

HOSPITAL CHAPINERO E.S.E

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL

LOCALIDAD CHAPINERO

2012

CRÉDITOS DEL DIAGNÓSTICOS LOCAL

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dr. Aldo Enrique Cadena Rojas

SUBSECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Dr. Giovanni Rubiano

DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA
Dr. Jaime Hernán Urrego Rodríguez

JEFE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Patricia Arce Guzmán

EQUIPO TÉCNICO COORDINADOR SDS ASIS

CREDITOS LOCALES

GERENTE

Dr. Jorge Arturo Suarez Suarez

SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Martha Helena Medina Ángel

COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Adriana Valbuena Cruz

COORDINADOR VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Elías Sagra Piñeres

EQUIPO ASIS LOCAL

Epidemiólogas

Claudia Patricia Abreu - Ana Yolima Acero Joya

Trabajador Social – Jaime Andrés Rozo

Socióloga Cheryl Mayerly Corredor Martínez

Geógrafo Andrés Felipe Torres Cruz

Técnico Alexis García

Equipo de Vigilancia Salud Pública

Equipo Medio Ambiente

Coordinadores Territoriales

Coordinadores Gestión Local

Equipo Etapas de Ciclo Vital

Referente PDA y Transversalidades

Documento Avalado por

COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Adriana Valbuena Cruz

Abril 30 de 2014

Índice

INTRODUCCIÓN.....	9
RESUMEN.....	10
MARCO CONCEPTUAL	11
MARCO METODOLÓGICO	16
Capítulo 1	19
Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la Localidad desde la perspectiva de los Determinantes de la Salud	19
1.1. Aspectos Territoriales de la Localidad de Chapinero.....	19
1.2. Aspectos Sociodemográficos.	22
1.2.1. Densidad poblacional.	23
1.2.2. Densidad poblacional Chapinero según tipo de suelo Rural – urbano	24
1.2.3. Estructura de la población por sexo y edad	24
1.2.4. Índice de dependencia.....	25
1.2.5. Índice de dependencia de adultos mayores.....	25
1.2.6. Esperanza de vida.....	26
1.2.7. Cobertura de servicios públicos en la localidad	26
1.2.8. Condiciones de la vivienda	28
1.2.9. Educación.....	29
1.2.10. Tasa de ocupación.....	29
1.2.11 Aspectos Socioeconómicos	30
1.2.12. Necesidades básicas insatisfechas.....	31
1.2.13 Nivel de ingreso	32
1.2.14. Índice de segregación residencial	33
1.3. Aspectos ambientales y escenarios de Riesgo.....	34
1.3.1. Calidad del Aire.....	36
1.3.2. Ruido.....	38
1.3.3. Residuos sólidos	39
1.3.4. Contaminación visual:.....	39
1.3.5. Amenazas naturales:.....	40
1.3.5.1. Escenarios - Localización y caracterización de riesgos asociados	40
1.3.5.2. Inundaciones	41

1.4.	Perfil salud - Enfermedad	41
1.4.1.	Ciclo Vital Infancia	42
1.4.1.1.	Perfil epidemiológico ciclo vital infancia	42
1.4.1.1.1.	Mortalidad.....	42
1.4.1.1.2.	Sivigila	44
1.4.1.1.3.	Programa Ampliado de Inmunización	45
1.4.1.1.4.	Bajo Peso al Nacer	45
1.4.1.1.5.	Sisvan.....	46
1.4.1.1.6.	Sisvecos	46
1.4.1.1.7.	Salud Oral.....	46
1.4.1.1.8.	Sivim.....	47
1.4.1.1.9.	Morbilidad	47
1.4.1.1.9.1.	Morbilidad Consulta Externa	47
1.4.1.1.9.2.	Morbilidad Urgencias	47
1.4.1.1.9.3.	Morbilidad Hospitalización	48
1.4.1.1.10	Trabajo Infantil.....	48
1.4.1.1.11.	Determinantes Sociales de la Salud en el Ciclo Infancia	49
1.4.2.	Ciclo Vital Adolescencia	51
1.4.2.1.	Perfil Epidemiológico	51
1.4.2.1.1.	Mortalidad.....	51
1.4.2.1.2.	Sivigila	51
1.4.2.1.3.	Sisvan.....	51
1.4.2.1.4.	Sivim	52
1.4.2.1.5.	Sisveso.....	52
1.4.2.1.6.	Sisvecos	52
1.4.2.1.7.	Morbilidad.....	52
1.4.2.1.7.1.	Morbilidad Urgencias	52
1.4.2.1.7.2.	Morbilidad Consulta Externa	53
1.4.2.1.7.3.	Morbilidad Hospitalización	53
1.4.2.1.8.	Salud Sexual y Reproductiva.....	53
1.4.2.1.9.	Determinantes Sociales Ciclo vital Adolescencia.....	54
1.4.3.	Ciclo Vital Juventud.....	56

1.4.3.1. Perfil Epidemiológico	56
1.4.3.1.1. Mortalidad.....	56
1.4.3.1.2. Siviola.....	56
1.4.3.1.3. Sisvecos.....	56
1.4.3.1.4. Sisveso.....	57
1.4.3.1.5. Sivim	57
1.4.3.1.6. Morbilidad.....	57
1.4.3.1.6.1. Morbilidad por Urgencias.....	57
1.4.3.1.6.2. Morbilidad por Consulta.....	57
1.4.3.1.6.3. Morbilidad por Hospitalización	58
1.4.3.1.7. Trabajo Juvenil.....	58
1.4.3.1.8. Determinantes sociales Ciclo Vital Juventud.....	58
1.4.4. Ciclo Vital Aduldez	59
1.4.4.1. Perfil Epidemiológico	59
1.4.4.1.1. Mortalidad.....	59
1.4.4.1.2. Siviola.....	59
1.4.4.1.3. Sivim	60
1.4.4.1.4. Sisvecos.....	60
1.4.4.1.5. Sisveso.....	60
1.4.4.1.6. Morbilidad.....	60
1.4.4.1.6.1. Morbilidad por Urgencias.....	60
1.4.4.1.6.2. Morbilidad por Consulta Externa.....	60
1.4.4.1.6.3. Morbilidad por Hospitalización	61
1.4.4.1.7. Determinantes Sociales Ciclo Vital Aduldez	61
1.4.5. Ciclo Vital Vejez.....	62
1.4.5.1. Perfil Epidemiológico	62
1.4.5.1.1. Mortalidad.....	62
1.4.5.1.2. Sisvecos.....	62
1.4.5.1.3. Sivim	63
1.4.5.1.4. Sisveso.....	63
1.4.5.1.5. Morbilidad.....	63
1.4.5.1.5.1. Morbilidad por Urgencias.....	63

1.4.5.1.5.2. Morbilidad por Consulta Externa	63
1.4.5.1.5.3. Morbilidad por Hospitalización	63
1.4.5.1.6. Determinantes sociales Ciclo Vital Vejez	64
Capítulo 2	65
Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida	65
2.1. Generalidades sobre la construcción de los núcleos problemáticos.....	65
2.1.1. Metodología para Edificación sistémica de los núcleos problemáticos	65
2.2. Núcleos Problemáticos	66
2.2.1. Mala alimentación y vulneración de la Seguridad Alimentaria y Nutricional....	66
2.2.1.1. Privación de alimentos	67
2.2.1.2. Malnutrición, sobrepeso y obesidad	68
2.2.1.3. Análisis Poblacional y Territorial.....	69
2.2.1.4. Tema generador – Prevención y consumo prudente de los Alimentos.....	69
2.2.2. Problemas de Comunicación Inter-Generacional	70
2.2.2.1. Negligencia y abandono en niños y adultos mayores	70
2.2.2.2. Violencia directa, violencia emocional y violencia sexual.....	71
2.2.2.3. Análisis poblacional y territorial	71
2.2.2.4 Tema generador – Comunicación Familiar Efectiva	71
2.2.3. Problemas en la relación Trabajo y Bienestar.....	72
2.2.3.1. Falta de oportunidades y de capacitación laboral	73
2.2.3.2. Precariedad Laboral	73
2.2.3.3. Trabajo informal	74
2.2.3.4. Trabajo infantil.....	74
2.2.3.5. Análisis poblacional y territorial	75
2.2.3.6. Tema generador – Trabajo en condiciones dignas y justas	75
2.2.4. Problemas de violencia Sexual e Identidad de Género	76
2.2.4.1. Embarazo en adolescentes	77
2.2.4.2. Educación Sexual.....	78
2.2.4.3. Discriminación a población LGBTI.....	78
2.2.4.4. Vulneración de los servicios de salud para personas en situación de Prostitución	79
2.2.4.5. Análisis poblacional y territorial	79

2.2.4.6. Tema generador – Equidad de género y conciencia plena sobre la identidad sexual	79
2.2.5. Falta de apropiación al Territorio que se cohabita	80
2.2.5.1. Problemas de seguridad.....	80
2.2.5.2. Mal manejo de los espacios públicos y medio ambiente.....	81
2.2.5.3 Análisis poblacional y territorial	81
2.2.5.4. Tema generador – Tejido social en pro al territorio.....	82
2.2.6 Dependencia al consumo y comercialización de SPA	82
2.2.6.1. Violencia y dependencia a sustancias	84
2.2.6.2. Análisis poblacional y territorial	84
2.2.6.3. Tema generador – Prevención y consumo consciente de SPA	85
2.2.7 Segregación social a poblaciones Especiales	85
2.2.7.1. Segregación social a habitantes de la calle	86
2.2.7.2. Segregación social a comunidades étnicas y población desplazada	86
2.2.7.3 Análisis poblacional y territorial	86
2.2.7.4 Tema generador – Reconocimiento y aceptación de la diferencia	87
2.2.8. Barreras y disponibilidad de acceso a los servicios que garantizan el derecho a la salud	87
2.2.8.1 Desconocimiento y falta de interés a garantizar el derecho a la salud.....	88
2.2.8.2. Discriminación en la oferta de salud a la población LGBTI.....	88
2.2.8.3. Tema generador – goce efectivo al derecho de la salud.....	89
2.2.9. Falta de respuestas integrales a la población en condición de Discapacidad 90	
2.2.9.1 Análisis poblacional y territorial	90
2.2.9.2 Tema generador - inclusión social a poblaciones discapacitadas.....	91
2.2.10 Población propensa a enfermedades Crónicas	91
2.2.10.1 Hipertensión arterial	92
2.2.10.2. Diabetes Mellitus	92
2.2.10.3 Análisis poblacional y territorial	92
2.2.10.4 Tema generador – Hábitos de vida saludables.....	93
Capítulo 3	100
Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la localidad de chapinero.....	100

3.1. Mala alimentación y vulneración de la Seguridad Alimentaria y nutricional	101
3.2. Problemas de comunicación Inter-generacional.....	103
3.3. Problemas en la relación Trabajo Bienestar.....	105
3.4. Problemas de Violencia Sexual e Identidad de Género.....	109
3.5. Falta de apropiación al Territorio que se cohabita.....	112
3.6. Dependencia al consumo y comercialización de SPA.....	114
3.7. Segregación Social a poblaciones Diferenciales.....	116
3.8. Barreras y Disponibilidad de acceso a los Servicios que garantizan el derecho a la salud.....	117
3.9. Falta de Respuestas integrales a la población en condición de Discapacidad	118
3.10 Población propensa a Enfermedades Crónicas.....	120
3.11 Evaluación	121
Capítulo 4	122
Propuestas de Respuestas y Recomendaciones	122
4.1. Prevención y consumo prudente de los alimentos	122
4.2. Comunicación Familiar Efectiva	124
4.3. Trabajo en Condiciones dignas y justas.....	126
4.4. Equidad de Género y conciencia plena sobre la Identidad Sexual	127
4.5. Tejido Social en pro del Territorio.....	129
4.6. Prevención y consumo consciente de SPA.....	132
4.7. Reconocimiento y aceptación de la Diferencia	133
4.8. Goce efectivo al derecho de la salud	134
4.10. Hábitos de Vida Saludable.....	137
Referencias Bibliográficas	

Índice de Tablas

Tabla 1 Barrios según Unidades de Planeamiento Zonal Localidad Chapinero 2012	19
Tabla 2 Densidad poblacional por UPZ localidad de Chapinero - habitantes por hectáreas 2012	23
Tabla 3 Población por sexo y UPZ. Localidad Chapinero 2012.....	25
Tabla 4 Tasa de dependencia de UPZ - Localidad Chapinero 2012	26
Tabla 5 Tasa de Cobertura Bruta y Nivel Educativo 2012.....	29
Tabla 6 Principales indicadores del Mercado Laboral Chapinero 2011	29
Tabla 7 Hogares con necesidades básicas insatisfechas. Localidad de Chapinero vs Bogotá. Año 2011	31
Tabla 8 Escenarios de riesgos naturales localidad Chapinero.	34
Tabla 9 Cobertura de biológico por el programa ampliado de inmunizaciones en la localidad de chapinero 2012	45
Tabla 10 Tendencia del bajo peso al nacer de 2008 a 2012 Bogotá vs Chapinero	45
Tabla 11 Distribución por UPZ de la desnutrición global y crónica en menores de 5 años. Localidad de Chapinero. Año 2012.....	46
Tabla 12 Distribución población en condición de Discapacidad Atendida en los servicios de Salud.	119
Tabla 13 Caracterización Registros Acumulados Localidad Chapinero 2012.....	119

Índice de Gráficos

Grafico 1 Pirámide Poblacional Localidad Chapinero 2012.....	24
Grafico 2 Coeficiente de Gini según Localidad Bogotá 2011	32
Grafico 3 Distribución Mortalidad por Neumonía menores de 5 años Chapinero 2012...	43
Grafico 4 Distribución Mortalidad por Desnutrición menores de 5 años Chapinero 2012	43
Grafico 5 Distribución Mortalidad por EDA menores de 5 años Chapinero 2012	43
Grafico 6 Distribución Mortalidad Perinatal Chapinero 2012	43
Grafico 7 Distribución Mortalidad Infantil Chapinero 2012.....	44

Índice de Mapas

Mapa 1 Contexto Geográfico Localidad Chapinero 2012	22
Mapa 2 Zonificación de riesgos naturales localidad Chapinero.....	35
Mapa 3 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 89. Localidad Chapinero 2012	94
Mapa 4 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 89. Localidad Chapinero 2012	95
Mapa 5 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 89. Localidad Chapinero 2012	96
Mapa 6 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 99. Localidad Chapinero 2012	97
Mapa 7 Distribución geográfica de los núcleos problemáticos en la UPZ 90. Localidad Chapinero 2012	98

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico local con participación social es un producto participativo mediante el cual se examina la situación de salud y calidad de vida de la población Local, a través del análisis de los determinantes estructurales, intermedios y proximales que lo afectan

El documento consta de cuatro capítulos que sintetizan el conocimiento sobre la situación actual de salud de la Localidad de Chapinero en las diferentes escalas de territorio, brindando una visión integral de la salud y de la calidad de vida del escenario local.

El capítulo uno incluye la problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida Local desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; esta sección da cuenta de la implicación de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de la Población en la escala del territorio a nivel local y por UPZ.

Así mismo contiene la contextualización general de la Localidad y de las UPZ dando cuenta de las características sociales, ambientales y económicas de la población cuya salud y calidad de vida se ven afectadas.

En el capítulo dos se profundizan las problemáticas y necesidades que afectan la salud y la calidad de vida de la población local, con enfoque en los determinantes sociales de la salud por UPZ, teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital como ordenador del análisis de la situación de salud, a partir de los cuales se construyeron los núcleos problemáticos con sus respectivos temas generadores.

El análisis de las respuestas que han sido generadas desde diferentes sectores y actores con relación a las problemáticas prioritarias de salud, y la construcción de propuestas para el mejoramiento de la situación de salud y la calidad de vida de la población Local desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, se exponen en forma exhaustiva en los capítulos tres y cuatro del documento.

El diagnostico Local con participación social de la Localidad de Chapinero se configura como uno de los productos esenciales del Análisis de la situación de salud, debido a su capacidad para orientar la toma de decisiones a partir de la integración de saberes de diversos actores en el territorio y su potencial para construir conocimiento sobre las dinámicas de calidad de vida y salud.

El Hospital Chapinero busca incidir positivamente sobre las condiciones sanitarias y ambientales que determinan la calidad de vida y salud de la población de la

Localidad con la participación de diferentes actores institucionales, intersectoriales y comunitarios que reconozcan la salud como algo colectivo y no individual; promoviendo así una corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables que puedan implementarse en las poblaciones.

RESUMEN

A partir del análisis de la situación de salud y calidad de vida de la Población de la Localidad de Chapinero ajustada a la perspectiva de los determinantes sociales de salud, y a los enfoques de derechos, diferencial, territorial y poblacional teniendo como ordenador general del análisis el ciclo vital, este documento se convierte en una herramienta fundamental debido a su capacidad para orientar la toma de decisiones.

El enfoque diferencial incluido en el diagnostico busca visibilizar vulnerabilidades y vulneraciones específicas de grupos e individuos específicos lo que permitirá priorizar acciones de protección y restauración de los derechos vulnerados. (1)

Entre los determinantes estructurales identificados en el primer capítulo, las inequidades generadas por las políticas económicas juegan un papel importante en la situación de salud local; así mismo el medio ambiente como determinante intermedio relacionado con la contaminación, la accesibilidad a servicios públicos alcantarillado, recolección de basuras y agua potable especialmente; finalmente como determinantes proximales se identifican los hábitos y estilos de vida que influyen sobre la salud de la población local.

El análisis de las problemáticas de la situación de salud Local desde la perspectiva de los determinantes sociales en el territorio y en las UPZ en las cuales interviene el Hospital Chapinero, así como las necesidades de salud que afectan la población y su calidad de vida considerados a la luz de los determinantes sociales de la salud se profundizan en el capítulo dos del documento.

El capítulo tres a partir de la integración de los diferentes saberes de autores de los subsistemas de vigilancia, gestión de políticas intersectorial y comunidad, incorpora de manera integral al análisis, respuestas generadas desde el sector salud que afecten los determinantes sociales relacionados con los diferentes núcleos problemáticos definidos, de igual manera considera un mapa de actores desde el cual se brindan respuestas de solución a las situaciones del territorio.

Finalmente el capítulo 4 genera propuestas de respuesta tendientes a impactar los determinantes sociales relacionados con los núcleos problemáticos que afectan la salud y calidad de los grupos humanos que viven en la Localidad, que guardan coherencia con los planes y programas propuestas desde la Empresa

Social del Estado - ESE.

La construcción de respuestas integrales exigió investigación de proyectos o programas exitosos en contextos internacionales que pudieran adaptarse a las necesidades y problemáticas locales buscando impactar de manera positiva los determinantes sociales que afectan la salud y la calidad de vida de la población de la localidad.

Palabra clave: Determinantes sociales en salud, Localidad Chapinero, Núcleos Problemáticos, Calidad de Vida.

MARCO CONCEPTUAL

El Distrito capital ha optado por el enfoque de Determinantes Sociales de la salud, que se ha venido orientando hacia el modelo explicativo de Determinación Social para el proceso salud enfermedad, el cual opera con la estrategia promocional de calidad de vida y salud, reconociendo el enfoque de derechos desde la perspectiva poblacional y territorial para el desarrollo de la autonomía de los individuos y sus colectividades. (1)

El modelo de determinación social reconoce la naturaleza social de la salud la cual no es un acontecimiento sólo del orden bionatural que acontece en el ámbito individual, sino que su propia naturaleza es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la individualidad biológica de cada uno y su entorno y condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político. (1)

Desde esta perspectiva, el territorio y el ambiente que lo representa, es un espacio vivo donde se producen los determinantes y las exposiciones sociales. El territorio se ubica como elemento clave en la construcción de las causalidades y, por lo tanto, permite el ejercicio de la transectorialidad como necesaria para operar respuestas integrales a las necesidades sociales. Con este enfoque se entiende al territorio social como dinámico, se construye, reconstruye y 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. (1)

Con base en estas aproximaciones conceptuales el diagnostico local con participación social tiene como objetivo general “Explicar la situación de salud y calidad de vida de la localidad desde la perspectiva de determinantes sociales de salud, apropiando las percepciones de la población, en la identificación y priorización de las problemáticas en salud y en la formulación de las alternativas

de solución a las mismas” (1). Lo anterior hace parte de la estrategia planteada por la Secretaria Distrital de Salud - SDS, que traza su derrotero hacia mejorar las condiciones de vida y salud de la población del Distrito.

El documento asume un abordaje de enfoques múltiples; salud como derecho. Determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional teniendo 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 (2).

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 (2).

El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de intervenir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores (3)

Al ser un continuo vital, no equivale a grupos etarios, los cuales son usados en forma arbitraria y según contextos particulares de desarrollo, para señalar líneas de corte que ayudan a la organización de políticas y las acciones que de ella se derivan. El ciclo vital por lo tanto, puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural (3).

Desde la perspectiva del enfoque diferencial, el ciclo de vida atraviesa todos los demás sub diferenciales; para cada momento vital es de esencial relevancia reconocer los roles y relaciones de poder derivadas del género, de la pertenencia étnica, de la existencia de una situación de discapacidad o no situaciones que generan un conjunto de características que exigen un reconocimiento real de sujetos y sus necesidades, y no solo una división de grupos de edad homogéneos (3).

El ciclo de vida aborda el continuo vital y sus momentos en términos de potencialidades y capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de

cada uno de ellos y el logro de acumulados que le permite a cada individuo y a los colectivos, tener una vida plena y con las mejores condiciones posibles de salud (3).

Respecto al enfoque de derechos humanos, se alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros); reconoce que el derecho a la salud abarca una serie de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a las condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano; así como el acceso a los servicios sociales mediante la disposición del estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo el derecho (3).

En el contexto de los Determinantes sociales de la salud en la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a luchar contra las inequidades sanitarias sobre el principio fundamental de “subsana las desigualdades en una generación”, gestionando acciones en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas, y mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto de la salud y la equidad sanitaria, aplicando estrategias para mejorar la salud pública, concentrándose en afectar positivamente los determinantes de la salud (3).

Se han elaborado varios modelos a fin de mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales de la salud influyen los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de política, (Laframboise – Lalonde 1974, Dahlgren y Whitehead 1991, Whitehead 1992, Diderichsen y Hallqvist 1998, posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead 2001, Evans T, Whitehead M, Diderichsen, F, et al, 2001, Mackenbach 1994, Kunst 1994, y Misibarmot y Milkinson 1999, Marmot 1999). Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visibles las maneras en que los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos de la sociedad (3).

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 y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas (3).

El abordaje de los determinantes sociales de la salud 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 entre otros (3).

La propuesta de la comisión (Organización Mundial de la Salud – OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socio económico se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud (3).

Las condiciones socioeconómicas se traducen luego en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios que son condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales (3).

El enfoque Poblacional reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad. 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 (1).

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 propia, con características propias y diferentes a la suma de las características de los individuos que la componen”, a estas características del colectivo poblacional se les denomina características demográficas (1).

Desde este enfoque, la población se explica a partir de cuatro elementos, los sujetos viven en un territorio que genera determinadas condiciones de vida, los fenómenos socio-históricos, económicos y culturales imprimen en un momento particularidades generacionales a los colectivos, que se reflejan en los sujetos según las etapas del ciclo vital, la identidad y las situaciones y/o condiciones. En este sentido, las intervenciones dirigidas a la población buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad (1).

Desde la perspectiva de la salud como derecho, “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 gozar de bienestar y de buena salud. Se trata de garantizar que todas tengan al menos las mismas oportunidades para gozar de buena salud (3).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludable. (3).

El Diagnostico Local permitirá a los diferentes actores liderar acciones en el Territorio, convocando diferentes sectores, Instituciones y la Comunidad para la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese Territorio y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere en la movilización social, generación de entornos saludables, participación ciudadana y educación en salud.

MARCO METODOLÓGICO

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 a continuación;

Alistamiento y convocatoria: Contextualización y articulación con actores locales intra institucionales, interinstitucionales y comunitarios en el marco de la Gestión Social Integral; y gestión de la información por medio de las unidades de análisis.

Recolección de la información: Se realizó una caracterización de fuentes primarias y secundarias existentes, gracias al aporte institucional por medio de unidades de análisis.

Análisis descriptivo y explicativo: Para la construcción del diagnóstico se proyecta la realización de unidades de análisis para la triangulación de la información de fuente primaria y secundaria y desde la experiencia de todo el equipo de salud pública del Hospital Chapinero, que contribuyera a realizar la problematización compleja de la realidad en el marco del enfoque conceptual descrito anteriormente, a través de la identificación de los determinantes de la salud y la calidad de vida desde cada uno de los Proyectos de Desarrollo de Autonomía y Transversalidades.

Análisis Crítico: Se espera la realización de múltiples sesiones de análisis y la creación de un comité técnico permanente con el liderazgo y participación del coordinador de Salud Pública de la ESE, los coordinadores de ámbitos de vida cotidiana, y referentes de : el rol prestador de servicios de salud, la gerencia y la subgerencia de servicios de salud de la ESE, tendientes a enriquecer la problematización poblacional y territorial, la lectura de la respuesta social, identificando déficit y potencialidades.

Evaluación y ajustes finales, la cual se realiza a partir de la retroalimentación del nivel distrital 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 distritales.

Edición y divulgación: Momento en el cual se realiza la socialización del diagnóstico local en múltiples escenarios a nivel distrital y local.

Cartografía social: 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. Se puede emplear con la comunidad la Cartografía Social, considerada como un principio fundamental en el proceso de recolección, análisis, profundización, y planeación, permitiendo que la

Comentario [E1]: Realizar un párrafo introductorio al marco metodológico, algo general que indique con que se empieza.

participación de la población sea vivencial, recogiendo los saberes comunitarios que brindan herramientas importantes para la identificación de las necesidades más sentidas.

Dentro de las fuentes de la información se considera importante en la participación social, a la vigilancia en salud pública comunitaria por lo que se adiciona este aparte específico sobre el modelo participativos de la comunidad en el desarrollo del sector salud y sus políticas, ha estado presente desde la década de los sesenta cuando el ministerio de Salud comienza a otorgarle base legal a la participación, posteriormente Alma Ata da gran relevancia a la participación comunitaria como una estrategia de atención primaria; la creación de la comisión intersectorial de servicio al ciudadano, pasando por el sistema distrital de participación ciudadana y finalmente el decreto 3518 de 2006 en su artículo 37 decreta los Comités de vigilancia comunitaria (COVECOM).

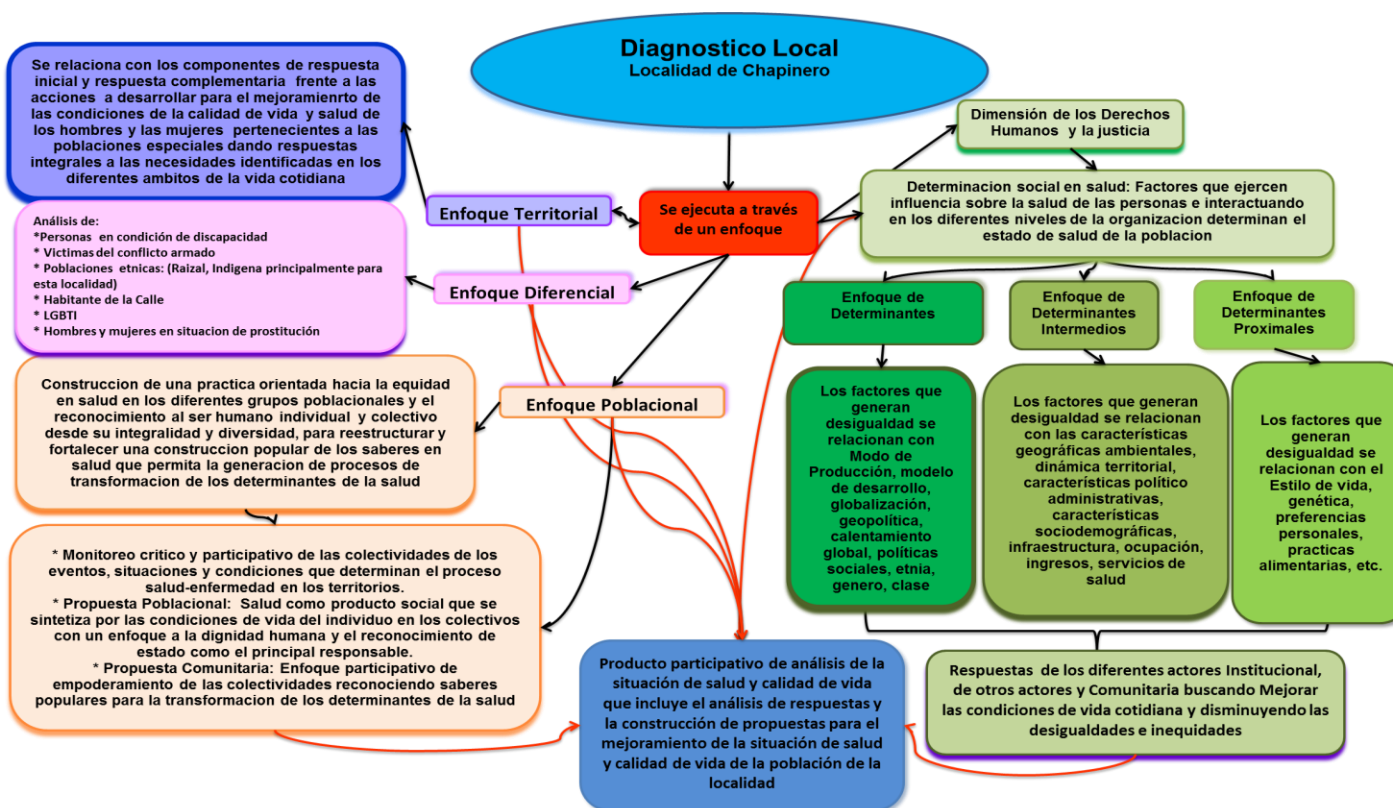
La actual administración consciente de la necesidad de implementar un modelo de atención integral en salud para Bogotá ha definido el ordenador de la planeación, implementación, seguimiento, monitoreo y ajuste de los procesos de salud pública a partir del territorio dentro del que se abordaran integralmente las poblaciones en los diversos escenarios en que transcurre su vida cotidiana teniendo en cuenta sus particularidades, relaciones, intereses, expectativas y necesidades.

