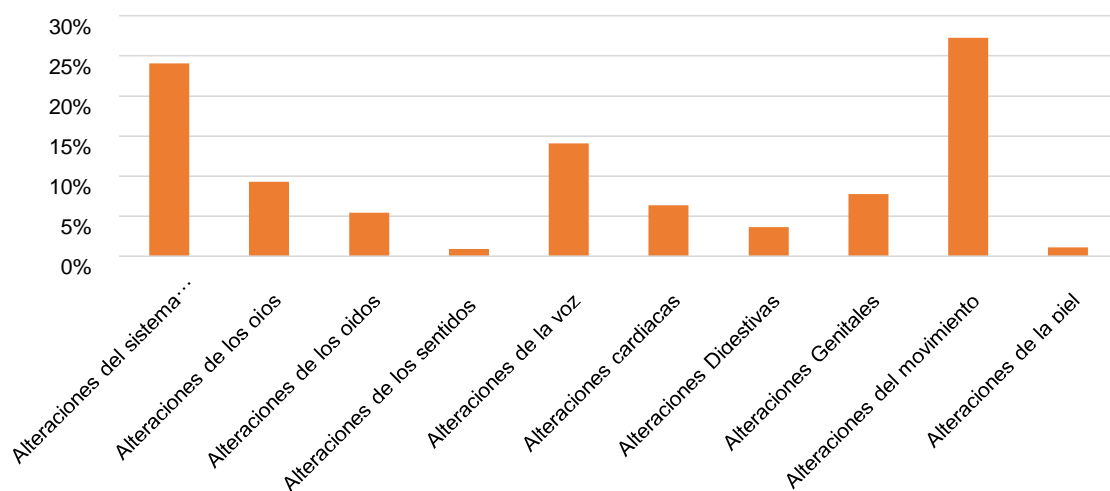
Las estimaciones de la prevalencia de niños con discapacidad varían considerablemente según la definición y la medida de discapacidad, los resultados del estudio Carga Mundial de Morbilidad indican, que hay 93 millones (5,1%) de niños de 0 a 14 años que experimentan una «discapacidad moderada o grave», de los cuales 13 millones (0,7%) sufren dificultades graves. (78).

Desde el año 2005 al año 2014, se han caracterizado 2539 personas con discapacidad 1043 hombres (41%) y 1496 mujeres (59%). El 32% de los hombres y 25% de las mujeres con discapacidad tienen alteraciones del sistema nervioso, es decir, el 28% de las personas con discapacidad poseen este tipo de alteración. De igual forma, el 30% de los hombres y el 36 % de las mujeres en esta población padecen problemas de movimiento, con respecto al total son el 33%. Por otro lado, el 18% de las mujeres y el 14% de los hombres respecto al total de la población caracterizada con discapacidad padecen de alteraciones cardiorrespiratorias; el 16% del total.

Así mismo, se han evidenciado alteraciones en ojos (6%), Digestión (7%), Oídos (3%), Voz- habla (2%), sistema respiratorio (2%), entre otros. Que en general, han tenido dificultades o barreras especialmente por escenarios como Calle (65%), transporte público (53%), y escaleras (52%); sin desconocer otros posibles escenarios como parques, plazas, parqueaderos, centros comerciales y educativos. Las barreras actitudinales provienen en especial de las redes de apoyo cercanas como la familia y amigos (43%).

Durante el 2014 se caracterizaron 204 personas con discapacidad: el 58% (119) mujeres y el 42% (85) hombres.

Gráfica 20. Distribución personas con Discapacidad según tipo de alteración Localidad Chapinero 2014



Fuente Base de Datos Transmisibles SIVIGILA * Preliminar con corte a 9 Marzo 2015

La mayor parte de las personas caracterizadas en el periodo padecen alteraciones principalmente las relacionadas con la movilidad del cuerpo 20% (124), (presentan dificultades para caminar), el 14% (88) dificultad para pensar y el 11% (67) dificultad para hablar.

La Localidad de Chapinero tiene para el año personas con diferentes tipos de discapacidad: 72 personas con alteraciones de los ojos, 39 personas con alteraciones de oído, 8 con alteraciones de sentido, 50 personas con alteraciones de voz, 145 con alteraciones cardíacas, 37 con alteraciones digestivas, 75 con alteraciones genitales, 296 con alteraciones de movimiento y 8 con alteraciones de piel³.

Se distribuyen espacialmente en toda la Localidad en las UPZ Pardo Rubio (42%), Chapinero (24%), Chico Lago (13%), el Refugio (10%) y San Isidro Patios (12%). De la misma forma, la estratificación económica de las personas está en su mayoría en estratos 1 (17%), 2 (35%) y 4 (23%). Según la edad la población se distribuye en todos los ciclos vitales: Infancia 23%, Adolescencia 1%, Juventud 5%, adultez 29% y Vejez 60%.

En la Localidad se ha logrado identificar que las problemáticas más relevantes son las enfermedades crónicas en la etapa de ciclo de vejez, puesto que estas generalmente conllevan a una limitación, por lo que las personas que las padecen

³ Las personas pueden tener más de una discapacidad por ende la sumatoria de datos no concuerda con el total.

son consideradas personas en condición de discapacidad por su limitación permanente; sin embargo dicha población no es reconocida de tal forma dentro de la localidad.

Por otro lado, en las UPZ Pardo Rubio y San Isidro se evidencia, en las etapas de vida adolescencia y juventud, la poca presencia de espacios de esparcimiento con condiciones de accesibilidad para las personas en condición de discapacidad, las cuales tendrían unos costos elevados; problemáticas que inciden negativamente sobre procesos incluyente a nivel local.

4.6 Determinantes sociales de la salud

Tal como se apreció en las descripciones de las temáticas en salud pública, el territorio concentra sus eventos en determinados espacios lo que implica una asociación con sus condiciones socioeconómicas en la medida en que los estratos 2 y 3 son los que presentan una mayor presencia de dichas problemáticas. De allí que la situación se haya concentrado como proceso histórico en los microterritorios Mariscal 3, 4, san Luis 1 y 2, contextos caracterizados por factores de riesgo psicosocial y cultural que refuerzan el ciclo de marginación.

En las ciudades y en las Localidades, especialmente Chapinero por sus características territoriales, el espacio Público es el componente que otorga la identidad y el carácter a la habitabilidad: permite reconocer y vivir en sus sitios urbanos naturales, culturales y patrimoniales. No obstante, en la Localidad el espacio público esta históricamente asociado al impacto del crecimiento acelerado y desordenado del hábitat en la periferia urbana (ocupación informal), sin adecuación a las estrategias de desarrollo urbano locales (proyectos de vivienda), provocando impactos ambientales en los cerros orientales y las formas de vida de residentes.

Se percibe así, una crisis del espacio público es sus dos dimensiones: como elemento ordenador y polivalente, como lugar de intercambio y de vida colectiva, en cada zona o barrio, y también como elemento de continuidad, de articulación de las distintas partes de la ciudad, de expresión comunitaria, de identidad ciudadana (79).

La familia en chapinero no goza de su derecho existir y progresar como unidad familiar de manera homogénea, puesto que los eventos se concentran en las UPZ más vulnerables. En la población se ha verificado la existencia de grandes disparidades en materia de morbilidad evitable, nutrición, mortalidad infantil, esperanza de vida, igualdad, etc. Las barreras económicas, sociales y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a servicios de salud y profundizan las mencionadas disparidades; de modo que aunque las personas pueden llegar a consulta médica, cuando no tienen en sí mismos resistencias a los discursos

médicos o a los programas distritales, ni tampoco imaginarios sociales en torno a la salud, tienen dificultades para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso de su atención.

En síntesis, las características de la localidad en su estructura física y social han determinado de diversas maneras la situación de salud en la población; frente a ello, la dimensión poblacional, ambiental, social y económica han matizado la forma de vida en el territorio desde distintos ámbitos. Por ende, para un análisis profundo es necesario conocer de manera un tanto disgregada pero funcional, las dimensiones prioritarias y estratégicas de salud.

4.7 Construcción de Indicadores por Dimensiones Prioritarias

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 pretende mediante estrategias específicas alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, de manera tal que afecte positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigue los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes; y mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable (80).

Como parte del diseño estratégico, el PDSP 2012-2021 se despliega mediante determinadas acciones que se configuran como un conjunto de ocho dimensiones prioritarias. Estas acciones han sido formuladas conforme las características territoriales y considerando la integración regional por la salud pública entre los gobiernos departamentales, distritales y municipales, o en las zonas de integración territorial y de frontera, de manera tal que permitan actuar sobre las inequidades y los determinantes de la salud (80).

4.7.1 Dimensión Salud Ambiental

El ambiente es todo el conjunto de elementos de la naturaleza: suelo, agua, aire, flora, fauna., que están integrados en un sistema ecológico dinámico y equilibrado en sus numerosos sistemas, sirviendo de soporte a las condiciones humanas y la calidad de vida de los habitantes (81).

De allí, que en la búsqueda de un derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, se intente promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales; bajo el enfoque metodológico que establece las relaciones entre las condiciones ambientales y la salud.

Desde esta perspectiva, la primera forma de establecer los impactos ambientales en la comunidad de Chapinero, además de lo descrito hasta el momento, son los

indicadores de vacunación en animales y la calidad del agua, aire y manejo de residuos.

Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales

Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente trasmisor de rabia- APTR- en 2014 a nivel nacional estuvo en 232,08 por 100 mil habitantes. Mientras que el Distrito aumento de 191,403 por 100 mil habitantes en 2013 a 223,72 por 100 mil habitantes (81) (82) (83) .

La Localidad durante el 2014 tuvo un acumulado de 403 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, con mayor frecuencia en la UPZ 90 Pardo Rubio con el 32% (127) de los casos, seguido del 23% (91) en la UPZ 99 Chapinero y 21% (85) de eventos en la UPZ 97 Chico Lago. (84). El 81% (325) casos de los accidentes fue ocasionado por perros y el 17% (70) por gatos; de los cuales el 36% (144) estaban vacunados.

La tenencia inadecuada de mascotas es uno de los problemas que se identifican en la localidad, lo que se caracteriza por la presencia de animales con mal estado sanitario, esquemas de vacunación incompletos, infestación de parásitos, avanzados grados de desnutrición y sin esterilización; problema que es reflejado en la alta tasa de agresiones.

A pesar de los diferentes ataques sufridos por los residentes, no se presentaron casos de rabia animal durante el año, en parte debido a que durante el 2014 se vacunaron 10457 animales, de los cuales el 78% corresponde la población canina y 21,5 % a felina, lo que equivale a una cobertura superior al 80% de vacunación en dichas especies; por encima de la distrital (57%) y Nacional (73%) (85).

La conducta de los animales en cualquiera de las funcionalidades que pueda tener la conducta territorial, está inevitablemente unida al concepto “espacio” o “hábitat”. Sin embargo, es la falta de concientización la que involucra una tenencia irresponsable de mascotas que deriva en la agresión territorial, especialmente en caninos domiciliados y semidomiciliados (85).

Emisión de contaminantes

En cuanto a la vigilancia ambiental, se describe el comportamiento de las concentraciones de material particulado – PM del tipo PM10 y PM 2,5 a los que estuvo expuesta la población de la localidad. El patrón descrito en el comportamiento de PM10 es ascendente alcanzando un nivel máximo alrededor de las 9:00 a.m., con 54 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, valor que supera el máximo establecido por la OMS, luego hay una oscilación de las concentraciones encontrando otro pico a las 5:00 p.m., (37 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) para descender en la noche. A su vez, el PM2,5 23 describe unas

concentraciones de partículas con un comportamiento oscilante hasta las 5:00 a.m., aunque desde las 6:00 a.m., presenta un acrecentamiento hasta las 8:00 a.m. con 23 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ manteniendo una oscilación de las concentraciones durante el resto del día, por debajo del valor guía de la OMS (86).

Estos comportamientos se pueden relacionar con las horas pico y el estado de la malla vial de la ciudad. La Localidad tiene un fuerte deterioro de la calidad del aire y ruido producido por el tráfico vehicular en las principales vías: calles 39, 53, 57, 63, 72, y 100, las carreras 7, 11, 13, 15 y la Avenida Circunvalar. De allí, que los mayores niveles de contaminación atmosférica se presenten en las horas pico, puesto que Chapinero cuenta con un alto número de troncales, lo cual implica el aumento en la cantidad de vehículos (87) (88).

En contraste, en el área rural según la percepción de la comunidad, la calidad del aire es una de las potencialidades medio ambientales que deben mantenerse y protegerse para beneficio de la ciudad. Por los principales corredores viales de la localidad y las zonas comerciales de Chapinero, Calle 72 y El Lago (Zona Rosa), por la presencia de bares, tabernas y discotecas en los sectores de comercio en la localidad, se percibe un alto grado de afectación auditiva (87).

Se ha logrado constatar un alto índice de ausentismo escolar por causa de la enfermedad respiratoria, en gran parte por causa del tabaco y a la cercanía de la vivienda a vías sin pavimentar y lugares comerciales que utilizan chimenea, los cuales aumentan las concentraciones de material particulado de diferentes calibres, afectan también la efectividad y respuesta adecuada del sistema respiratorio.

Sumado a lo anterior, el desarrollo de barrios ilegales, ubicados en la zona de ladera de los Cerros Orientales, en su mayoría no cuentan con vías de acceso, impidiendo el recorrido del consorcio de aseo de la zona. Esto ha conllevado a que eventualmente se generen botaderos, lo que genera un impacto negativo tanto en la calidad del aire, contaminación visual y las condiciones saludables de los habitantes, presentándose infecciones respiratorias e intestinales, vistos en los aspectos mórbidos y de consulta, por la degradación de estos residuos en mala disposición.

“Los riesgos biológicos por presencia de artrópodos, roedores y demás vectores, es uno de los principales factores que afecta a la localidad tanto en zona urbana como rural, por ser estos un agente de difícil control y manejo” (83). Ocasionado por un inadecuado manejo de los residuos en las calles no solo sirve de nido de proliferación de vectores sino que provoca que los otros animales y habitantes de calle rieguen estos desperdicios llevando a una obstrucción de sumideros, el deterioro del paisaje y la contaminación de cuerpos de agua.

Agua para consumo humano y disposición final de residuos

De acuerdo a los valores calculados para el año 2014, de las muestras y consolidados mensuales, se concluye que la capital esta dentro del rango sin riesgo (0 a 5%), y el promedio acumulado del año es de 0,93%, lo que indica que el 98% de la población residente en el distrito cuenta con agua para el consumo de buena calidad (89) (90). Para el caso local, el Índice de calidad de agua - WQI por sus siglas en inglés- afirma que de acuerdo al Tramo 1: Parque Nacional 2011 - 2012 es de 94% Buena; a nivel general Índice de Riesgo Calidad agua para Localidad Chapinero 2014 es 4%, es decir, sin Riesgo.