De acuerdo con este modelo se implementaran los procesos de Salud Publica en las Empresas sociales del Estado a partir de la conformación de equipos integrales e integrados para atender las necesidades de la población. Mediante este abordaje, el sector salud implementará acciones de promoción, protección y restitución con el fin de constituirse en puerta de entrada de la población bogotana a los servicios de salud que deben garantizar las redes integradas de salud de la ciudad.

Es así como la vigilancia poblacional y comunitaria pretende avanzar en la construcción de un modelo de monitoreo critico en donde los diferentes actores del territorio, mediante una construcción conjunta entre saberes hegemónicos – científicos, populares y perspectivas criticas reconocen los procesos que determinan su salud enfermedad y promueven la generación de acciones institucionales sectoriales de movilización y participación ciudadana frente a la garantía de derechos en salud.

Ilustración 1 Mapa Conceptual Diagnostico Local con participación social con enfoque en los determinantes en salud 2012

Comentario [E2]: Realiza una pequeña explicación de ya que no se enlaza con el tema tratado en el texto.



Fuente: Mapa Resultante del dialogo interdisciplinario en la Unidad de Análisis para el Diagnostico Local 2012 del día 21 de noviembre de 2012. y del lineamiento de ASIS de SDS

Capítulo 1

Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la Localidad desde la perspectiva de los Determinantes de la Salud

1.1. Aspectos Territoriales de la Localidad de Chapinero

La Localidad de Chapinero se encuentra localizada al nororiente de la ciudad de Bogotá. La superficie total de la localidad 3.815,6 hectáreas (ha), de estas 1.307 ha corresponden a suelo urbano y las restantes 2.507,7 ha constituyen suelo rural. Chapinero ocupa el noveno lugar entre las localidades con mayor superficie del Distrito Capital (4) .

Limita al norte con la Localidad de Usaquén, de la cual se separa por las vías calle 100 y la vía a la Calera; al sur con la localidad de Santa Fe separada por el río Arzobispo en la calle 39; al oriente con las estribaciones del páramo de Cruz Verde y con los municipios de la Calera y Choachí, y al occidente con las localidades de Teusaquillo y Barrios unidos, siendo bordeadas por la Autopista Norte y Avenida Caracas.

La altura de la localidad de Chapinero varía entre los 2600 y 3550 metros sobre el nivel del mar, debido a la diferencia topográfica que configura el relieve del territorio, tiene un clima frío subhúmedo y la temperatura promedio anual es de 14.2°C.

Tabla 1 Barrios según Unidades de Planeamiento Zonal Localidad Chapinero 2012

UPZ	Barrios
88 El Refugio	Chico, Bellavista, El Nogal, El Refugio, La Cabrera, Rosales, Seminario y Toscana
89 San Isidro Patios	La esperanza, Sureña, San Isidro y San Luis
90 Pardo Rubio	Bosque calderón, Chapinero Alto, El Castillo, El Paraíso, Emaus, Granada, Ingemar, Juan XXIII, La Salle, Las Acacias, Los Olivos, María Cristina, Mariscal Sucre, Nueva Granda, Palomar, Pardo Rubio, san Martin de Porres, Villa Anita y Villa del Cerro
97 Chico Lago	Chico N II y III, Chico Occidental, El Chico El Retiro, Espartilla, La Cabrera, Lago Gaitán , Porciúncula y Quinta Camacho
99 Chapinero	Cataluña, Chapinero Central, Chapinero Norte, Marly y Sucre
UPR Cerros Orientales	Sector Rural, Vereda el Verjón Bajo, zonas de Paramo I, san Luis Altos del Cabo, San Isidro, el Bagazal, Ingemar oriental y Siberia

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Secretaría de Hacienda; Departamento Administrativo de Planeación. “Recorriendo Chapinero”.

2004

La localidad de Chapinero fue creada mediante el Acuerdo 26 de 1972 con el mismo nombre y código 2. Está dividida en 5 Unidades Planeamiento Zonal - UPZ y 1 Unidad de Planeación Rural – UPR.

La Unidad de Planeamiento Zonal – UPZ- tiene como propósito definir y precisar el planeamiento del suelo urbano, respondiendo a la dinámica productiva de la ciudad y a la inserción en el contexto regional, involucrando a los actores sociales en la definición de los aspectos de ordenamiento y control normativo a escala zonal. (4)

De acuerdo con el documento técnico soporte del Decreto 619 de 2.000 por el cual se adoptó el plan de ordenamiento territorial, las UPZ se clasificaron, según sus características predominantes; las unidades de tipo 1, residencial de urbanización incompleta son sectores periféricos no consolidados, en estratos 1 y 2, de uso residencial predominante con deficiencias en su infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público. (4)

Las unidades tipo 2, residencial consolidado, son sectores residenciales de estratos medios de uso predominantemente residencial, donde se presenta actualmente un cambio de usos y aumento no planificado en la ocupación territorial. (4)

Las unidades tipo 3, residencial cualificado son sectores consolidados de estratos medios y altos con uso básicamente residencial, que cuentan con infraestructura de espacio público, equipamientos colectivos y condiciones de hábitat y ambiente adecuados. (4)

Las Unidades de tipo 4, son sectores poco desarrollados con grandes predios desocupados. (4)

Las unidades tipo 5, con centralidad urbana son sectores consolidados que cuentan con centros urbanos y donde el uso residencial dominante ha sido desplazado por usos que fomentan la actividad económica. (4)

Las unidades de tipo 6, con centralidad urbana son sectores del centro metropolitano donde el uso está destinado a las actividades económicas terciarias de intercambio de bienes y servicios (Locales-Oficinas). (4)

Las unidades de tipo 7, son predominantemente industriales, son sectores donde la actividad principal es la industria. (4)

Las unidades de tipo 8, son grandes áreas destinadas a la producción de

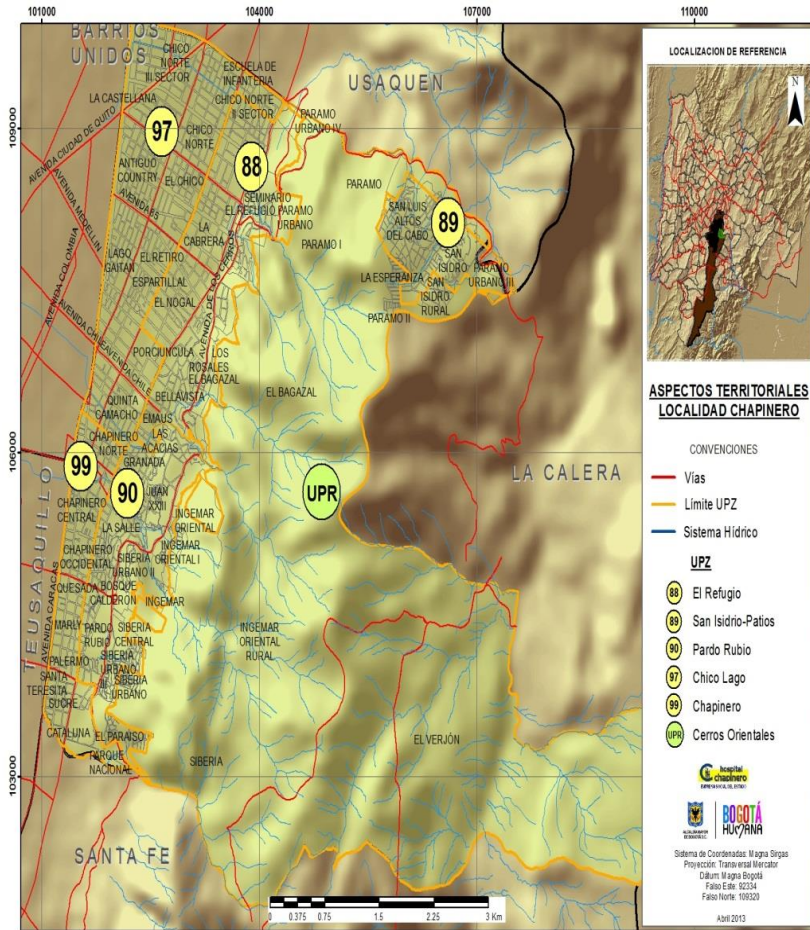
equipamientos urbanos y metropolitanos que, por su magnitud dentro de la estructura urbana, se deben manejar bajo condiciones especiales. (4)

Chapinero contiene cinco UPZ, de las cuales una es de tipo residencial cualificado (El Refugio), otra de tipo residencial de urbanización incompleta (San Isidro Patios), una de tipo residencial consolidado (Pardo Rubio) y dos de tipo comercial (Chico Lago y Chapinero). (4)

En cuanto a los recursos hídricos Chapinero tiene fuentes diversas de agua como el Río Arzobispo, la Quebrada la Vieja, la Quebrada Rosales, la Quebrada el Chicó, la Quebrada las Delicias y el Río Neuque. (4)

El mapa 1 ilustra el contexto geográfico de la localidad de Chapinero, ubicación espacial, límites administrativos, entorno Distrital, Unidades de Planeación Zonal - UPZ y Unidades de Planeación Rural UPR, vías principales, entramado urbano, barrios y sistema hídrico.

Mapa 1 Contexto Geográfico Localidad Chapinero 2012



Fuente: Hospital Chapinero- Equipo ASIS - Cartografía - Abril 2013

1.2. Aspectos Sociodemográficos.

Las dimensiones que se abordan en este capítulo 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, mortalidad, migraciones los que permite caracterizar la población de Chapinero.

1.2.1. Densidad poblacional.

La densidad poblacional refleja una medida del promedio de habitantes en relación con un área específica, por lo general en hectáreas (hab/ha).

El número de habitantes en Chapinero es de 135.160 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 (5), de las cuales 134.846 personas viven en la zona urbana; esto indica que la población urbana de la localidad es de 116,3 habitantes por hectárea.

Chapinero es la décima localidad con mayor densidad poblacional en comparación con las localidades de Antonio Nariño, Engativá, Bosa, Kennedy y Rafael Uribe, las cuales sobrepasan los 200 habitantes por hectárea. La alta densidad de estas localidades incluyendo Chapinero, si se toma en cuenta 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 2 Densidad poblacional por UPZ localidad de Chapinero - habitantes por hectáreas 2012

UPZ	Población	Área (ha)	Densidad poblacional	Clasificación
El Refugio	31.178	336	92,8	Residencial cualificado
San Isidro Patios	18.383	113	162,7	Residencial urbanización incompleta
Pardo Rubio	39.475	285,2	138,4	Residencial consolidado
Chicó Lago	25.612	422,4	60,6	Comerciales
Chapinero	20.198	159,3	126,8	Comerciales
Total	134.84	1.315,9	116,3	

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

La UPZ Chico Lago la mayor extensión, seguida de la UPZ el Refugio, y UPZ Pardo Rubio.

La mayor densidad poblacional se observa en la UPZ San Isidro Patios siendo esta, la de menor área concentra 162,7 habitantes por hectárea, seguida de la UPZ Pardo Rubio que concentra 138,4 habitantes por hectárea; las UPZ Chapinero, UPZ el Refugio y por ultimo UPZ Chicó Lago tienen la menor densidad poblacional. (4)

1.2.2. Densidad poblacional Chapinero según tipo de suelo Rural – urbano

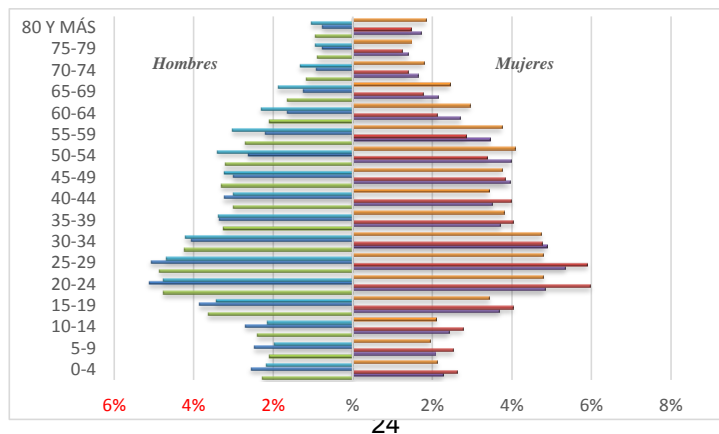
El área rural de Chapinero está conformada por la Vereda el Verjón Bajo, está localizada en los cerros nororientales y ocupa el 68% del territorio de la localidad de Chapinero. Su densidad poblacional es baja debido a que gran parte de esta zona son reservas naturales pertenecientes a los cerros orientales 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. (6)

1.2.3. Estructura de la población por sexo y edad

A través del tiempo la población tiende a reducir su ritmo de crecimiento, lo que implica transformaciones en los diferentes grupos de edad. Estos cambios son más significativos en la población que se encuentra en los extremos, población del ciclo infancia y ciclo vejez.

Según las proyecciones de población a 2015, en Chapinero se destaca 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. (4)

Grafico 1 Pirámide Poblacional Localidad Chapinero 2012.



Fuente: Proyecciones de población 2005 – 2015 DANE - SDP

La pirámide de Población de la Localidad de Chapinero muestra un descenso de fecundidad y natalidad con estrechamiento en la base, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que se avanza se evidencia proceso de envejecimiento acentuado por estrechamiento representando a la población adulta mayor.

Para el año 2012 el índice de envejecimiento que representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de jóvenes y niños; por cada cien niños y jóvenes menores de 15 años hay 85,31 personas mayores de 65 años. (7)

La relación hombre - mujer en la Localidad para el 2012, por cada cien mujeres hay 93,39 hombres. (7)

Tabla 3 Población por sexo y UPZ. Localidad Chapinero 2012

CÓDIGO	UPZ	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
88	El Refugio	12.963	18.215	31.178
89	San Isidro Patios	9.378	9.005	18.383
90	Pardo Rubio	19.339	20.136	39.475
97	Chicó Lago	11.136	14.476	25.612
99	Chapinero	9.815	10.383	20.198
902	Rural	164	150	314

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

1.2.4. Índice de dependencia

Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64. En el año 2012 de cada cien personas entre 15 y 64 años hay 33,3 menores de 15 años y mayores de 65 años dependientes económicamente. Este índice es inferior al calculado para Bogotá, el cual corresponde a 45%.

1.2.5. Índice de dependencia de adultos mayores

Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2012, de cada cien personas entre 15 y 64 años 15,33% tienen más de 65 años, índice que excede el Distrital de (9,1%). (8)

Tabla 4 Tasa de dependencia de UPZ - Localidad Chapinero 2012

UPZ	Tasa de dependencia
El Refugio	52,3
San Isidro Patios	40,9
Pardo Rubio	29,3
Chicó Lago	38,5
Chapinero	28
Rural	28,2

Fuente: DANE- SDP, Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

1.2.6. Esperanza de vida

La esperanza de vida es otro indicador del nivel de mortalidad de una población y se define como el número promedio de años que vivirían los integrantes de una cohorte hipotética de personas que permaneciese sujeta a la mortalidad imperante en la población en estudio desde su nacimiento hasta su extinción. (4)

Se estimó para la Localidad de Chapinero una esperanza de vida de 81,3 años de vida, mayor que la de Bogotá que es de 80,2 años. 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. (4)

1.2.7. Cobertura de servicios públicos en la localidad

Chapinero tiene disponibilidad y acceso del 100% a los servicios básicos de agua, acueducto, alcantarillado, saneamiento básico y recolección de basuras. La cobertura de energía eléctrica alcanza el 99,5%; el servicio del gas natural alcanza una cobertura del 64,3% relacionado a que algunos edificios no son de uso residencial además que en algunas zonas de la localidad se presentan problemas de instalación. (9)

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 Verjon Bajo reconocen una proximidad relativa a su zona urbana, por esto no se han configurado un centro poblado o asentamiento menor. (10)

En el área rural de Chapinero no existen acueductos veredales, por lo que el servicio de acueducto 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 se compra el agua de carro tanques que vienen de Bogotá y de 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. (10)

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%, Verjon Bajo 30.09%. (10)

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. (10)

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. (10)

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%, Verjon Bajo 00,0%. (10)

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. (10)

Los servicios de energía y alumbrado público tienen un cubrimiento del 100% en el 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. (10)

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%, Verjon Bajo 41.38%. (10)

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. (10)

1.2.8. Condiciones de la 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 que aparece primera en la tabla con el índice de mejor condición de vida, 97,5. 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. (4)

Al observar el déficit por tipo de carencia relacionado con la existencia de hogares con hacinamiento, cohabitación, carencia en estructura se encuentra que el 47.6% de los hogares presenta carencias en hacinamiento, hogares con 4 o más personas por cuarto, principalmente en las Localidades de Mártires, Tunjuelito y Engativá. (4)

El 45.7% tiene carencias en cohabitación, hogares secundarios de tres o más personas que habitan en la misma vivienda con otros hogares, especialmente en las Localidades de Teusaquillo, Puente Aranda y Antonio Nariño. (4)

El restante 6.7% 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; las localidades que tienen mayor relevancia son Chapinero, Usme, y Rafael Uribe.

1.2.9. Educación

La población en edad escolar en Chapinero va disminuyendo como consecuencia de los bajos índices de fecundidad, aun así Chapinero es un centro educativo de Bogotá por lo que tiene un gran equipamiento en el área.

La tasa de cobertura bruta se define como la relación entre la matrícula y la población en edad escolar – PEE, rango de edad entre 5 y 16 años. Para cada nivel de escolaridad se define un rango de edad apropiado al nivel, para realizar el cálculo de la tasa de cobertura bruta – TBC por nivel educativo. (11)

Tabla 5 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: Matrícula oficial - Sistema de Matriculas - Censo C600 Imputada Población- Proyección DANE- Calculo SED -
Oficina asesora de Planeación - Grupo de Análisis Sectorial

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.

1.2.10. Tasa de 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. (4)

Tabla 6 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	119.792	79.598	208,2%	40.194	1,8%	66,4%	76.044	2,2%	63,5%	3.554	1,1%	4,5

La PET se clasifica en población económicamente activa (PEA), es decir las personas que trabajan o están buscando trabajo y la población económicamente inactiva (PEI). La PEA a su vez está conformada por personas en edad de trabajar (ocupados) y los que desean trabajar (desocupados). (4)

La PEA en Chapinero fue de 79.598 personas, la población ocupada es de 76,044 frente a 3.554 personas desocupadas. Las Mayores tasas de ocupación se registran en Kennedy, Santa Fe y Chapinero, La Mayores tasas de desocupación se presentan en las Localidades de Ciudad Bolívar y San Cristóbal. (4)

1.2.11 Aspectos Socioeconómicos

La estratificación socioeconómica es una herramienta para categorizar las residencias según sus características y condiciones económicas. Los estratos determinados son 6 donde el estrato 1, bajo, refleja las condiciones más precarias de vivienda y el estrato 6, alto, 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, lo cual se refleja en 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. (13)

En la monografía elaborada por la Secretaria Distrital de Planeación de la localidad de Chapinero para el 2011 (13) informo que:

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, representando en su conjunto el 94,0% de la población de la localidad en 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 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 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 – 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 – 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, además de tratamientos, 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

1.2.12. Necesidades básicas insatisfechas

En la localidad de Chapinero 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.

Tabla 7 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

Según la Encuesta Multipropósito para Bogotá, las personas pobres por ingresos en la localidad de Chapinero representan el 5,3%, considerándose la cifra más baja del Distrito, cuyo porcentaje está en el 17.3%. Así mismo el porcentaje de personas en indigencia por ingresos es de 2.5%, mientras para Bogotá es de 4%. (8)

Respecto del Indicador de Necesidades básicas Insatisfechas - NBI, los resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 revelan que las localidades que presentan mayor porcentaje de pobreza por NBI son Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Bosa. La Localidad de Chapinero registro que el 1,3% se encuentran en pobreza por NBI. (4)

Los componentes relacionados con las NBI se relacionan con viviendas y servicios inadecuados, inasistencia escolar, hacinamiento critico etc. (4)

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

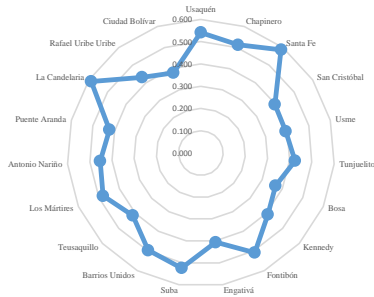
1.2.13 Nivel de ingreso

El índice de GINI da resultados entre 0 y 1, el 0 significa el estado de equidad en la repartición de ingresos, si el resultado se acerca al 1 demuestra inequidad en la repartición de dichos ingresos.

En la localidad de Chapinero el coeficiente de Gini es 0,513, mostrando inequidad o desigualdad en los ingresos o en necesidades básicas satisfechas.

A partir del plan de desarrollo distrital 2012 – 2016 (18) se entiende que la riqueza de la ciudad está en la libertad que tengan la poblaciones para desarrollarse libremente, es decir donde hay poblaciones hay riqueza en potencia, 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.

Grafico 2 Coeficiente de Gini según Localidad Bogotá 2011



Fuente: Encuesta Multipropósito Bogotá 2011 – EMB

1.2.14. Índice de segregación residencial

El plan de desarrollo Bogotá 2012 -2016 (12) plantea el índice de segregación residencial ISR para entender la inequidad social a partir de la ocupación territorial.

El ISR se calcula a partir de la varianza de ingreso de las localidades, sobre la varianza total del ingreso de la ciudad. Mientras que el índice de segregación residencial en el 2007 era de 13,1, en el 2011 aumento a 17,6, lo que nos demuestra que el problema ha aumentado. Vemos como dentro de la misma ciudad 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 reflejen ese alto ingreso por hogar que dice la localidad, y al contrario, planteando una hipótesis, llegue a niveles de ingreso por hogar tan bajos como los de Ciudad Bolívar o Bosa con 0,08 con relación al ingreso de todo Bogotá.

El crecimiento del ISR es preocupante no solo por las diferencias dentro de la localidad, sino entre estas, por lo que es necesario entender la relación que se plantea entre las localidades para resolver las tensiones que llevan al aumento de esta forma de segregación social. 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. (12)

1.3. Aspectos ambientales y escenarios de Riesgo

Geográficamente se presentan dos unidades claramente distinguibles. La zona plana, suavemente ondulada por el piedemonte de los cerros y la zona de montaña correspondiente a la vertiente oriental de la Cordillera Oriental. Los Cerros Orientales son la porción distrital del sistema orográfico que cruza Bogotá, La Calera, sopó y Chía, dividiendo la cuenca del río Teusacá de la Sabana.

El estado de la zona de piedemonte y de montaña está relacionado con los procesos de urbanización, ocupación y explotación del suelo en la zona. Estos han impactado de manera negativa sobre los suelos y en general sobre el ecosistema de los cerros propiciando la configuración de escenarios de riesgos naturales asociados a fenómenos de origen hidrometeorológico como inundaciones y fenómenos de origen geomorfológico como los deslizamientos de tierra.

La compleja problemática ambiental en la zona de reserva forestal protegida, ha sido ocasionada principalmente por actividades antrópicas con fuerte presión sobre los recursos naturales. Dicha presión ha alterado de manera significativa el equilibrio ecológico produciendo un deterioro de ecosistemas frágiles y de los recursos agua (contaminación y alteración de la producción hídrica de las microcuencas) y suelo (procesos de erosión y desprotección por deforestación).

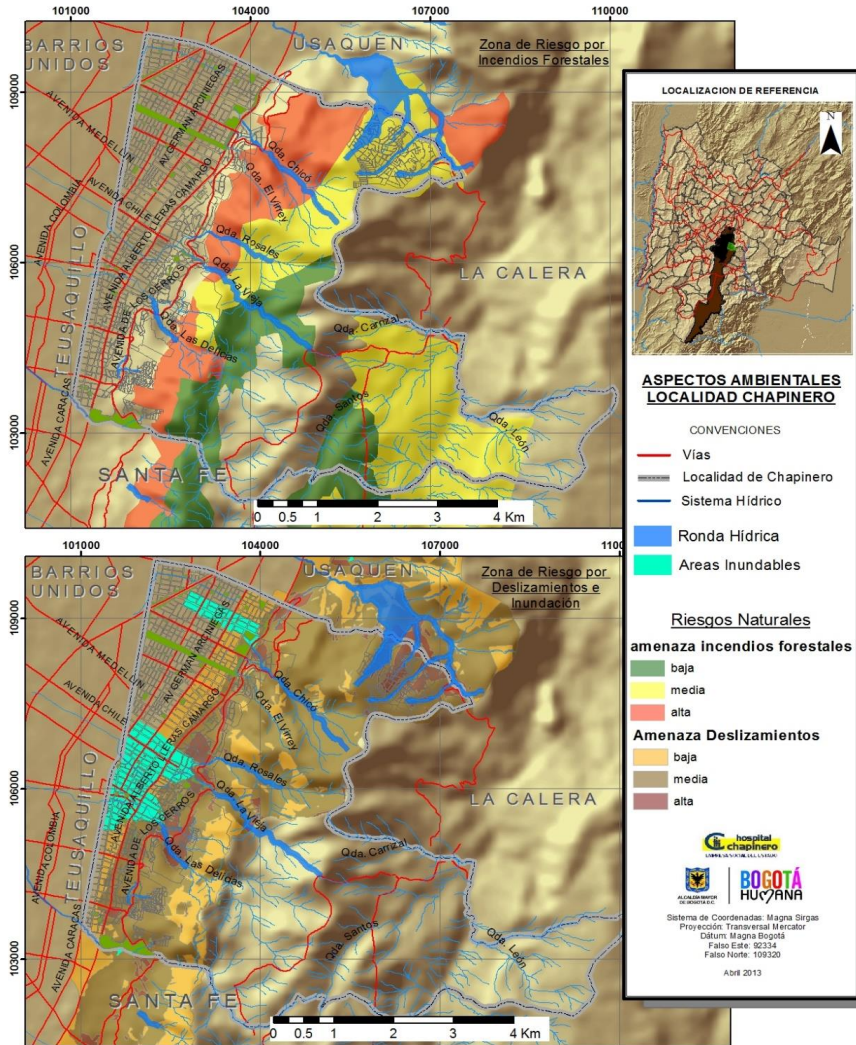
Tabla 8 Escenarios de riesgos naturales localidad Chapinero.

Riesgo	Descripción del problema	Localización
Incendios forestales	Se presentan incendios en la zona de bosque andino de los cerros orientales por la disposición inadecuada de materiales que activan el fuego. Creación de incendios no controlados por parte de la comunidad como medida para cultivar o reducir a cenizas las basuras.	Barrios ubicados en la UPZ San Isidro Patios, Pardo Rubio y el Refugio, y UPR Cerros Orientales
Remoción en Masa	Presión sobre el suelo de viviendas construidas en zonas de protección. Intervención humana que incrementa la degradación y erosión del suelo. Pérdida de cobertura vegetal traducida en desestabilización y desprotección del suelo.	Barrios ubicados en la UPZ San Isidro Patios, Pardo Rubio. Así mismo sectores de Bellavista el Paraíso, La Isla, Sureña Nueva Granada, Pardo Rubio, San Isidro, San Luis San Martín de Porres, Villa Anita, Villa del Cerro III, Juan XXIII y seminario
Inundaciones	Sedimentación y acumulación de basuras en las microcuencas. Invasión de las Zonas de Amortiguación y Protección Ambiental. Cambios de pendientes por canalización de cauces naturales. Procesos erosivos.	San Isidro, Sureña, San Luis, Los Olivos, Canal Delicias, Bosque Calderón, Quebrada Rosales, Quebrada Las delicias, Quebrada La Vieja y otros.

Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. "Revisión del plan de ordenamiento territorial año 2010"

El mapa 2 ilustra los escenarios de riesgo configurados en la localidad de Chapinero. En ellos se puede apreciar cuales son las zonas urbanas y rurales que se encuentran bajo la amenaza de los distintos fenómenos identificados

Mapa 2 Zonificación de riesgos naturales localidad Chapinero



Fuente: Secretaria de Planeación Distrital. POT. Año 2013

1.3.1. Calidad del Aire

La contaminación del aire se ha convertido en una de las principales preocupaciones en salud pública en la ciudad. Esta situación no es ajena en la localidad Chapinero, la cual, cuenta con un alto número de troncales, (Carrera 7, Carrera 11, Carrera 13, Autopista Norte, Calle 100, Calle 85, Calle 82, calle 72,

Calle 64, Calle 53, Calle 45, Calle 39), oficinas y centros educativos, lo anterior la hace paso obligado a las diferentes zonas del distrito y destino de muchos en su rutina laboral diaria, lo cual implica un importante tráfico vehicular. La contaminación de aire generado por las emisiones de gases por el parque automotor (representa el 60% de la contaminación), estas problemáticas son reflejo de las dificultades actuales para el manejo racional del parque automotor en la ciudad, pues existen serios problemas de movilidad (parque automotor obsoleto y altamente contaminante, uso predominante del transporte particular, sobreoferta de buses y busetas, la no observancia de normas de tránsito generando congestión vehicular).

La estación Santo Tomas registro $121 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ¹ como promedio máximo de PM_{10} ² en 24 horas, por debajo de la norma ($150 \mu\text{g}/\text{m}^3$), en promedio máximo de PM_{10} anual en la misma estación marcó $72 \mu\text{g}/\text{m}^3$, esta cifra supera las normas nacional ($70 \mu\text{g}/\text{m}^3$) e internacional ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$). (13)

Según la Encuesta Multipropósito para Bogotá – EMB 2011, el 50,5% de los hogares identificaron la contaminación del aire como un problema de salud del sector en donde está ubicada.

En general para que las emisiones puedan tener efectos adversos para la salud, deben tener una línea de proceso que involucra; concentración del contaminante, fracción inhalada y toxicidad. La problemática del transporte tiene variables que afectan la contaminación como los tipos de combustible, la edad de los automotores que intrínsecamente incluyen a la tecnología que se está utilizando. (14)

Existen varios tipos de combustibles que generan emisiones que afectan la salud, entre los más comunes se encuentra la gasolina, el diésel (ACPM) y el gas natural vehicular (GNV); las emisiones producidas por los automotores no solo se limitan a las que salen del tubo de escape, también hay que tener en cuenta el escape de gas de los pistones que puede generar monóxido de carbono o hidrocarburos, emisiones producidas por el desplazamiento del automotor en un camino con polvo o material particulado, el desgaste de los neumáticos que aporta partículas suspendidas. (14)

Los efectos a la salud se determinan dependiendo de las variables como concentración del contaminante, tiempo de exposición y fracción inhalada entre

¹ Sistema de medida de partículas en suspensión. Microgramos por metro cubico. Art 31 normas de Calidad del aire Decreto 2 del 11 de enero de 1982

² Partículas en suspensión, (con diámetro específico. Guía de Calidad del aire y salud OMS. Actualización mundial 2005.

otros. Las normas de calidad del aire se basan en los niveles a los que la población pueda estar expuesta a la contaminación aguda o crónica, los dos tipos de exposición son perjudiciales, la inhalación de PM puede inflammar las partes más pequeñas del sistema respiratorio, dejando a la exacerbación el asma y la bronquitis crónica. En el momento de una inflamación se corre el riesgo de padecer hipercoagulabilidad transitoria; las partículas con diámetro menor a 2.5 μm son más peligrosas pues pueden alcanzar las partes más pequeñas de los pulmones. (14)

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, es por esto que la siembra de árboles con fines de captura de CO_2 es uno de los trabajos en desarrollo en la zona por parte de la Corporación Autónoma Regional (CAR). Si bien la Secretaria Distrital de Ambiente, realiza monitoreo de la calidad del aire en la ciudad, este problema no será resuelto en forma eficiente hasta tanto no se garantice la continuidad en las políticas públicas que obliguen a la modernización del parque automotor, el uso de combustibles menos contaminantes, la implementación de tecnologías que garanticen un tránsito más fluido en la ciudad, lograr la disminuir la necesidad de movilidad de las personas y/o desestimular el uso del vehículo particular.

1.3.2. Ruido

La contaminación por ruido, es otra problemática, que viene en aumento en la Localidad de Chapinero. En la UPZ 89 San Isidro se asocia al surgimiento de los centros de diversión (Bares, Tabernas y Restaurantes) Vía La Calera. En las UPZ Chicó-Lago y Chapinero, la contaminación por ruido se asocia al tráfico automotor, la alta actividad comercial y la presencia de bares, tabernas y discotecas en los principales corredores viales y comerciales de la localidad como son calle 72, Carrera 13, Parque de la 93 y el Lago o Zona Rosa. En este aspecto según la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011(15) el 47.4 % de las viviendas identificaron ruido como un problema del sector en donde están ubicadas.

Entre los efectos más significativos del ruido sobre el ser humano se encuentra el desplazamiento temporal del umbral inducido por el ruido (DTUIR), es el fenómeno que experimenta una persona que entra en una zona muy ruidosa y sufre una pérdida temporal medible de sensibilidad auditiva; el desplazamiento permanente del umbral inducido por el ruido (DPUIR) a diferencia del (DTUIR) implica la pérdida auditiva permanente. (15)

Otro efecto es el dolor del oído cuando el tejido de la membrana timpánica resulta distendido por presiones acústicas de gran amplitud, en ocasiones las membranas

pueden llegarse a romper. Así mismo el ruido produce perturbación en el sueño, se han podido identificar cuatro etapas en el sueño, cada uno de los cuales es más profundo, todas esas etapas son necesarias para la salud mental y fisiológica. (15)

Otros efectos producidos por el ruido son estrés debido a la exposición de estímulos sensoriales, tensión adicional sobre el organismo produciendo fatiga, influye sobre el equilibrio cuando los niveles son de 130 (decibeles) dB o más, así mismo se ha comprobado que la exposición al ruido puede provocar una serie de respuestas y reflejos biológicos que pueden conducir finalmente a enfermedades físicas y mentales. (15)

1.3.3. Residuos sólidos

La mayor parte de la basura generada por la localidad corresponde a residuos de carácter domiciliario. Se encuentran problemas asociadas a indisciplina de algunos habitantes y a las actividades de los vendedores ambulantes y estacionarios, que sacan las basuras fuera del horario establecido y sin embolsar; además, algunos recicladores realizan actividades de separación de residuos aprovechables en los andenes, generando mayor desorden en el espacio público. Los puntos críticos en la localidad asociados al inadecuado manejo de residuos sólidos son: Carrera 13 entre calles 65 y 57 y Unilago, entre otros.

El manejo inadecuado de residuos sólidos y residuos peligrosos relacionados la separación o clasificación de los mismos desde la fuente, la recolección, el manejo, el aprovechamiento, tratamiento y disposición final; los residuos generados en los centros urbanos de la localidad conlleva a problemáticas higiénicas y sanitarias relacionadas con la proliferación de vectores, artrópodos y roedores entre otros, esto no solo asociado a la presencia de recuperadores en la localidad, asentamientos humanos como ciudadanos habitantes de la calle que impiden el manejo adecuado de las basuras sino también la cultura y conciencia ciudadana habitante y flotante de la localidad.

1.3.4. Contaminación visual:

El deterioro del espacio público en la localidad viene acompañado de un incremento en los niveles de contaminación visual por avisos, pancartas y pendones, entre otros. Este fenómeno se presenta principalmente en zonas comerciales La UPZ 99 presenta contaminación ambiental, auditiva, visual y por móviles debido a su alta actividad comercial.

1.3.5. Amenazas naturales:

El Plan Distrital de Prevención y Atención de Emergencias – PDPAE, adoptado mediante el Decreto 423 de 2006, establece cuatro (4) escenarios territoriales de riesgo para Bogotá: Área rural y natural, zonas de ladera, zonas aluviales y la ciudad consolidada y cuatro (4) 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 las tres localidades en las cuales tiene injerencia el Hospital de Chapinero ESE, predomina en su mayoría el de ciudad consolidada (con excepción de la zona rural de Chapinero), por lo que se caracteriza su gran densidad poblacional y diversidad en el uso del suelo, situaciones que acrecientan la generación de riesgos y problemas de salubridad.

1.3.5.1. Escenarios - Localización y caracterización de riesgos asociados

En la localidad el 68.36% corresponde a suelo rural pudiéndose afectar altamente el recurso natural y al ecosistema estratégico. Los Riesgos asociados a este escenario son sismos, deslizamientos, incendio, inundaciones.

En las Zonas de Ladera ubicadas a la Cuenca mayor del Río Bogotá, destacándose los ríos Negro y Arzobispo que alimentan el Río Salitre, y siete quebradas de las cuales tres están en prioridad desde el CLE y la Alcaldía Local, Quebrada las Delicias, Quebrada los Rosales y Pozo Claro tienen como riesgos asociados a las ocupaciones ilegales ubicadas en áreas en proceso de legalización a lo largo de las quebradas y los grandes desechos que son arrojados. Lo que genera riesgo de fenómeno de remoción en masa, árboles y postes que amenazan caer, avenidas torrenciales, colapso estructura e incendios.

Como ciudad consolidado cuyo riesgo es identificado para 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. En estas zonas se presenta otros riesgos como la superposición histórica de estructuras físicas, deterioro urbano y mezcla de usos, 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. Lo que aumenta riesgos en casos de sismo, estructurales, incendio e inundación.

1.3.5.2. Inundaciones

Las inundaciones o represamientos de quebradas son un riesgo para los barrios ubicados en zonas de ladera, como son 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. En cuanto al riesgo de sismos, colapsos y /o incendio estructural, en Chapinero se presenta en todas las UPZ, en los lugares de encuentro de público, como son los bares, centros comerciales y zonas de oficinas con presencia de edificaciones.

En los barrios localizados en todas las UPZ se identifica riesgo público sobre los corredores para dar transmisión a las redes y a las áreas donde se encuentra localizada la infraestructura estratégica, además la presencia de redes de acueducto y alcantarillado, eléctrica, gas natural, distribución de otros hidrocarburos, de comunicaciones, vial y de transporte masivo.

Genera aumento de los riesgos en caso de Sismo, además de riesgo estructural, fallas tecnológicas, tecnológicos (derrames, fugas, explosiones, incendios, intoxicaciones con sustancias químicas).

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, Teatros, Bares y entidades públicas, establecimientos nocturnos en lugares rodeados de vivienda, lo cual se hace evidentes principalmente en el sector de la Calle 93.

1.4. Perfil salud - Enfermedad

Determinantes sociales de la salud en las etapas de ciclo de Vida

A partir de la caracterización espacial, socioeconómica y sociodemográfica de la localidad de Chapinero y sus UPZ, se encontraron factores comunes en la comprensión de las problemáticas, que dejan entender el proceso salud enfermedad, no solamente como casos individuales aislados si no como procesos sociales. (16). La comprensión y la creencia sobre las problemáticas tanto como la construcción histórica que las determina llevan a su posible solución. Lo que demuestra el proceso salud – enfermedad como un proceso biológico – social.

El abordaje de las problemáticas por ciclo vital permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano, reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la

vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores.

El presente capitulo resume la situación de salud de la Localidad a partir del análisis de la información consolidada por cada ciclo vital.

1.4.1. Ciclo Vital Infancia

La importancia de este ciclo vital y del abordaje de los determinantes sociales en el mismo brinda una oportunidad en la disminución de brechas e inequidades a lo largo de la vida, se relaciona con que en este trayecto de la vida se definen las bases sobre las cuales se desarrollan las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, las cuales a su vez, determinan el desarrollo de la sociedad.

Cabe resaltar que estos procesos de desarrollo dependen de los adultos responsables a cargo del niño o la niña, por lo que un determinante de riesgo grave es la negligencia, ya sea por desinterés o falta de conocimiento de los riesgos que afronta este ciclo vital. *“El maltrato y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumenta el riesgo de tener una mala salud física por el resto de la vida y reduce el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional en años posteriores”* (17)

1.4.1.1. Perfil epidemiológico ciclo vital infancia

1.4.1.1.1. Mortalidad

En la información más reciente entregada por la Secretaria Distrital de Salud sobre mortalidad, se observó para el 2010 una disminución de la mortalidad en los menores de un año con un 92,4 respecto del 2009 que fue de 159,5 (18). Las dos principales causas de muerte fueron el trastorno respiratorio específico del periodo perinatal y las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con una tasa de 15,4*10000 hab cada uno.

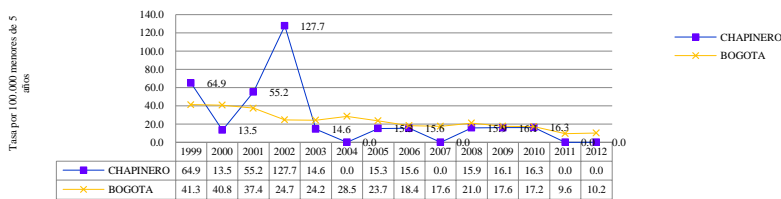
En los menores de 1 a 4 años para el años 2010, se presentaron dos muertes una por neumonía y una por malformaciones congénitas cada una representa una tasa de 2,1 *10000 hab.

La mortalidad por neumonía en la localidad en menores de 5 años presenta una importante disminución en los años de 2011 y 2012 periodo de tiempo donde no se reportaron casos en comparación con el año 2010 que notifico una tasa de 16.3 *100000 menores de 5 años.

En el 2008 la Mortalidad por desnutrición presento una tasa de 15,9*100000 menores de 5 años, desde el periodo comprendido entre los años 2009 a 2012no se han presentado casos de este evento en la localidad de Chapinero.

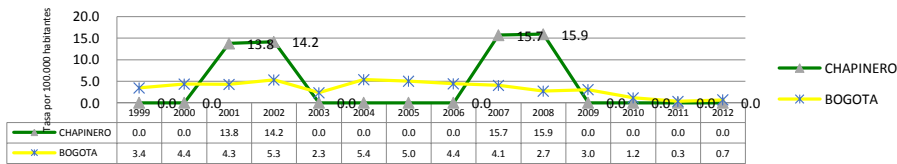
El comportamiento de la mortalidad perinatal en la localidad presenta una tendencia al descenso pasando de 25,1 x 1000 nacidos vivos en el 2008 a 18,0 x 1000 nacidos vivos en el 2012; en el Distrito en el año 2010 se obtuvo una tasa de 35,3 en comparación con el año inmediatamente anterior donde la tasa fue de 24,4, y para el año 2012 alcanzo una importante disminución llegando a 22.6 por mil nacidos vivos.

Grafico 3 Distribución Mortalidad por Neumonía menores de 5 años Chapinero 2012



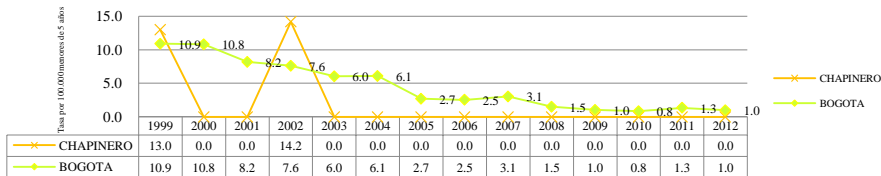
Fuente 2012: Bases de datos SDS y RUIAF. - con corte al 31 de diciembre actualizado 11-02-2013

Grafico 4 Distribución Mortalidad por Desnutrición menores de 5 años Chapinero 2012



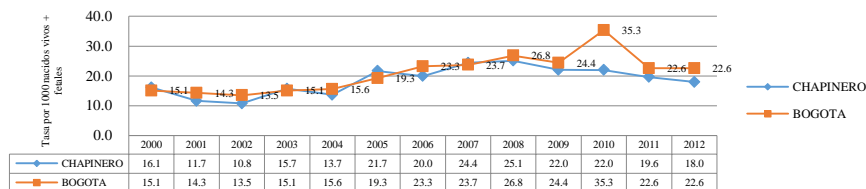
Fuente 2012: Bases de datos SDS y RUIAF. - con corte al 31 de diciembre actualizado 11-02-2013

Grafico 5 Distribución Mortalidad por EDA menores de 5 años Chapinero 2012



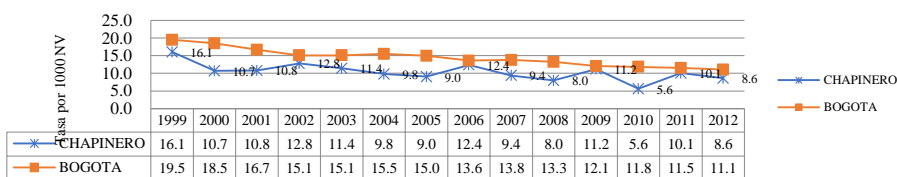
Fuente 2012: Bases de datos SDS y RUIAF. - con corte al 31 de diciembre actualizado 11-02-2013

Grafico 6 Distribución Mortalidad Perinatal Chapinero 2012



Fuente 2012: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 11-02-2013

Grafico 7 Distribución Mortalidad Infantil Chapinero 2012



Fuente 2012: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 11-02-2013

Un determinante importante para la salud infantil es el embarazo en adolescentes en donde se observan unas de las inequidades en cuanto al tipo de afiliación en salud ya que aunque el 88,8% de la población está afiliada al régimen contributivo solo el 60% de los embarazos en adolescentes ocurrieron en este régimen, mientras que en el régimen subsidiado se observaron el 29% de los embarazos en adolescentes pese a que solo el 7,1% de la población está afiliada a este y en quienes no estaban afiliados a ningún régimen representaron el 8% de los embarazos.

1.4.1.1.2. Sivigila

El comportamiento de los eventos objeto de vigilancia reportados al sistema durante el 2012, pertenecientes al ciclo vital infancia, de acuerdo con la distribución en el territorio, el 44,4% de los datos fueron aportados por la UPZ el refugio, área urbana con uso básicamente residencial, que cuentan con infraestructura de espacio público, equipamientos colectivos y condiciones de hábitat y ambiente adecuados; la mayoría de casos presentados en esta área corresponden a eventos inmuno prevenibles; varicela, parotiditis y tosferina enfermedades objeto de control para las cuales se han implementado una serie de estrategias costo efectivas como la vacunación para su prevención, control y eliminación. Otro evento que se presenta con frecuencia en esta área geográfica son las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 11,1% por cada evento.

La tasa de Notificación para la UPZ San Isidro Patios para este ciclo vital es de 37,5% para varicela, seguido del 21,4% de reportes de agresiones por animales

potencialmente transmisores de rabia. La parotiditis, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y ESIG_IRAG representan cada evento un 8%. (19)

En Chico lago como en el resto de las UPZ de la Localidad de Chapinero, la varicela fue el evento más reportado en la etapa de ciclo vital infancia con un 68,1%, para la localidad de Chapinero este mismo evento represento un 59% del total de la notificación.

1.4.1.1.3. Programa Ampliado de Inmunización

La cobertura de neumococo ha presentado un comportamiento al descenso desde el año 2009 al 2012; en este primer año se alcanzaron porcentajes superiores al cien por ciento, lo que evidencia que las unidades primarias generadoras de dato de la localidad, vacunan niños de otras localidades; en los años 2010 y 2011 lego al 100% y para el año 2012 no alcanzo coberturas útiles.

La cobertura de vacunación para DPT alcanzo niveles útiles en el año 2010 y 2011; para el año 2012 llego al 80% sin alcanzar los niveles esperados en la localidad. La vacunación de triple viral alcanzo niveles útiles de coberturas en todos los años desde 2008 a 2012 en la localidad de Chapinero.

Tabla 9 Cobertura de biológico por el programa ampliado de inmunizaciones en la localidad de chapinero 2012

BIOLOGICO	2008	2009	2010	2011	2012
Triple Viral	104,70%	112,80%	103,70%	93,70%	88,10%
Neumococo	0,00%	113,90%	93,30%	92,70%	65,00%
Haemophilus Influenza	102,70%	0,00%	98,20%	96,70%	62,00%
Polio	103,00%	111,30%	98,40%	96,50%	84,10%
DPT	102,60%	0,00%	98,20%	96,70%	62,00%
Hepatitis B	101,47%	0,00%	97,15%	96,70%	62%
BCG	150%	142,10%	122,60%	122,20%	81%
Rotavirus	0%	105,20%	101,60%	99,50%	64%
Fiebre Amarilla	62,20%	108,40%	63%	93,70%	66%
Hepatitis A	117,60%	102,90%	61,40%	122,20%	70%

Fuente: PAI Hospital Chapinero. Años 2008 a 2012

1.4.1.1.4. Bajo Peso al Nacer

Tabla 10 Tendencia del bajo peso al nacer de 2008 a 2012 Bogotá vs Chapinero

AÑO	BOGOTA			CHAPINERO		
	%BPN	CASOS	NV	%BPN	CASOS	NV
2008	12,4	14579	117563	13,4	235	1756
2009	12,8	14861	115659	15,6	293	1873
2010	13,2	14248	110032	14,3	305	2135
2011	13,3	14121	106228	14,4	272	1885
2012	46,8	48965	104623	47,8	943	1974

Fuente: 2012: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE -RUAF-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-DATOS PRELIMINARES. Fecha Corte: 21 De Enero de 2013. Fuente: 2011: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE -RUAF-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-DATOS PRELIMINARES. Fecha Corte: 25 De Enero de 2012. 2010-2008*: Certificado de Nacido Vivo.- Base Nacido Vivo DANE -RUAF-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-DATOS PRELIMINARES. Fecha Corte: 17 de Agosto de 2011. *Para el 2008 los datos son definitivos

El bajo peso al nacer en la localidad de Chapinero en el periodo comprendido entre los años 2008 a 2012 presenta una clara tendencia al aumento; pasando de 13,4% en el 2008 a 47,8% en el 2012; este mismo comportamiento se presenta en el distrito.

El peso al nacer como evaluador de la maduración biológica del recién nacido constituye un parámetro importante que debe tener especial consideración toda vez que puede producir alteraciones importantes que determinan el estado de salud infantil, el desarrollo físico, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez. El recién nacido de bajo peso es más susceptible a enfermar y morir por hipoxia, membrana hialina, enfermedad respiratoria, enfermedad diarreica y otras de carácter infeccioso.

1.4.1.1.5. Sisvan

Tabla 11 Distribución por UPZ de la desnutrición global y crónica en menores de 5 años. Localidad de Chapinero. Año 2012

UPZ	DESNUTRICION GLOBAL			DESNUTRICION CRONICA		
	CASOS	CONSULTAS	%	CASOS	CONSULTAS	%
88 - El Refugio	17	236	7.2	18	236	7.6
89 - San Isidro Patios	0	320	0.0	1	320	0.3
90 - Pardo Rubio	20	1592	1.3	64	1592	4.0
97 - Chico Lago	13	353	3.7	16	353	4.5
99 - Chapinero	9	371	2.4	35	371	9.4
Localidad	59	2872	2.1	134	2872	4.7

Fuente: Base de datos SISVAN. SDS. Año 2012. Datos preliminares

La UPZ el Refugio presenta el porcentaje de desnutrición global más alto de la localidad y el segundo más alto por desnutrición crónica esta situación contrasta con los porcentajes presentados en la UPZ San Isidro que son los más bajos, incluso llegan a cero en desnutrición global.

1.4.1.1.6. Sisvecos

Durante el año 2012 se reportaron al sistema de vigilancia epidemiológica para la conducta suicida 8 casos de conducta suicida en población de la etapa de ciclo de vida infancia; 1 caso de amenaza en Pardo Rubio, 4 reportes de Ideación en UPZ Chapinero y 3 notificaciones de Intento suicido en San isidro Patios.

1.4.1.1.7. Salud Oral

El principal problema de salud oral (20) observado en la infancia, es la gingivitis relacionada con la presencia de placa bacteriana con el 74,4%, seguido por la

caries con el 22,6%. Las patologías orales se concentraron principalmente en la UPZ Pardo Rubio con el 62,6%, seguido por San Isidro Patios con el 23,7%. En este ciclo vital en todas las UPZ las enfermedades orales tienen mayor prevalencia en los hombres en donde se observó un 54,7%.

1.4.1.1.8. Sivim

Durante el 2012 en la localidad de Chapinero fueron reportados al Sistema De Vigilancia Epidemiológica de La violencia Intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual –SIVIM- (21) un total de 175 casos en el ciclo vital infancia, de los cuales el 51,4 % (90 casos) correspondieron a la UPZ Pardo Rubio Seguidos por el 18,3% de la UPZ San Isidro patios y por el 14% en la UPZ Chapinero. En los niños la violencia más frecuente fue la emocional con 49% seguido por la violencia Física con el 27% y la negligencia con el 13%. En las niñas la violencia más frecuente fue de tipo emocional con 44 % seguido por Negligencia con el 21% y física con el 20%.

1.4.1.1.9. Morbilidad

1.4.1.1.9.1. Morbilidad Consulta Externa

Dentro de las primeras causas de Morbilidad en este ciclo vital, en la UPZ Chapinero con mayor frecuencia se presentan enfermedades de piel, (Absceso, Impétigo, Celulitis, Dermatitis, Ulceras.), del oído (Otitis, Vértigo.), de las articulaciones (Gota, Artritis, Artrosis, Dolor, Radiculopatía, Lupus), se la boca (Caries, Absceso, Periodontitis) y del ojo: Blefaritis, Conjuntivitis, Blefaroco) con un 22,9%; las infecciones intestinales ocupan el segundo lugar con un 20%.