La situación de los recursos hídricos en la zona rural de la localidad de Chapinero está asociada principalmente a la contaminación generada por disposición de residuos sólidos y líquidos en algunos de los cuerpos de agua y a la existencia de una cobertura insuficiente de agua potable, o por lo menos segura, para las familias de algunos sectores. En el área rural el servicio de recolección de basuras lo presta La Calera, sin embargo debido a la irregularidad de horarios, casi la totalidad de los residuos son quemados o enterrados. En las UPZ Chapinero y Refugio se evidencian puntos críticos generados por los establecimientos de comercio y población flotante de la localidad (87).

Se ha determinado que la media ponderada de la producción por habitante pph-global para las 19 localidades de Bogotá es de 0,32 Kg/hab-día; en la que los residuos de comida (orgánicos) son el componente generado en mayor cantidad en todos los estratos socioeconómicos. Los residuos de comida preparada, como no preparada, constituyen aproximadamente el 60% del total de los residuos sólidos generados en la parte urbana de la Ciudad (88)

En el área rural de la localidad el servicio de recolección de basuras se realiza a través del municipio de la calera, empero se presenta una irregularidad de horarios y dificultades para los habitantes de la vereda, por lo que la alternativa comunitaria es que los residuos sean quemados o enterrados. Por su parte, en el área urbana donde se presenta una cobertura del 98,8%, existe un problemática generalizada debido a la existencia de focos críticos en toda la localidad.

Se hacía mención de las UPZ San Isidro Patios y Pardo Rubio donde se evidencia una mala disposición de residuos sólidos lo que tiene como consecuencia la contaminación de quebradas con dichos elementos y escombros domiciliarios; pero también en las UPZ chapinero y refugio se evidencian puntos críticos generados por los establecimientos de comercio y población flotante de la localidad debido a malas prácticas de disposición de transeúntes, estudiantes y en especial el comercio formal e informal (88).

A pesar de lo anterior, el nivel de mejoramiento alcanzado en la Localidad de Chapinero para el 2014 fue del 83%, nivel de mejoramiento 3, que pasaron de rojo a amarillo, lo que quiere decir que estas familias lograron avances en la adopción de prácticas en salud ambiental y manejo de residuos sólidos (91).

4.7.2 Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

El mejoramiento de prácticas y de concientización sobre los riesgos a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, ha permitido no solo un mejoramiento con el ambiente sino una prevención ante enfermedades transmisibles y erradicación de las mismas.

Cobertura de vacunación con esquema completo

El Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI, siendo una prioridad para el Gobierno Nacional y para el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS, considera que es fundamental generar de manera permanente estrategias para garantizar el mejoramiento continuo de las coberturas de vacunación en la población Colombiana, con mayor énfasis en la menor de 6 años y la apertura de este servicio a otras poblaciones que se considere necesario priorizar.

Siendo así, en niños menores de 1 año se logró a nivel distrital una cobertura contra: Polio del 88,1%, DPT 88,1%, BCG 103%, Hepatitis B 88%, Haemophilus 88,1%, Rotavirus 86,3%, Triple viral 90.3%, Neumococo 90%, Fiebre Amarilla 90%, Hepatitis A 90,4%; también se obtuvo una cobertura en Población de 5 años de Triple viral de 84,3% (92).

Para la Localidad de la misma forma que la capital Polio se alcanzó una cobertura del 83,13%, Triple Viral 81,87%, DPT 83.1%, BCG 118,7%, Hepatitis B 81,4%, Haemophilus 83,1%, Rotavirus 85,3%, Neumococo 79,7%, Fiebre Amarilla 71,3%, Hepatitis A 78,3%; para la Población 5 años en Triple viral 441.9%.

No se alcanza una totalidad 100% debido a factores culturales de algunas comunidades (étnicas), imaginario y miedos en torno a los efectos de las vacunas, dinámicas familiares y de los cuidadores que dificultan el acceso a la atención ya que los horarios de trabajo no permiten su abordaje, a falta de un fortalecimiento y una actualización oportuna en los registros y bases de datos pueden convertirse en un tropiezo considerar. Es necesario también considerar las barreras de acceso a la estratificación 4 y 5 por parte del sector público por lo que es menester contar con un seguimiento eficaz en el régimen contributivo.

Prevención y el control de las IAAS

Por otra parte, pero continuando con las enfermedades transmisibles, las infecciones asociadas con la atención en salud IAAS- son contraídas por un paciente durante su tratamiento en cualquier tipo de entorno en el que reciba atención. Dichas infecciones pueden aparecer incluso después del alta del paciente. Las infecciones asociadas a la atención en salud se consideran el evento adverso más común en la prestación de servicios de salud. Son multicausales y tienen como factores contribuyentes aspectos relacionados con los sistemas de salud, los procesos de la prestación del servicio o los comportamientos individuales de los trabajadores de la salud.

En la 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, Bogotá tuvo un total de 13045 casos con una tasa de mortalidad asociada de 5,2x100mil.

Por su parte, el programa de seguridad del paciente se ha venido realizando en el Hospital Chapinero ESE, por lo que Índice de infección asociado al cuidado de la salud desde el año 2010 se encuentra en cero; en 2008 se encontraba en 0,11 por 100 y 2009 en 0,15 por 100. De igual manera, no se encuentran casos de flebitis ni de Infección urinaria asociada a sonda vesical. No obstante, la celulitis en paciente ambulatorio ha generado un aumento desde el 2012 pasando de cero casos a 2 casos en 2014 (93).

Letalidad tosferina y Tasa de mortalidad por Rabia Humana

La Tosferina, es una enfermedad respiratoria aguda de origen bacteriano, inmunoprevenible y altamente transmisible, cuya sintomatología es ocasionada por las toxinas que libera el agente causal Bordetella pertussis cuando invade el epitelio ciliado del sistema respiratorio; esta enfermedad es de gran impacto en la salud pública, especialmente en la población menor de un año. Para la Localidad la Letalidad durante el 2014 se mantuvo en cero casos, para Bogotá se disminuyó del 2013 con una tasa de 1,3% (3 Casos) de mortalidad a Cero en 2014 (94).

La rabia, por otro lado, es una zoonosis aguda, fatal y transmisible, producida por el virus rábico, que afecta a los animales de sangre caliente, incluyendo al hombre. La transmisión al hombre se produce básicamente por la mordedura de un animal rabioso. Para la Localidad, al igual que el distrito y el país, la tasa de Rabia humana se mantiene en cero eventos.

Tasa de mortalidad por Tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud en su informe global de control de la TB 2009, estimó para el año 2007 en Colombia la incidencia de esta enfermedad, en todas

sus formas (TB-TF), estaba en 35 casos por 100.000 habitantes. En 2006, según datos oficiales del DANE, la tasa de mortalidad por TB fue 2.5 muertes por 100.000 habitantes, de las cuales 69.14% corresponde al sexo masculino. En Colombia la tuberculosis es la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles, lo que equivale al 10% (13.581) de las muertes por estas patologías. Para Bogotá la tasa 2011 fue de 1,2 y para el 2012 fue de 1,0 por 100.000 habitantes.

En 2014, el país tuvo una tasa de mortalidad de 2.06 por 100 mil habitantes; mientras que Bogotá manifestaba una letalidad de 6%, es decir, una mortalidad de 156 casos (13%). Para la Localidad la Tasa de Tuberculosis para el 2011 la carga fue de 0,7 por 100.000 habitantes, no obstante, desde 2012 no se han presentado casos (95).

Con respecto a lo anterior existe un porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar que en la nación oscila entre el 59% de éxito en el tratamiento; Bogotá, por su lado, tiene un 77% y la Localidad un 62%.

Por último, en enfermedades transmisibles como Malaria se han mantenido en cero; mismo valor en toda la población nacional. Así mismo, la lepra con discapacidad g2 se mantiene para el año 2014 en cero casos, aunque a nivel nacional este en 12,29% la distribución de casos nuevos, es decir, 837 casos; mientras que en Bogotá se habla de que 1 de cada 10 casos nuevos presenta discapacidad grado, el 16% para el año 2013 (96).

4.7.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Además de los aspectos físicos de la enfermedad, en la Localidad es necesario asumir los inconvenientes surgidos en la socialización de los sujetos y las relaciones sociales. Este apartado congloba todo el avatar de la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia (80).

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 (Ley 1616 de 2013).

El Hospital Chapinero ESE., para fortalecer la salud mental de un grupo de mujeres, niñas y niños a través del programa “tú Vales” de la institución, y junto a la Casa-hogar Refugio, en el marco de las actividades integrales de Salud Pública, trabajaron con grupo de infantes que provienen de grupos poblacionales donde la inequidad, la exclusión, la vulnerabilidad de género, los han dejado en un estado de fragilidad. La experiencia propuesta por el Hospital terminó en las fases que en

su orden fueron: alistamiento, acercamiento e implementación de un proceso constructivo de prácticas saludables para la vida sana.

Prevalencia de consumo de SPA y Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes

La Organización Mundial de la Salud indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. Se atribuyen al alcohol efectos primordialmente traumatismos no intencionales y trastornos neuropsiquiátricos.

El consumo de alcohol por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume: el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados.

En Colombia el alcohol y el cigarrillo eran frecuentemente consumidos por los jóvenes entre 10 y 24 años, existiendo una mayor preferencia por el alcohol; para las mujeres su prevalencia era de 82.6% y para los hombres de 85.2%. El consumo de alcohol en el país es histórica y socialmente aceptado generando un acumulado de hechos que han repercutido en la salud pública y en las relaciones sociales y familiares. De allí, que a través de los distintos medios masivos de comunicación y con base en la encuesta de sustancias psicoactivas, realizada por el Ministerio de Protección Social (97), el Estado colombiano manifieste que “el aumento de consumo de alcohol en los adolescentes se ha convertido en una de las mayores preocupaciones sociales” (98).

De manera similar, el consumo de sustancias ilícitas reciente en Colombia o prevalencia del último año, es del 3.6%, mientras que la prevalencia de los últimos 30 días es del 2.3%; y la distancia entre hombres y mujeres aumenta. El consumo reciente o prevalencia en el último año estima que en este periodo de tiempo en el país, unas 839 mil personas usaron al menos una vez, una o más de las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, sustancias inhalables o dick. De este total, 667 mil son varones y 172 mil mujeres, en otras palabras, de cada cuatro personas que consumen sustancias ilícitas, tres son hombres y una es mujer.

En Bogotá las sustancias psicoactivas que presentan las mayores frecuencias de consumo en la ciudad de Bogotá son en sus orden las bebidas alcohólicas, el tabaco, la marihuana, la pasta básica de cocaína, el éxtasis y la cocaína. Se encontró que el 33.5% de los jóvenes consumía alcohol menos de 4 veces en el

año, el 0.7% lo hacía todos los días y un 26% una a tres veces en el mes. En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, se encontró un 20% con frecuencia anual, 27% mensual, 18% en forma semanal y 5%, 2 sujetos, en forma diaria. En función del sexo de los sujetos, se observó que el consumo era mayor en hombres (69.48%) que en mujeres (60.73%).

Bogotá para el año 2013 tenía una prevalencia de consumo de 3.52%. El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes de 12 a 17 años con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3%. La mayor proporción de consumidores de sustancias ilícitas con respecto a la población total se encuentra en las localidades de Santafé, los Mártires y La Candelaria (6,2%), seguida de la zona que comprende las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo (5,8%) (98).

De acuerdo con estas tasas de consumo en el último año, se estiman las siguientes cifras globales de consumidores en cada grupo de edad: 159 mil adolescentes de 12 a 17 años, 347 mil jóvenes de 18 a 24 años y 216 mil en el grupo 25 a 34 años. El uso de sustancias según estrato socioeconómico se presenta en el estrato 3, con casi un 4%, sin ser estadísticamente significativa la diferencia con respecto a los otros estratos.

Desde el Hospital de Chapinero, no se tienen datos y cifras específicas frente a los casos de adolescentes que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva; no obstante, desde los diferentes referentes, en especial ámbito escolar, se recibe la voz de orientadores de los colegios, los cuales tienen identificada la problemática al interior de los colegios de manera cualitativa. Siendo así, en la localidad de Chapinero se realizó un proceso de caracterización, priorizando colegios públicos en varias jornadas con el fin de identificar los imaginarios construidos y sostenidos por los adolescentes y jóvenes, que son factores de riesgo para el uso y abuso de sustancias psicoactivas tanto en la etapa escolar básica como fuera de la etapa escolar. Entre los resultados obtenidos del proceso de caracterización en los colegios públicos de la localidad, se pudo identificar que existe un alto índice de consumo de alcohol, tal como se observa en uno de los resultados en que se resalta que para el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el 49% de los adolescentes tamizados no presentan consumo o presentan un consumo bajo “funcional” mientras que el 51% presentan consumo disfuncional (99).

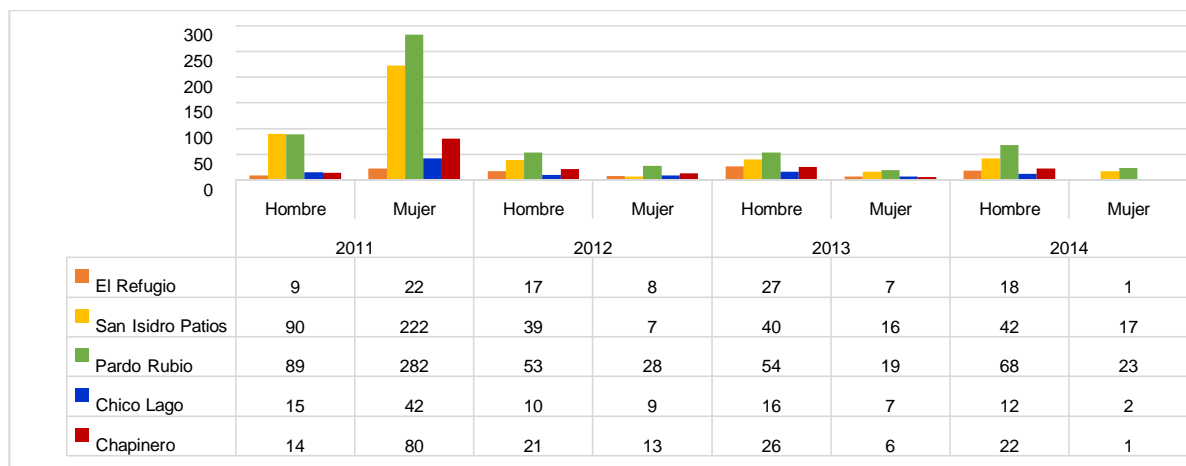
El consumo de SPA no es un fenómeno exclusivo de ciertos grupos de edad o de condiciones socioeconómicas particulares “Así como grandes sectores de la sociedad encuentran en las drogas un medio funcional para afrontar situaciones

difíciles de exclusión o de falta de oportunidades, también existe consumo en grupos perfectamente integrados a la sociedad y con plenas oportunidades” (100). La facilidad con la cual las personas pueden tener acceso a una determinada sustancia, ha sido identificada como un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de experiencias de consumo, en la medida que existen condiciones favorables para disponer de ella. Por ende, los medios de comunicación, publicidad y venta, la influencia de los compañeros y amigos, el incremento de la conducta de conformidad, las nuevas habilidades cognitivas y la formación de una identidad personal, son los principales elementos para el consumo de psicoactivos en niños, niñas y adolescentes.

Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar

Con la situación anteriormente descrita, cabe analizar el comportamiento familiar en el territorio. Es así que durante el 2014 se presentaron en Colombia 10402 dictámenes por violencia contra niños, niñas y adolescentes con una tasa Nacional de 67,14 casos.

Gráfica 21 Distribución casos de Violencia intrafamiliar, Maltrato infantil y Violencia Sexual según sexo por UPZ 2011 - 2014 Localidad Chapinero



Fuente: Bases de datos SIVIM Local Corte 20 septiembre 2015 Preliminar

Históricamente, desde el año 2011 la violencia intrafamiliar ha descendido, por lo menos en el reporte, pasando de 865 casos (2011) a 206 casos en 2014; se tiene un acumulado de 1793 casos en el periodo 2011-2014. Sin embargo, el perfil de ocurrencia sigue recayendo en los lugares con más densidad poblacional y con más problemáticas sociales: San Isidro (26%) y Pardo Rubio (34%) del total de tendencia.

Según el sexo, en 2014 en Colombia la víctima es mayor en mujeres (70,64) y de acuerdo al ciclo vital el mayor porcentaje es de 15 a 17 años tanto en los hombres como en las mujeres.

Los grupos de edad más afectados, para el caso local, son los ciclos de Infancia (40%), adultez (20%) y adolescencia (16%). La distribución por sexo evidencia una violencia hacia la mujer (55%) sin dejar de lado la acentuación en los hombres (45%); que en los últimos años 2013 y 2014, ha mostrado un aumento superior que en las mujeres con el 76% frente al 24% del total de notificación en estos dos años. Para la Localidad en el 2014 se tiene una tasa de incidencia de violencia contra la mujer de 2,22 por cada 1000 mujeres.

Del estado civil se refleja un cambio que está asociado al estado y composición familiar que ha residido en la Localidad y sus transformaciones, es decir, una victimización en personas casadas o en unión libre que en el 2011-2012 eran el 27% frente a solteros 24%, pasando mediante transición demográfica a personas eminentemente solteras con el 63% frente a las que están en unión libre 22%.

La violencia intrafamiliar es un problema de índole mundial en que los grupos más vulnerables son las mujeres, los niños y los adultos mayores. En cuanto al tipo de violencia intrafamiliar en Colombia la proporción de casos de violencia hacia niños, niña y adolescentes, ocupa el tercer lugar (13,7%) después la violencia de parejas (64,33%). En la Localidad la tasa de maltrato intrafamiliar es de 1,5 por cada 1000 habitantes.

Como extensión y expresión del ejercicio de poder, la violencia en cualquiera de sus manifestaciones: el hombre sobre la mujer, el adulto de ambos sexos sobre los niños y niñas, el rico sobre el pobre y en general el fuerte sobre el débil., resulta ser de los elementos más afectantes no solo a la integridad familiar, al disolverla, sino también a la comunidad al destruir valores (101).

Las sociedades humanas han tratado de regular, mediante la promulgación de leyes, el ejercicio arbitrario de la violencia, fundamentalmente con el fin de proteger a los más vulnerables; sin embargo, se ha visto la necesidad de abordar la violencia en el hogar desde otros ángulos del quehacer científico, en este caso como un problema de Salud Pública.

Es fundamental actuar sobre la violencia intrafamiliar ya que además de ser un problema que desintegra las familias, es un determinante de gran relevancia, junto al consumo de sustancias psicoactivas, en la gran tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente. Chapinero es una de las Localidades con mayor número de casos de Suicidio.

En el año 2014 el sistema médico legal colombiano reporto una tasa de suicidio en de 4,33 por 100.000 habitantes; el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el año realizo 1878 necropsias debidas a suicidio. Se observó que había un comportamiento alto entre el grupo de edad de 20 a 24 años y entre 25 a 29 años, las edades más recurrentes en la conducta suicida en la Localidad cuya tasa de Suicidio para el 2012 fue de 5,2 por cada 100.000 habitantes; para Bogotá fue de 3,2 por cada 100.0000 habitantes.

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

Lejos de generar una ruptura con los análisis en las dinámicas al interior de los hogares, resulta necesario considerar los elementos que hacen que las familias estén en integración comunitaria, es decir, componentes que comunica y enlaza las personas en una convivencia. Ciertos aspectos externos a las familias también son reflejo de las condiciones de vida de la población, como se analizaba en el componente de salud ambiental; es así que el espacio público es un claro escenario de manifestaciones sociales.

La vida diaria está relacionada en gran proporción con el desplazamiento de un lugar a otro, con el fin de cubrir necesidades de alimentación, trabajo, educación, recreación, etc. La vía pública se convierte de esta forma en un sitio habitual para miles de seres humanos que de igual forma sienten la necesidad de desplazarse. La vía al aglomerar la población y estar fuertemente relacionado con la salud de la sociedad, resulta ser un importante campo para analizar.

El sistema vial está, por ejemplo, compuesto por una serie de elementos, como son las vías de comunicación: caminos de tierra, carreteras, calles, avenidas, autopistas; los medios de transporte como son las bicicletas, camiones, vehículos y por las persona: peatones, conductores y pasajeros; todos estos en permanente interacción pueden generar riesgos para la vida. La inseguridad vial ha desencadenado pérdida de vidas humanas, personas con discapacidad, lesiones y daños individuales y familiares, vistos en la continua incidencia de accidentes de tránsito terrestre.

Durante el año 2014, el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses recibió 25.225 casos por muertes violentas con una tasa de 52,92 por 100.000 habitantes. Las lesiones fatales de causa externa por accidentes de transporte terrestre en Colombia para el 2013 fueron de 13,20 por 100mil, disminuyendo para el 2014 a 6.4 por 100.000 habitantes; para Bogotá fue de 8,5 por 100.000 y Chapinero en el periodo 2012 la tasa fue de 4,4 por 100mil (102).

Finalmente, el espacio público, además de arteria vial, comprende todos los lugares de esparcimiento y encuentro, característicos de Chapinero. No obstante, la falta de

una cultura donde se privilegie la tolerancia y el respeto no siempre reina, especialmente cuando se suma el consumo de SPA, causante de muchas de las lesiones de causa externa y mortalidades (incluyendo las de transporte). En Colombia para el 2014 el homicidio ocupa el primer lugar con 12.626 casos equivalente al 50.05% del total de casos.; Bogotá presenta una tasa de 14,9 x 100 000 mientras que la Localidad se encuentra en 6,7 x 100 000.

4.7.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Otro de los componentes fundamentales en la vida, que guarda gran relación con la salud, resulta ser la nutrición y alimentación. 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” (103).

A pesar de la política, la desnutrición continúa siendo un problema significativo en el país y en todo el mundo, sobre todo entre los niños; la pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra contribuyen a padecimientos, e incluso epidemias, de desnutrición e inanición, y no solo los países en desarrollo. De allí, que se hayan desarrollado estrategias que encaminen las acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida (104).

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

Como una de las estrategias pertinentes la garantía de una lactancia materna busca una alimentación adecuada de los menores de dos años de edad para así establecer una de las mejores formas de evitar condiciones de riesgo y vulnerabilidad que no sólo los afecta como sujetos sino como colectivo, ya que una mala alimentación impacta negativamente en el desarrollo de capacidades de generaciones y genera gastos mayores en disposición de servicios en materia de salud, trabajo, alimentación y dependencia”

La lactancia materna es uno de los factores que más contribuye con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria hasta los dos años (105) . Sin embargo, la duración de la lactancia materna exclusiva 2014 en la localidad es de 3,25 meses.

Una inadecuada alimentación, incluyendo una lactancia precaria, conlleva a problemas que recaen en la infancia relativos a la alimentación y nutrición: Recién Nacidos de Bajo Peso, Madres Gestantes con riesgos, Menores de 10 años y

Escolares desnutridos; grupos que se reconocen por su estado potencialmente vulnerable y sobre los cuales se orientan acciones específicas en salud. Según la definición del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- “La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas (106).

Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años

Puesto que el “Estado nutricional se refiere al estado de balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que en sí mismos son dependientes de la interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico”, la desnutrición puede ser crónica, aguda o global según peso, talla y edad.

El indicador de desnutrición global o peso para la edad, refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y el peso del niño considerándose un indicador compuesto que permite determinar las condiciones en el crecimiento ponderal de los infantes expresando las condiciones estructurales de seguridad alimentaria y nutrición de una población (107). En síntesis, dicha situación nutricional indica que el menor recibe una dieta insuficiente o que padece una enfermedad reciente. Los niños que todavía no han cumplido los tres años son más sensibles a los requerimientos nutricionales por la velocidad de su crecimiento, lo que los sitúa en condición de mayor riesgo.

En la localidad se presentó una prevalencia de desnutrición global en el 2014 de 3,7% (66 casos); el 45% (30 casos) se distribuyen espacialmente en la UPZ 90 Pardo Rubio, 17% (11 casos) en la UPZ 99 Chapinero y 15% (10 casos) UPZ 89 San Isidro Patios.

La dinámica laboral, la falta de ingresos y la estructura monoparental de las familias son de los factores que más influye en la salud de las familias de estas zonas, puesto que en muchos casos los altos costos residenciales conlleva a las familias a un sacrificio del bienestar físico, la educación y la recreación para responder a demandas públicas como los arriendos o servicios. De igual manera, la falta de educación y de malos hábitos alimentarios, producto de las costumbres familiares, es de los determinantes más comunes en familias residentes.

Chapinero cuenta con plazas de mercados campesinos lo que permite un acceso a los productos, sumado a un gran soporte comercial. Siendo así, el evento obedece más a patrones de consumo de los propios alimentos, lo que ha venido ocasionando pérdidas de peso importante, crecimiento y desarrollo inadecuado, aumento en el

riesgo de enfermar y morir, como también cambios desfavorables en la vida del individuo y de la comunidad.

Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años

A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias. Según estándares internacionales, se calcula que casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal (108).

El territorio local no es ajeno a la situación, durante el año 2014 el peso por desnutrición crónica en menores de 5 años fue de 20,8% (372 casos); la UPZ 90 Pardo Rubio presentó el mayor número de casos (185 casos) con un peso del 50% de la DNT crónica total, seguido de San Isidro con el 23% (87 casos) y un 11% (42 casos) en la UPZ Chapinero.

Aunque suele relacionarse la pobreza como el elemento central de causa de la desnutrición, existen otras razones de igual relevancia que fortalecen el problema, sobretodo en la localidad, como son la no lactancia por parte de la madre, infecciones respiratorias agudas –IRA-, enfermedades diarreicas agudas –EDA-, falta de educación, malos hábitos alimenticios, costos de alimentos, inadecuada alimentación gestante, consumo insuficiente de todos los alimentos, condiciones socioeconómicas, poder adquisitivo, bajo consumo de alimentos proteicos, baja adherencia a los servicios de salud, falta de controles de crecimiento y desarrollo, falta de educación en la madre, creencias inadecuadas, malas condiciones en la alimentación, calidad del agua, alcantarillado insuficiente o inexistente, servicios públicos inadecuados, higiene y saneamiento deficiente en el hogar.

Nacidos vivos con bajo peso al nacer

Como se ha venido mencionando, el bajo peso al nacer conlleva consecuencias negativas para los menores relacionados con impactos en morbilidad, educación y productividad. El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Se calcula que cada año nacen en el mundo 18 millones de niños con bajo peso (109). Este evento hace que los recién tengan menos probabilidades de vivir durante los primeros meses o años; durante el desarrollo tienden a tener disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, así como estar propensos a seguir malnutridos.

Para la Localidad la prevalencia de bajo peso al nacer fue de 8,4% con 141 casos. Hecho que constituye uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad neonatal ocurrida en Chapinero ya que “El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido (109).

Prevalencia de obesidad

Las manifestaciones de la malnutrición no solo obedecen a una deficiencia puesto que el exceso expresado como sobrepeso u obesidad también genera una situación de riesgo y morbilidad. La malnutrición describe una condición patológica consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional y puede referirse a un déficit en la ingesta de nutrientes, a un estado de sobrenutrición o a una alteración en la utilización de estos en el organismo.

Para el 2014 se alcanzó una prevalencia de sobrepeso de 1,6% (29 casos) x 100 niños: 48% (14 casos) UPZ 90 Pardo Rubio, 17% (5 casos) UPZ 99, 14% (4 casos) UPZ 97 Chico.

Identificación en cada ETA del agente etiológico

A pesar de que la ausencia o el exceso de los alimentos generan eventos en salud, su consumo puede acarrear situaciones negativas por la transmisión misma de enfermedades debido a una mala manipulación, conservación o tratamiento. Durante el 2014 se presentaron 8 brotes por enfermedades transmitidas por alimentos, el 50% (4) de las ETAs se relacionó con alimentos mixtos, 25% (2) derivados del arroz, 13% (1) agua y uno con comida rápida; en el 63% (5) de los casos se aisló agente etiológico.

4.7.5 Dimensión Derechos sexuales y sexualidad

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.

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 salud sexual y reproductiva constituye un derecho tanto de hombres como de mujeres que se basa en el reconocimiento de todas las parejas e individuos a decidir

libre y responsablemente el número de hijos, a disponer de la información y los medios para un desarrollo pleno y a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia.

Para cumplir y garantizar dicho derecho se han encaminado un “conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades” (3).

Mortalidad materna

Al ser una expresión del riesgo de las mujeres de morir por el proceso reproductivo, la Mortalidad materna es un reflejo de la calidad de los servicios de salud y constituye un problema social en el que inciden múltiples factores, “agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud” (110).

Según el Instituto Nacional de Salud –INS- es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, es decir, mala atención prenatal durante la gestación, en la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

Aunque globalmente se ha disminuido desde el año 1990 a 2013 a casi la mitad, actualmente cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, en donde el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (111).

Colombia también ha experimentado una reducción a través del tiempo reduciendo 9,48 muertes maternas por cada 100.000 nacidos entre el 2005 y 2008. Las gestantes del país que mueren tienen estrato socioeconómico bajo, poca escolaridad y limitaciones de acceso a entidades de salud públicas y privadas, por distancia y por tramitología (112). Para Bogotá fueron 30 casos con una tasa de 29 por cada 100.000 habitantes. Para la Localidad desde el año 2012 al 2014 se ha mantenido en Cero.

Mortalidad por VIH/SIDA

Desde 1985 al 31 de diciembre de 2012 se ha reportado un total de 95.187 casos de infección por VIH (Sida y muerte), lo que evidencia que año tras año sigue un crecimiento paulatino de casos a nivel nacional. Para el año 2012 ingresaron al SIVIGILA un total de 8.196 casos. De estos 5.914 (72,2%) fueron hombres y 2.282 (27,8%) mujeres; el 98,5% corresponde al mecanismo de transmisión sexual.

Durante el año 2014 se presentaron 6 casos de mortalidad por VIH, todos hombres obteniendo una tasa de 4,4 por cada 100.000 habitantes y en Bogotá se presentaron 285 casos de mortalidad VIH con una tasa de 3,7 por cada 100.000 habitantes.