Para la UPZ pardo Rubio la primera causa de morbilidad con un 26,4 % son las enfermedades, de piel, oído, articulaciones boca y ojo, seguido de afecciones respiratorias con 22,6%. Esta última patología ocupa el primer lugar en el grupo poblacional infancia de la UPZ San isidro Patios. (22)

1.4.1.1.9.2. Morbilidad Urgencias

Del total de atenciones realizadas por Urgencias del ciclo vital infancia el 84% se realizó en la UPZ Chapinero, el 12% UPZ Pardo Rubio y el 2% UPZ San Isidro Patios. (22)

La situación de salud infantil más frecuentemente identificada por urgencias en estas UPZ son las enfermedades respiratorias, según UPZ la enfermedad respiratoria de distribuyo así, el 30% para la UPZ Chapinero, 25% UPZ Pardo Rubio y el 29% UPZ San Isidro Patios. Otras causas de consulta son los traumas, contusiones, heridas y fracturas con el 18% de consulta por este evento, el 14%

restante de mayor relevancia para este ciclo son las enfermedades de la piel para la UPZ Chapinero. (22)

1.4.1.1.9.3. Morbilidad Hospitalización

La Morbilidad atendida por Hospitalización no pudo obtenerse en forma discriminada por ciclo vital y por UPZ, sin embargo dentro de las 10 primeras causas de morbilidad por hospitalización obtenida para la Localidad se observa que el mayor evento que requirió tratamiento hospitalario se relacionó con trastornos mentales en el 14% de los casos; la atención del parto y cesárea se presentó en 13% de los casos y las infecciones del tracto urinario en el 4% de los casos. (23)

1.4.1.1.10 Trabajo Infantil

La Organización Internacional de Trabajo aclara “No debe constituir ninguna sorpresa que la prevalencia del trabajo infantil está fuertemente correlacionada con el nivel promedio del ingreso de una sociedad, pues el ingreso nacional per cápita está fuertemente relacionado con el contexto donde se ubican las condiciones económicas de las familias” (24)

La evolución de la magnitud del trabajo infantil en la Localidad muestra que para el periodo 2013, 53% de los menores caracterizados pertenecen al sexo masculino y 47% al sexo femenino, correspondientes a 15 Adolescentes y 139 niños, considerándose la UPZ 99 – Chapinero y la UPZ 97 Chico Lago donde geográficamente se presenta más casos, sin desconocer que en las otras UPZ de la Localidad se presenta la misma situación en menor escala. (25)

Las actividades económicas en que más frecuentemente se encontró a la población infantil en el 54% venta ambulante, 19% comercio en general y servicios, 19% expendio de alimentos y el restante 8% en trabajos de cuidado a otros. (25)

Desde el punto de vista el trabajo infantil afecta el desarrollo de los menores y puede convertirse en un factor de riesgo para la presencia de trastornos y de patologías, como la depresión, trastornos de ansiedad y el estrés. Es necesario delimitar la definición de trabajo infantil ya que los avances en este sentido son muy débiles, y no posibilita el apoyo de los menores en ciertas actividades que no afectan su desarrollo sino por el contrario lo estimulan y potencializan, especialmente en la adolescencia y si podría por el contrario afectar la dinámica social de algunos grupos sociales como por ejemplo la población campesina. (26)

1.4.1.1.11. **Determinantes Sociales de la Salud en el Ciclo Infancia**

Esta etapa del ciclo vital primera infancia comprende los menores de un año, 11 meses y 29 días. De 1 a 5 años 11 meses y 29 días. Y la Infancia de 6 años a 13 años 11 meses y 29 días. (2)

Los primeros años de vida son cruciales, el desarrollo de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social se potencia principalmente durante la primera infancia, el desarrollo intelectual queda determinado a la edad de 4 años. (27)

Durante la etapa prenatal y la infancia se sientan bases importantes para la salud en la edad adulta; es uno de los grupos más de vulnerables en la sociedad debido a que no existen las garantías suficientes que aseguren los recursos y apoyos específicos que les permita a todos los niños y niñas desarrollarse plenamente en forma equitativa. (27)

Los niños necesitan crecer en un entorno seguro y saludable; en una vivienda de buena calidad que tenga acceso al agua potable y servicios de saneamiento en un barrio seguro y protegidos contra la violencia así mismo la buena alimentación es fundamental y comienza en la fase intrauterina del desarrollo, de modo que es preciso que las madres reciban una nutrición adecuada.

Respecto al ambiente seguro y saludable en estudios de la Organización mundial de la Salud se analizó la carga de morbilidad atribuible a los riesgos ambientales; a nivel mundial y regional se estima un gran número de fallecimientos y enfermos por causas asociadas al uso de agua insalubre, saneamiento deficiente y contaminación del aire (28)

Mientras que la frecuencia de una enfermedad puede medirse con criterios objetivos (incidencia, prevalencia, mortalidad), la valoración de las pérdidas funcionales, desventajas sociales y mortalidad prematura responde a criterios más imprecisos que dependen de preferencias individuales o sociales (28)

Para valorar las consecuencias no mortales de las enfermedades es preciso considerar, además de su frecuencia, el grado de discapacidad (física, psíquica o social) que cada estadio de la enfermedad supone, su duración media y su edad de inicio (28)

Los años de vida sana perdidos se presentan de acuerdo con el tiempo perdido por muerte prematura, el valor del año de vida saludable según la edad, los daños que las enfermedades causan a la población, el tipo y frecuencia de padecimiento y la magnitud cuando esta causa muerte (28)

La población infantil es la más afectada por enfermedades causadas por factores ambientales; la tasa de mortalidad perinatal por estos factores es doce veces mayor en países subdesarrollados (28)

Según la OMS el número total de años de vida sana perdidos por habitante a consecuencia de factores ambientales es 15 veces mayor en países en vías de desarrollo, el porcentaje de enfermedades diarreicas e infecciones de las vías respiratorias inferiores relacionadas con el medio ambiente se estimó que eran entre 120 y 150 veces mayor en países en vías de desarrollo, estas variaciones en la carga de morbilidad se deben a variaciones en la exposición al riesgo (28)

En la población infantil en número de años de vida sana perdidos debidos a factores de riesgo ambiental es aproximadamente cinco veces mayor entre los niños de 0 a 5 años que en la población general. La Enfermedad Diarreica, las Infecciones respiratorias arrojan un gran porcentaje de morbilidad atribuible al medio ambiente, cuyo promedio aproximado es 26% de todas las defunciones de los menores de 5 años (28)

Los niños de los países en vías de desarrollo pierden, como promedio, ocho veces más años de vida sana por habitante que los países desarrollados. En algunas regiones muy pobres del mundo, la diferencia es mucho mayor, en ellas, el número de años de vida sana perdidos por habitante debido a infecciones de vías respiratorias inferiores en la infancias es 800 veces mayor, el de traumatismos causados por el transito es 25 veces mayor, y el de Enfermedad Diarreica es 140 veces mayor. Estas estadísticas no reflejan los efectos a largo plazo de las exposiciones que se producen a una edad temprana y que se manifiestan como enfermedad hasta años después (28)

Teniendo en cuenta los indicadores de salud, bienestar y calidad de vida de la localidad de Chapinero respecto de la tasa de mortalidad infantil, que indica la probabilidad de morir durante el primer año de vida y es uno de los indicadores que mejor refleja el estado de salud de la población; en la Localidad ha venido descendiendo al pasar de 10,1 muertes infantiles por mil nacidos vivos durante el 2011 a 8,6 por mil nacidos vivos durante el 2012. La mortalidad por afecciones en el periodo perinatal registró para el periodo 2012, 18 muertes perinatales por cada mil nacidos vivos siendo las principales causas las malformaciones congénitas 23,1%, los trastornos respiratorios con el 15,4%, Enfermedades materna o complicaciones obstétricas 15,4%. (29)

En el ámbito de las enfermedades infecciosas y maternas perinatales, la prevalencia de bajo peso al nacer constituye uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad neonatal.

1.4.2. Ciclo Vital Adolescencia

En el ciclo vital adolescencia, según la OMS, inicia a los 14 años hasta los 17 en esta etapa el ser humano empieza a desprenderse de la dependencia emocional hacia sus padres o responsables de la crianza, este momento inicia en la pubertad, cuando niños y niñas empiezan a consolidar la construcción de su “yo”, donde se indaga por el contexto sociocultural por lo que es necesario adquirir habilidades de socialización. (30)

Es el momento en que inicia la negociación con el resto del mundo en la construcción de su autonomía e independencia como individuo, en esta etapa se forja el auto concepto. Además de esto empezara el reconocimiento de su nuevo cuerpo que estará en proceso acelerado de crecimiento, en el desarrollo de órganos genitales, la estatura y el volumen de masa corporal. Este reconocimiento del cuerpo plantea cuestiones vitales en el desarrollo como la construcción de género, la construcción de identidad, el criterio sobre su contexto y la conciencia de su intervención en este. (31)

1.4.2.1. Perfil Epidemiológico

1.4.2.1.1. Mortalidad

La Mortalidad para este ciclo vital no pudo obtenerse en forma discriminada de las fuentes Distritales, la base incluye las mortalidades de 15 a 44 años; cabe resaltar que dentro de las diez primeras causas, las lesiones de causa externa muestran una tendencia importante el 40% del total de las mortalidades de las cuales el 94% afecto a la población masculina y el 6% a la población femenina; agresiones y homicidios correspondieron al 77%, accidentes por transporte automotor el 14% y Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas el 10%. (32)

La mortalidad por VIH-SIDA en este gran grupo represento el 4,6% de los casos distribuido en la población masculina con el 80% y en la femenina con el 20%.

1.4.2.1.2. Sivigila

La varicela es el evento de vigilancia en salud pública más notificado en este ciclo de vida, en las UPZ de pardo rubio con 45%, Chapinero con el 8% y el Refugio 30%. En la UPZ Chico lago la parotiditis fue el evento de mayor notificación 41% de casos; esta misma situación se presentó con la exposición a flúor en la UPZ San Isidro con 50% de reportes

1.4.2.1.3. Sisvan

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas, en todo momento tienen acceso físico, social y económico a suficientes alimentos en buenas condiciones y nutritivos que satisfagan sus necesidades dietéticas y alimentarias. (33)

El fenómeno de mala nutrición por exceso se ha considerado un problema de salud pública, teniendo en cuenta que algunas causas que originan el sobrepeso y la obesidad, pueden ser modificadas con educación alimentaria y nutricional, con la modificación de hábitos alimentarios que favorezcan una nutrición adecuada y balanceada.

El 13.16% de la población adolescente que ingreso al sistema de vigilancia se encontró en sobrepeso y 7,11% en obesidad; de la población en sobrepeso el 25% de la población adolescente en sobrepeso se ubica en la UPZ 88 el Refugio, 13,9% UPZ 89 San Isidro Patios, 12,7% UPZ 90 Pardo Rubio, 11,1% UPZ 97 Chico Lago y 6% UPZ 99 Chapinero; de la población en obesidad el 17,65% pertenece a la UPZ 99 Chapinero, seguido de UPZ 89 San Isidro Patios con el 8,33%, UPZ 97 Chico Lago con 5,56% y UPZ 90 Pardo Rubio con 5,1%. (34)

1.4.2.1.4. Sivim

Una de las problemáticas observadas fue el maltrato y la violencia intrafamiliar, el 44,7% de los casos reportados se relacionaron con violencia emocional o indirecta, seguido en el 23,4 % de negligencia y 19,1% de violencia física o directa.

1.4.2.1.5. Sisveso

Dentro de los eventos de notificación obligatoria al sistema de vigilancia de Salud Oral, la gingivitis es el más frecuente en la población perteneciente a la etapa de ciclo vital adolescencia en todas las UPZ de la localidad se presentan en su orden de porcentaje de frecuencia de notificación: Chapinero 83,3%; UPZ San Isidro Patios con 83%, UPZ El refugio 80%, UPZ Pardo Rubio 63,5% y Chico Lago 50%;

1.4.2.1.6. Sisvecos

Se identificaron en la localidad 29 casos de conducta suicida dentro de los cuales el 89% (26 casos) se clasificaron como intento y el 6,9% (2 casos) amenaza. Dentro de los determinantes están las relaciones familiares, el grupo primario. Se ha identificado que por cada hombre adolescente maltratado, son maltratadas 3 mujeres

1.4.2.1.7. Morbilidad

1.4.2.1.7.1. Morbilidad Urgencias

La morbilidad atendida por el servicio de urgencias se relaciona con lesiones de causa externas como traumas, contusiones, heridas, luxación, contusión, quemaduras y fracturas con el 30%, se observó mayor incidencia en hombres con una razón de 3 hombres por cada mujer.

1.4.2.1.7.2. Morbilidad Consulta Externa

La morbilidad atendida por consulta externa para este grupo poblacional con mayor frecuencia se relacionó con enfermedades de la piel, oído, boca y ojo con 31,4% de casos para la UPZ Chapinero, y 100% casos UPZ Chico Lago (2 casos).

Las infecciones respiratorias agudas fueron bastante representativas en la consulta de los adolescente siendo la UPZ Pardo Rubio con un 37,5% la que presento un mayor número de eventos, para la UPZ San Isidro Patios las principales causas fueron las infecciones respiratorias, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades infecciosas intestinales presentaron un mismo porcentaje de frecuencia de 28,6%. En la UPZ El refugio no se presentaron atenciones a la población adolescente en esta vigencia.

1.4.3.1.7.3. Morbilidad Hospitalización

Como se mencionó anteriormente la morbilidad atendida por Hospitalización no pudo obtenerse en forma discriminada por ciclo vital y por UPZ, sin embargo dentro de las principales causas de consulta hospitalaria los trastornos mentales 14%, la atención del parto y cesárea 13% y las infecciones del tracto urinario en el 4% de los casos fueron las consultas de mayor relevancia. (23)

1.4.2.1.8. Salud Sexual y Reproductiva

El objetivo de este componente a nivel Distrital (3) es garantizar el ejercicio relacionado con la sexualidad y reproducción, libre de violencias en el marco de la igualdad, libertad y autonomía, no discriminación por motivos del sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, etc.

La morbilidad más frecuentemente atendida relacionada con este componente fue el embarazo con el 13%, así mismo se registran atenciones de parto, puerperio, embarazo abdominal, aborto, preclamsia, amenaza de aborto, hipertensión materna y mastitis; estos fueron los diagnósticos más frecuentes observaron en el grupo de 14 a 18 años (35) , en menores de 15 años se identificaron dos casos y en el grupo de 15 a 19 años se identificaron 183 casos de embarazo en adolescentes.

Por otro lado este ciclo vital es momento básico donde se define la orientación sexual, la población que pertenece a la comunidad LGTBI sufre las consecuencias de los prejuicios culturales sobre las personas que construyen su identidad sexual diferente a la dicotomía hombre mujer. La segregación social que vive es tan fuerte que entran en condiciones socioeconómicas precarias y son rechazados por sus propias familias, lo que los obliga a buscar mecanismos de sustento como la

prostitución; existe reporte de casos de adolescentes LGTBI en condiciones de prostitución que se encuentran en la plaza Lourdes, en la UPZ Chapinero centro. (36)

14.2.1.9. Determinantes Sociales Ciclo vital Adolescencia

Maltrato en adolescentes: El uso de violencia física o emocional como herramienta de control de los impulsos en los adolescentes, a partir de estímulos violentos busca condicionar respuestas de buen comportamiento, esta una situación frecuente en la Localidad. Esta situación es estrechamente vinculada a los temas de salud mental en los adolescentes y la construcción de su propio criterio para entenderse como personas, lo que lleva a que se exponga a lugares y a prácticas inadecuadas para su desarrollo.

La salud de adolescentes de ambos sexos, tiene una relación particular con su propia conducta, la cual, a su vez, se ve influida en gran medida por el ambiente en el que vive. Actualmente las secuelas de sus conductas de riesgo (violencia, consumo de drogas, trastornos alimentarios, actividad sexual desprotegida) son la principal causa de muerte e incapacidad durante estos años. Estas circunstancias, a pesar de ser potencialmente prevenibles, muestran una tendencia franca al aumento a nivel mundial. (37)

Esta práctica violenta conlleva respuestas de alejamiento y desapego de los adolescentes hacia sus padres, a la toma de decisiones buscando consejo en otras personas perdiendo el criterio orientador de los padres o adultos responsables (38).

Con respecto a la violencia emocional, se plantea como chantaje se juzga la construcción del adolescente a partir de un canon hegemónico y no desde la comprensión de su situación. Estos tipos de violencia se heredan y se encarnan en las familias, lo que hace que el uso de la violencia se vuelva inconsciente, volviéndose una forma de transferencia de rabia y odio, del victimario a la víctima. Esta rabia y odio son producidos por los determinantes intermedios y estructurales. Una consecuencia de estos actos de violencia es el matoneo escolar en la población adolescente e infante.

Como determinante intermedio vemos la expulsión de adolescentes de la participación en contextos comunitarios por la construcción de juicios, debido a las prácticas características de los adolescentes en la ciudad, como la pertenencia a subculturas y las practicas no aprobadas por criterios éticos y morales comunitarios. La legitimación de la violencia física como práctica educativa también se plantea como un determinante intermedio. Como determinante estructural encontramos que las condiciones laborales, ambientales,

condicionadas por decisiones políticas, en algunas situaciones llevan a condiciones de injusticia social, que los padres reflejan en sus hijos.

Los casos observados de negligencia fueron asociados a adolescentes cuyos padres trabajan por lo que no pueden cuidar a sus hijos. Además vemos que debido a las políticas de educación del país, no todos los jóvenes tienen posibilidades de acceder a la educación superior, lo que se ve reflejado en la construcción de los proyectos de vida; en las Zonas de Pardo Rubio y San Isidro Patios vemos que por las contingencias de una situación económica precaria, los padres no incluyen el acceso a la educación superior o la planificación familiar como una prioridad, lo que genera exposición a situaciones como violencia, maltrato y embarazo adolescente.

Con relación a los determinantes estructurales, la construcción de género hace que se le exijan más responsabilidad social a la mujer en el rol de cuidadora, protectora y de mujer fértil como objeto de deseo. Además de las construcciones patriarcales de la sociedad que llevan a subvalorar el criterio de la mujer como persona. Esto hace que la imposición cultural hegemónica frente a la mujer sea más dura y limite sus libertades, lo que se ve reflejado a partir de mayor uso de violencia en la crianza de mujeres que en la de los hombres, por cada hombre se agreden 3 mujeres en la localidad de Chapinero. Es posible que la información sobre la violencia intrafamiliar hacia la mujer sea más grave relacionado con que las rutas de denuncia no son tan efectivas por razones de dependencia, sentimiento de culpa o una relación total de dominación que lleve a que ella no se sienta capaz o no pueda denunciar. (39)

Daños por causas externas

En el texto Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia (39), se explica cómo el crecimiento del cuerpo en la adolescencia y el bombardeo hormonal lleva a que los jóvenes entren en un desequilibrio entre lo cognitivo y la motivación, lo que los lleva a ser más impulsivos con el subsecuente riesgo a que esto conlleva. En muchos casos este riesgo es normal para el desarrollo del individuo, pues son los momentos en que se puede tomar decisiones y adquirir un criterio frente a los retos de la vida. En los hombres este riesgo es mayor debido a los altos niveles de testosterona durante esta etapa, más el reconocimiento de un cuerpo mucho más grande y con mayores posibilidades, que los lleva a creerse capaces de hacer actos osados, esto se reconoce como un determinante estructural debido a su generalización biológica.

Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia considerado como un problema de salud pública, se relaciona con experiencias que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y sociedad. El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales que influyen directamente desde el punto de vista psico-social en el aumento de embarazos en las adolescentes. Los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años son considerados intolerables y configuran un abuso sexual. (40)

1.4.3. Ciclo Vital Juventud

En este ciclo vital el ser humano cumple su desarrollo físico por completo, ya tiene un auto concepto definido y mayor autonomía, en esta etapa es cuando el ser humano adquiere herramientas para entrar al mundo laboral y decidir a qué se va a dedicar en su vida. Como podemos ver en los perfiles sociodemográficos, la población joven es mayoritaria en la localidad de Chapinero, por lo que se plantea un gran reto para entender y buscar cómo cambiar las condiciones desiguales en pro del bienestar común de la población local.

1.4.3.1. Perfil Epidemiológico

1.4.3.1.1. Mortalidad

Como se mencionó anteriormente la mortalidad no se obtuvo discriminada por ciclo, la base Distrital abarca las edades de 15 a 44 años; lo representado globalmente muestra que la mortalidad en estas edades está muy relacionada con lesiones de causa externa; agresiones y homicidios correspondieron al 77%, accidentes por transporte automotor el 14% y Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas el 10%. (32)

La mortalidad por VIH-SIDA en este gran grupo represento el 4,6% de los casos distribuido en la población masculina con el 80% y en la femenina con el 20%.

1.4.3.1.2. Sivigila

De lo reportado al Sistema de Vigilancia en Salud Pública en este ciclo el 22,1% (26 casos) se relacionó con intoxicaciones de las cuales el 48% se produjo por psicoactivos y 42,3% por fármacos (19). La parotiditis es el evento más reportado en las UPZ de El refugio con 33,3%, San Isidro 33,3% y Chico Lago con 26,8%; la varicela mantiene mayor prevalencia en Chapinero y pardo Rubio con 34% y 36,6% respectivamente.

1.4.3.1.3. Sisvecos

El mayor número de casos de conducta suicida notificados durante el 2012 pertenecían a este ciclo vital 32,8% (38 casos). El evento más frecuente se

relacionó con el intento de suicidio 97,3% (37 casos). A nivel local se estima que por cada 3 mujeres que intentan suicidarse un hombre lo intenta.

El 45,9% (17 casos) de los eventos fueron reportados en la UPZ Chapinero, seguido por el 27%(10 casos) en la UPZ San Isidro Patios y 21,6%(8 casos) en Pardo Rubio. Medicina legal (39) reporto 3 suicidios en el grupo de 18 a 24 años con una razón de 2 hombres por cada mujer.

1.4.3.1.4. Sisveso

La UPZ Pardo Rubio presento la mayor frecuencia de problemas de salud oral, el 62,5% se relacionó con casos de gingivitis, el 35% con caries.

La gingivitis asociada a placa bacteriana es la patología más frecuente; en las UPZ de Chico Lago y el Refugio se alcanzan frecuencias de reporte de 100% durante este periodo, San Isidro Patios 60% y Chapinero 57% (20)

1.4.3.1.5. Sivim

Con respecto a violencia y maltrato intrafamiliar para este ciclo se reportaron 45 casos (21), los cuales ocurrieron con mayor frecuencia en mujeres, con una razón de 8 mujeres por cada hombre. Del total de casos el 53,3% (24 casos) corresponden a violencia emocional, seguido por el 24,4% (11 casos) de negligencia

1.4.3.1.6. Morbilidad

1.4.3.1.6.1. Morbilidad por Urgencias

Las causas de consulta por urgencia más frecuente se relacionaron con lesiones de causa externa; traumas, contusiones, heridas, luxación, contusión, quemaduras, fracturas; de los cuales el 67% afecto a los hombres y el 33% a las mujeres.

Otras causas importantes fueron, 9% embarazo, parto o puerperio, 8% enfermedades de la piel, oído, boca y 6% enfermedades respiratorias.

1.4.3.1.6.2. Morbilidad por Consulta

El promedio de morbilidad atendida de este ciclo en el 26% se relacionó con enfermedades de la piel absceso, impétigo, celulitis, dermatitis, úlceras; Otitis, vértigo, Dolor, radiculopatía, lupus; caries, absceso, periodontitis, blefaritis, conjuntivitis y blefaroco

El 18% de las atenciones fue por Vaginitis, Hemorragia vaginal, Quistes de mama, mastopatía, displasia mamaria, mastodinia.

El 8,5% consulto por enfermedades del aparato digestivo, 8% por trastornos mentales y de comportamiento y 8% por enfermedades respiratorias.

1.4.3.1.6.3. Morbilidad por Hospitalización

Los egresos hospitalarios por ciclo vital y por UPZ no se pudieron discriminar, sin embargo dentro de las principales causas de consulta hospitalaria los trastornos mentales 14%, la atención del parto y cesárea 13% y las infecciones del tracto urinario en el 4% de los casos fueron las consultas de mayor relevancia. (23)

1.4.3.1.7. Trabajo Juvenil

Se asume juvenil se refiere al trabajo realizado por personas cuyas edades fluctúan entre 16 y 17 años, en actividades diferentes a las denominadas peores formas de trabajo infantil, y a las condiciones de remuneración, aseguramiento y aprendizaje que estipula la ley 789 de 2002. (41)

La población en edad de trabajar- PET, definida como la población de 12 años y más en la zona urbana en chapinero es de 119.792 personas

1.4.3.1.8. Determinantes sociales Ciclo Vital Juventud

Dentro de las situaciones de salud más relevantes en este ciclo vital se deben explorar e identificar los factores determinantes causantes de la conducta suicida como soledad y al aislamiento que devienen de los problemas familiares (o entorno cercano), económicos y académicos, estrés asociado a la presión e influencia social, puesto que muchas veces lidian con las expectativas impuestos por terceros (además de las propias). De igual modo, la inseguridad establecida a la base, genera en la mayoría de los casos una sensación de baja autoestima frente a sus quehaceres diarios y sus proyecciones a futuro.

Las mujeres intentan suicidarse 3 o 4 veces más que los hombres, pero los hombres utilizan en sus intentos suicidas métodos más letales y consuman el suicidio 2 - 3 veces más que las mujeres. (41)

Otro factor importante a analizar es el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, lo constituye una amenaza clara para la salud pública y las proyecciones de salud de la población adulta de los próximos años, debido a las consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume.

El tabaquismo, es considerado como una de las principales causas evitables de muertes prematuras y de enfermedades. Al existir mayores niveles de tabaquismo en la población adolescente y joven, implica que un gran porcentaje de la población está expuesto a sufrir problemas de salud en el futuro.

La problemática del embarazo adolescente no deseado, se transforma en elemento clave, poder identificar los factores o causales de mayor incidencia en el fenómeno-

Por último la población adolescente y joven es más vulnerable a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), fundamentalmente por razones de comportamiento. En esta etapa se desarrollan emociones relacionadas con la maduración sexual (genital), y por el mayor interés que existe en el sexo opuesto y en el propio.

1.4.4. Ciclo Vital Adultez

Etimológicamente la palabra adulto, de la voz latina “adultus”, significa crecer. El crecimiento de la especie humana a diferencia de los demás. Se manifiesta de manera ininterrumpida y permanente desde el punto de vista psico-social y no biológico, que finaliza en un momento dado al alcanzar el máximo desarrollo definir como la plenitud vital al que arriban los seres vivos en un momento dado de su existencia, siendo variable según las especies biológicas. El período de crecimiento y desarrollo se prolonga considerablemente en la especie humana y, a diferencia de los demás, se desenvuelve en etapas sucesivas, en forma prelativa, hasta alcanzar progresivamente la adultez. EL hombre se hace adulto no por la yuxtaposición de un aspecto de su personalidad sobre los otros, sino por un proceso de integración de sus diferentes estados tanto biológicos, psicológicos y mentales, así como ergológicos, sociales y jurídicos. (42)

1.4.4.1. Perfil Epidemiológico

1.4.4.1.1. Mortalidad

Para el grupo poblacional de 15 a 44 años durante el 2010 las defunciones registradas de mayor frecuencia se relacionan con Agresiones (homicidios) y secuelas con un 15%, seguida de Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas 13% y 8% Accidentes de transporte de motor, se puede inferir que las lesiones de causa externa fueron del 37% (18)

Para el grupo de 45 a 59 años las defunciones de más frecuencia se relacionan con Tumores malignos 17%, tumores de mama, de páncreas, de cuello uterino de estómago y de pulmón; también las enfermedades isquémicas del corazón con el 10% fueron de mayor frecuencia en este ciclo. (18)

1.4.4.1.2. Sivigila

En la notificación de los eventos de interés en salud pública de la población adulta al sistema de información SIVIGILA, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia son las más reportadas, en San Isidro Patios alcanza una frecuencia de 81,8%; en el Refugio 25% y Pardo Rubio 22,5%; este mismo evento es el segundo más reportado en UPZ 99 con 16,9%; la mortalidad por VIH

es otro evento de mayor notificación en la UPZ Chapinero con el 35,6% y la UPZ Pardo Rubio 19,3%.

1.4.4.1.3. Sivim

Del total de casos de violencia física el 36% se presentó en este ciclo vital; de esta cifra el 90% se reporto en población femenina. El 82% de casos se relacionó con violencia emocional, la UPZ donde más se reportaron casos es San Isidro Patios con 36,36%. En el año 2012 se notificaron cuatro casos de violencia sexual de los cuales el 75% se produjo en mujeres; y el 50% del total de casos se notificaron en la UPZ Pardo Rubio.

El total de casos de violencia económica se presentó en mujeres y el reporte fue más frecuente en la UPZ San Isidro Patios con 57%, en este mismo territorio se presenta el más alto porcentaje de negligencia con 76%.

1.4.4.1.4. Sisvecos

En el ciclo vital adultez fueron identificados 31,6% (36 casos) de los cuales el 91,6% (33 casos) se relacionó con intento suicida. El 52,8% (19 casos) de los casos ocurrió en la UPZ Chapinero, seguido del 25% (9 casos) en Pardo Rubio. En el 2010 se reportó como segundo diagnóstico de mortalidad en el grupo de 15 a 44 años el suicidio con una tasa de 1 caso por 10.000 habitantes (7 casos). En el 2012 medicina legal (43) informo en el grupo de 25 a 59 años 8 suicidios con una razón de 3 hombres por cada mujer los cuales en su mayoría ocurrieron en la vivienda. (44)

1.4.4.1.5. Sisveso

En salud oral se observó que en este ciclo vital el 60,4% (125 casos) fueron gingivitis relacionados con placa bacteriana, seguido por el 22,2% (46 casos) de diente perdido por caries. (20)

1.4.4.1.6. Morbilidad

1.4.4.1.6.1. Morbilidad por Urgencias

Las consultas por urgencias más frecuentes en el 24% se relacionó con lesiones de Causa externas (Traumas, Contusiones, Heridas, Luxación, Contusión, Quemaduras, Fracturas), el 15% Otras Enfermedades (Piel: Absceso, Impetigo, Celulitis, Dermatitis, Ulceras. Oído: Otitis, Vértigo. Articulaciones: Gota, Artritis, Artrosis, Dolor, Radiculopatía, Lupus. Boca: Caries, Absceso, Periodontitis. Blefaritis, Conjuntivitis, Blefaroconjuntivitis, y el 8% Enfermedades Respiratorias.