Fue para el año 2011 la primera causa de mortalidad general del grupo entre los 15 y 44 años, con una tasa general de 1,3 por 10mil. La problemática de salud sexual y reproductiva se concentra en la UPZ Chapinero (67%) causando no solo un impacto demográfico en las muertes de hombres y mujeres de la localidad sino un impacto en los hogares.

La enfermedad por VIH SIDA para el año 2012 se reportaron 73 casos confirmados, 97% (71 casos) en hombres. Del total de caso el 19% (14 casos) correspondían al jóvenes (97% hombres), ubicados espacialmente en su mayoría en UPZ Chapinero 36% (5 casos), UPZ Pardo Rubio 29% (4 Casos). En este año el 79% (11 casos) era contributivo, 7% (1 caso) subsidiado, 14% (2 Casos) no asegurado.

Por su parte, para el 2013 se reportó 51 casos, 90% (46 casos) hombres. Para los jóvenes se tuvo un total de 11 casos confirmados, 82% hombres (9 casos) generando una tasa de 3,9 por cada 10mil jóvenes. Se concentró el evento en la UPZ Chapinero 55% (6 casos) y la UPZ Pardo Rubio 36% (4 casos). De acuerdo al régimen de aseguramiento en su mayoría fue en su contributivo 91% (10 casos).

Finalmente para la vigencia 2014 se acumularon un total de 157 casos, 97% hombres (152 casos). La juventud tuvo un total de 53 casos confirmados principalmente hombres con el 98% (52 casos), distribuidos espacialmente en las UPZ Chapinero y UPZ Pardo Rubio.

De hecho, las familias y hogares llevan la carga más pesada por ser las redes de apoyo primario que deben hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias: déficit financiero, pérdida de ingresos, aumento de gastos, bajo nivel de consumo, problemas de salud, hogares desarticulados. Al ser personas jóvenes, se pierde una gran proporción de generación de padres trabajadores (jóvenes), con lo que la composición familiar se modifica rápidamente, afectando la estructura etaria de la comunidad y el sistema comercial.

Los jóvenes de Chapinero parecen desinteresarse sobre los temas de las relaciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual (ITS) y, aunque generalmente han

oído hablar del SIDA, muchos subestiman el riesgo de contraerlo; tan sólo una parte de ellos saben que están infectados.

La juventud tiene una capacidad de tomar decisiones responsables una vez tiene las herramientas educativas para llevar a cabo comportamientos seguros. No obstante, dentro de este grupo poblacional las personas LGBTI existen barreras a tratamientos de las ITS y acceso a los preservativos por parte de profesionales de la salud e instituciones privadas generalmente; y hacen difícil la disminución del riesgo de su salud reproductiva y sexual.

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

Uno de los aspectos principales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva es la prevención de, además de la mortalidad materna y la prevención de VIH, el embarazo a temprana edad. La población adolescente y joven es una prioridad a nivel mundial, la generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad. Las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas (113).

El embarazo en mujeres adolescentes representa un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto para la madre como para el hijo. Adicionalmente, se constituye en una trampa o un trasmisor intergeneracional de pobreza ya que la mayoría de las veces hace que la madre interrumpa su educación para dedicarse a cuidar a su hijo. Esto, a nivel general termina constituyéndose en un obstáculo para el desarrollo del país.

Del total de la población femenina de la Localidad entre 15 a 19 años para el 2014 son madres el 1,2% (59) mujeres en esta edad. En Bogotá el embarazo en este intervalo de edad de 15 a 19 años 5564 fue de 2% del total de la población femenina en esta edad.

Se ha identificado que el inicio de las relaciones sexuales tempranas están caracterizadas por la ausencia de medidas de protección y múltiples parejas sexuales, aumentando el riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA, lo cual permiten describir a los adolescentes como una población vulnerable ante el aumento cada vez mayor de estas prácticas sin medidas preventivas.

Así mismo, el inicio de la fecundidad en la adolescencia es un fenómeno que tiene importantes implicaciones en los ámbitos personal y social. Las Encuestas de

Demografía y Salud indican que la incidencia de la fecundidad en adolescentes aumenta con el tiempo, sumado a una tasa creciente de embarazos y nacimientos prematrimoniales y un aumento significativo del inicio temprano de la actividad sexual (114).

La fecundidad representa la posibilidad de reproducción biológica y cultural de la población humana. Para el 2013 por cada mil mujeres en edad fértil se obtuvo 39,4 nacidos vivos y 2014 tasa general de fecundidad local por cada mil mujeres en edad fértil se obtuvo 39,5 nacidos vivos. Para Bogotá en el 2013 por cada 1000 mujeres nacieron 37,7 nacidos vivos y 2014 nacieron 37,9 por cada 1000 mujeres en edad fértil.

Por otro lado, el indicador de Sífilis congénita expresa la proporción de adolescentes con diagnóstico de sífilis en su proceso de gestación. La incidencia de este indicador en la capital se ha reducido drásticamente al pasar de una cifra cercana al 2,2% en el 2012 a un 2,0 % en el 2014. Por su parte, Chapinero para el año 2014 fue de 2,1 (115).

4.7.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

La situación de salud agravada por las enfermedades crónicas se ve intensificada en los países con bajos y medianos ingresos debido a las condiciones de pobreza y el mal manejo de las morbilidades por dichas enfermedades; generando impactos en el sistema de salud como discapacidad y pérdida de años productivos, gasto de los presupuestos nacionales por aumento de la demanda de servicios de cuidado y un costo social debido a la carga de la enfermedad en las familias y redes de apoyo (116). La prevención de estas enfermedades de larga duración yace en buenos hábitos saludables como la actividad física, el no fumar y una dieta adecuada.

Edad media de inicio de consumo de tabaco en escolares

La tasa global de consumo actual o del último mes es del 12.9% en la Localidad; en los varones del 18.8% y en las mujeres del 7.4%. Por otro lado, la tasa de incidencia anual es del 1.9%, indicando el porcentaje de los que consumieron por primera vez durante el último año, con una preeminencia entre los hombres.

Entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad, el consumo actual de cigarrillo es significativamente inferior al consumo de cualquiera de los otros grupos de edad. El consumo crece a partir de los 18 años, alcanzando una prevalencia casi del 16%, en los jóvenes de 18 a 34 años, para luego descender al 11% y 1%, en los grupos de edades subsiguientes.

Mortalidad por Diabetes Mellitus

En el mundo se estima que 347 millones de personas tenían diabetes para 2013 y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

Para el 2014 se presentaron 22 casos con una tasa de mortalidad de 16,3 por cada 100.000 habitantes, para Bogotá con un total de 1003 muertes la tasa obtenida fue de tasa de 13,3 por 100.000 habitantes.

Mortalidad prematura por cáncer

Las neoplasias son una de las principales causas de mortalidad no solo en Bogotá sino en la Localidad, visto en apartados anteriores. Entre 5 a 14 años el Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central y Leucemia proporciono el 16,3 de carga mortal por cada 100.000 habitantes para 2012

Para el intervalo de 15 a 44 el Tumor maligno de la mama de la mujer, Leucemia, Tumor maligno del colon, de la unión recto sigmoidea, recto y ano obtuvo una carga de 15,4 x 100.000 habitantes para 2012

Entre 45 a 59 el Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, Tumor maligno de la mama de la mujer, Tumor maligno de la tiroides y de otras glándulas endocrinas, Tumor maligno del páncreas, Tumor maligno del ovario conllevaron al 61,12 de las muertes por 100.000 habitantes

Para Bogotá De 1 a 4 años Leucemia, Tumor maligno de la tiroides y de otras glándulas endocrinas alcanzo una Tasa 2,3 x 100.000 habitantes. De 5 a 14 años Leucemia, el Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central tasa 3,6 por 100.000 habitantes. Entre 15 a 44 el Tumor maligno del estómago, Leucemia, Tumor maligno de la mama de la mujer obtuvo tasa 5,9 por 100 habitantes.

Para el ciclo de 45 a 59 años el Tumor maligno del estómago, Tumor maligno de la mama de la mujer, Tumor maligno del colon, de la unión recto sigmoidea, recto y ano, Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central llegaron a una tasa 68,34 por 100.000 habitantes.

Prevalencia de hipertensión arterial

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras.

Durante el 2014 los registros individuales de atención reportaron por consulta ambulatoria atención con una carga del 18% (121) de atenciones ambulatorias y un 17% (222) atenciones por urgencias por Hipertensión arterial.

4.7.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

Esta dimensión aboga por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social. La información relacionada con esta dimensión no se pudo obtener.

Los efectos de los desastres naturales sobre la salud humana no solo se observan en la mortalidad generalizada, sino también en diferentes trastornos sociales, desplazamientos masivos, hambrunas y brotes de enfermedades infecciosas que dejan a los sobrevivientes completamente a merced de las instituciones de socorro.

En las ciudades y en las Localidades, especialmente Chapinero por sus características territoriales, el espacio Público es el componente que otorga la identidad y el carácter a la habitabilidad: permite reconocer y vivir en sus sitios urbanos naturales, culturales y patrimoniales. No obstante, en la Localidad el espacio público esta históricamente asociado al impacto del crecimiento acelerado y desordenado del hábitat en la periferia urbana (ocupación informal), sin adecuación a las estrategias de desarrollo urbano locales (proyectos de vivienda), provocando impactos ambientales en los cerros orientales.

Las UPZ's 90 Pardo Rubio y 89-San Isidro Patios son aquellas que presentan alta susceptibilidad a deslizamientos de tierra debido a sus condiciones geográficas, localización en zonas de ladera y dinámicas sociales de explotación y ocupación de suelos que conllevan a su deterioro progresivo. Las lluvias que se presentan de manera intensa en algunos periodos del año hacen las veces de detonantes de aludes de tierra que pueden provocar una elevada mortalidad y lesiones graves en las poblaciones de estos sectores más vulnerables.

De ahí la importancia de contar con un plan de emergencias y contingencias frente a situaciones de riesgo que incorpore la salud pública y específicamente el hospital de Chapinero como un actor no solo de respuesta y mitigación sino también de prevención en la medida en que la gestión eficaz del socorro humanitario en salud debe anticipar e identificar los riesgos en la medida en que van surgiendo así como prestar los servicios específicos en el momento y lugar donde se necesitan.

El Plan Distrital de Prevención y Atención de Emergencias – PDPAE, adoptado mediante el Decreto 423 de 2006, establece cuatro escenarios territoriales de riesgo para Bogotá: Área rural y natural, zonas de ladera, zonas aluviales y la ciudad

consolidada y cuatro escenarios sectoriales de riesgo: construcción, industria, redes y aglomeraciones de público. Dichos escenarios están condicionados por amenazas de tipo Natural, tecnológico y social tales como: Deslizamientos, sismos, encharcamientos, inundaciones, incendios forestales y estructurales, intoxicaciones, hurtos, asonadas, entre otros.

De los escenarios de riesgo que caracterizan a Chapinero predomina en su mayoría el de “ciudad consolidada” (con excepción de la zona rural de Chapinero), por lo que sobresale su gran densidad poblacional y diversidad en el uso del suelo, situaciones que acrecientan la generación de riesgos y problemas de salubridad.

En la localidad el 68.36% corresponde a suelo rural, un escenario relacionado a posibles sismos, deslizamientos, incendio, inundaciones. En las zonas de Ladera ubicadas en la Cuenca mayor del Río Bogotá, se destacan los ríos Negro y Arzobispo que alimentan el Río Salitre, así como siete quebradas de las cuales tres están en prioridad desde el Comité Local de Emergencias CLE- y la Alcaldía Local; Quebrada las Delicias, Quebrada los Rosales y Pozo Claro tienen como riesgos asociados las ocupaciones ilegales ubicadas en áreas que mantienen un proceso de legalización, lo que genera riesgo de fenómenos de remoción en masa (deshechos sólidos), árboles y postes que amenazan inestables, avenidas torrenciales, colapso estructura e incendios.

Los lugares como Chicó Reservado, Bella vista, Chicó Alto, El Nogal, El Refugio, La Cabrera, Los Rosales, Seminario, Tos cania Antiguo Country, Chicó Norte, Chicó Norte II, Chicó norte III, Chicó Occidental, Chicó y El Retiro; se presentan otros riesgos como la superposición histórica de estructuras físicas, deterioro urbano y mezcla de usos de suelo, que le dan un perfil de riesgos diferenciado. Las deficiencias constructivas son un apéndice de los factores generadores de riesgos estructurales y tecnológicos (derrames, fugas, explosiones, incendios, intoxicaciones y brotes epidémicos)

En cuanto al sector de la Construcción en barrios localizados en todas las UPZ, se presenta Infracción permanente a las normas urbanísticas por parte de las firmas constructoras que se encuentran desarrollando proyectos de vivienda, causando un aumento de riesgo en casos de sismo, fallas estructurales, incendio e inundación.

En cuanto a las aglomeraciones de Público la localidad no cuenta con grandes espacios para eventos masivos de gran magnitud, sin embargo se desarrollan actividades de entretenimiento en algunos espacios públicos como Teatros, Bares y entidades públicas; establecimientos nocturnos en lugares rodeados de vivienda que hace vulnerable la zona, especialmente el sector de la Calle 93 (20).

4.7.8 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” (80).

De acuerdo a la caracterización de las Unidades de trabajo informal se tiene un total de 125 adultos, de los cuales 71% (89 casos) se encuentran ubicados en la UPZ San Isidro Patios, otro 18%(22 casos) en la UPZ Chico Lago, y un 11% (14 casos) UPZ Pardo Rubio. El 26% (32 unidades) se dedican a la frutería, 25 % (31 Unidades) venta de artículos de construcción, 22% (7 unidades) a la venta de carnes y 15% (18 unidades) en panadería.

Desde el ámbito laboral para el periodo septiembre 2013 a Febrero 2014 se caracterizaron 35 menores pertenecientes al ciclo vital infancia de los cuales el 51% eran niñas y 49% hombres. En el 43% de los casos caracterizados se identificó que la actividad laboral más frecuente se relacionaba con ventas ambulantes, 23% realizan tareas de cuidadores de menores de edad, 20% se desempeñan en establecimientos de alimentos y 40% en otros establecimientos como ferreterías, supermercados, etc.

Los sitios donde se presentó mayor concentración de población infantil caracterizada fue la UPZ 99 Chapinero con 46% (16 casos) seguida de 34% (12 casos) UPZ 89 San Isidro Patios; 11% (4 casos) UPZ 97 Chico Lago y 9% (3) casos UPZ 90 Pardo Rubio.

En cuanto a la población adolescente caracterizada el 53% (8 casos) correspondían a hombres 47% (7 casos) mujeres El 87% de este grupo se caracterizó en las ventas ambulantes, 7% establecimientos de alimentos y el 7% restante en otros establecimientos como supermercados, ferreterías. El 87% (13 casos) de la población adolescente caracterizada se concentraba en la UPZ 99 Chapinero, el 7% (1) caso en UPZ 89 San Isidro Patios y para UPZ 90 Pardo Rubio.