1.4.4.1.6.2. Morbilidad por Consulta Externa

Las causas de consulta ambulatoria más frecuente en el 22% fueron las lesiones de causa externa (traumas, contusiones, heridas, luxación, contusión, quemaduras, Fracturas), el 15,5% enfermedades del sistema circulatorio y

cardiaco (Hipertensión, Enfermedades isquémicas del corazón, Flebitis, Tromboclebitis, Varices, Hemorroides, Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, el 9,6% Otras Enfermedades (Hiperplasia de próstata, Vaginitis, Hemorragia vaginal, Quistes de mama, mastopatía, Displasia mamaria, mastodinia, etc.), y el 9,5% Otras Enfermedades (Obesidad, Hiperalimentación, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, Hiperlipidemia)

1.4.4.1.6.3. Morbilidad por Hospitalización

Según lo mencionado anteriormente los egresos hospitalarios por ciclo vital y por UPZ no se pudieron discriminar, las principales causas de consulta hospitalaria se registraron anteriormente

1.4.4.1.7. Determinantes Sociales Ciclo Vital Adulter

Debilidades en las políticas de estado enfocadas a brindar respuestas parciales a las problemáticas de los adultos (42)

Débil reconocimiento del adulto como sujeto de derechos por desconocimiento y por factores externos alienantes que limitan su desarrollo integral y el de su entorno. (42)

Los imaginarios culturales y representaciones sociales, sumados a consecuencias de la violencia y globalización, limitan la consolidación de identidad en el adulto. (42)

Desconocimiento de los imaginarios culturales y representaciones sociales relacionados con los hábitos y prácticas inadecuadas que favorecen la exposición y acumulación de riesgo en los adultos. (42)

Debilidades en los desarrollos de respuestas integrales a las alteraciones detectadas (se centran en los eventos clínicos, agudos, da repuestas fragmentadas por evento con atención interdisciplinaria incompleta, por ejemplo, hay intervenciones que no están cubiertas como las relacionadas con salud mental desde un enfoque promocional) (42)

Respuestas del sector salud que no reconocen / no promueven la participación activa de la familia, la comunidad y el sector productivo en el abordaje de los problemas del adulto. (42)

Condiciones de trabajo en condiciones de explotación y en actividades económicas que generan exposición a factores físico-químicos, llevan a riesgo temprano para condiciones crónicas. (42)

Largas distancias entre la residencia y el trabajo e inseguridad en los espacios públicos que limitan su uso con fines recreativos o de transporte. (42)

Medios de comunicación que promueven el consumo de alimentos y sustancias que pueden afectar la salud del adulto. (42)

Priorización de aspectos laborales, presionado por exigencias y retos sociales, que se sobrepone a las prácticas de cuidado y auto cuidado, generando alto nivel de estrés, exposición a contaminación electromagnética y el deterioro de su calidad de vida. (42)

Aplazamiento y ausencia del proyecto de vida, por las exigencias del rol asignado al adulto en el entorno actual, que limita su capacidad de decisión, coarta su libertad y limitan el disfrute de la vida. (42)

Dificultades en las relaciones interpersonales, intra e intergrupales, intrafamiliares, desde un sistema comunicacional no asertivo que conlleva a una resolución inadecuada de los conflictos. (42)

Las inadecuadas prácticas alimentarias, la inactividad física, el desempleo, las situaciones de estrés en el trabajo entre otras causas se manifiestan en el adulto como situaciones que pueden originar una condición crónica. (42)

Exposición prolongada y por largos períodos de vida en los adultos a ambientes que los exponen a factores de riesgo (trabajo informal, estrés, sustancias tóxicas, posturas inadecuadas). (42)

Algunos adultos asumen comportamiento de riesgo en su vida sexual que pueden tener manifestaciones en su vida futura como una condición crónica. (42)

1.4.5. Ciclo Vital Vejez

El término “envejecimiento individual” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando avanza su edad; sin embargo, tiene que ver, no sólo con la evolución cronológica, sino también con fenómenos de naturaleza biosíquica y social. (45)

1.4.5.1. Perfil Epidemiológico

1.4.5.1.1. Mortalidad

Entre las causas de mortalidad más frecuentes en este ciclo esta las Enfermedades isquémicas del corazón 17%, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias 9%, Enfermedades cerebrovasculares 6%, Neumonía 5% y Enfermedades hipertensivas 4%. (18)

1.4.5.1.2. Sisvecos

En el ciclo vital vejez se reportó la menor frecuencia de casos de conducta suicida con respecto a los otros grupos. Se identificaron 3 casos de intento de suicidio con una razón de 2 hombres por cada mujer. (44)

1.4.5.1.3. Sivim

Al sistema de vigilancia de violencia y maltrato -SIVIM- se reportaron 15 casos de violencia emocional de los cuales 73% se presentaron en mujeres siendo la UPZ San Isidro donde se presentó la mayor parte de estos reportes con 33%. La violencia por negligencia presento 13 casos en el año 2012 en el grupo poblacional de vejez, de los cuales el 52% fueron en mujeres y 35% del total de la notificación se presentó en la UPZ San Isidro. (21)

1.4.5.1.4. Sisveso

Al sistema de vigilancia de la Salud Oral se reportaron 51 casos, de los cuales el 49% fueron gingivitis asociado a placa bacteriana, seguido por 25,5% de diente perdido por caries. (20)

1.4.5.1.5. Morbilidad

1.4.5.1.5.1. Morbilidad por Urgencias

Las causas de consulta de urgencias de mayor frecuencia fueron las lesiones de causa externa con el 23% (Traumas, Contusiones, Heridas, Luxación, Contusión, Quemaduras, Fracturas), el 13% de la consulta reportada se debió a otras enfermedades (Piel: Absceso, Impetigo, Celulitis, Dermatitis, Ulceras; Oído: Otitis, Vértigo; Articulaciones: Gota, Artritis, Artrosis, Dolor, Radiculopatía, Lupus; Boca: Caries, Absceso, Periodontitis, Blefaritis, Conjuntivitis, Blefaroconjuntivitis), y el 12% Infecciones respiratorias agudas

1.4.5.1.5.2. Morbilidad por Consulta Externa

Las causas más frecuentes atendidas en forma ambulatoria en un 21% se trató de enfermedades del Sistema Circulatorio y Cardíaco (Hipertensión, Enfermedades isquémicas del corazón, Flebitis, Tromboplebitis, Varices, Hemorroides, Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, el 21% Causas externas (Traumas, Contusiones, Heridas, Luxación, Contusión, Quemaduras, Fracturas), el 8% Infecciones respiratorias agudas, el 6% Otras Enfermedades (Hiperplasia de próstata, Vaginitis, Hemorragia vaginal, Quistes de mama, mastopatía, Displasia mamaria, mastodinia, etc) y el 6% Otras Enfermedades (Obesidad, Hiperalimentación, Hipercolesterolemia, Hiperglicemia, Hiperlipidemia).

1.4.5.1.5.3. Morbilidad por Hospitalización

Los egresos hospitalarios por ciclo vital y por UPZ no se pudieron discriminar como se ha venido enunciando, dentro de las principales causas de egreso hospitalaria se identificaron en forma importante los trastornos mentales 14% y las infecciones del tracto urinario en el 4% de los casos fueron las consultas de mayor relevancia. (23)

1.4.5.1.6. Determinantes sociales Ciclo Vital Vejez

Pobreza asociado a las dinámicas del Sistema pensional del país en donde no toda la población está cubierta y por tanto se evidencia la presencia de adultos mayores sin acceso a recursos económicos. Por lo que esta población se enfrenta, a lo largo de su vida cotidiana, mayores necesidades de asistencia sanitaria, atención y cuidados que surgen paralelamente al envejecimiento. (42)

Dependencia Económica Índice de dependencia de adultos mayores: Muestra una tendencia al aumento, Al comparar estos resultados con los obtenidos para el Distrito, se observa el índice de dependencia local por vejez para Chapinero (15.33%) que excede al Distrital (9,1%).

Disposición o no de una red familiar de apoyo que representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y sobre todo, de dependencia cuando hay Situaciones de enfermedad crónica. (42)

Permanencia y adopción de hábitos y prácticas que favorecen la exposición y acumulación de riesgo en las personas mayores por su identificación cultural, que se constituyen en barreras para la adopción de prácticas saludables. (42)

Consumo de alimentos con alto contenido de sal o dulce por la disminución del sentido del gusto asociado a los procesos fisiológicos de envejecimiento. (42)

Presentan acumulación de riesgos que puede manifestarse en una condición crónica por exposiciones previas a trabajo en condiciones de explotación y actividades económicas con exposición a factores fisicoquímicos, contaminación electromagnética, entre otros. (42)

Capítulo 2

Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida

2.1. Generalidades sobre la construcción de los núcleos problemáticos

Un núcleo problemático es una situación compleja que sintetiza diferentes conflictos socioculturales de un territorio, con la particularidad que presentan características y comportamientos similares en cuanto a tipo y grado de afectación sobre un actor o grupo de actores específicos. (46)

Para la construcción de los núcleos problemáticos se tuvieron en cuenta los siguientes ítems: Determinantes sociales de la salud, problemáticas que configuran el núcleo poblaciones que afecta (según género, ciclo vital, etnia, discapacidad, desplazados) tipo de vulnerabilidad, potencialidades del territorio, condiciones de vida, derechos vulnerados y respuestas generadas

2.1.1. Metodología para Edificación sistémica de los núcleos problemáticos

Según lineamientos de los procesos de planificación y gestión integral de los territorios saludables el equipo ASIS local de Chapinero edificó diez núcleos problemáticos a partir de unidades de análisis que contaron con la participación de Coordinadores Territoriales, Coordinadora de gestión local equipo

complementario, referentes de epidemiología como SISVESOS, SIVIGILA, SIVIM, SISVECOS, SISVAN, epidemiólogos, geógrafos y profesionales sociales y referentes en políticas de salud pública. La formulación de los núcleos problemáticos se planteó sobre la inclusión de los temas propuestos por cada uno de los referentes quienes plasmaron su punto de vista sobre los temas tratados.

Los núcleos problemáticos al estar interrelacionados unos con otros se pueden establecer como un sistema (47) abstracto de conocimiento, hecho para profundizar las problemáticas encontradas en el diagnóstico local con el fin de buscar soluciones viables. Este constructo teórico no busca responder a todas las dudas sobre la localidad ni se plantea como la verdad única para organizar, determinar y entender todas las problemáticas del territorio, sin embargo se centra en los diez núcleos problemáticos priorizados que al ser causas comunes afectan a todos los ciclos vitales. Para facilitar la toma de decisiones políticas se resaltan dos ciclos vitales por núcleo problemático a sugerencia de la SDS.

Es por esto que se recomienda no individualizar los núcleos problemáticos, sino analizarlos de manera integral desde una perspectiva amplia sobre las interrelaciones en las que se entienden dichos núcleos al ser causas, consecuencias y determinantes entre sí.

Estos núcleos problemáticos caracterizados socioculturalmente se distribuyen de manera particular sobre la localidad manifestando una correlación positiva entre la naturaleza propia de cada núcleo y las condiciones socioeconómicas y espaciales del territorio. Tal como se puede apreciar en el mapa 3, la localización en el territorio de los núcleos problemáticos, está asociado con sus condiciones socioeconómicas en la medida en que los estratos 1, 2 y 3 son los que presentan una mayor presencia de dichas problemáticas. La información sobre la ubicación espacial que caracteriza la población afectada en la localidad fue construida en las unidades de análisis donde se hicieron talleres de cartografía social con los trabajadores territoriales, referentes de políticas y subsistemas de vigilancia del hospital de Chapinero; esta información se encontrara en el apartado “análisis territorial y poblacional” de cada núcleo problemático

2.2. Núcleos Problemáticos

2.2.1. Mala alimentación y vulneración de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

Ciclos vitales asociados: Infancia y adolescencia

La malnutrición se refiere a dietas desequilibradas donde los nutrientes que necesita el ser humano para su desarrollo no son los necesarios, ya sea por exceso o por déficit malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. (48)

La malnutrición se lleva a cabo por prácticas culturales que se centran en el buen comer según las contingencias territoriales. En ese sentido es necesario desglosar qué es el *buen comer* para las comunidades que se ven afectadas en la localidad de Chapinero y bajo qué criterios nutricionales, ecológicos y económicos edifican su gusto alimenticio y su dieta (49).

De esta forma se configuran determinantes estructurales como las condiciones económicas de la población y el negocio de la comida, donde los hábitos alimenticios son moldeados por el mercado para vender productos que no constituyen necesariamente los nutrientes necesarios para la manutención humana; las empresas ofrecen productos de menor calidad con publicidad engañosa pero a menor precio lo que garantiza la comercialización en barrios en condición de marginalidad, principalmente aquellos que se localizan en la UPZ 89 San Isidro Patios y la UPZ 90 Pardo Rubio.

Como determinantes intermedios encontramos una oferta insuficiente de productos de plaza en los barrios que quedan en las lomas sobre la avenida circunvalar, sumado a la falta de aprovechamiento de las prácticas de auto-sostenibilidad a partir del cultivo en los territorios, esto condiciona la dieta de los habitantes de estos territorios a la pequeña oferta de productos disponible en las tiendas de estos barrios.

Lo anterior termina condicionando que las personas escojan productos que no cumplen con los niveles nutricionales pero que son de más fácil acceso y más cómodos para el bolsillo sumado a ello el desconocimiento y la poca información que existe sobre las tablas nutricionales de los alimentos.

Como determinantes proximales encontramos el desconocimiento a los procesos metabólicos del cuerpo, al desconocer la necesidad de la actividad y la rutina diaria frente al consumo de calorías y nutrientes; la malnutrición que lleva a los contextos obesogénicos están relacionados, con la ingesta innecesaria de exceso de calorías y nutrientes que al no ser procesadas por la actividad física condicionan una acumulación de energía. También vemos como determinante proximal la falta de ejercicio y los estados emocionales que generan ansias, que buscan ser resueltas en la ingesta exagerada e imprudente de comida.

Las problemáticas asociadas a este núcleo se mencionan a continuación

2.2.1.1. Privación de alimentos

El hambre o la falta de alimentos para suplir la energía necesaria para la manutención humana lleva a eventos de desnutrición transitoria en la localidad de Chapinero, cuando esta desnutrición se presenta en lapsos de tiempo largos se

denomina desnutrición crónica, evento que se presenta con mayor frecuencia en la UPZ 99 Chapinero con un 9.4% de los casos. En cuanto a la desnutrición global la UPZ 88 El Refugio presenta la mayor prevalencia con un 7.2% del total de casos. Para el año 2012 el Bajo Peso al Nacer presento un importante aumento pasando de un 14.4% en el 2011 a un 47.8% en el 2012 (50).

Estos eventos se caracterizan por la disponibilidad física de los alimentos que está directamente relacionada con la capacidad económica que tienen las poblaciones para garantizar su seguridad alimentaria, condicionada por la oferta que existe en el mercado, además de esto se debe tener en cuenta el buen manejo de los alimentos y la correcta preparación de estos; el mantenimiento en el tiempo de estos factores garantiza el cumplimiento de la seguridad alimentaria en una población (51)

Vemos que la privación de los alimentos está condicionada a determinantes intermedios educativos, los conocimientos sobre el manejo y la calidad de los alimentos, programas distritales que brindan apoyo a las familias que no pueden garantizar su seguridad alimentaria. El hambre está relacionada al bajo rendimiento de las personas en sus proyectos de vida, por lo que se vuelve un ciclo que se retroalimenta de la pobreza por la falta de productividad generada por la mala alimentación (52).

2.2.1.2. Malnutrición, sobrepeso y obesidad

La obesidad es un estado de desequilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas, este fenómeno se produce por la falta de conocimiento de los alimentos que se ingieren influenciado por las campañas publicitarias que venden estos alimentos y finalmente por la ingesta frecuente de los alimentos como las comidas chatarra y snack's (53).

Esta forma de malnutrición no discrimina por condiciones socioeconómicas, pero si es prevenible en poblaciones que hacen consciente el consumo de los alimentos y preparan sus propias comidas.

Este evento propicia una gran cantidad de enfermedades crónicas y genera la predisposición al esfuerzo físico, lo que genera un círculo vicioso entre el consumo imprudente y exagerado de calorías frente a la falta de ejercicio para gastarlas; al mismo tiempo que sus tratamientos representan un alto coste socioeconómico para los servicios de salud. Esta enfermedad también determina estados emocionales de las personas con sobrepeso u obesas generados por la

discriminación de la que son víctimas por su condición física y asentirse incomodos por las limitaciones de su cuerpo. (54)

2.2.1.3. Análisis Poblacional y Territorial

Los problemas de seguridad alimentaria relacionada con la privación de alimentos, afectan a las poblaciones con condiciones socioeconómicas precarias y que no tienen hábitos de alimentación saludables ni conocimiento de las políticas distritales, estas poblaciones se encuentran en los micro-territorios mariscal sucre 3 y 4, y San Luis 1 y 2.

También se dificulta este problema por la falta de acceso a los alimentos, la mayor oferta de alimentos en la localidad se ofrece en supermercados, para las zonas alejadas del comercio no hay sitios de abastecimiento y este se realiza en vehículos que se desplazan a ellas. Esto promueve la oferta especulativa de precios que dificultan el acceso total a las poblaciones.

En la UPZ chapinero presenta el porcentaje más alto de desnutrición crónica en menores de 5 años de la localidad con un 9,4% (50); estos problemas se presentan por el desconocimiento de los valores nutricionales y el procesamiento de los alimentos como se ve en la reutilización de aceites para freír y en el manejo inadecuado de estos al romper la cadena de frio y exponerlos a condiciones insalubres.

También en la UPZ Chapinero centro se evidencian casos de sobre peso determinado por las actividades sedentarias y el consumo de calorías de quienes lo padecen debido a la oferta del sector (55). Los ciclos vitales que se ven más afectados por este núcleo problemático es la población de niños y adolescentes, ya que están en proceso de crecimiento y al sufrir cualquier tipo de descompensación nutricional tendrá repercusiones irreversibles en el futuro

2.2.1.4. Tema generador – Prevención y consumo prudente de los Alimentos

Los problemas de seguridad alimentaria son prevenibles al 100 % por lo que es necesario fortalecer la educación sobre hábitos alimenticios saludables y el reconocimiento de alimentos saludables.

Las poblaciones que padecen esta problemática por su nivel socioeconómico han recibido ayuda a partir del plan local de seguridad alimentaria y nutricional para la localidad de Chapinero desde donde se han efectuado proyectos de comedores comunitarios y bonos para mercados y la Canasta SCHIS. Para garantizar el derecho a la alimentación en la localidad, se plantea la reunión de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN donde participan diferentes sectores de la localidad

quienes exponen los problemas y las potencialidades del territorio con relación al tema generador.

2.2.2. Problemas de Comunicación Inter-Generacional

Ciclos vitales vulnerables: Infancia y Vejez

La falta de espacios para socializar entre los mismos miembros de la familia, el aumento de la influencia de los medios de comunicación en la educación de los niños y jóvenes y la poca comprensión de la población adulta por las prácticas culturales contemporáneas barriales, sumado a las acciones violentas como forma de coerción y mecanismo educativo que exponen los grandes problemas de aprendizaje que existe en el saber compartir la vida con las personas pertenecientes a la comunidad familiar y barrial.

Estos factores intermedios están condicionados por determinantes proximales en las relaciones de poder que imponen sus normas, no a partir de la autoridad que da el conocimiento de la vida, si no desde el autoritarismo impuesto desde las acciones violentas y el chantaje que surge a partir de la dependencia económica; esta problemática se hace más grave debido al impacto de determinantes estructurales como las condiciones económicas precarias y a la influencia de los medios masivos de comunicación que no tienen un constructo ético sobre el contenido que ofrecen a las poblaciones que los ven.

También las condiciones laborales precarias que cargan a las personas con emociones negativas y que manifiestan en sus casas a partir de la apatía, el cansancio y las respuestas violentas. Es necesario para las generaciones pertenecientes al ciclo vital adultez y vejez entender las otras formas educativas y los otros modelos de aprendizaje distintos a la coerción violenta, para que las nuevas generaciones aprendan a escuchar y a participar, generando un puente comunicativo inter-generacional que fortalezca el tejido social. (56)

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.2.1. Negligencia y abandono en niños y adultos mayores

Los ciclos vitales juventud y adultez al no reconocer las necesidades de los ciclos vitales que dependen de ellos, infancia y vejez, debido a los problemas de comunicación inter-generacional, llegan a cometer actos de violencia que surgen en la falta de interés desembocando en la negligencia y el abandono. Muchas veces esta negligencia se comete sin intención y por ignorancia de las personas que están a cargo de cuidar a los niños y los adultos mayores. Vemos también que esta condición de negligencia está establecida por la falta de reconocimiento

del papel del cuidador en la familia, que la mayoría de veces es asumida por obligación. (57)

2.2.2.2. Violencia directa, violencia emocional y violencia sexual

Estos tipos de violencia son registrados en la localidad de Chapinero y están asociados a las relaciones de poder que se generan en las familias, vemos que los determinantes intermedios como las creencias machistas generan relaciones de poder, donde la población de niños, adolescentes y mujeres son los subalternos y son quienes padecen este tipo de violencias. La violencia que más se registra según las notificaciones de SIVIM es la violencia emocional seguida por la física y la sexual. Estos eventos de violencia domestica son ocasionadas muchas veces por rencillas que no se solucionan, por la imposición de medidas y normas en la casa sin llegar a una cuerdo y como se había dicho antes como un mecanismo educativo en donde se utiliza la violencia. (58)

2.2.2.3. Análisis poblacional y territorial

La población más afectada pertenece a la UPZ Pardo rubio en los micro-territorios mariscal 3 y 4 y en la UPZ San isidro patios en el micro-territorio San Luis 2. La población de niños entre los 6 y 12 años son los que sufren más la consecuencia de la violencia doméstica, mientras que las mujeres son víctimas en un 60% por violencia doméstica y la población de hombres registra el 40%. Según los datos notificados, estas situaciones de violencia se viven en barrios que están en condición de marginalidad, sin embargo generalizar estos casos solo a las poblaciones pobres produce un sesgo en la información pues es posible que existan muchos otros casos sin notificar de poblaciones pertenecientes a niveles socioeconómicos más altos (59). Este núcleo afecta también a la población correspondiente al ciclo vital vejez en el barrio Villa Anita y el Paraíso debido a la negligencia que lleva a la Propensión a enfermedades crónicas en esta población

2.2.2.4 Tema generador – Comunicación Familiar Efectiva

Garantizar una comunicación familiar e intergeneracional efectiva, dotando a las poblaciones de mecanismos para resolver y entender los conflictos sin necesidad de llegar a acciones violentas, es el objetivo final de un proceso educativo que parte desde la familia y hace parte de la base de la sociedad.

Una familia que enseña el don de escuchar abre la posibilidad a la construcción del conocimiento a partir del dialogo de saberes entre las distintas partes, reconociendo el conflicto como una oportunidad de crecimiento y reflexión.

Es necesario generar una concepción de reflexión frente al conflicto como una parte de los procesos humanos, derrumbando los miedos y dándoles lugar a la participación a las mujeres, niños y adultos mayores.

A partir de la política nacional de construcción de paz y convivencia familiar y el Plan Nacional de Desarrollo implementada por el gobierno en 2002-2006 proponen acciones para cumplir las metas de bienestar en las poblaciones vulnerables a la violencia, se ha buscado darle solución a este problema.

Existen diferentes métodos terapéuticos y recomendaciones funcionales a la comunidad de como ejercer unas optimas relaciones intergeneracionales a partir del entendimiento del rol de cada ciclo vital en el desarrollo y de las posibilidades de dialogo y articulación para la negociación de tareas como el cuidado de los ciclos vitales infancia y adultez.

Estos espacios se han ido adelantando a partir de los PDA y la creación de la red del buen trato donde diferentes actores sociales que tienen que ver con el tema se reúnen a tomar decisiones y medidas sobre los casos de violencia en la localidad. (60)

2.2.3. Problemas en la relación Trabajo y Bienestar

Ciclos vitales vulnerables: Infancia y Juventud

EL trabajo es la forma en que el ser humano interviene el mundo y encuentra su razón de existencia, al ejercer su productividad y servicios en pro a la humanidad, la relación trabajo bienestar es muy importante pues es en el accionar practico que el ser humano realiza las reflexiones y desarrolla los conocimientos sobre la vida.

El trabajo está condicionado por la educación y la capacitación que se les da a las personas para que puedan ejercerlo, vemos como determinante estructural en los problemas relacionados al trabajo la falta de capacitación y de oportunidades a poblaciones vulnerables para poder ejercer su derecho al trabajo, también se ve la falta de oferta laboral como otro determinante estructural económico.

Además de esto se puede apreciar otro problema a partir de las condiciones laborales precarias a las que se ven sumergidos muchos trabajadores debido a que el bienestar de los trabajadores representa una inversión y un costo que va en contra de los principios de rentabilidad de los intereses de las empresas e instituciones que contratan sus servicios. Todas estas condiciones vulneran el bienestar de los individuos al querer ejercer el derecho al trabajo. (56)

Como se mencionó en el Capítulo 1 En el año 2011 la localidad de Chapinero presenta la tercera mayor tasa de ocupación del distrito con 65,3% y presento la menor tasa de desempleo de Bogotá con 4,5% (4). Vale la pena tener en cuenta

las condiciones laborales y la definición usada para medir trabajo en el distrito; pues para la medición de población ocupada bastaba haber laborado una hora en la semana inmediatamente anterior al responder el instrumento de medición de este indicador.

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.3.1. Falta de oportunidades y de capacitación laboral

Esta problemática está determinada por factores estructurales como la deficiencia de cobertura en la educación superior por parte del estado y los altos costos de esta en instituciones privadas, donde las poblaciones en condiciones económicas precarias y en situación de marginalidad se ven segregadas a las mejores oportunidades laborales.

Esta falta de capacitación lleva a que las personas pobres solo puedan acceder a trabajos sencillos como los servicios de aseo, servicios de vigilancia, labores de construcción y trabajos informales que no cubren la seguridad social. Esta falta de oportunidades genera una segregación social a estas poblaciones en su vulneración al derecho de la educación y el trabajo digno. (58)

2.2.3.2. Precariedad Laboral

A partir de la relación costo beneficio, se han condicionado los acuerdos laborales, los contratos por prestación de servicio están elaborados económicamente para cumplir dicha relación.

Bajo esta premisa los trabajos que en lugar de producir ganancias económicas tienen como objetivo último otros de desarrollos en los conocimientos, la educación y la salud, se ven subvalorados en este sistema económico. Además de esto surgen formas de contratación a partir de la orden de prestación de servicios que afecta los beneficios que reciben los trabajadores.

Como podemos ver estas leyes de contratación llevan a que las personas tengan incertidumbre sobre su estabilidad laboral, se hacen descuentos de su sueldo para garantizar su seguridad social, tampoco se tiene derecho a vacaciones ni beneficios como primas y la disminución de las licencias por enfermedad o de maternidad. (59)

Del total de personas ocupadas en la Localidad de Chapinero con contrato el 94,85%, refiere tener contrato escrito, 67% a término indefinido, 23% término fijo, 9% prestación de servicios y 1% no sabe no responde.

Como antes se describió, la relación entre la capacidad económica y las posibilidades para acceder a la educación son factores que desembocan en la mayor probabilidad que existe de una oferta laboral optima en condiciones dignas;

en la localidad de Chapinero se evidencian claramente las diferencias poblacionales que se enmarcan en este sentido; esto se puede observar de manera más clara en la distribución poblacional por estrato socioeconómico donde el 44,58% de la población pertenece al estrato alto, 36,7% al estrato medio y 18,0 se clasifican en el estrato bajo, un 0,8% no se logran clasificar dentro de algún tipo de estrato (4)

2.2.3.3. Trabajo informal

Otra problemática usual es el trabajo informal que son las distintas prácticas de rebusque que ejercen las personas que no pudieron conseguir un empleo para poder mantenerse a diario, este tipo de trabajos está condicionado por la necesidad de ganarse lo suficiente para sobrevivir el día, al ser informal funciona por fuera de las normas estatales, lo que hace que el trabajador informal corra el riesgo de caer en la ilegalidad y ser perseguido por las autoridades.

La precariedad laboral en los trabajos informales es el pan de cada día y está condicionado por la violencia estructural de la ciudad como la segregación social y la falta de oportunidades. También se pueden ver determinantes proximales en el ejercicio del trabajo informal como los factores estresores debido a la precariedad del mismo que afecta profundamente el bienestar de quien lo ejerce. (4)

Frente a la ubicación de puntos de trabajo informal en la localidad de Chapinero; la UPZ 97 se identificaron 137 puntos de trabajo informal, donde las ventas de alimentos preparados son la principal actividad con el 58,4% seguido de trabajos relacionados con artes gráficos con un 10,2%; en la UPZ 99 se identificaron 48 casos de los cuales el 54,6% corresponden a expendios de alimentos y 29% a actividades comerciales; para la UPZ 90 se reconocieron 30 puntos de trabajo informal.

2.2.3.4. Trabajo infantil

Las repercusiones más graves del trabajo informal es la legitimación del trabajo y de la explotación infantil, en la localidad de Chapinero se violenta la población infantil siendo usada en actividades de mendicidad, pues es más fácil recaudar dinero con un niño sobre el regazo.

También vemos la participación en el trabajo de ventas ambulantes a niños en todo el sector de Chapinero y lo que es más grave la presencia de menores de edad que ejercen la prostitución como forma de mantenimiento, muchos de estos casos suceden por los altos niveles de violencia familiar que hace que los menores prefieran emanciparse de sus hogares buscando un sustento de cualquier forma, siendo este uno de los inicios más comunes en el ejercicio de la prostitución en la localidad (61).

En la localidad de Chapinero para el año 2012 se identificaron 138 casos de trabajo informal, en la UPZ San Isidro se identificaron con 63 casos, lo que corresponde al 45% del total de la localidad; en esta UPZ el 15,8% se desarrolla en actividades de cuidador de otros menores y el 9,5% a ventas de alimentos. La UPZ Chapinero presenta el segundo porcentaje de casos de trabajo infantil más alto de la localidad con un 29% de notificación; siendo las ventas ambulantes y los oficios de atención en mesas las principal actividad de ocupación de los menores con un 14,6%.

2.2.3.5. Análisis poblacional y territorial

Vemos gran presencia de trabajo informal en las grandes avenidas comerciales de la localidad de Chapinero, por toda la carrera 13 y por la Caracas se ubican vendedores ambulantes que en muchos casos están acompañados por niños si es que no son los niños los que ejercen dicha labor; vienen de los barrios pertenecientes a los microterritorios San Luis 1 y 2 y Mariscal 3 y 4.

También se ven condiciones precarias de trabajo en las canteras que quedan huyendo vía a la calera en el barrio Bellavista, perteneciente al micro-territorio San Luis 1, pues allí se desarrollan trabajos artesanales en piedra en donde participa población del ciclo vital vejez e infancia, exponiéndose a riesgos de contraer enfermedades respiratorias, además de explotación infantil involucrados en actividades de trabajo informal y condiciones de alto riesgo laboral.

Hay presencia de menores de edad que ejercen la prostitución en la UPZ Chapinero Centro. Los ciclos vitales más afectados por esta problemática son los ciclos vitales infancia y juventud.

2.2.3.6. Tema generador – Trabajo en condiciones dignas y justas

Como objetivo final se busca el ejercicio consciente del trabajo como intervención humana en la sociedad, a partir de los criterios de bienestar social, cognitivo y biológico de las personas que entran al mundo del trabajo.

También se busca erradicar el trabajo infantil pero estas problemáticas son muy difíciles de atender si antes no se han suplido las necesidades estructurales que someten a la poblaciones en condición de marginalidad; actualmente a nivel mundial existen instrumentos que ayudan a medir y entender los problemas en la caracterización de las condiciones psicosociales de los trabajadores (62), lo que puede ayudar a dar una guía en la exigencia de derechos y en la restauración del bienestar social perdido a través de las nuevas leyes de contratación.

Para combatir este problema de raíz es importante modificar el determinante estructural de la capacitación para el trabajo y la garantía a servicios educativos y a un trabajo digno de las poblaciones más vulnerables. (63)

2.2.4. Problemas de violencia Sexual e Identidad de Género

La discriminación por razones de género es uno de los prejuicios que más afecta la construcción de conocimientos en pro al bienestar humano. Para entender bien como ejerce este tipo de violencia es necesario entender los prejuicios que existen sobre la construcción de género en la sociedad y frente a la relación que existe sobre la orientación sexual, el sexo y el género.

Vemos que las personas que deciden asumir una orientación sexual contraria la orientación heterosexual, que personas denominaría la orientación “funcional” en los procesos de modernización, lleva a la discriminación social de estas personas en estas épocas contemporáneas (64).

Al ahondar en el tema nos damos cuenta que estos prejuicios sociales contruidos frente a las personas que declaran su orientación sexual homosexual o bisexual, es una prejuicio que va más allá de la funcionalidad de la construcción de género en la sociedad y que radica en la falta de comprensión de la relación que existe entre la orientación sexual y la construcción de género que plantea la elaboración de los arquetipos masculinos y femeninos en la misma persona.

El hecho de que un hombre se identifique más con el género femenino debido a sus roles en la sociedad no quiere decir que necesariamente su orientación sea homosexual (65).

Vemos que esta discriminación se extiende aún más en la relación de poder que existe entre el arquetipo masculino sobre el femenino y la construcción cultural machista, esto se ve reflejado en la violencia de género que sufre la mujer al construirse a partir de los arquetipos femeninos en su rol social como protectora y cuidadora.

Esta incomprensión de la construcción de genero sesga el desarrollo humano al no entender que la dialéctica entre el arquetipo masculino y el femenino es importante para comprender los diferentes aspectos de la vida, independientemente de la orientación sexual, este pensamiento define roles específicos en la construcción de género en donde se entabla una relación de poder, esto es conocido como sexismo.

Al superar estos prejuicios sociales vemos que la identidad de género es subjetiva, pero que aun así las personas que se salen de la construcción de género estándar son segregados y discriminados socialmente, también se genera violencia sexual

a las personas que se identifican con los arquetipos femeninos en donde la mujer entra a ser víctima de dicho sexismo al ser el rol subalterno en la relación de poder que se impone. La construcción del arquetipo masculino está relacionada con los mecanismos de coerción violenta y la construcción de macho alfa que impone su voluntad agresiva frente a las otras personas, siendo la aceptación cultural de este arquetipo la base de la violencia sexual que es ejercida mayoritariamente por hombres hacia víctimas mujeres (66)

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.4.1. Embarazo en adolescentes

Vemos como la construcción de género hegemónica determina los roles sociales de los hombres y de las mujeres en la sociedad actual, donde la mujer es la encargada de dar a luz, ser la cuidadora de la descendencia y del contexto doméstico el cual es mantenido económicamente por el trabajo ejercido por el hombre para mantener la familia.

Es así como se plantean los siguientes determinantes sociales intermedios frente a esta problemática; una de las razones puede ser que dicha construcción cultural heredada en la configuración estructural que existe en las familias de los barrios populares en la localidad de Chapinero, donde muchas niñas y adolescentes crecen con la idea de su emancipación al quedar embarazadas y asumir el rol de la mujer cuidadora; esta idea es general pues desde pequeñas a las mujeres se le enseña a proteger cuidar y son diseñadas culturalmente para asumir a temprana edad el rol de madres, por lo que muchas veces surge como una necesidad cultural.

Esto sucede en los casos de embarazo bien sea deseado o no deseado, pues este impulso cultural es inconsciente frente a las aspiraciones de la mujer y hace parte de la imposición y la violencia de género que sufre la mujer en contextos machistas.

Vemos que el embarazo no deseado es una de las formas en que el hombre impone su relación de dominación frente a la mujer, al generar una relación de dependencia económica por la manutención del bebe; los casos se hacen peores cuando el padre no responde por su hijo y toda la responsabilidad económica queda a cargo de la mujer, esto también refleja la violencia de género y la inconsciencia del acto sexual irresponsable por parte de las poblaciones que sufren estos problemas.

En los casos de embarazos en menores de 15 años para el año 2012 en la localidad se reportaron dos casos y 162 entre 15 a 19 años para este mismo

periodo; esta cifra corresponde a un 0,83% del total de casos que se reportaron en el distrito (67).

2.2.4.2. Educación Sexual

El acto sexual irresponsable está condicionado por el deseo sexual, la ignorancia sobre los mecanismos de prevención de ETS y embarazos no deseados, y la falta de consciencia corporal relacionada con la construcción del proyecto de vida de cada persona.

Es por esto que la educación sexual no se restringe solo al uso adecuado de medidas anticonceptivas sino debe ser ampliado al entendimiento del desarrollo de la sexualidad en los seres humanos, al entender la sexualidad entendemos como los seres humanos nos construimos en la relación con los otros seres humanos y en el entendimiento de la diferencia en la otredad, tanto como la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos (51).

Se presentan quejas en las comunidades en cuanto a que los talleres de educación sexual no funcionan, pues todo el mundo reconoce los métodos anticonceptivos, pero no se hace un uso consciente bajo el criterio de la construcción del proyecto de vida de quienes ejercen el acto sexual. La educación sexual esta también condicionada por el uso irresponsable de contenidos sexuales explícitos en los medios de comunicación con la intención de vender, fenómeno que está relacionado a la cosificación de la mujer (68)

2.2.4.3. Discriminación a población LGBTI

A pesar de que Chapinero es la localidad insignia de la población LGBTI y se presenta como centro comunitario y participativo de las poblaciones que se identifican con estas construcciones de género, aun se ejercen formas de violencia de género a estas poblaciones condicionadas por determinantes estructurales en las normas que están diseñadas a partir de la sesgada construcción de género hombre - mujer, lo que los excluye en las normatividades laborales que exigen requisitos civiles como la libreta militar, debido a que a estas personas no les queda fácil conseguir este documento por su condición de género.

También vemos que esta normativa genera barreras al servicio de la salud como se explica en dicho núcleo problemático.

La caracterización de la problemática de violencia en esta población por el sistema de vigilancia se dificulta, pues no se cuenta con la información que permita establecer la magnitud del evento.

2.2.4.4. Vulneración de los servicios de salud para personas en situación de Prostitución

La población en condición de prostitución sufre de la estigmatización social por su orientación de género y por la condición de ofrecer su cuerpo como mercancía que se considera culturalmente como un trabajo indigno. Además de esto las personas en condición de prostitución sufren las barreras de acceso al servicio de salud y las condiciones precarias de los establecimientos de encuentro sexual en donde ejercen su trabajo.

La falta de oportunidades laborales y de formación académica condicionan a estas personas al ejercicio de dicha actividad que es de gran riesgo para su bienestar debido a la falta de regularización de los administradores de los negocios. (69)

2.2.4.5. Análisis poblacional y territorial

Las poblaciones afectadas en la localidad de Chapinero se encuentran en todas las UPZ pues la violencia de género es una problemática que cruza todos los estratos y todos los niveles socio-económicos.

Se ve que la violencia de género se ejerce en la población de mujeres que viven embarazos no deseados, madres de familia solteras cabeza de hogar y personas víctimas de la violencia sexual.

En relación a la educación sexual encontramos que las poblaciones afectadas son las que están propensas o sufren una ETS como los sectores donde se ejerce el trabajo sexual.

En relación a la discriminación de género, es padecida por las personas pertenecientes a la comunidad LGBTI. Este núcleo en relación a la discriminación a población LGBTI y a personas en condición de prostitución se presenta en la UPZ Chapinero Centro debido a la gran afluencia de estas poblaciones en este sector.

2.2.4.6. Tema generador – Equidad de género y consciencia plena sobre la identidad sexual

Es por esto que como tema generador se propone un desarrollo saludable sobre la construcción de género libre de prejuicios, en una construcción íntima de cada individuo.

El reconocimiento del sano ejercicio de la sexualidad y romper las normas hegemónicas impuestas por creencias machistas es una de las metas propuestas por grupos defensores de los derechos sexuales y reproductivos. También se propone la emancipación de la mujer y del hombre de las relaciones de poder impuestas por perspectivas sexistas (70).

La localidad ha avanzado a pasos agigantados en la reivindicación de la construcción de género a partir de la consolidación de la comunidad LGBTI que cuenta con espacios como el centro comunitario LGBTI y espacios de diálogo y reflexión sobre la sexualidad propuestos por activistas pertenecientes a estos grupos políticos (71)

2.2.5. Falta de apropiación al Territorio que se cohabita

Los problemas de contaminación que se producen en la localidad de Chapinero debido al mal manejo de residuos sólidos, a no recoger los excrementos de los animales, al generar o ver condiciones de riesgo ambiental y no producir la alarma; a la inseguridad urbana, la segregación social y problemas de comunicación debido a la falta de solidaridad y participación (72), son consecuencias que se resumen en una misma causa: la falta de identidad y de apropiación de una comunidad que cohabita un espacio determinado.

Siendo este núcleo condicionado por las dinámicas individualistas reguladas por la sociedad de consumo en la compra venta y no por el ejercicio de las relaciones sociales a partir de la participación y el compartir.

Las comunidades al ejercer su trabajo por fuera del territorio que se cohabita pierde el interés sobre este y en el caso de poblaciones en condiciones socioeconómicas precarias que están en desventaja a la sociedad de consumo entran a dinámicas de competitividad en términos comerciales y no de competencia en términos de desarrollo humano lo que le coarta la posibilidad de participación comunitaria.

Dicha competencia está cargada de un pensamiento donde solo priman los intereses del individuo y por mucho de su núcleo familiar, lo que debilita las redes entre los vecinos y desconoce los intereses comunes en los barrios. Estos intereses comunes están relacionados con las condiciones ambientales, de seguridad y la apropiación de espacios públicos en el barrio.

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.5.1. Problemas de seguridad

Para el año 2010, Chapinero fue la quinta localidad con la tasa de mortalidad más alta de Muertes Violentas en el Distrito, con 44,6 muertes * 100.000 hab; (73).

Los problemas de seguridad están condicionados por determinantes estructurales como la falta de oportunidades laborales y de estudio a las poblaciones más necesitadas que como consecuencia buscan alguna actividad que les deje ser alguien en la sociedad de consumo, es decir conseguir dinero lo que les permite consumir productos.

Esto hace que adolescentes y jóvenes entren a participar en actividades ilícitas como la conformación de pandillas que roban a los transeúntes y que también manejan el negocio de las drogas. Vemos como se suma a esta problemática las campañas de limpieza social que lo que hacen es agudizar el conflicto entre los bandos, restringiendo las posibilidades de conciliación entre los habitantes de un mismo territorio, afectando de manera crítica las condiciones de seguridad en los barrios en condición de marginalidad. Los problemas de seguridad están relacionados con la venta y el consumo de SPA, pues en los lugares donde quedan los sitios de expendios aumentan los niveles de violencia y de fragmentación en la participación barrial (4)

2.2.5.2. Mal manejo de los espacios públicos y medio ambiente

El mal manejo de los residuos sólidos y de los desechos de animales se ha vuelto un problema de salud pública en los barrios en condición de marginalidad, pues la acumulación de dichos desechos genera malos olores y ayudan al aumento de vectores y enfermedades infecciosas.

Estos problemas están condicionados por determinantes estructurales como la oferta de servicio de recolección de basuras, pero no es lo único factor que juega, pues como determinante intermedio se puede ver la falta de capacidad de autogestión por parte de los grupos humanos que habitan estos barrios debido al desgaste que ha tenido el proceso social, la gente ya no confía en los trabajos comunitarios y tienen la percepción de que no tienen mecanismos de participación para garantizar y exigir sus derechos.

Estos mismos problemas se ven reflejados sobre la apropiación que hacen los jóvenes y los adolescentes de estos barrios, donde vemos que son discriminados en sus intentos por darle uso a los espacios públicos y son estigmatizados bajo los roles de drogadictos y ladrones, siendo esta una consecuencia de los problemas de comunicación inter-generacional.

2.2.5.3 Análisis poblacional y territorial

Vemos que esta problemática afecta a las poblaciones en condiciones socioeconómicas precarias residentes de la UPZ Pardo Rubio, en el micro-territorio Mariscal 4, en la UPZ Chapinero centro y en el micro-territorio San Luis 2.

Los ciclos vitales más afectados son las poblaciones de adolescentes y jóvenes que están en el proceso de configurar su identidad, al ser segregados por la población de adultos debido a la poca comprensión de sus prácticas, se pierden los espacios de aprendizaje inter-generacionales y llevan a que los jóvenes configuren una identidad, donde su arraigo no es el barrio y la familia, si no productos comerciales como marcas de ropa y filiación al consumo de productos comerciales.

Esta configuración de identidad más los problemas de violencia y comercialización de SPA llevan a que las personas configuren un concepto negativo sobre el propio barrio terminando de afectar el tejido social. (74)

2.2.5.4. Tema generador – Tejido social en pro al territorio

Es por esto que es necesario fortalecer los espacios participativos ciudadanos como los cabildos, las juntas de acción comunal y los consejos ciudadanos. Estos territorios al ser cercanos a la naturaleza, a un sector central de la ciudad y de poseer una vista increíble son codiciados para la construcción de finca raíz, por lo que una comunidad con un tejido social débil está en desventaja frente a la gran industria de la construcción que buscara los mecanismos legales para despojar a las personas de sus territorios.

Es por esto que es necesario fortalecer las actividades que impliquen una relación con el territorio como procesos de huertas comunitarias (75), también generando actividades y espacios culturales que sean incluyentes a todos los ciclos vitales.

La idea es generar en las poblaciones una identidad y sentido de pertenencia al barrio, si la gente se identifica y quiere lo que tiene lo cuida y lo protege (76)

2.2.6 Dependencia al consumo y comercialización de SPA

Ciclos vitales vulnerables: Adolescencia y Juventud

Hay una relación muy cercana entre la dependencia a dicho consumo y la pugna de grupos al margen de la ley que se enfrentan por controlar el mercado de las sustancias ilegales lo que genera dichos hechos de violencia.

Vemos que esta situación mencionada se configura un determinante estructural en la medida que las sustancias psicoactivas como una mercancía y como buen negocio, en el negocio de las drogas no existe regularizaciones éticas sobre su oferta y servicio, ni siquiera para las drogas legales como el alcohol y el cigarrillo.

Es por esto que el negocio se hace mejor cuando las personas se hacen dependientes al consumo de las sustancias y pierda la conciencia del consumo de estas. Esta conciencia se pierde cuando el individuo pone como prioridad satisfacer una necesidad biológica, que se manifiesta en las ansias, al tener la necesidad de un efecto agradable a corto plazo, pero que entre mayor se genera dependencia a la sustancia se hace perjudicial para la salud caracterizado en el consumo reiterativo y a largo plazo.

Vemos también que hay sustancias que por su composición química hacen mucho daño al organismo humano, dejando secuelas en los niveles cognitivos, biológicos y emocionales de quienes la consumen, para entender todo esto es necesario ahondar e investigar en los efectos y maneras de consumo de dichas sustancias y que repercusiones tiene en la sociedad.

El hecho de que las sustancias psicoactivas se puedan consumir con solo pagar un dinero por ellas y sin reconocer el proceso de extracción, comercialización y tratamiento de las sustancias genera en el consumidor una inconsciencia sobre el uso prudente de dichas sustancias, un ejemplo puede ser el uso moderado y consciente del alcohol en una fiesta, viendo en su contraposición las personas que necesitan estar borrachas todo el día y que por beber más seguido se embriagan con cualquier bebida alcohólica sin importar su procedencia ni el daño biológico, cognitivo y social que se está causando (75).

Como determinantes proximales condiciones psicológicas de individuos que por condiciones emocionales generan necesidad a los estados alterados de conciencia, cuando se genera la dependencia se focaliza la necesidad en un estado alterado que se busca; un ejemplo de esto es la población que debido a los problemas condicionados por determinantes económicos y sociales buscan distraerse de los problemas en el consumo de la marihuana, pero que al exceder dicho consumo la dependencia a esta sustancia además de no solucionarle los problemas le genera otro nuevo.

Existe la creencia errada de tomar alcohol para olvidar las penas o el consumo de la cocaína para aguantar más la fiesta y bajar al estado de alcoholización debido a sus efectos contrarios y así muchos tipos de creencias sobre el consumo de las sustancias y algunas que ponen en riesgo el bienestar de las poblaciones que se vuelven dependientes a la sustancias, aun así se puede ahondar en investigaciones y conocimientos ancestrales de diferentes culturas sobre el debido uso de las instancias psicoactivas procedentes de contextos naturales (17).

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.6.1. Violencia y dependencia a sustancias

Es usual encontrar la generalización de que la pobreza está asociada al consumo de drogas al ser una válvula de escape para las personas que se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables, esto es una verdad a medias, que segrega a la población pobre y sesga el entendimiento del fenómeno de la dependencia a las sustancias, pues la dependencia y la adicción no es un fenómeno que únicamente se ve en las poblaciones en condición de marginalidad sino también en poblaciones con niveles socioeconómicos altos y medios.

Lo que si es cierto es que los lugares de expendio y acopio de drogas se concentran en los barrios en condición de marginalidad, estos lugares están asociados a los hechos violentos que se explicaron con anterioridad. La criminalización al consumo de dichas sustancias no es la solución final pues la dependencia a estas sustancias está determinada por factores que ofrecen la ciudad y la construcción cultural frente al consumo de SPA. Es por esto que encontramos un determinante estructural en la implementación de las leyes obsoletas e ineficaces en torno a la producción distribución, consumo y penalización de las drogas que no logran entender la complejidad del tema y que refuerzan su condición violenta en los barrios marginales (77).

2.2.6.2. Análisis poblacional y territorial

La dependencia al consumo de sustancias psicoactivas es una problemática general en toda la población que no discrimina nivel socio económico, ni nivel académico, ni sexo, pero que se hace un fenómeno que cala profundamente en los ciclos vitales adolescencia y juventud, pues en estos ciclos vitales se está consolidando el auto-concepto y el proyecto de vida, si no se hace una orientación pertinente sobre el consumo de sustancias esta dependencia lleva a condicionar la edificación de los individuos jóvenes, centrado en la necesidad de sentir el placer producido por los efectos psicoactivos (78).

Esto es un problema grave de salud pública pues coarta las posibilidades de desarrollo de las poblaciones dependientes, además de crear malos hábitos que vulneran el bienestar cognitivo, emocional y biológico, volviéndose una carga para la familia y el sistema de salud debido a su falta de productividad y altos costos en tratamientos.

Estas problemáticas se focalizan en donde se han identificado centros de expendio, en la UPZ San Isidro Patios, en los micro-territorios San Luis 1 y 2, en la UPZ Pardo Rubio en los micro-territorios mariscal 3 y 4 y en las zonas cercanas a los sitios de prostitución y calles de comercio en chapinero centro.

Vemos que una de las consecuencias más lamentables de la dependencia a sustancias psicoactivas es la generación de la población habitante de la calle que debido a sus prácticas imprudentes han sido segregados por la sociedad.

También se ven casos en donde los administradores de los sitios donde se ejerce la prostitución o que manejan el negocio, se aprovechan de la dependencia que han generado las poblaciones de trabajadores sexuales, para pagarles con drogas y generar un círculo vicioso donde la dependencia se une a formas de explotación laboral.

2.2.6.3. Tema generador – Prevención y consumo consciente de SPA

Con miras a generar prevención en el consumo de sustancias perjudiciales para la salud, y hacer un manejo adecuado y prudente de las sustancias, es necesario reconocer los otros determinantes sociales estructurales que se encuentran en las condiciones económicas y en la configuración de las relaciones que viven los adolescentes y jóvenes en la localidad, este análisis puede ayudarnos a entender las razones por las que se consume una sustancia por primera vez y sobre el manejo consciente de dicho consumo, es por esto que existe una articulación sobre este tema y la red del buen trato (79). Es necesario aun así buscar solución a los determinantes intermedios y estructurales que configuran dicha dependencia, también se pueden implementar procesos terapéuticos en pro de ayudar a las poblaciones que están inmersas en la dependencia y que afecta gravemente su condición de vida, como los centros de atención inmediata a drogodependientes CAMAD (80).

2.2.7 Segregación social a poblaciones Especiales

Ciclos vitales vulnerables: Juventud y Adultez

Debido a políticas paraestatales que surgen en los contextos de guerra aparece la segregación social configurada en el desplazamiento forzado de poblaciones, que van desde las zonas rurales hasta la ciudad, donde las personas en condición de desplazamiento siguen siendo segregadas por sus dificultades en garantizar un bienestar socioeconómico al entrar en desventaja en la competencia de la ciudad.

Otro tipo de segregación social es aquella que viven las poblaciones habitantes de la calle, que sufren un abandono total por parte de la sociedad y sobreviven a partir del ejercicio del reciclaje, la limosna y en algunos casos en la participación de actos delictivos, lo que genera aún más rechazo a la población en general.

Estas problemáticas están condicionadas por problemáticas específicas como la violencia interna en Colombia, el narcotráfico, el consumo de sustancias psicoactivas y la falta de oportunidades laborales, educativas y económicas. La

segregación social se manifiesta en las poblaciones a partir de posiciones de indiferencia frente a estas problemáticas; aun así es una problemática de la ciudad que afecta a todos los ciudadanos y en donde otros seres humanos necesitan ayuda y servicios especiales para poder ejercer su rol como ciudadano productivo y activo en la localidad.

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.7.1. Segregación social a habitantes de la calle

Las mismas problemáticas que surgen como consecuencia de este núcleo problemático se evidencian en las poblaciones afectadas que son habitantes de la calle que llegan a habitar la calle debido diferentes causa, entre las más relevantes se encuentra la adicción al consumo de SPA y el abandono y falta de afecto y cariño por parte de la familia y de la comunidad cercana que lleva al deterioro de la red familiar de la comunidad.

Estos problemas de comunicación inter-generacionales tienen como determinantes todos los tipos de violencia que se ejercen sobre las personas que decidieron escoger la vida en la calle (81).

2.2.7.2. Segregación social a comunidades étnicas y población desplazada

A finales del año 2010 Chapinero reporta 2003 personas en situación de desplazamiento donde 246 pertenecen a diferentes etnias 112 personas son Afro-descendientes, 61 pueblos Rom, 66 poblaciones Indígenas y 7 personas pertenecientes a poblaciones raizales.

Debido a las contingencias culturales de estas personas, la adaptación a la ciudad se hace mucho más difícil, pues parte de sus creencias y cosmogonías no se adaptan y no son funcionales en el contexto de la ciudad, lo que produce desventaja en la adaptación de estas poblaciones a las urbes.

Además de esto al ser poblaciones pequeñas no tienen apoyo de un capital social o redes de apoyo que le ayuden a conseguir trabajo y sufren dificultades en las barreras de acceso a los servicios educativos y de salud y oferta laboral, los ciclos vitales que se ven más afectados por este núcleo problemático son la juventud y la adultez, por la falta de oportunidades que limitan el desarrollo de estas etapas etarias (82).

2.2.7.3 Análisis poblacional y territorial

En los barrios Bosque Calderón Tejada, Juan XXIII y María Cristina presentan una variedad de problemas que afectan prácticamente a todos los ciclos vitales de las poblaciones vulnerables de la comunidad en condición de desplazamiento lo cual sugiere conflictos territoriales en el sector; debido a la segregación social.

2.2.7.4 Tema generador – Reconocimiento y aceptación de la diferencia

El primer eje del plan de desarrollo de la Bogotá Humana que postula una ciudad que supera la segregación y la discriminación, para lo cual se plantean los siguientes programas que están en vía de ejecución: Lucha contra distintos tipos de discriminación y violencias por condición, situación, identidad, diferencia, diversidad o etapa del ciclo vital y una Bogotá humana por la dignidad de las víctimas.

2.2.8. Barreras y disponibilidad de acceso a los servicios que garantizan el derecho a la salud

Ciclos vitales vulnerables: juventud y adultez

En la localidad de chapinero en el año 2012, la distribución de la población por régimen de aseguramiento se presenta de la siguiente; 88 % pertenecen al régimen contributivo, 7,15 subsidiado 3,1% régimen especial y 1% no informa (93); a pesar de esta situación se evidencian barreras de acceso a los servicios que garantizan el derecho a la salud.