En la dinámica de los micro-territorios se identifica que existe gran variedad de establecimientos comerciales entre ellos predominan los expendios de alimentos preparados (cafeterías, tiendas de abarrotes, pizzería panaderías restaurantes etc.). Los riesgos que se pueden identificar a simple vista en los expendios de alimentos preparados son: posturas prolongadas, Manipulación de cuchillos en el proceso de corte, uso de licuadoras, ollas a presión, que en su inadecuada manipulación pueden generar heridas de distinta gravedad. Contacto con agua o

alimentos contaminados en el trabajo. Jornada de trabajo superior a 8 horas, exigencias de los clientes, por retraso en la entrega o calidad del trabajo. Exposición a temperaturas extremas y se presenta trabajo por temporadas de baja productividad, competencia.

Este tipo de actividades cuenta con diversos locales a lo largo y ancho de la localidad, convirtiéndose en los mejores trabajos del sector informal con bastante afluencia de personas de paso que se interesan en sus productos y servicios.

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

Como se ha visto a través del documento, en la adaptación de los grupos humanos (migrantes y residentes) al medio externo y natural de la Localidad desde los años 40, el territorio se ha transformado en diferentes etapas llegando hoy a proporcionar todo un cuerpo de recursos naturales (Verjón), culturales (museos, teatros, universidades) y financieros (sector comercial), que caracterizan lo que hoy se conoce como Chapinero.

Las interacciones entre las expresiones inherentes de la naturaleza humana que han modificado el territorio, han permitido un relativo progreso ubicando la Localidad dentro de las mejores del distrito. Sin embargo, sus múltiples interacciones también han desembocado en tensiones, es decir, presiones que generan niveles de estrés estructural lo que deteriora el estado de salud de la población.

“Cuando la interacción o relación entre las diferentes dimensiones no es armónica, o es desigual genera eventos indeseables y daños en la salud del colectivo poblacional. En consecuencia una tensión se puede presentar en cualquier dimensión del desarrollo y de esta manera impactar y generar efectos en cualquier dimensión prioritaria para la vida establecidas en el PDSP”. El presente capítulo contiene, por lo tanto, el desarrollo y la identificación de las principales tensiones en salud de la Localidad de Chapinero durante el año 2014.

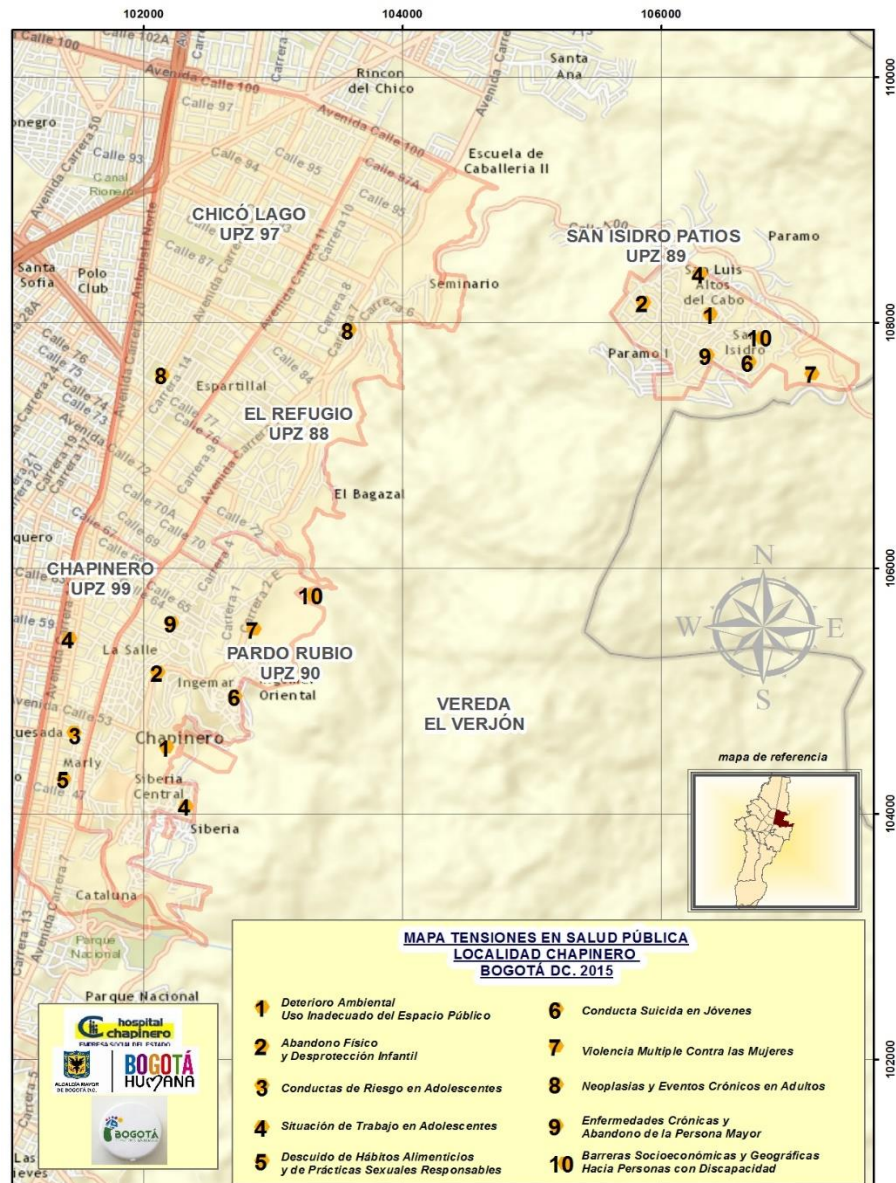
4.8 Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad

La salud como un recurso para la vida, y no el objetivo de la vida, conlleva a garantizarle a la población la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales. De esta forma, fue pertinente conocer el estado de salud de los individuos analizando los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan la comunidad y, por consiguiente, con la cultura local.

No obstante, dichos determinantes obedecen a las diferentes tensiones, es decir, su comprensión exige considerarlos como un hecho integrado a una organización social específica del 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; diferenciándola de otras zonas donde se concentran grupos que ocupan posiciones sociales diversas, es decir, un análisis que guardan estrecha relación con la realidad territorial.

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. Siendo así, la comprensión integral de las condiciones y del estado de salud de la población de Chapinero, un momento histórico particular, es sintetizada en las siguientes diez tensiones (11).

Mapa 5. Tensiones en salud Localidad Chapinero 2014



4.8.1 Tensión 1: Ausencia de cuidado ambiental y mal uso del espacio público. (Dimensión ambiental y Dimensión desastres). Ciclo vital enfocado Infancia.



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.

Es una Tensión que se origina de los malos hábitos de los residentes y zonas comerciales, especialmente de las UPZ 89 y 90, de no respetar los horarios de basuras y desechar los residuos en lugares inadecuados, tan delicados como las fuentes hídricas naturales. Aunque el tránsito de las vías principales genera una contaminación atmosférica, evidenciado en el material particulado de gran concentración en horarios laborales y de actividad humana, la población flotante y residente hace una mala disposición de los residuos sólidos.

Así mismo, la tenencia inadecuada de animales de compañía en las zonas comunes ha conllevado a, además de una imagen deteriorada del ambiente donde los perros “callejeros” revuelven y esparcen las basuras generando una proliferación de

vectores, desaseo y desorden en las viviendas, continuos eventos por mordidas potencialmente trasmisoras de rabia.

Las malas prácticas de convivencia, como parte de un aspecto social, recaen sobre el paisaje natural y artificial de la Localidad, como elementos principales en sus dimensiones ambientales. En consecuencia, además de generar riesgos de inundaciones o represamientos de quebradas para los barrios ubicados en zonas de ladera: La Sureña, San Isidro, San Luis, Los Olivos, Canal Delicias, Bosque Calderón II, Sector Quebrada Rosales, Sector del Puente, Caja Agraria y la Capilla, Brazo de la Quebrada de las Delicias, Quebrada la Vieja; se elevan los casos de enfermedades respiratorias, pulmonares, diarreicas que hacen que las amebiasis, parasitosis, rinoфарингитis sean de las más comunes en las UPZ San Isidro y Pardo Rubio; afectando principalmente a las personas con problemas crónicos y niños. La vulnerabilidad de estos últimos se refleja en las principales causas de morbimortalidad y un constante ausentismo escolar.

Además de la estructura de las viviendas, el hacinamiento, y la serie de equipamientos que aglomeran población, que actúan como reforzadores de la situación, las enfermedades transmisibles como la Varicela, la parotiditis, tosferina, rubeola, gripas y demás, encuentran un medio de propagación adecuado por el ambiente, especialmente el aire.

A pesar de las resistencias y diferencias culturales en los hábitos higiénicos, tres quebradas de las que se afectan por las basuras están en prioridad desde el Comité Local de Emergencias CLE- y la Alcaldía Local: Quebrada las Delicias, Quebrada los Rosales y Pozo Claro. De manera paralela, desde el sector salud se desarrollan las siguientes actividades a modo de liberadores: Atención a mascotas, fumigaciones, expropiación y recuperación de zonas o puntos críticos de inseguridad, intervenciones, seguimiento y control de alimentos, vivienda saludable, red ambiental, seguimiento a la inversión local de la Alcaldía, campañas intersectoriales, jornadas de divulgación y educación con la política ambiental, estudios y georreferenciación de los puntos de contaminación electromagnética, intersectorialidad con jardín botánico, jornadas de salud ambiental, vigilancia sanitaria de aire, ruido y radiación electromagnética.

La Secretaría Distrital de integración social ofrece eventualmente la capacitación frente al cuidado del medio ambiente, jornadas en las cuales realizan limpieza en un espacio público (zonas verdes), enseñándoles la apropiación y cuidado del lugar en que habitan

4.8.2 Tensión 2: Desprotección de las necesidades básicas de los niños (Dimensión salud mental y Dimensión nutricional). Ciclo vital enfocado Infancia.



Retomando la información sobre violencia intrafamiliar en la que del total se resalta que los más afectados son los niños y niñas, en especial por un abandono y una negligencia, queda constatado que las familias son sistemas vulnerables de alto riesgo en la Localidad tanto por la acción de sus mecanismos internos, como de sus fuerzas sociales que potencian su disfuncionalidad.

La Infancia de Chapinero se ha visto afectada por una serie de problemas que afecta su bienestar y desarrollo conllevando a la malnutrición, maltrato familiar, trabajo infantil, mal uso del tiempo libre, falta de adherencia y aprendizaje en la escuela, ausencia de acompañamiento familiar en relación con los cuidados de la salud expresado en las morbimortalidades y el esquema de vacunas incompletas. Dicha situación se ha concentrado como proceso histórico en los microterritorios Mariscal 3, 4, san Luis 1 y 2 contextos caracterizados por factores de riesgo psicosocial y cultural que refuerzan el ciclo de marginación.

Gran parte de las causas de la desprotección infantil en Chapinero radican en la disfuncionalidad de padres especialmente jóvenes y adolescentes para afrontar una temprana vida madura; también a los hábitos de vida al interior de los hogares y comportamientos individuales como el consumo de sustancias psicoactivas, personas agresivas o depresivas, baja educación de padres y cuidadores. Determinantes que se refuerzan con aspectos estructurales que están asociados al

sistema económico del país y la dinámica laboral de la ciudad que exige el tiempo completo de trabajo para cubrir las necesidades básicas del hogar; además 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.

Las transformaciones socioculturales, políticas y económicas ocurridas en los últimos años ha debilitado el vínculo entre el gobierno, la sociedad y la familia, la cual ejerce una presión sobre la población puesto que va conduciendo a los individuos a una incertidumbre, desconcierto y pérdida de los referentes tradicionales sobre educar, adaptarse y desenvolverse en el medio social (117). 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, entre otros. Los niños y niñas 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.

Frente a la situación de la infancia existe gran número de acciones liberadoras producto de la participación activa de instituciones como Subdirección Local de Integración Social, Centros Amar Chapinero, Alcaldía Chapinero, Referente de Infancia del Hospital Chapinero, Representante del Centro Zonal del ICB, Centro de Atención Para Casos de Violencia Intrafamiliar-CAVIF, Dirección Local de educación-DILE, Centro de Administración Educativa Local - CADEL, COMISARIAS DE FAMILIA, entre otras.

4.8.3 Tensión 3: Conductas de riesgo en adolescentes (Dimensión salud mental y dimensión salud sexual). Ciclo vital enfocado adolescencia.



Una conducta de riesgo es todo comportamiento contrario a mantener la integridad física, emocional o espiritual de la persona y que puede incluso atentar contra su vida (118). Por lo tanto, esta tensión se centra en los comportamientos desafiantes e ilegítimos propios de la adolescencia, que en la búsqueda de experiencias, identidades, inserciones buscan la adaptabilidad por medio de acciones que acarreen la posibilidad de que se presente o haya una o más características que potencien la aparición de afectaciones o adversidades en la salud.

Causados por la disfunción familiar y la deserción escolar, muchos adolescentes no poseen las herramientas de vida necesarias para construir proyectos de vida que eviten los problemas de consumo de SPA (el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco), manejo irresponsable de la sexualidad, la asociación con pares que presentan conductas disruptivas, parasociales o violentas, entre otros.

Fortalecidos por las desventajas del medio político y económico de las familias, el desconocimiento y la ausencia de redes de apoyo ejercen como determinantes más relevantes en resultados de accidentes de tránsito por la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección; relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas que terminan en embarazos no deseados aumentando los riesgos de mortalidades materno-infantiles, en mayores índices de morbilidades de ITS y VIH, entre otros.

En general, se relaciona claramente una dimensión social reflejada el truncamiento de la trayectoria de vida con limitaciones para la participación e inclusión social de muchos grupos más desventajados socialmente, que recae sobre el sistema económico y poblacional en los impactos por homicidios suicidios, la pérdida de futuras oportunidades económicas y educativas, dificultades emocionales, físicas y financieras; desempleo y dependencia económica. En resumen, la pobreza que genera más pobreza.

No obstante a ello, se intenta mitigar la situación mediante IEC o seguimiento a casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual a residentes de la Localidad; Trabajo social y psicológico, terapias e intervenciones familiares junto con otros actores como el Centro de Atención a Víctimas de Abuso Sexual –CAIVAS-, Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar –CAVIF-, Centro de Servicios Jurídicos Especiales para Adolescentes –CESPA-, Dirección Local de Educación - DILE, Centro de Administración Educativa Local –CADEL-, ONG y Fundaciones, entre otros. Para disminuir la adopción de conductas de riesgo, principalmente en jóvenes y adolescentes, el hospital ha destinado esfuerzos en programas como el fomento de actividad física, ya que a través de ella se previene la aparición de eventos y afectaciones de salud y promueve estilos de vida saludable.

4.8.4 Tensión 4: Debilitamiento de bases sociales por el Trabajo en menor adolescente (Dimensión salud mental y Dimensión ámbito laboral). Ciclo vital enfocado adolescencia.



Las relaciones sociales son de gran importancia para las personas ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a las enfermedades. Sin embargo la dimensión económica con la alta competitividad y desigualdad genera una presión en la dimensión social representado por un lado, con las familias que han visto la necesidad de buscar alternativas “informales”, y por otro lado, por la deserción escolar debido a la actividad laboral cada vez más temprana.

Los adolescentes de la Localidad 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 vulnerables como UPZ San Isidro Patios, Pardo Rubio y Chapinero, con problemas de consumo de SPA a temprana edad, delincuencia, barras futboleras, deserción escolar, sexualidad temprana y embarazos no deseados. En parte debe entenderse que el aprendizaje en habilidades sociales y en esquemas interpersonales que faciliten las relaciones con los iguales ha sido truncado por la necesidad de generar ingresos en el hogar, conduciéndolos a dedicar la totalidad de su tiempo al trabajo informal.

La principal causa de este tipo de fenómenos se debe al desempleo, la pobreza y la poca capacitación y preparación educativa. A modo estructural los determinantes son reforzados por la misma organización social, nuevos modelos familiares monoparentales que imperan en el medio y las exigencias educativas y laborales que exige el mercado y sistema financiero.

Por ende, surgen individuos sin seguridad social y laboral con problemas de bienestar psicosocial y de afrontamiento de situaciones estresantes, lo que conlleva a conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias, conductas suicidas, vandalismo, agresiones personales, accidentes, deterioros físicos por el esfuerzo que se evidencian en la adultez con alteraciones musculo esqueléticas, entre otros.

Debido a que la mayor o menor adaptación del adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar los cambios dados por la familia, uno de los principales recursos de que debe disponer el adolescente es el apoyo que percibe de su red social e institucional.

Ante la situación se encuentra la Mesa Local Intersectorial para la prevención y erradicación del trabajo infantil como espacio de discusión local y de direccionamiento de acciones. Este proceso de canalización directa institucional y seguimiento a las acciones planteadas, forma el espacio que ha permitido visualizar de manera conjunta la problemática, a partir de la participación activa de instituciones como Subdirección Local de Integración Social, Centros Amar

Chapinero, Alcaldía Chapinero, Referente de Infancia del Hospital Chapinero, Representante del Centro Zonal del ICBF.

4.8.5 Tensión 5: Descuido de hábitos saludables y prácticas de cuidado en jóvenes. (Dimensión seguridad alimentaria y Salud sexual). Ciclo vital enfocado Juventud



La juventud de la Localidad presenta muchos tropiezos con los cuidados de su salud abusando de una alimentación inadecuada, reflejada en las madres jóvenes que dan vida a recién nacidos con bajo peso, actividad física regular, consumo de SPA, pocos hábitos higiénicos con el ambiente incluido el microtráfico, y una incapacidad para hacer frente al estrés que termina en conducta suicida. Es así que no cuentan con mecanismos estables que creen destrezas o habilidades para enfrentar varias situaciones de la vida diaria.

La Juventud tiene problemas de enfermedades transmisibles como VIH, ITS, TBC, coinfección y tempranas manifestaciones de enfermedades crónicas debido a conductas adictivas; sus actuales hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamiento que forman y consolidan pautas de riesgo, ocasionando múltiples problemas: precariedad de la higiene bucal, malnutrición, episodios repetitivos de enfermedades, conducta suicida, violencia, trastornos, entre otros; espacialmente en la UPZ Pardo Rubio.

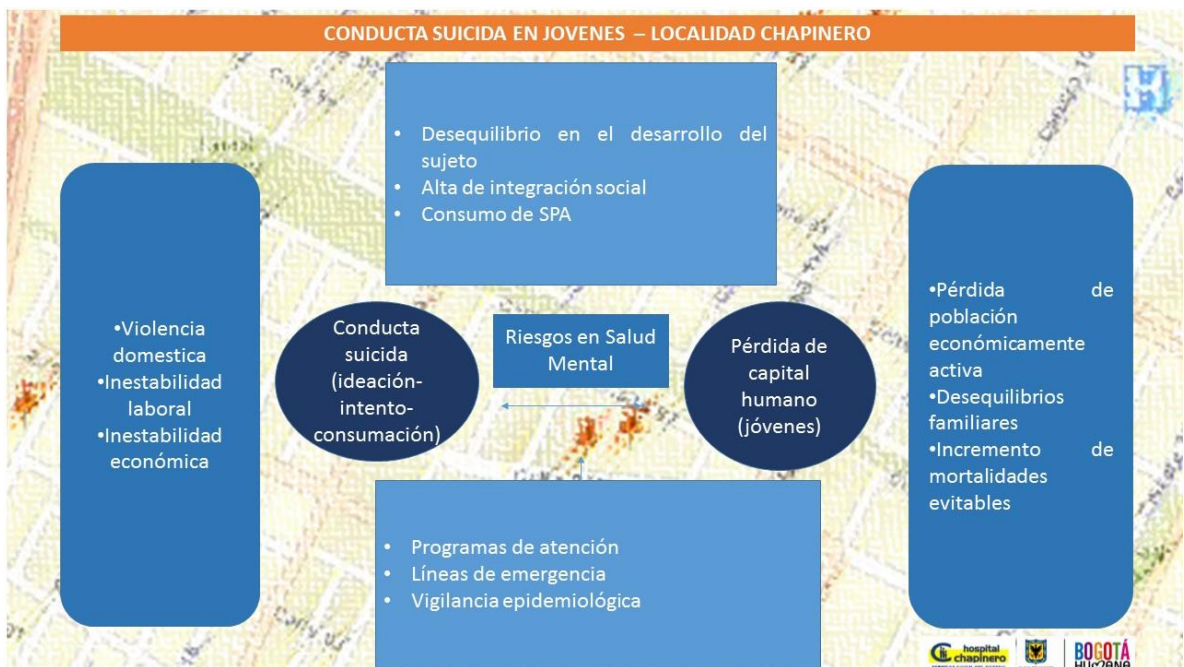
Las barreras de acceso a poblaciones diferenciales (LGBTI y étnicos) por la difícil identificación y desconocimiento, hacen que se concentre las enfermedades de

transmisión sexual, especialmente VIH, en personas de estos grupos y en la UPZ Chapinero central pues esta contiene todos los sitios de homosocialización y de tolerancia. En cuanto a los demás eventos, la subestimación de los riesgos y una irresponsabilidad en el autocuidado resultan ser las principales causas. Ambas situaciones se refuerzan por los imaginarios sociales y las nuevas identidades que se negocian en el medio social por los jóvenes. Sumado a la falta de oportunidades de educación superior y de ofertas laborales.

La situación nacida entre los aspectos culturales y económicos sobre la población, encuentra liberadores en las campañas de salud sexual y reproductiva, los proyectos de actividades recreo-deportivas y culturales para la utilización del tiempo libre y el CAMAD que busca mitigar el daño y disminuir el riesgo al que están expuestas aquellas personas que consumen algún tipo de sustancia.

También se trabajó en constante acompañamiento con la Alianza para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Bogotá, con quienes se logró hacer procesos formativos en el tema, a profesionales de la ESE Chapinero y a integrantes de la comunidad por medio de las referencias de Ciudadanos Habitantes de Calle (CHC), Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT) y Personas en situación de Prostitución (PSP), en esta articulación; se logró ofertar una serie de pruebas rápidas en VIH que se movilizaron también durante los recorridos en los espacios de encuentro entre la comunidad LGBTI y en las demás actividades a nivel local.

**4.8.6 Tensión 6: Conducta suicida en la Juventud (Dimensión salud mental).
Ciclo vital enfocado Juventud**



La Localidad de Chapinero se caracteriza por una tendencia considerable de suicidios en personas jóvenes y adultas, su ocurrencia y acumulación constituye un problema de salud pública en gran medida prevenible. Como comportamiento común a nivel mundial, regional y nacional, el suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, aunque el intento por fallecer es mucho más frecuente en la población femenina. Así mismo, es habitual encontrar el periodo más productivo de la vida, entre los 15 a 44 años, con el mayor número de conducta suicida, lo que traduce en una importante pérdida de capital humano

Esta conducta es ocasionada por la violencia doméstica y las inestabilidades laborales y económicas que hacen de la salud mental un escenario de atención y priorización, es decir, un campo económico que impacta el social. En gran parte obedece a un desequilibrio grave en los procesos de desarrollo de los sujetos, reforzado con una falta de integración social dado que la sociedad ejerce una considerable influencia sobre las personas que motiva a preservar una decisión trágica. Esto ha tenido grandes implicaciones en la pérdida de población económicamente activa, desequilibrios familiares y un constante aumento de mortalidades en las UPZ pardo Rubio y San Isidro patios.

Ante la dificultad se tiene como liberador la vigilancia de la conducta suicida junto a los programas de atención y línea de emergencia; sin embargo, identificar a tiempo un intento de suicidio hace que la respuesta sea limitada.

4.8.7 Tensión 7: El rol y la posición social de la mujer (Dimensión salud mental). Ciclo vital enfocado Adultez



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 prevalentes 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 (119) (120).

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.

4.8.8 Tensión 8: Neoplasias y eventos crónicos tempranos en la adultez (dimensión enfermedades no transmisibles). Ciclo vital enfocado adultez

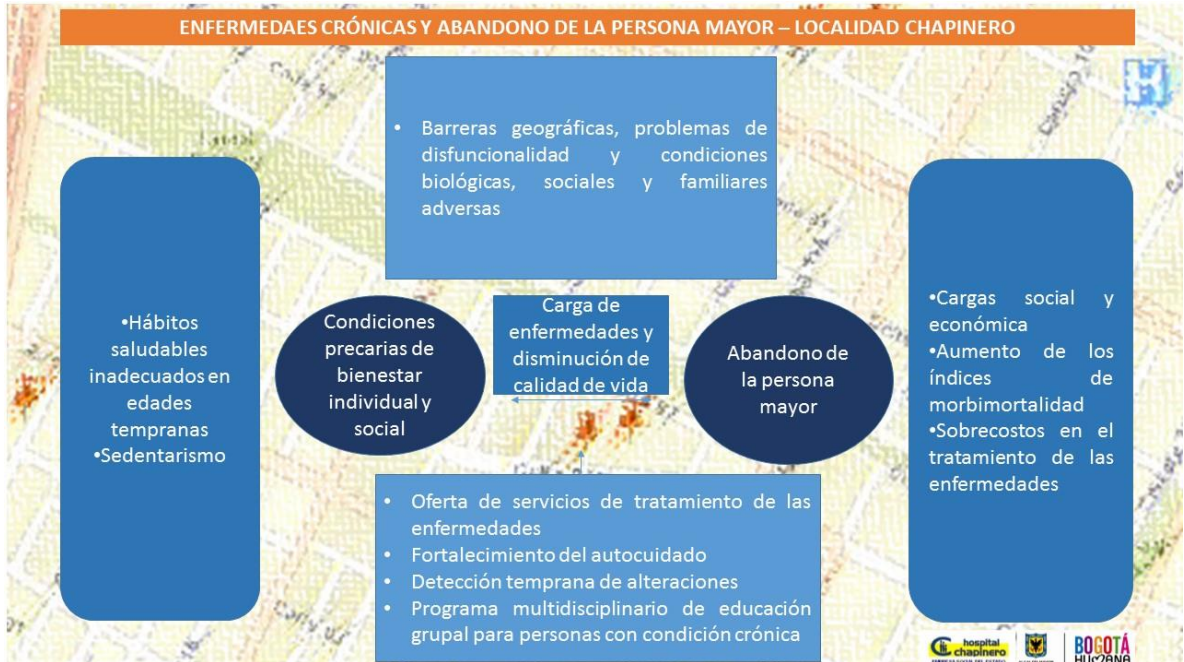


La transición epidemiológica donde las enfermedades transmisibles son remplazadas por enfermedades crónico-degenerativas, ha encaminado a la Localidad a una situación que conlleva importantes consecuencias en materia de salud, posicionando un nuevo grupo de edad con mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades 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.

Además de lo anterior, las neoplasias han impactado, como elemento poblacional, a la estructura social y económica, pues un adulto deja de producir un ingreso económico familiar pasando a ser un sujeto pasivo, sumando una carga económica a su red de apoyo. Estructuralmente, se ha visto reforzado por las barreras de atención y tratamiento por parte de los sistemas de salud, pero su principal determinante son los malos hábitos saludables en edades tempranas; conllevando al gran número de mortalidades por cáncer, especialmente en mujeres y en las UPZ Chico y Refugio.

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.

4.8.9 Tensión 9: Abandono social hacia la persona mayor y las enfermedades crónicas (dimensión enfermedades no transmisibles). Ciclo vital enfocado Vejez



Partiendo de que las enfermedades crónicas se concentran en la región andina y que Bogotá es una ciudad con cambios drásticos en las costumbres urbanas que promueven las enfermedades crónicas evidenciadas en los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo concentrado en las Localidades. Chapinero ha sido una de las zonas con más abandono de las personas mayores, las cuales son dependiente de ofertas institucionales, ingresos por caridad o inquilinatos.

Principalmente en la UPZ pardo Rubio y San Isidro, se concentra la prevalencia de enfermedades crónicas, reforzado por las barreras geográficas, problemas de disfuncionalidad y condiciones biológicas, sociales y familiares difíciles. Ocasionado por las condiciones precarias de bienestar individual, el valor social subestimado del “viejo” y las relaciones familiares y apoyos sociales que impactan el estado funcional y la disponibilidad económica que enajenan al adulto mayor

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida. Además tiene implicaciones en el sistema de salud por los grandes costos que implican el tratamiento e intervención de las dolencias (121).

Frente a la situación los liberadores se resumen en la oferta de servicios en tratamientos de enfermedades crónicas del sector salud. Asesoría individual para apropiación y reconocimiento del proceso de autocuidado y fortalecimiento de su autonomía, consulta de detección temprana de alteraciones según ciclo vital por médico, consulta control detección de Alteraciones del Adulto, educación multidisciplinaria al grupo familiar para soporte social a personas con condición crónicas, Programa multidisciplinario de educación grupal para personas con condición crónicas, laboratorios como: glicemia, creatinina, serología, uro análisis, colesterol, triglicéridos, antígeno prostático para identificar alteraciones que puedan generar enfermedades crónicas. Taller de crónicos, proyecto de identificación temprana de riesgo vascular, programa de tus medidas a la medida.

Es importante mencionar que para esta población la actividad física también se realiza dentro de las acciones institucionales, a pesar que no se cuenta con un Decreto Distrital que garantice la implementación del Consejo local de Actividad física donde se implementaría la Política de Deporte, Recreación y Actividad Física desde la referencia de la transversalidad.

4.8.10 Tensión 10: Barreras geográficas, sociales y económicas a la discapacidad. Ciclo vital enfocado Vejez



El gran número de personas mayores con enfermedades crónicas suelen tener más de una discapacidad debido al deterioro por la enfermedad. Las barreras de aislamiento geográfico de los residentes de San isidro patios y pardo Rubio se sintetiza en la exclusión en cuatro esferas: por un lado, al no contar con el acceso

a bienes básicos y servicios, es decir a través de formas no económicas, ya que muchos no cuentan con el régimen pensional; por otro lado, 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.