A pesar de los servicios ofrecidos por el sistema de salud en Colombia mediante las IPS-S y el régimen subsidiado de salud, que protege a las poblaciones que por sus condiciones socio-económicas precarias no pueden acceder al derecho de la salud (51).

Estas barreras al servicio de salud, están condicionadas por determinantes proximales como falta de conocimiento de los programas estatales por parte de la población, por creencias y prejuicios culturales que discriminan a poblaciones especiales en el momento de la atención en salud, donde se puede ver discriminación social a la población LGBTI por sus creencias en la construcción de género y prejuicios que existen sobre las prácticas laborales como el ejercicio del trabajo sexual. Se pueden ver determinantes intermedios como los problemas de comunicación que hay entre las IPS-S y los usuarios, caracterizado por la falta de información sobre cómo funciona el servicio de salud y la negligencia en los servicios por falta de infraestructura y de personal para atender las necesidades de la población.

Condicionados por el determinante estructural en el marco legal de la ley 100 que genera la mercantilización del servicio de salud, al ser un producto que se compra y que se vende bajo la intermediación de las EPS-S esto se ve reflejado en los tramites y papeleos engorrosos que se hacen necesarios para acceder a dicho servicio, como la legitimación de la tutela como mecanismo para hacer valer los derechos de salud. Al postular la salud como un negocio, la intención del

servicio en salud se vuelve generar ganancias y no garantizar el derecho a la salud de las poblaciones (83).

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.8.1 Desconocimiento y falta de interés a garantizar el derecho a la salud

El sistema de salud en Colombia está diseñado para responder a los derechos universales en salud, por lo que la población debe conocer los mecanismos que existen para ejercerlos.

Algunas EPS desde su rol de interventor y de administrador de la salud buscan reducir costos disminuyendo el cubrimiento de los servicios de salud en medicamentos y tiempo de atención a los usuarios, dañando las condiciones laborales de los profesionales de la salud, estos factores llevan a que el servicio de salud empeore y que las personas no puedan garantizar este derecho.

Para solucionar esto se ha regularizado la tutela (84) como un mecanismo para exigir el derecho de la salud pero no todas las personas saben cómo hacer la tutela, ni todas las tutelas que se hacen resultan en la reivindicación del derecho, teniendo en cuenta que este procedimiento demora y hace más difícil acceder al servicio de la salud debido a la cantidad de trámites y papeleos, lo que dificulta que se garantice. Así que el hecho de que la población esté afiliada a una EPS no garantiza que esté ejerciendo a cabalidad su derecho a la salud (85).

Muchas veces las personas no muestran interés por ejercer su derecho a la salud debido a la falta de tiempo, al desconocimiento de la población sobre cómo funcionan los programas estatales, a la negación de la enfermedad por miedo y repudio al ambiente clínico, por la pereza de ir a las IPS y hacer todos los trámites que son necesarios para acceder al servicio.

2.2.8.2. Discriminación en la oferta de salud a la población LGBTI

Debido a la violencia de género que sigue siendo pan de cada día, se evidencian formas de discriminación a la población LGBTI a quienes se les vulnera su derecho a la salud ya sea por determinantes estructurales como normatividades que los excluye y determinantes intermedios como los prejuicios culturales machistas que erradamente se crean sobre estas poblaciones.

Es usual en las IPS-S ver esta discriminación que se evidencia de las siguientes formas en los servicios de salud: a partir de una posición de neutralidad donde no se tiene en cuenta la orientación sexual de la persona, como llamarla por el nombre de la cedula pero la persona es transexual lo que la pone en situación de incomodidad.

También se ve una posición de segregación donde la persona por su condición de género es excluida debido a imaginarios sociales errados como la asociación que se hace entre la población LGBTI y las ETS. En otros casos se ve posiciones de evitación por parte de los profesionales de la salud que prefieren no tratar estas personas por temor de no saber cómo tratarlos y por último la exotización donde se ridiculiza al usuario LGBTI haciendo burla a partir de su orientación sexual. (85)

2.2.8.3. Análisis poblacional y territorial

Las poblaciones que se ven marginadas a recibir el derecho de salud son las personas que ejercen su trabajo de manera informal y que al vivir del diario no pueden dejar dinero para pagar los servicios de seguridad social y que desconocen y no pueden acceder al régimen subsidiado de salud, encontramos entre este tipo de población vendedores ambulantes y vendedores de buses que bajan desde sus barrios en la loma en los micro-territorios Mariscal 3 y 4, al sector central de la localidad donde ejercen su trabajo.

También las personas que ejercen el trabajo sexual en la UPZ chapinero centro, se ven marginalizadas al servicio de salud por desconocimiento de los programas distritales y debido a la segregación social, pues muchos de los trabajadores sexuales en Chapinero son población LGBTI.

Vemos que las poblaciones de los micro-territorios San Luis 1 y 2 no pueden acceder de urgencias a los servicios de salud debido a las barreras geográficas que existe en la localidad, a las personas pertenecientes a estos barrios les queda más fácil asistir al hospital de centro oriente que al hospital de Chapinero, pero al ser población que pertenece a los micro-territorios de Chapinero se generan problemas en la atención y confusiones en el sistema lo que vulnera su derecho a la salud.

Aunque este núcleo problemático es transversal a todos los grupos etarios se plantean la juventud y la adultez como los ciclos más afectados, pues son los que tiene la responsabilidad de garantizar el servicio de salud a los familiares que pertenecen a los otros ciclos vitales, también porque la mayoría de personas que ejercen el trabajo sexual son de estos ciclos vitales.

Es importante con esta población replantear los determinantes intermedios en la construcción de creencias culturales y en la participación sobre el bienestar y el derecho a la salud.

2.2.8.3. Tema generador – goce efectivo al derecho de la salud

Es así como se busca en las poblaciones que no pueden garantizar sus derechos a la salud a partir de las siguientes estrategias: fortalecimiento de los espacios ya

existentes sobre explicación del régimen subsidiado de salud, capacitación sobre la acción de tutela frente al derecho de la salud, formalización de trabajos informales y garantía del derecho de la salud a vendedores ambulantes y trabajadoras sexuales, fortalecimiento de los espacios de participación ciudadana como la mesa local LGBTI y grupos de base que trabajan en pro de los derechos de las poblaciones vulnerables a estas problemáticas como la fundación colectivo hombres gay.

2.2.9. Falta de respuestas integrales a la población en condición de Discapacidad

Ciclos vitales vulnerables: Adulthood y Vejez

Se entiende por discapacidad a un estado de inhabilidad por déficit en las condiciones físicas cognitivas y sensoriales, lo que lleva a la caracterización de barreras frente a la participación social.

Estas contingencias están determinadas por factores intermedios como las barreras físicas de acceso que presentan algunos edificios y lugares de acceso público, también se presentan barreras de socialización frente a los prejuicios que tiene el resto de la sociedad sobre las personas en condición de discapacidad.

Este núcleo está determinado por factores estructurales como la falta de reconocimiento de la población en discapacidad como sujeto derecho y a la falencia en la adecuación del sistema de seguridad social que no responde a las necesidades y contingencias de la población en condición de discapacidad (86).

Según la Base distrital del Sistema de Vigilancia en Discapacidad para el año 2012, la localidad de Chapinero reporto 113 casos de población en condición de discapacidad; de los cuales el 83% pertenece a la etapa de ciclo de vida de vejez, seguido de adultez con 11,5%; 3,5% población adolescente y juventud y 1,8% para población infante; el origen de la discapacidad en la población identificada corresponde a un 71,6% a enfermedades generales, seguido de condiciones de salud de la madre durante el embarazo en un 11,5% y 8,8% a accidentes.

La distribución de este grupo poblacional según régimen de afiliación en salud se presenta de la siguiente forma, el 80% pertenece al régimen contributivo, 16% al régimen subsidiado, 2,7% Vinculado y 1,8% no se encuentra afiliado. La UPZ donde se presenta mayor población en condijo de discapacidad es la UPZ 90 con 66,4% seguido de la UPZ 99 con 33,6% (87).

2.2.9.1 Análisis poblacional y territorial

La población en condición de discapacidad se caracteriza por ubicarse en el ciclo vital vejez pues debido a malos hábitos y como consecuencia de enfermedades

crónicas, se generan condiciones de discapacidad en la última etapa da vida del ser humano, además la otra población que se ve afectada por este núcleo es la población adulta debido a que la mayoría de personas que se encargan del rol de cuidador pertenecen a este ciclo vital, rol que no se tiene en cuenta cuando se habla de estas problemáticas, también por que la población adulta esta es más vulnerable a condiciones de discapacidad.

2.2.9.2 Tema generador - inclusión social a poblaciones discapacitadas

Para garantizar la participación igualitaria de las personas con discapacidad es necesario incluirlas en los diferentes sectores de la vida cotidiana. La inclusión de las personas discapacitadas al sector laboral genera mayor estado de dependencia lo que fortalece su autoestima y bienestar; el problema es que el 60% de la población de discapacitados en Chapinero dependen de un cuidador o “sombra” que lo acompañara, debido a su incapacidad para solventarse por sí mismo.

Vemos en este caso que la persona depende del bienestar del cuidador, lo que nos lleva a enfocar el tema generador hacia programas de cuidado para cuidadores que ya se han empezado a implementar en la localidad.

Reflexionando sobre los determinantes intermedios y estructurales que generan las barreras de acceso y de participación se plantean programas de inclusión a la población discapacitada y la intervención por parte de equipos de ergonomía en los espacios físicos de difícil acceso para las personas con discapacidad, para buscar una solución viable a la movilización de esta población. (88).

2.2.10 Población propensa a enfermedades Crónicas

Ciclos vitales vulnerables: Adultez y vejez

Las enfermedades crónicas en la localidad de Chapinero están condicionadas por determinantes estructurales ambientales a los que se ve sometida la población, estos determinantes estructurales van ligados a la falta de regularización sobre medidas de control y prevención de los factores ambientales de riesgo; estos factores están asociados a la contaminación del aire causada por la alta circulación de vehículos automotores, la contaminación electromagnética generada por la gran cantidad de antenas en los territorios que quedan en la parte alta de las lomas y los factores determinantes intermedios condicionados por la oferta alimentaria en la localidad que lleva al sobrepeso y la mala alimentación generada por alimentos con altos contenidos de sal (sodio), azúcar y colesterol, siendo estos los grandes causantes de las principales enfermedades crónicas que se presentan en la población de la localidad.

En la localidad de Chapinero para el 2012 se registraron 273 casos de hipertensión arterial, 43 casos de diabetes mellitus tipo estos eventos son la segunda causa de consulta en la UPZ Chapinero (102). Es por esto que los dos problemas identificados para este núcleo problemático son las enfermedades del sistema cardiovascular y la diabetes. (89)

Las problemáticas asociadas a este núcleo se exponen a continuación

2.2.10.1 Hipertensión arterial

Es el aumento de la tensión arterial que se caracteriza por una mayor irrigación de la sangre causado por la densidad de la sangre, la cantidad de movimientos del corazón que evidencian un mayor esfuerzo y la pérdida de elasticidad de las arterias que lleva a un aumento de volumen circundante.

En la actualidad se cree que la hipertensión es causada por la actividad no controlada del sistema simpático, el cual se encarga de poner en estado de alerta el cuerpo humano y que se asocia a determinantes proximales como los malos hábitos alimenticios y prácticas sedentarias, y determinantes intermedios condicionados por los factores estresores en la relación de los individuos con el medio ambiente y los socio-sistemas cercanos.

Como determinantes proximales biológicos que también se conocen como factores no modificables se encuentra la predisposición genética, los hombres padecen en mayor proporción esta enfermedad que las mujeres y se presenta con mayor frecuencia en el ciclo vital adultez y vejez. (51)

2.2.10.2. Diabetes Mellitus

Se define como la deficiencia del cuerpo en su capacidad de aprovechar metabólicamente los nutrientes de la sangre, la sustancia que se encarga de ejecutar esta labor es la insulina por lo que la diabetes se refiere a un mal aprovechamiento de la insulina por parte del cuerpo o a un déficit de insulina.

Esta enfermedad está determinada por factores proximales biogenéticos que generan resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, también vemos como está condicionado por determinantes proximales como los hábitos alimenticios, el exceso de peso y la falta de ejercicio.

Vemos como determinantes intermedios las creencias erradas sobre el aumento en la necesidad de comer, beber y orinar que dificultan la prevención y el diagnostico efectivo sobre la enfermedad, a partir de estos síntomas con se puede diagnosticar la diabetes. (90)

2.2.10.3 Análisis poblacional y territorial

La propensión a estas enfermedades crónicas disminuye el nivel de vida de la población que pertenece a los ciclos vitales *adulthood* y *vejez* pues la edad es un factor determinante de la hipertensión y la diabetes.

Los malos hábitos alimenticios, el sobre peso, la obesidad abdominal, y el exceso de sal y colesterol en la comida afecta a las poblaciones que habitan la UPZ de Chapinero centro, los micro-territorios San Luis 1 y 2 y mariscal 3; vemos que estos factores están determinados por la poca oferta de alimentos en estos barrios, como también por la falta de consciencia sobre los procesos metabólicos del cuerpo que llevan a desconocer hábitos importantes en la ejercitación del cuerpo.

El consumo de cigarrillo y alcohol también se reconoce como un determinante para la hipertensión. La hipertensión es una enfermedad que es difícil de diagnosticar pues no produce síntomas, por lo que los mecanismos de prevención son más difíciles de activar. La diabetes al igual que la hipertensión se desarrolla en entornos obesogénicos y representan un gran gasto para los servicios de salud, por lo que se hace énfasis en trabajar la prevención de estas enfermedades. (91)

2.2.10.4 Tema generador – Hábitos de vida saludables

Es por esto que se plantea fortalecer los procesos de prevención que están orientados a explicar, desarrollar y promover los buenos hábitos en la población de la localidad.

En la localidad de Chapinero a partir del trabajo de SISVESO la implementación del PIC y de los PDA se trabajan las metas nacionales que consisten en: incrementar la prevalencia de la actividad física, prevenir el consumo de alcohol y cigarrillo en el ciclo vital infancia y adolescencia, promover las acciones de diagnóstico, promover las acciones preventivas de las enfermedades crónicas.

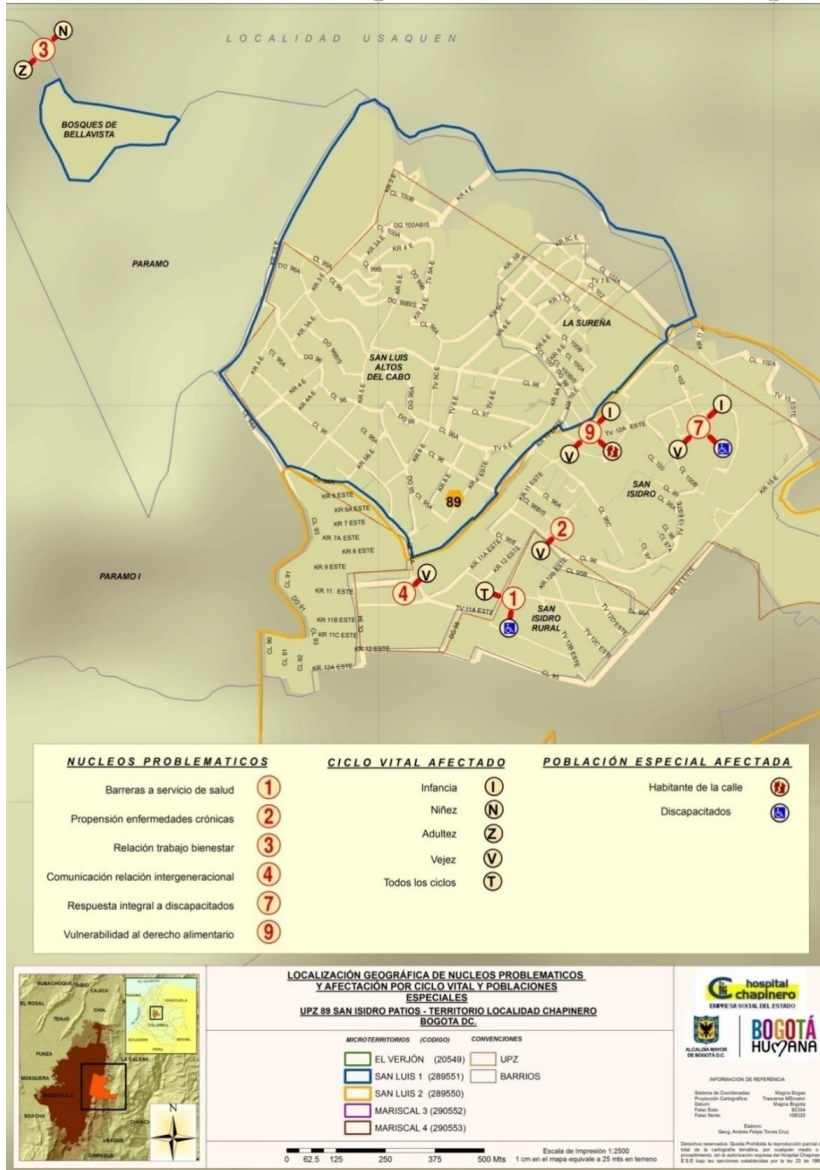
Para fortalecer esta intervención es necesario potenciar los espacios de participación y movilización ciudadana, sobre la promoción de la salud, la prevención de entornos y contextos que favorezcan el desarrollo de las enfermedades crónicas y el tratamiento de estas. (92)

**Mapa 3 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 89. Localidad Chapinero
2012**



Fuente: IDECA Bogotá

Mapa 4 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 89. Localidad Chapinero 2012



Fuente: IDECA Bogotá

Mapa 5 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 89. Localidad Chapinero 2012



Fuente: IDECA Bogotá

Mapa 6 Distribución geográfica núcleos problemáticos UPZ 99. Localidad Chapinero 2012



Fuente: IDECA Bogotá

Mapa 7 Distribución geográfica de los núcleos problemáticos en la UPZ 90. Localidad Chapinero 2012



Fuente: IDECA Bogotá

Capítulo 3

Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la localidad de chapinero

Se hace imprescindible, importante y necesario, ofrecer respuestas y ofertas de servicio, entendida esta última como “el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea en forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero. (93)

Para el caso concreto de un servicio que se piensa ofrecer, el análisis de oferta se traduce, en gran medida, en estudio de la competencia actual o potencial de dicho servicio" (93), acciones desde la Administración, y los entes que regulan cada una de las actividades hacia una comunidad, dando la cobertura pertinente y de calidad en las poblaciones que se intervienen, las cuales presentan necesidades de distinta índole como falta de educación, cultura, problemas de salud, falta de oportunidades de empleo, etc., que afectan su diario vivir y generan un impacto irregular en el desarrollo físico y emocional de las personas que cohabitan un lugar.

Para llevar a cabo las intervenciones oportunas, se hace necesaria una articulación interinstitucional y comunitario (Secretaria de Integración Social, educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Alcaldías Locales, Instituto Distrital de Recreación y Deporte, Organizaciones No Gubernamentales y Fundaciones) que se proyecte al cambio de determinados grupos sociales, llevando a cabo actividades de promoción y prevención en la salud, con diferentes estrategias como talleres, foros, actividades lúdicas, juegos de roles, entre otros, y que incentive a la participación, con el fin de mejorar las condiciones de vida y resolver conflictos que se presentan en las familias que es el primer sistema de socialización y la población en general, mejorando así su calidad de vida; esta se define como “el desarrollo de un país que se preocupe por el ser humano integral.

Este concepto alude al bienestar en todas las facetas del hombre, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua) (94).

El quehacer profesional desde el área de salud pública, no se determina únicamente por la cantidad de población que puede cubrir, sino por la calidad de las acciones que llevan a generar respuestas contundentes ante las problemáticas que asedian a la comunidad, estas acciones se definen desde los servicios de salud colectiva con los diferentes ciclos vitales, y grupos poblacionales, estrategias

de “tus medidas a la medida”, intervenciones individuales y colectivas en jardines, colegios, familias, y hogares geriátricos, sistemas de vigilancia epidemiológica y medio ambientales, entre otras que tienen como objetivo mejorar las condiciones de salud de las personas de la localidad de Chapinero.

Para el desarrollo de este capítulo, se realizaron diferentes articulaciones con los subsistemas de vigilancia de la ESE, e intervenciones a nivel sectorial e intersectorial como gestión de políticas transectoriales, territorios saludables, área de medio ambiente, las diferentes Secretarías Distritales y otras pertinentes, que permitieron obtener información desde las diferentes intervenciones que se llevan a cabo en la Localidad.

3.1. Mala alimentación y vulneración de la Seguridad Alimentaria y nutricional

El Hospital Chapinero participa en actividades que benefician la seguridad de alimentaria para población de Fondo Financiero de salud – FFD y Empresa Promotora de Salud – Subsidiada (EPS-S) que se encuentran vinculadas a la oferta institucional, no obstante para incidir en la mejora de la alimentación se realiza consejería en lactancia materna para recién nacido, consejería en lactancia materna y consejería alimentaria y nutricional para la promoción de patrones de consumo alimentario y educación alimentaria para el niño o niña menor de 1 año, también se llevan a cabo consultas de primera vez por medicina para detección temprana de alteraciones Crecimiento y Desarrollo para niños y niñas de 1 a 10 años, consulta de control por enfermería, suministro de sulfato ferroso a todos los niños y niñas de 1 a 5 años, suministro de vitamina A (100,000 UI) a todos los niños y niñas de 1 a 12 años, suministro de antiparasitarios a todos los niños y niñas de 1 a 12 años, suministro de Sulfato ferroso, calcio y ácido fólico para gestantes y mujeres hasta 6 meses post parto.

Dentro de las acciones que realiza el Hospital Chapinero para este determinante se realiza seguimiento a los casos presentados a través de las visitas técnicas a UPGD que son entidades públicas o privada que captan la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y generan información útil y necesaria para los fines del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, de igual forma sus datos precisos, ayudan a que las notificaciones sean de calidad, para el informe de indicadores que se hace mensualmente en la institución (109).

Desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), se desarrollan acciones de la Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), que es “un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la

discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios. (33)

De otra parte se busca la notificación y canalizaciones a servicios de salud, cuando se presenta una mala nutrición en las personas; en especial a menores de 5 años, a través de los programas de apoyo alimentario y nutricional que Según el CONPES, “Se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa” el programa de TU VALES “que ha contribuido por más de tres años al fortalecimiento en las habilidades y las competencias de la población residente en las localidades de Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo, a través de la participación de los usuarios y el talento humano de la institución, promocionando estilos de vida y generando procesos saludables, en temas como: actividad física, nutrición, espacios libre de humo y hábitos de vida saludable” (95)

Otras actividades que se llevan a cabo desde salud pública son la promoción de la alimentación saludable y actividad física en el escenario escolar, promoción de la alimentación infantil, promoción de la alimentación infantil y lactancia materna en la primera infancia; acciones que se desarrollan en jardines de influencia de la ESE, suplementación con micronutrientes en polvo en menores de cinco años de jardines y hogares comunitarios, formación de agentes comunitarios, desarrollo de habilidades y competencias en el componente de alimentación y nutrición en los actores de la red social materna e infantil; las acciones anteriormente mencionadas, hacen parte de cada una de las estrategias y ofertas que desde el sector salud se brindan, y que ayudan a mejorar día a día el quehacer profesional, con el fin de garantizar un buen estado nutricional para toda la población.

A través de la mesa SAN (Seguridad alimentaria y Nutricional) que lleva a cabo el área de gestión local; realiza articulaciones con las diferentes entidades a quienes compete esta situación nutricional, y que promueve acciones de mejora en la alimentación y condiciones de higiene en los lugares que prestan un servicio a la comunidad como son los comedores; La Sub Dirección Local de Integración social, también desarrolla acciones de programas alimentarios a través de estrategias como alimentando capacidades, desarrollando mecanismos efectivos que cubra la mayor parte de las personas, y mejorando condiciones de salubridad a través de paquetes complementarios (comedores, canastas, entre otros que benefician a la población).

3.2. Problemas de comunicación Inter-generacional

Cuando se habla de comunicación intergeneracional es importante aclarar, que tipos de eventos hace que la comunicación sufra una ruptura entre padres e hijos; abuelos y nietos, ya que cada uno tiene una forma de ver las situaciones de la vida, experiencias propias que hacen que cada uno tenga un punto de vista y una manera de actuar, es importante generar acercamientos y sensibilización frente a conductas y formas de pensar que cada uno desde su posición pueden aportar a las relaciones familiares.

El Hospital Chapinero a través del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM) que se constituye en la principal fuente de datos en el Distrito Capital sobre dichos eventos, y que tiene como objetivo el mantenimiento de unidades primarias generadoras del dato, de las unidades informadoras del sistema enunciado, así como el seguimiento de los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, con énfasis en abuso sexual y casos en riesgo de fatalidad (113), desde área, se realizaron Investigaciones Epidemiológicas de Campo en pro de la restitución de derechos de las personas.

De igual forma se llevó a cabo la atención terapéutica a víctimas, acciones que se brindan a personas VINCULADAS (NO contributivas ni subsidiadas).

A través de la caracterización de individuos, familias, comunidades, instituciones educativas, se evidencia la problemática en la población, y se emprende un plan de acción institucional, que intervenga por medio de acciones de sensibilización, desde el trabajo social, actividades con padres e hijos para fortalecer vínculos afectivos y fortalecimiento de los canales comunicativos, intervenciones psicológicas que permitan manejar y comprender los conflictos, desarrollando habilidades de resolución efectiva, entre otros concernientes a mejorar las relaciones en la familia y la sociedad.

También se trabajaron temas frente al manejo de presión grupal, relaciones interpersonales como la Tolerancia y valoración de la diferencia, autocuidado y amor propio en docentes en el caso de las instituciones educativas, Construcción de la Ruta Interna de Salud Mental e identificación y manejo de casos de Abuso Sexual, por otra parte Identificación Precoz de Necesidades Educativas Transitorias y trastornos de aprendizaje en la infancia, Identificación y manejo de casos de presunta emisión de conducta suicida con la ayuda del Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), estas acciones son dirigidas a las poblaciones comprendidas en todos y cada uno de los ciclos vitales del ser humano, de cualquier estrato o condición socio – económica (96).

En los colegios, se realizan talleres frente a temas en Prevención de Consumo de SPA, Prevención de conductas de riesgo, Prevención en Matoneo, Reflexión en torno al que hacer cómo padres, conflictos de pareja y su relación con los problemas de los hijos, violencia intrafamiliar, autoestima en niños y padres como promotores del sano desarrollo de sus hijos, El afecto en las relaciones interpersonales, Pautas de crianza, La autoridad, etc. Además de ello se trabajó en los colegios desde el enfoque diferencial el respeto por la diferencia, especialmente en la población con discapacidad. (97)

Una de las estrategias fueron los centros de escucha, que hace parte de una herramienta que se brinda a la comunidad con el ánimo de que esta resuelva sus inquietudes y vea en este un espacio en el cual pueda o logre expresar sus dificultades en todos los aspectos de su cotidianidad con el fin de encontrar mecanismos de solución; estos se desarrollaron para discapacidad de forma exclusiva en los servicios colectivos, generando espacios comunicativos, y de expresión y a través de los cuales se activaban redes de apoyo para la población que lo requería.

Frente a la demanda que se presenta, estas acciones cubren a toda la familia; la meta contratada por SDS es de 34 casos por mes, para las tres localidades.

Desde el escenario comunitario, las acciones se desarrollan con diversos grupos poblacionales siendo contemplados los ciclos vitales comprendidos entre escolaridad y adolescencia, articulados ellos a su vez con el escenario escolar, donde se desarrolla toda la etapa de infancia y adolescencia.

Se hace acompañamiento a la caracterización de individuos y /o familias con otras entidades (Centro de Atención Para Casos de Violencia Intrafamiliar - CAVIF, Dirección Local de educación - DILE Y Centro de Administración Educativa Local - CADEL, COMISARIAS DE FAMILIA, Sub Dirección Local de Integración Social - SLIS, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, PERSONERIA), que brindaron asesorías y capacitaciones en riesgos y proyectos de vida: “árbol de la vida”, articulado con jornadas de salud, en el cual se crean espacios de socialización frente a la violencia.

Cuando se habla de comunicación intergeneracional es importante aclarar, que tipos de eventos hace que la comunicación sufra una ruptura entre padres e hijos; abuelos y nietos, ya que cada uno tiene una forma de ver las situaciones de la vida, experiencias propias que hacen que cada uno tenga un punto de vista y una manera de actuar, es importante generar acercamientos y sensibilización frente a conductas y formas de pensar que cada uno desde su posición pueden aportar a las relaciones familiares.