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.

En síntesis la exclusión social por aspectos ambientales, económicos y sociales corresponde a la discriminación del mercado, de instituciones sociales y culturales de las personas con discapacidad; lo que conlleva a la vulneración de derechos, barreras de salud y fortalecimiento de las limitaciones por las alteraciones. Esto es reforzado por el desconocimiento de las personas, la intolerancia y la usencia de redes de apoyo y la violencia de algunos cuidadores.

Como elementos liberadores el hospital dirigió, 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. Se elaboró el plan operativo de incidencia política el cual permitió direccionar las diferentes acciones y actividades de este espacio garantizando el norte de las acciones propuestas y realizadas de manera organizada y articulada con los diferentes sectores institucionales como Alcaldía, DILE, SLIS, IDRD, movilidad, hábitat, JAL, IDEPAC, cultura y organizaciones comunitarias y fundaciones como la Fundación LUDUS quienes fueron actores muy importantes para el logro de objetivos propuestos en su plan operativo principalmente en la realización del Foro local de Discapacidad denominado “Inclusión para el mejoramiento de la calidad de vida de las Personas con discapacidad, familias y cuidadores” el cual tuvo como objetivo la visibilización y el reconocimiento de esta población.

Por otra parte se visibilizó el empoderamiento de los consejeros y suplentes de discapacidad (representante de discapacidad visual, física, cognitiva a través de la implementación de la Política Pública de Discapacidad en los diferentes escenarios de participación. Desde el subsistema de vigilancia epidemiológica se continuó con 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.

Se trabajó 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.

Se hizo canalización a experiencias para el fortalecimiento de la familia como red primaria y al fomento de la participación en redes sociales de apoyo, todo encaminado a la inclusión social de la familia en situación de discapacidad como sujeto de derechos. Canalización y seguimiento de la familia a las otras intervenciones de RBC, de BAT, del PIC u otros programas de participación social

4.9 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 si 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 Chapinero parece resaltar las cuestiones de convivencia y salud mental (tres tensiones), seguido de las situaciones ambientales, vida saludable y condiciones no transmisibles y las relativas a la salud sexual y reproductiva (dos tensiones por cada una). 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.

4.9.1 *Determinantes intermediarios*

La población de Chapinero se ha visto afectada por una serie de contrariedades que afecta el bienestar y desarrollo, lo que se ha expresado en las morbilidades 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 desventajados 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 San Isidro Patios y Pardo Rubio, 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.

4.9.2 *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.

5 BIBLIOGRAFÍA

- 1 Moro B. Objetivos del Desarrollo del Milenio. UN propósito Universal para . erradicar la pobreza y el hambre. Sistema de Naciones Unidas en Colombia.
- 2 Gobierno de Colombia. Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014. ; 2010.
- 3 Ministerio de salud y protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- . 2021: La salud en Colombia la construyes tú. política pública. Bogotá;; 2013.
- 4 Duy Nguyen LJBMG. Asian-American elders' health and physician use: An . examination of social determinants and lifespan influences.. Health. 2012; 4(11).
- 5 D.C. AmdB. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011- 2023. . Bogota D.C. Bogotá., Secretaria Distrital de Salud SDdMA. ; 2013.
- 6 Organización Mundial de la Salud OMS. Commission on determinants of health. . A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Online].; 2007 [cited 2013 Abril 15. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- 7 Z. Gant MLHIHXHXGaRS. A County-Level Examination of the Relationship . Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States, 2006-2008.. The Open AIDS Journal. 2012;(6).
- 8 Secretaria Distrital de Salud. Análisis de la situación de salud y Gestión del . conocimiento. Ficha Operativa. Programa Territorio Saludable.. Bogotá D.C., DdSP–ÁdVeSP. ; 2014.
- 9 Ministerio de salud y proteccion social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- . 2021: La salud en Colombia la construyes tú. ; 2012-2021.
- 10 Ministerio de salud y Proteccion social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 . Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamiento Conceptual. Bogotá;; 2014.
- 11 Secretaria Distrital de Salud. ANEXO 4. Diagnóstico Local 2014. Bogotá: . ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO; . VIGENCIA: ABRIL 2015 A ENERO 2016.

1 Secretaria Distrital de Recreacion y Deporte. Localidad Chapinero. [Online].;
2 2008 [cited 2015 Enero 12. Available from:
. <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/observatorio/documentos/localidades/chapinero.pdf>.

1 Alcaldía Local de Chapinero. Alcaldía Mayor de Bogotá. [Online]. [cited 2015
3 Enero 12. Available from: <http://www.bogota.gov.co/localidades/chapinero>.

1 Secretaría Distrital de Gobierno. Alcaldía Local de Chapinero. [Online].; 2014
4 [cited 2015 Enero 12. Available from: <http://www.chapinero.gov.co/index.php/mi-localidad/conociendo-mi-localidad/historia-y-patrimonio>.

1 Bogotá AMd. Diagnóstico de las áreas rurales de Bogotá D.C. Tomo III Volumen
5 2 Área rural de la Localidad de Chapinero UPR Cerros Orientales. Bogotá; 2010.

1 Secretaría Distrital de planeación. 21 Monografías de la Localidades Distrito
6 Capital 2011 – Diagnósticos de los aspectos Físicos demográficos y socio
. económicos. Localidad Chapinero. [Online].; 2011 [cited 2013 Abril 12. Available
from:
<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs/Localidad%208%20Kennedy/Monografias>.

1 Alcaldía Mayor de Bogotá. Revisión del Plan de Ordenamiento Territorial POT.
7 Bogotá: Secretaría de Planeación Distrital ; 2010.

1 Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan Ambiental Local de Chapinero 2013-2016.
8 Bogotá DC.; 2012.

1 Alcaldía Mayor de Bogotá. “Recorriendo Chapinero”. Bogotá DC: Secretaría de
9 Hacienda, Departamento Administrativo de Planeación; 2004.

2 Alcaldía Mayor de Bogotá. Agenda Ambiental de la Localidad 02 Chapinero.
0 Bogotá DC: Secretaría Distrital de Ambiente; 2009.

2 Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multiproposito 2014 Principales
1 resultados en Bogotá y la Región. Boletín 65. ; 2015.

.

2 Alcaldía Mayor de Bogotá. Diagnostico Localidad de Chapinero. Bogotá DC.;
2 Sector Hábitat; 2009.

.

2 Alcaldía Mayor de Bogotá. "Plan Maestro de Movilidad Vial para Bogotá DC".
3 Bogotá DC: Secretaría Distrital de Movilidad; 2013.

.

2 Camara de Comercio de Bogotá. Observatorio de la Gestión Urbana en Bogotá.
4 Bogotá.; 2014. Report No.: ISSN: 2027-5609.

.

2 Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá como vamos. Bogotá como vamos. [Online].;
5 2012 [cited 2015 Mayo 11. Available from:
. <http://www.bogotacomovamos.org/blog/informe-de-calidad-de-vida-en-bogota-2011-interactivo/>.

2 Secretaría Distrital de planeación.. 21 Monografías de la Localidades Distrito
6 Capital 2011:Diagnósticos de los aspectos Físicos demográficos y socio
. económicos. Localidad Chapinero.. [Online].; 2011 [cited 2015 Mayo 12.
Available from: <http://www.sdp.go>.

2 Secretaría Distrital de Planeación.. Cociliación con la CAR. [Online].; 2011 [cited
7 2015 Mayo 12. Available from:
. <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/Se%20firma%20acta%20de%20concertaci%F3n%20del%20POT%20entre%20>

2 Bogotá AMd.. Diagnóstico de las áreas rurales de Bogotá D.C. Tomo III Volumen
8 2 Área rural de la Localidad de Chapinero UPR Cerros Orientales. Bogotá.; 2010.

.

2 Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. Plan Maestro de Equipamientos
9 Culturales, PLAMEC. [Online].; 2014 [cited 2015 Mayo 12. Available from:
. <http://sispru.scrd.gov.co/siscred/siscred/plan-maestro-de-equipamientos-culturales-plamec>.

3 Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá como vamos. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 0 11. Available from: <http://www.bogotacomovamos.org/blog/informe-de-calidad-de-vida-en-bogota-2011-interactivo/>.

3 Secretaría Distrital de Planeación; Universidad Nacional de Colombia. 1 Segregación socioeconómica en el espacio urbano de Bogotá D.C.. , Dirección . de Estratificación.; 2013.

3 Secretaría Distrital de Planeación. Informe rendición de cuentas Localidad 2 Chapinero. Bogotá.; Dirección de Planes de Desarrollo y Fortalecimiento Local; . 2013.

3 Programa Bogotá Cómo Vamos. Localidades cómo vamos 2013 Tomo 1. 3 [Online].; 2014 [cited 2015 Junio 11. Available from: . <http://www.bogotacomovamos.org/documentos/localidades-como-vamos-2013-tomo/>.

3 Camara Y comercio de Bogotá. Estadísticas censo empresarial chapinero. 4 [Online].; 2014 [cited 2015 Junio 1. Available from: . <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/3213>.

3 Secretaria de Educación del Distrito.. Caracterización del sector Educativo Año 5 2012.. Bogotá: Oficina Asesora de Planeación Gdas. ; 2013.

3 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO. Caracterización sector 6 educativo año 2013. [Online]. Bogotá DC; 2014 [cited 2015 Mayo 14. Available . from: http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf.

3 DANE. DANE. [Online].; 2005 [cited 2013 Abril 10. Available from: 7 http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=307&Itemid=124.

3 Secretaria Distrital de Planeación. [Online]. [cited 2013 Abril 16. Available from: 8 <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/PlandeDesarrollo/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf>.

3 Alcaldía Mayor de Bogotá. [Online]. [cited 2013 Abril 12. Available from: 9 http://portel.bogota.gov.co/portel/libreria/php/x_frame_detalle.php?id=45380.

4 Alcaldía Mayor de Bogotá. Departamento Administrativo de Planeación. 0 “Recorriendo Chapinero” Bogotá; 2004.

.
4 Organización Mundial de la Salud. ACCIÓN SOBRE LOS FACTORES 1 SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD: APRENDER DE LAS . EXPERIENCIAS ANTERIORES. [Online].; 2005 [cited 2015 Agosto 13. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf.

4 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DIMENSIONES 2 PRIORITARIAS EN SALUD PUBLICA. [Online].; 2012 [cited 2015 Agosto 15. . Available from: http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf.

4 Carlos Hernández-Girón; Emanuel Orozco-Núñez; Armando Arredondo-López. 3 Modelos conceptuales y paradigmas en Salud pública. REVISTA DE SALUD . PÚBLICA. 2012 Abril; 124(2).

4 Guzmán RG, Ramírez JA. Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y 4 prevención. [Online].; 2010 [cited 2015 Agosto 11. Available from: . <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un105h.pdf>.

4 García POO, Cooper RS, Brito ADE, Ferrer MDI, Muñoz JLB, Linares yYLR. 5 Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y . desafíos para la prevención y control. Rev Cubana Salud Pública. 2005 sep.-dic.; 31(4).

4 Enfermedades respiratorias crónicas. [Online].; 2010 [cited 2015 Agosto 14. 6 Available from: http://www.who.int/respiratory/about_us/es/.

.
4 A SA, G. FC. Posibles determinantes perinatales de morbilidad en la edad adulta. 7 Rev. méd. Chile. 2001 Marzo; 129(3).

.
4 Yunesl J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: 8 un desafio para la Región de las Américas. Rev. bras.. 1999 Diciembre; 2(3).

- 4 SAZ M. IMPACTO DEL VIH/SIDA EN LA FAMILIA. [Online]. [cited 2015 Marzo 9 11. Available from: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-030.pdf>.
- 5 Manzano J. VIH/SIDA y determinantes sociales de la salud. [Online].; 2012 [cited 2015 Agosto 14. Available from: <http://blog.nohaytiempoqueperder.org/2012/11/vihsida-y-determinantes-sociales-de-la.html>.
- 5 Mejía BEBd, Merchán MEP. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Hacia la promoción de la Salud. 2007 Enero- Diciembre; 12(1).
- 5 DANE. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. octubre 31 del 2014. Base de datos.
- 5 Africani MIG. Neoplasias malignas. Rev. salud pública. 2000; 2(2).
- 5 Pardo C CRINdC. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Primera edición.. [Online].; Bogotá. D.C., 2015, v.1. p. 148 [cited 2016 Marzo 25. Available from: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>.
- 5 Urología INdCESCd. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata - Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía para profesionales de la salud - 2013 - Guía No. GPC-20. [Online].; 2013 [cited 2016 Marzo 25. Available from: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Prostata/\(GPC\)%20Ca%CC%81ncer%20de%20pro%CC%81stata_final_Prof.Salud%20final%20\(Web\).pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Prostata/(GPC)%20Ca%CC%81ncer%20de%20pro%CC%81stata_final_Prof.Salud%20final%20(Web).pdf).
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología E. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. [Online]. [cited 2016 Marzo 25. Available from: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf.
- 5 Acuña FAA–SA. Artículos en revisión - Cáncer de Seno de la Epidemiología al 7 tratamiento. [Online]. [cited 2016 Marzo 25. Available from: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n3/4.%20Cancer.pdf>.

- 5 Protocolo prevención cáncer del cuello Uterino. [Online].; Agosto 2015 [cited 2016 8 Marzo 25. Available from: http://www.colombianadesalud.org.co/PROMOCION_PREVENCION/INSTRUC_TIVOS%20PYP/PROTOCOLO%20DE%20PREVENCION%20CANCER%20DE%20CUELLO%20UTERINOok.pdf.
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social -. Informe mortalidad evitable en Colombia 9 para 1998 – 2011. 2014 Junio.
- 6 Gallego L, Adriana VG, Bernardo VÁ, Jaramillo A. Panorama de la Mortalidad 0 Materna. [Online]. [cited 2015 Agosto 11. Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>.
- 6 Secretaría de Planeación Distrita. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá 1 D.C.; 2012.
- 6 UNICEF. ¿Cómo están las niñas y los niños en Colombia? Salud y Supervivencia. 2 [Online].; 2014 [cited 2015 Agosto9. Available from: <http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/salud-y-supervivencia-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos/>.
- 6 Organización Mundial de la Salud.. Reducción de la mortalidad en la niñez. 3 [Online].; 2014 [cited 2015 Agosto 12. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
- 6 Ministerio de la Protección Social. Análisis de la situación en salud según 4 regiones en Colombia. [Online].; 2010 [cited 2015 Agosto 3. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Documents/Informaci%C3%B3n%20por%20Departamentos%20y%20Municipi>.
- 6 UNICEF. Salud y supervivencia. [Online].; 2013 [cited 2015 Julio 23. Available 5 from: <http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/salud-y-supervivencia-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos>.
- 6 Organización Mundial de la Salud.. Reducción de la mortalidad en la niñez. 6 [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 19. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.

6 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. LINEAMIENTOS 2015 PARA LA
7 PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA. [Online].; 2015
. [cited 2015 Agosto 11. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Lineamientos%20y%20Documentos/01%20LINEAMIENTOS%202015.pdf?Mobile=1&Source=%2Flineas-de-accion%2FSubdireccion-Vigilancia%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D6426a2e5-0c1f-43b9-b17d-cd3871.

6 Salud ONd. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles
8 y Discapacidad en Colombia. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>. Bogotá D.C: Informe Técnico ONS; 5ta Edicio Junio 2015.

6 Social MdIP. Análisis de Situación de Salud Colombia 2014. Diciembre de 2014..
9

7 Indicadores para el seguimiento del trasplante renal en Colombia - Cuenta de alto
0 costo, 2012. [Online].; Bogotá D.C., Colombia [cited 2016 Marzo 25. Available
. from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/Indicadores%20para%20seguimiento%20para%20trasplante%20renal%20en%20Colombia.pdf>.

7 Social MdSyP. Estudio técnico de mecanismo de distribución de recursos con
1 seguimiento de la gestión del riesgo con indicadores en enfermedad renal crónica
. – ERC - Dirección de regulación beneficios, costos y tarifas del Aseguramiento
en Salud. [Online].; 2014 BogotáD.C [cited 2016 Marzo 25. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Otros%20estudios/Resoluci%C3%B3n%20248%20de%202014.pdf>.

7 Informe 3 – Mortalidad evitable en Colombia para 1998 – 2011 Instituto Nacional
2 de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad
. evitable en Colombia para 1998-2011. Pagina. Imprenta Nacional de Colombia,
Bogotá, D.C., Colombia. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>.
Bogotá D.C.; 2014.

- 7 Socia MdIP. Taller de capacitación para la implementación de la Guía conceptual 3 y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e . Instituciones Prestadoras de Salud. 2013..
- 7 A. Pérez-Rubio (1) JJCSMGCFJLAJEByROdL. Impacto social y económico de la 4 vacunación frente a la varicela a los 15 meses de edad en Castilla y León en . 2004. Revista Española de Salud Pública. 2008 Enero-Febrero; 82(1).
- 7 Lin F HJ. Epidemiology of primary varicella and herpes zoster hospitalizations : 5 the pre-vaccination era; 2000.
.
- 7 Lieu TA CSBSHMSHHSea. Cot-effectiveness of a routine varicella vaccination 6 program for US children.: JAMA; 1994.
.
- 7 Hospital Chapinero ESE. Documento caracterización Personas con discapacidad 7 con énfasis en poblaciones diferenciales. LOCALIDAD CHAPINERO.. ; 2014.
.
- 7 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la 8 discapacidad. Report No.1 Banco Mundial. Informe mundial de discapacidad.. . Ginebra;; 2011.
- 7 CVVMd. G. Los espacios públicos desde la perspectiva del género.. Frónesis. 9 2003 Diciembre; 10(3).
.
- 8 Ministerio de la Protección Social. Plan decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 0 2021 la salud en Colombia la construyes..
.
- 8 Conflictos Interculturales. Una respuesta democrática y participativa regional 1 desde Bolivia, Ecuador y Perú. (DDH/2004/89 – 126). Medio Ambiente y manejo . de residuos sólidos. Cartilla Ambiental. [Online].; 2008 [cited 2015 Marzo 23. Available from: http://machaca.cebem.org/documents/capacitacion_2008_medio_ambiente.pdf.
- 8 Grupo funcional Zoonosis Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. 2 Informe de evento: Rabia humana y rabia animal: situación actual en Colombia . periodo epidemiológico quinto de 2012. [Online].; 2012 [cited 2015 Agosto 13. Available from:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qYC6PIRhbJIJ:www.ins.gov.co/tramites-y-servicios/examenes-de-inter%25C3%25A9s-en-salud-publica/Virologa/revision%2520Informe%2520rabia%2520V%2520periodo%25202012.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>.

8 Secretaría Distrital de Salud. Línea de intervención Eventos Transmisibles de 3 origen zoonótico - ETOZ. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 25. Available from: . <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Coves%202014/2015/4.%20COVE%20Mayo/Presentaciones/2%20Programa%20Distrital%20Rabia.pdf>.

8 Secretaría Distrital de Salud. Agresiones por animales potencialmente 4 transmisores de Rabia SDS.. Base de Datos Medio Ambiente. ; Preliminar corte . 22 de agosto 2015.

8 Rosillo MR. AGRESION TERRITORIAL CANINA. UN IMPACTO SOCIAL Y 5 SANITARIO. [Online]. [cited 2015 Marzo 12. Available from: . http://vetcomunicaciones.com.ar/uploadsarchivos/agresion_territorial_canina.pdf

8 Hospital Chapinero ESE. Boletín epidemiológico mensual de la línea de aire, ruido 6 y radiación electromagnética "Chapinero respira y escucha". [Online].; 2015 [cited . 2015 Agosto 24. Available from: <http://www.eschapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/aire-ruido-y-radiacion-electromagnetica/boletines-ano-2015/611-boletin-51-abril-2015-e-s-e-chapinero/file>.

8 Secretaría Distrital de Gobierno. PLAN AMBIENTAL LOCAL DE CHAPINERO 7 2013 - 2016. [Online].; 2012 [cited 2015 Marzo 24. Available from: . <http://www.ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883156/PAL+Chapinero+2013-2016.pdf>.

8 Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan Ambiental Local Chapinero 2013 2016. [Online].; 8 2012 [cited 2015 Agosto 24. Available from: . <http://www.ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883156/PAL+Chapinero+2013-2016.pdf>.

8 SIVICAP-Sistema de Información para la Vigilancia de la calidad del agua para 9 Consumo Humano. Boletín de Vigilancia del Agua. [Online].; 2015 [cited 2015 . Agosto 26. Available from: <http://www.ins.gov.co/sivicap/Normatividad/2015%20Boletin%20Vigilancia%20Aguas%20n%C3%BAmero%202.%20abril%20.pdf?Mobile=1&Source=%2Fsivicap>

- [%2F_layouts%2Fmobile%2Fmblwp.aspx%3FUrl%3D%252Fsivicap%252FPaginas%252Fsivicap.aspx%26CurrentPage%3D1.](#)
- 9 Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá. Indicadores de calidad del agua y saneamiento básico. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 2. Available from: [. http://fappb.saludcapital.gov.co:8080/localidades/Osab/osabcalidadagua.xhtml](http://fappb.saludcapital.gov.co:8080/localidades/Osab/osabcalidadagua.xhtml).
- 9 Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá. Indicadores de Territorios Ambientalmente Saludables. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 3. Available from: [. http://fappb.saludcapital.gov.co:8080/localidades/Osab/territorios.xhtml](http://fappb.saludcapital.gov.co:8080/localidades/Osab/territorios.xhtml).
- 9 Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen Mensual de Vacunación Meta programática. 2014. Asignado y Ajustado 08-12-2014.
- 9 Hospital Chapinero ESE. Seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico. [Online]. [cited 2015 Septiembre 13. Available from: [. http://200.93.163.76:8080/moodledata9/137/moddata/assignment/33/12122/INFORME_PREMI_FASE_VERIFICACION.pdf](http://200.93.163.76:8080/moodledata9/137/moddata/assignment/33/12122/INFORME_PREMI_FASE_VERIFICACION.pdf).
- 9 Instituto Nacional de Salud. Informe de Vigilancia en Salud Pública de Toserina 2011 - 2014. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre 13. Available from: [. http://www.ins.gov.co/tramites-y-servicios/examenes-de-inter%C3%A9s-en-salud-publica/Microbiologa/INFORME%20DE%20VIGILANCIA%20EN%20SALUD%20P%C3%BABLICA%20DE%20TOS%20FERINA%202011-2014.pdf](http://www.ins.gov.co/tramites-y-servicios/examenes-de-inter%C3%A9s-en-salud-publica/Microbiologa/INFORME%20DE%20VIGILANCIA%20EN%20SALUD%20P%C3%BABLICA%20DE%20TOS%20FERINA%202011-2014.pdf).
- 9 Secretaría Distrital de Salud. Libro de Tuberculosis 2014 2015 - Preliminar. 2015. Base de datos de EEVV ND para TB como causa básica datos preliminares 2012 - 2013: 2014 preliminar con corte a 7 de abril de 2015.
- 9 Instituto Nacional de Salud. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. [Online].; 2015 [cited 2015 septiembre 14. Available from: [. http://www.ins.gov.co/igen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%202015.pdf](http://www.ins.gov.co/igen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%202015.pdf).
- 9 Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. [Online].; 2008 [cited 2015 Septiembre 14. Available from: https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Nacional_Consumo_2008.pdf.

9 Secretaría Distrital de Salud. Consumo de alcohol de sustancias Psicoactivas en
8 Bogotá, D.C Síntesis del Estudio Distrital sobre consumo de sustancias
. psicoactivas. [Online]. [cited 2015 Septiembre 15. Available from:
[http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Sivim/S%
C3%ADntesis%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Sivim/S%C3%ADntesis%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas.pdf).

9 Hospital Chapinero ESE. Sala Situacional Localidad Chapinero. El consumo de
9 sustancias psicoactivas, como una barrera para alcanzar un proyecto de vida
. exitoso. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre 15. Available from:
[http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/sala-
situacional-unidad-de-analisis-unidad-de-metas/sala-situacional-unidad-de-
 analisis-ano-2013/505-informesaladecisiones-adolescencia-ch-dic/file](http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/sala-situacional-unidad-de-analisis-unidad-de-metas/sala-situacional-unidad-de-analisis-ano-2013/505-informesaladecisiones-adolescencia-ch-dic/file).

1 Hospital Chapinero ESE. Seguimiento a indicadores epidemiológicos en salud:
0 consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas en menores de
0 veinticinco años. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 15. Available from:
. [http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-
documental/analisis-territorial-teusaquillo/ano-2013-10/355-info-indi-consumo-
spa-teu-feb2013/file](http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/analisis-territorial-teusaquillo/ano-2013-10/355-info-indi-consumo-spa-teu-feb2013/file).

1 DHS. Violencia Intrafamiliar. [Online]. [cited 2015 Marzo 13. Available from:
0 <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR159/12Chapter12.pdf>.

1

.

1 Seguimiento al sector salud en Colombia. Así vamos en salud. Tasa de
0 Mortalidad por Accidentes de Tránsito. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 2.
2 Available from: [http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-
. salud/grafica.ver/58](http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/58).

1 Consejo Nacional de Política Económica Social -CONPES. Política Nacional de
0 Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). [Online].; 2008 [cited 2015 Octubre
3 2. Available from:
. [http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Normativa/Conp
es%20113.pdf](http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Normativa/Conpes%20113.pdf).

1 Ministerio de la Protección Social. Plan decenal de Salud Pública PDSP 2012 –
0 2021 la salud en Colombia la construyes..

4

.

1 Camargo Figueroa FA, Latorre Latorre JM, Porras Carreño JA. Factores
0 asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de
5 la Salud. 2011 enero - junio ; 16(1).

.
1 UNICEF Republica Dominicana. Supervivencia y desarrollo Infantil. [Online].;
0 2006 [cited 2015 Octubre 2. Available from:
6 http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm.

.
1 Informe de Ciudad. Los bojetivos de desarrollo del milenio. [Online].; 2012 [cited
0 2015 Octubre 2. Available from:
7 <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Informes%20de%20Ciudad/2011/DICE155-ObjDesarrolloMilenio-31122011.pdf>.

1 Beltrán , Seinfeld J. Desnutricion crónica Infantil en Perú, un problema
0 persistente. [Online].; 2009 [cited 2015 Octubre 2. Available from:
8 http://www.up.edu.pe/ciup/siteassets/lists/jer_jerarquia/editform/2009120917322_0_dd-09-14.pdf.

1 UNICEF. Bajo peso al nacer. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 2. Available
0 from: http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf.

.
1 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Protocolos de Vigilancia en Salud
1 Pública. Mortalidad materna. [Online]. [cited 2015 Octubre 2. Available from:
0 <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>.

1 Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Online].; 2014 [cited
1 2015 Octubre 3. Available from:
1 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

.
1 Ministerio de Salud. ASIS 2014. Volumen 11. [Online]. [cited 2015 octubre 3.
1 Available from:
2 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/A_SIS_2014_v11.pdf.

1 Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Estrategia Nacional de
1 Salud Sexual y Reproductiva: Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para
3 todos. [Online].; 2008 [cited 2015 Octubre 3. Available from:
. http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/MINSA_Nicaragua-Estrategia_nacional_salud_sexual_reproductiva.pdf.

1 Florez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad
1 reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud
4 Pública. 2005 Diciembre; 18(6).

1 Secretaría de Integración Social. Informe de Sistema de Monitoreo de las
1 Condiciones de vida de la infancia y la adolescencia de Bogotá. D.C. [Online].;
5 2014 [cited 2015 Octubre 3. Available from:
. [http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_informes_gestion/\(29042015\)_informe_smia_2014.pdf](http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_informes_gestion/(29042015)_informe_smia_2014.pdf).

1 Caballero Uribe C, Alonso Palacio LM. Enfermedades crónicas no transmisibles.
1 Es tiempo de pensar en ellas. Salud Uninorte. 2010 Octubre Noviembre; 26(2).
6

1 Moreno Manso JM. Manso JMM. Estudio sobre las variables que intervienen en
1 el abandono físico o negligencia infantil. anales de psicología. Anales de
7 psicología. 2002 Junio; 18(1).

1 Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Secretaría
1 de Seguridad Pública. México. Deserción Escolar y conducta de riesgo en
8 adolescentes. [Online].; 2011 [cited 2015 Noviembre 12. Available from:
. <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214166//archivo>.

1 United Nations Secretary General's Campaign. Violencia contra las mujeres.
1 [Online].; 2009 [cited 2015 Noviembre 12. Available from:
9 http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf.

1 Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Respuesta del
2 sector salud. [Online].; 2013 [cited 2015 Noviembre 12. Available from:

- 0 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87060/1/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf.
- 1 Estrada Villaseñor EG, Flores Carmona JF, Delgado Cedillo EA, Rico Martinez
2 G. Frecuencia de neoplasias óseas en adultos maduros y adultos mayores. Acta
1 Ortopédica Mexicana. 2008 Noviembre Diciembre; 22(6).
- .
- 1 Muñoz MM, Haz AM. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social:
2 Características e Intervención. Psykhe. 2007 Noviembre; 16(2).
- 2
- .
- 1 Carrasco E. Familia y adolescencia. [Online]. [cited 2015 Marzo 15. Available
2 from:
3 <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>.
- 1 Pacheco F. Hábitos y estilos de vida. [Online]. [cited 2015 Marzo 27. Available
2 from:
4 [http://www.figueraspacheco.com/CEED/DEPARTAMENTOS/EDUCACIONFISICA/A/Educacionfisica1/Unidad 1/EF1 U1 T2 contenidos.pdf](http://www.figueraspacheco.com/CEED/DEPARTAMENTOS/EDUCACIONFISICA/A/Educacionfisica1/Unidad%201/EF1_U1_T2_contenidos.pdf).
- 1 UNICEF. FORMACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y DE ESTILOS DE VIDA
2 SALUDABLES. [Online]. [cited 2015 Marzo 16. Available from:
5 <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>.
- .