En este sentido, se evidencia que las causas anteriormente mencionadas, tienen que ver por problemas de comunicación; cuando se habla de inter generacional, refiere a esa información truncada entre padres e hijos, y que genera rupturas y algún tipo de violencia dentro de los entornos sociales, principalmente en el primer sistema de socialización que es la familia.

Se considera que la comunicación Verbal y no verbal, son factores que influyen en las relaciones interpersonales y en la toma de decisiones, la Comunicación asertiva, definida como la capacidad y entendimiento pleno de resolver cualquier tipo de conflicto, sin llegar a generar obstáculos para el desarrollo y crecimiento de las relaciones, insta a que constantemente se fortalezca el trabajo comunitario, para llegar a los espacios en los cuales se presentan estos problemas, y así, brindar herramientas que permitan superar estas condiciones, su impacto es inmediatista y se requiere un trabajo interdisciplinario más profundo que conlleve a mejorar la calidad de vida de las personas.

3.3. Problemas en la relación Trabajo Bienestar

El trabajo hace parte de las necesidades de cualquier persona, y es necesario para cubrir sus necesidades básicas, de igual forma para la búsqueda de su mejoramiento en la calidad de vida, el sistema administrativo en muchas ocasiones, ha relegado al ser humano, por su edad o condición física, quitando oportunidades laborales, y conllevando a buscar mecanismos de subsistencia informales para su bienestar.

Según la comunidad, las barreras de acceso a la salud por su condición laboral, es uno de los temas generadores de exclusión dentro del sistema, y que es necesario intervenir dentro del quehacer de los Hospitales, otorgando el derecho al bienestar del individuo y ofreciendo mayores oportunidades de vinculación. Esta información fue suministrada por la comunidad, ellos veían que por las condiciones de desempleo, las entidades de salud los rechazaban y no eran atendidos (97).

Durante el semestre se realiza posicionamiento de la Política Pública para la Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y las Trabajadoras en los espacios de participación de productividad en la localidad de Chapinero.

Esta política tiene como objetivo *“generar trabajo decente y digno como el principal mecanismo para que la población pueda gozar con autonomía sus derechos”. En otras palabras, y atendiendo a lo que la OIT entiende por trabajo Decente”, es un marco político para la gestión por el empleo de calidad, remunerado con dignidad, con garantías de seguridad social y el respeto pleno a los derechos de los trabajadores, incluido el de asociación sindical (97)*

El conocimiento de la política por parte de los trabajadores, hace énfasis en que conozcan sus derechos y trabajen en pro de los mismos, buscando mejores oportunidades laborales necesarias para su calidad de vida de forma digna.

Con la finalidad de que los trabajadores conozcan y exijan sus derechos en su salud, el Hospital Chapinero desde la línea de intervención Entornos de Trabajo Saludable en Unidades de Trabajo informal, evidencia que las condiciones socio demográficas de la localidad de Chapinero en los y las trabajadores caracterizados están relacionadas con la dinámica local, al considerarse un área mixta con actividades residenciales, comerciales, educativas y de servicios.

Para el año 2012 se intervienen Unidades de trabajo informal, de las actividades económicas de talla de piedra, comercio al por menor con surtido de alimentos, expendios de alimentos preparados en restaurantes, salas de belleza y establecimientos en los que realizan refacción de muebles.

Teniendo en cuenta las condiciones de empleo, se encuentra que los trabajadores caracterizados durante este periodo se desempeñan en cargos operativos como cocineros, meseros, jefes de barra; aquellos que desarrollan actividades mixtas, dentro de los que encontramos a los propietarios de los establecimientos, que elaboran productos y atienden a los clientes y quienes realizan labores administrativas, específicas de cajeros, administradores de los establecimientos y los propietarios que van a supervisar el funcionamiento del lugar esporádicamente.

Realizan labores tanto en jornada diurna como nocturna, en los expendios de comidas que están ubicados en zonas de rumba y los sitios de encuentro LGBTI; en jornada diurna los expendios minoristas y en donde realizan actividades de talla de piedra, inician actividades muy temprano y en la tarde dejan la actividad laboral por seguridad y la disminución de clientes. Aunque los trabajadores tengan jornadas de trabajo distintas la mayor parte del tiempo son de más de 8 horas diarias, todos los días a la semana.

Las y los trabajadores no tiene contrato, siendo una de las condiciones más vulnerables al no tener estabilidad laboral y por ende económica, generando falta de motivación, irritabilidad, cansancio permanente, relacionado con riesgos psicosociales y en general con condiciones de trabajo inseguras.

De acuerdo a la afiliación a SGSS aunque tienen la mayoría servicios asistenciales de salud, es muy poco lo que utilizan estos recursos por falta de tiempo, no tienen cultura de auto cuidado y no saben para qué sirven los programas de promoción y detención temprana de alteraciones. Además influye para la atención en la ESE que la mayor parte son de régimen contributivo y en menos numero subsidiado. Desconocen los derechos como trabajadores y los

empleadores no reconocen la importancia de afiliar a sus trabajadores a ARL, en caso de accidente o enfermedad laborales; además refieren que riesgos profesionales incrementa los gastos del mes y no cuentan con el recurso económico para realizarlo y si cambian de lugar de trabajo se quedan sin seguridad social.

Respecto a las condiciones de salud en el último año refieren estado bueno, relacionado con la naturalización del riesgo, en donde se evidencia que los factores de riesgo a los que están expuestos son los que desencadenan los signos y síntomas que los aquejan a diario y no el resultado de otro tipo de actividad.

Durante este periodo se realiza posicionamiento de la Política Pública para la Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y las Trabajadoras en los espacios de participación de productividad en la localidad de Chapinero.

Para la gestión y/o atención de trabajadores y trabajadoras en programas y/o servicios sociales, salud y SIVISTRA se realiza mes a mes articulación con el IPES, SENA, Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, Secretaria Local de Integración Social, con la finalidad de conocer las ofertas mensuales que tienen para mejorar las condiciones de vida de las y los trabajadores, así como la canalización al equipo de la Red Norte de SIVISTRA los trabajadores con posibles accidentes o enfermedades laborales.

En cuanto la línea de intervención de prevención y erradicación del trabajo infantil y protección del adolescente trabajador las características de fragilidad de las familias que habitan en la Localidad de Chapinero y las actividades económicas informales que realizan, colocan a niños, niñas y adolescentes en riesgo de iniciarse en el trabajo infantil, así como de desertar de las instituciones educativas al encontrar más atractiva la generación de ingresos para la satisfacción de sus necesidades y de sus familias.

Para el año 2012 se inicia con el proceso de identificación, caracterización, canalización y atención a niños y niñas trabajadores entre el rango de edad de 5 a 14 años y adolescentes de 15 a 17 años, quienes viven o trabajan en la localidad, en actividades en establecimientos comerciales, tiendas de barrio, cabinas telefónicas y venta ambulante.

La identificación de los casos de NNAT se realizó a través de estrategias como, búsqueda activa en los territorios lo que permitió el contacto efectivo con los acudientes y/o cuidadores, apertura de espacios para la sensibilización de la comunidad educativa e intervención familiar.

Se encuentran expuestos a diferentes riesgos laborales: riesgos psicosociales al tener que estar expuestos a factores intra y extra laborales, así como la atención al público para vender sus productos; carga física al manejar y transportar cargas para desplazarse de un lugar a otro, teniendo posturas permanentes e inadecuadas por tiempos prolongados y riesgos locativos al no tener un sitio permanente para ubicar sus puestos de ventas, estando expuestos en la calle a sin número de inconvenientes en especial con la policía por invasión de espacio público.

Los eventos sucedidos dentro de espacios laborales de los niños, niñas y adolescentes trabajadores son considerados normales y por lo tanto, la visualización del incidente repentino de trabajo y de la enfermedad laboral está determinada por los imaginarios sociales.

Los síntomas asociados a los riesgos a que están expuestos en su actividad laboral son dolor de cabeza, dolor en la espalda, dolor y hormigueo en muñecas o manos, dolor y hormigueo en miembros inferiores (Carga Física), disminución de la visión, tos, disnea, gripa, Cambio color de piel (Riesgos físicos y químicos) y sensación de cansancio y mal humor (Riesgos psicosociales).

Además procesos de gestión de articulación con las fundaciones ubicadas en la localidad como Fondacio para la atención efectiva en asesorías de tareas a Niños (as) Trabajadores, en contra jornada, con el IDRDI invitación al programa cultural Consentidos en el Jorge Eliecer Gaitán, un espacio para compartir en familia y acercarse más a las diferentes actividades y manifestaciones artísticas, Secretaria Distrital de Integración Social – Estrategia de Centro Amar Programa de atención integral, lo cual permite evidenciar impacto social en las acciones desarrolladas por las instituciones que han venido trabajando en pro de la restitución total de los derechos de los NNAT (niños, niñas y adolescentes trabajadores) y otras entidades locales y distritales.

Canalización al 100% todos los niños, niñas y adolescentes a los servicios de salud, buscándose de esta manera la restitución del derecho a la salud; sin embargo se encontraron algunos casos sin aseguramiento a los servicios de salud a quienes se les brindo la orientación pertinente para la gestión y vinculación a la seguridad social de acuerdo a las necesidades de cada uno.

Fortalecimiento de la Mesa Local Intersectorial para la prevención y erradicación del trabajo infantil, como espacio de discusión local y de direccionamiento de acciones, proceso de canalización directa institucional y seguimiento a las acciones planteadas en la mesa, de igual forma el espacio 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.

Otras acciones realizadas por la Empresa Social del Estado - ESE Chapinero fueron, la canalización de casos evidenciados por trabajadores y trabajadoras con la finalidad de ser intervenidos por profesionales del área de la salud.

Sensibilización y motivación para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

Asistencia mensual a la reunión de los profesionales territoriales de la intervención de Trabajo, con el objetivo de dar a conocer las dinámicas que se están presentando en la Localidad.

Asistencia a la reunión de la Transversalidad de Trabajo, que tiene como finalidad realizar actividades que permitan mejorar las condiciones de trabajo de las y los trabajadores pertenecientes a la economía informal.

A nivel intersectorial, se llevaron a cabo mes a mes articulación con el IPES, Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, Secretaria Local de Integración Social, con la finalidad de conocer las ofertas mensuales que tienen para mejorar las condiciones de vida de las y los trabajadores; a este respecto se articuló con instancias para brindar a la población con discapacidad opciones para el empleo, en articulación con los sectores nombrados anteriormente, y participación en ferias productivas; sin embargo la articulación constante de estas instituciones para desarrollar actividades que consideran beneficiosas para la comunidad, no es suficiente, pues no logran generar gran impacto, pues las dinámicas estatales, a través de su normatividad, han afectado a los y las trabajadores en su quehacer diario. Además de ello la población con discapacidad encuentra barreras de tipo económico que no les permiten tener continuidad en los programas.

3.4. Problemas de Violencia Sexual e Identidad de Género

La violencia de género se presenta en las sociedades, como un problema de alto impacto que ha conllevado al rompimiento de relaciones y al incremento de hogares disfuncionales, que día a día transitan por este imparable circuito social; el machismo, las condiciones de vida, el estrés generado por distintas circunstancias de la vida y aun la misma cultura, permiten que estos hechos sean consumados en una sociedad donde se difiere entre lo recto y lo incorrecto, entre la autoridad y el autoritarismo, entre lo concerniente a un mundo diferente que atropella sin detenciones ni justificaciones.

Por tal razón, que la salud pública juega un papel fundamental en la intervención inmediata y de calidad frente a estos hechos discriminatorios que asedian a una comunidad.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual - SIVIM, trabaja de una forma eficiente y con calidad para la detección, acción y seguimiento de casos reportados; estas actividades se llevan a cabo en articulación con otras entidades como Secretaria de Integración Social, Casa de igualdad de oportunidades, este último como actor Secretaria de Integración Social, Ligasida y proyectos del Fondo Mundial, otras rutas de atención para las violencias son (Centro de Atención Para Casos de Violencia Intrafamiliar - CAVIF, Dirección Local de educación - DILE Y Centro de Administración Educativa Local - CADEL, COMISARIAS DE FAMILIA, Sub Dirección Local de Integración Social - SLIS, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, PERSONERIA), que brindaron asesorías y capacitaciones en riesgos y proyectos de vida: “árbol de la vida”, jornadas de salud, espacios de sensibilización, ICBF y su grupo de profesionales ofrecen atención a los niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de conflicto por maltrato, abandono, violencia física y sexual.

Genera medidas de protección cuando los derechos de los niños, niñas y adolescentes han sido vulnerados. Facilita la ubicación de las familias en los servicios o programas de prevención: Hogares Comunitarios de Bienestar, Hogares Infantiles, Clubes Juveniles, Programas de Nutrición, entre otros. Los Centros de servicios judiciales URIS - Unidades de Reacción Inmediata, atendieron las 24 horas denuncias sobre delitos sexuales y violencia intrafamiliar, junto con los centros especializados de atención a los delitos sexuales, para fortalecer esfuerzos y acciones interinstitucionales.

Desde gestión local, se participa en los diferentes comités para lo concerniente a este tema como lo es el Comité de seguimiento a Víctimas de violencia, Consejo Red de buen trato y Comité de la mujer; el objetivo es poder brindar herramientas en acompañamiento con diferentes instituciones, que intervengan en la población que está siendo violentada y así restablecer sus derechos como personas, informando las rutas de atención y los mecanismos de participación para superar el conflicto.

Desde los territorios Saludables, se desarrollan acciones psicosociales, con el fin de defender los derechos fundamentales, y buscando mecanismos de

participación que promuevan el buen trato, de igual manera logrando que se mitigue o erradique esta problemática en el territorio.

Para el caso de lo reportado en el año 2012, se identificaron las siguientes intervenciones:

En los meses de Julio, Agosto y Septiembre se realizaron 57 Investigaciones Epidemiológicas de Campo - IEC, se digitó la totalidad de la notificación recibida y se realizó mantenimiento a cinco Unidades Primarias Generadoras de Datos - UPGDS

En el mes de Octubre se han realizado 41 Investigaciones Epidemiológicas de Campo - IEC y se proyecta cumplir con la meta negociada y establecida por lineamiento, se digitó la totalidad de la notificación recibida y se realizó mantenimiento a 8 Unidades Primarias Generadoras de Datos - UPGDS.

A 26/11/2012 se ha avanzado en el 75% de la meta, digitando la notificación recibida; realizando 7 seguimientos a casos de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual.

El 18 de Diciembre 2012 se ha avanzado en el 47% de la meta, realizando 6 seguimientos a casos de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual - casos atendidos 6 = 4 mujeres y 2 hombres.

Estas acciones van dirigidas a Población de 10 años en adelante que tenga como asegurador al Fondo Fiduciario para el desarrollo (FFD) del Hospital Chapinero Y Empresa Promotora de Salud – Subsidiada (EPS-S) y población de las EPSS de Capital Salud y Caprecom.

Es importante por parte del Hospital Chapinero seguir sensibilizando a las personas y a los niños en el autocuidado, en la protección del menor para disminuir el riesgo y evitar situaciones de abuso o maltrato y socializar a las personas que trabajan en las instituciones para notificar y denunciar en los casos que sean necesarios de igual manera brindar la ayuda oportuna por parte de los profesionales de la salud.

Frente a los datos facilitados por la Secretaria de Integración Social, cubre dentro de la localidad de Chapinero a 2700 Familias al año, sin discriminar a nadie y otorgando atención inmediata cuando se presenta todo tipo de violencia.

Ante esta problemática, se evidencia que ha tenido buen impacto en relación al sistema de reporte de casos, las intervenciones han sido inmediatas, pero el

problema no se ha superado porque estas denuncias desencadenan amenazas o aún más violencia que en muchas ocasiones puede llegar a causar la muerte.

La mayor dificultad que se evidencia intersectorialmente es no contar con redes para el acompañamiento a víctimas para procesos psicoterapéuticos y la dilatación de los procesos legales, lo que genera incredulidad de la comunidad hacia las instituciones y su quehacer.

3.5. Falta de apropiación al Territorio que se cohabita

El medio ambiente hace parte del mantenimiento de la salud de las personas, el cuidarlo y apropiarse del espacio en el cual se habita, determina las condiciones de bienestar en una comunidad.

El Hospital Chapinero ha realizado trabajo en territorios con salud social colectiva y participación comunitaria, vigilancia comunitaria y vigilancia en eventos de interés comunitario, con el fin de sensibilizar a las personas para el cuidado de su espacio y enseñar a otros la protección del medio, que es necesario para el buen vivir.

En el marco de operación de las acciones en salud ambiental, se desarrollan las siguientes actividades: 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 georeferenciación de los puntos de contaminación electromagnética, intersectorialidad con jardín botánico, jornadas de salud ambiental. Vigilancia Sanitaria de aire, ruido y radiación electromagnética.

Vigilancia epidemiológica de los efectos en salud por exposición a Radiación Electromagnética. Vigilancia epidemiológica de los efectos en salud por exposición a contaminación del aire. Visitas de inspección a establecimientos, toma de medidas sanitarias. Capacitación en calidad del aire.

Planteamiento de acciones a realizar desde los componentes educativo, gestión y tecnológico de la Estrategia de Entornos como respuestas a las necesidades en salud ambiental.

Validación del PIES con comunidades de los territorios saludables Desarrollo de acciones propias de los PIES- (brigadas, jornadas, festivales, investigaciones: estudios de caso).

Implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.

Diseño e implementación de estrategias de mejoramiento del entorno de la institución educativa, a partir de la activación y/o actualización participativa de mapas de zonas protectoras que generen practicas saludables o de transformación de los contextos físicos, sociales y culturales de las mismas.

Acciones de manera integrada con otros PDA y TVS del programa de salud al colegio, con el propósito de mejorar condiciones físicos ambientales de las instituciones educativas. Monitoreo y balance de los resultados mediante la evaluación de las respuestas generadas a partir de los mapas de zonas protectoras, para el mejoramiento del entorno físico y ambiental de las instituciones educativas. Identificación de grupos sociales y líderes comunitarios potencialmente interesados en el programa, acercamientos para la concertación de tiempos y espacios físicos para el plan de trabajo.

Para las personas habitantes de calle se realizó intervenciones y respuestas en contextos de escucha y reconocimiento donde se verificó, informó y orientó a la persona sobre el aseguramiento.

Se establecieron centros de escucha, campañas de prevención y promoción, jornadas integrales de autocuidado (peluquería, baño, aseo), sensibilizaciones a la comunidad.

La Secretaría Distrital de integración social ofreció, de igual forma, jornadas integrales (el tipo de atención Distrital es focalizado en hogares de paso). Estas acciones también se enfocaron en la capacitación frente al cuidado del medio ambiente, jornadas en las cuales realizaban limpieza en un espacio público (zonas verdes), enseñándoles la apropiación y cuidado de su lugar en el que habitan.

Esta respuesta es igual a la localidad de Barrios Unidos porque se realizó en el mismo contexto de Centros de Escucha, igualmente las campañas, era para toda la población habitante de calle según la localidad, solo que se trabajaba con las Sub Direcciones de Integración Social de las diferentes localidades.

Promoción de la vivienda Saludable a través de la educación sanitaria y ambiental o el fortalecimiento de procesos organizativos ambientales comunitarios, con acciones de empoderamiento y liderazgo frente a los diferentes problemas ambientales identificados por la comunidad.

Se trabaja en articulación con la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP, Alcaldía Local con la mesa ambiental y el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal - IDPAC, Gestión de la Salud Ambiental - GESA referente de la política ambiental es la responsable de promover el cuidado del

medio ambiente en el Comité Ambiental Local - CAL, se llevan a cabo reuniones mensuales y extraordinarias.

El impacto a esta problemático se ha evidenciado como inmediato, porque existen zonas en las cuales se llevan a cabo las acciones, y son de beneficio para su comunidad, sin embargo en algunos lugares se reincide en la conducta del no cuidado; aunque se han fortalecido los procesos comunitarios, aun se carece de conciencia para solucionar el conflicto. (98)

3.6. Dependencia al consumo y comercialización de SPA

La drogadicción es uno de los problemas más frecuentes y con mayor índice de población que presenta estas conductas, la dependencia ha generado conflictos de relaciones, que conlleva a violencia física y emocional, abandono del hogar, hurtos y crímenes en la sociedad.

Dentro de las acciones en el Hospital Chapinero, se intervino a nivel psicosocial y prevención de Sustancias Psicoactivas - SPA en colegios y entidades privadas, de igual manera el Sistema de Vigilancia para casos de Violencia Intrafamiliar - SIVIM atiende casos de consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA; sin embargo las acciones fueron dirigidas principalmente a ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle.

Se logró el posicionamiento del centro de escucha en la localidad, contando con la participación de un buen número de ciudadanos habitantes de calle que identifican y se apropian de este espacio como una red de apoyo donde encuentran y generan respuestas a algunas de sus necesidades.

1. Se llevó a cabo el proceso de formación como agentes comunitarios en Salud “CURSO AIEPI” – Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
2. Se participó en las Jornadas de Autocuidado programadas por la Secretaria Distrital de Integración social - SDIS.
3. Se participó activamente en la mesa de habitabilidad en calle de la localidad de Chapinero, invitándolos a participar en los centros de escucha, frente a lo cual se mostraron interesados, los diferentes actores asistentes a la reunión.
4. Se llevó a cabo un grupo focal de Ciudadanos Habitantes de Calle - CHC con la Universidad Javeriana para la construcción de los lineamientos de la política pública de salud mental.
5. Se presentó el programa Ciudadanos habitantes de Calle - CHC en la universidad Konrad Lorenz, en la Secretaria de Gobierno

En este contexto con ciudadano habitante de calle, se trabajó fuertemente en los centros de escucha, los cuales buscaban reducir el consumo de SPA a través de actividades complementarias por el Hospital Chapinero, se trabaja la política en el marco de la política del ciclo vital adultez. (99)

Otras actividades realizadas para este núcleo es promover acciones y manejo del consumo mediante la política en las mesas de adultez con oportunidades, teniendo como objetivo la intervención terapéutica para disminuir los niveles de riesgo en la salud.

Su impacto no es bueno, este se mide a través de los censos realizados por la Secretaria de Integración Social, por la cantidad de personas que ingresan a los hogares de paso diariamente y por los escasos procesos de recuperación que de estas personas deciden emprender en esta Institución; cada vez hay aumento de la población en condición de habitabilidad en calle; y las jornadas de autocuidado se han denominado según interventores del proceso, como asistencialismo, pero sin impacto porque no es deseo de estas personas internarse; se evidencia según datos suministrados por la Secretaria de Integración Social en el último reporte entregado a nivel central, que la cifra está en 9600 personas habitantes de calle, 180 para la localidad de chapinero y por supuesto conducta de consumo, sin embargo muchas de estas personas no fueron censadas, aumentando la cantidad de población en estas condiciones; los hogares de paso brindan un servicio inmediato, de día en autocuidado y noche albergue, pero estas personas no quieren seguir un procesos de rehabilitación, se evidencia por la cantidad de sujetos que se encuentran en el hogar Terapéutico el Camino, que es la última fase de recuperación; muchos no terminan su proceso.

Es importante resaltar que las acciones de sector distrital están muy superficiales en temas de prevención del consumo, ya que está dejando de lado la comunidad joven quienes desde temprana edad se ven involucrados en problemas de consumo por parte de sus familias como es el alcohol y cigarrillo, se deben incrementar estrategias de prevención al interior del grupo familiar, reforzar en el colegio y la comunidad para evitar que más adolescentes inicien consumo a tan temprana edad.

Se deberían generar programas encaminados a la prevención más que la atención ya que las personas consumidoras requieren de inversión económica para su recuperación y las estadísticas muestra que de un 100% el 25% se recupera y el restante recae nuevamente en el consumo.

Finalmente, se puede decir que la problemática ante este fenómeno es la no generación de acciones permanentes por parte del sector, que permitan el

reconocimiento de la comunidad; de igual forma no hay una red definida para la atención a personas drogodependientes independiente de su condición de habitabilidad en calle o no, lo que evidencia vacíos en las puestas comunitarias por parte del Estado. (100)

3.7. Segregación Social a poblaciones Diferenciales

Durante el primer semestre del 2012, se generó un trabajo desde la Transversalidad de Poblaciones Especiales, como parte del plan de Acción planteado desde el Hospital Chapinero en cuanto a la ejecución de intervenciones para Salud Pública.

Durante los primeros meses la referencia estuvo a cargo de la realización de documento permitiendo dar la línea técnica a las intervenciones de Ciudadano/a Habitante de Calle, para el escenario comunitario y Gestión Local; Personas del sector LGBT para el escenario comunitario, Gestión Local; instituciones de protección al menor y algunas acciones de apoyo y articulación con Trabajo, sumado a lo anterior también se generó la línea de mujer que se ejecuta únicamente desde la Gestión Local.

Una vez trabajado esto se desarrolló al interior del Hospital una propuesta de ficha de canalización a ser utilizada por los equipos de contacto en los territorios sociales establecidos para ejecutar trabajo en el Hospital.

Al mismo tiempo se desarrolló un posicionamiento y movilización fuerte de articulación con la referencia de Trabajo, pensando en el abordaje a Unidades de Trabajo Informal, para esto se programaron en conjunto con el equipo de la intervención de Identidad de Género y Orientación Sexual del escenario comunitario una serie de recorridos los cuales permitieron a lo largo del semestre acompañar las acciones de la línea de UTIS, identificando los espacios de encuentro LGBTI en los cuales se ejecutaría la intervención de Salud al Trabajo, hacer seguimiento a estos espacios y realizar actividades de posicionamiento del Hospital Chapinero y de auto cuidado con referencia a la prevención de Infecciones de transmisión sexual - ITS / Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH/Sida entre otras.

Como parte del trabajo local y distrital se hizo participación en espacios como la Red de Salud y Trabajo de Chapinero, en la mesa de Sexualidad y Género, en la Red de oportunidades para personas en ejercicio de prostitución de la zona norte, en la Mesa Lesbianas, Gays, bisexuales y transgeneristas (LGBTI) de Chapinero la cual se creó en el semestre.

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 de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a profesionales de la Empresa Social del Estado (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 Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH que se movilizaron también durante los recorridos en los espacios de encuentro entre Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas - LGBTI y en las demás actividades a nivel local. Así mismo, se logró la inclusión de una enfermera del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y una Psicóloga en un curso de pre y post de pruebas para el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH (101)

3.8. Barreras y Disponibilidad de acceso a los Servicios que garantizan el derecho a la salud

Toda persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, es un derecho inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o raizal (102)

El Hospital cuenta con la oficina de Atención al Usuario y Participación Comunitaria que cuenta con personal en todos los centros de atención para dar respuesta a las necesidades que los usuarios puedan presentar por barreras de aseguramiento. Es importante determinar que el Sistema de Salud direcciona quien debe atender a los usuarios dependiendo el régimen con el que cuente, por lo tanto la oficina de atención al usuario brinda las herramientas para garantizar el derecho a la Salud.

- Incentivar la demanda inducida hacia el servicio de vacunación desde Atención al Usuario y los Ámbitos del PIC a través de reinducción permanente. Dar respuesta oportuna y con calidad a derechos de petición, solicitudes de información de la comunidad y diferentes entes relacionados con Área de P Y P - UEL PAI. En el mes de julio se realizaron asistencias técnicas a IPS públicas y privadas dando cumplimiento a las metas establecidas en plan de acción como cierre del Plan de Desarrollo de Bogotá positiva. Para los meses de agosto y septiembre, se da inicio al Plan de desarrollo Bogotá Humana, con la planificación de acciones y contactos con actores locales e institucionales con el fin de implementar las actividades correspondientes a la vigencia Agosto a febrero 2013. La Conformación de Grupos Gestores Comunitarios como parte de las acciones de gestión comunitaria, busca

fortalecer los procesos de agencia comunitaria en salud, la incidencia de los grupos, organizaciones y redes en espacios de participación (Gestión Social Integral, Presupuestos Participativos, etc.) y la realización de acciones de transformación de las realidades locales en salud (123).

- Gestión integral de los territorios de salud en el distrito capital (gestión local – posicionamiento político) - Acceso equitativo de las personas a los servicios sociales y de salud (asesoría IPS - canalización)- Promoción de la movilización social y la participación social y comunitaria para la transformación de realidades en salud (movilización social – cabildos)

Desarrollo de acciones promocionales y preventivas para la salud de las poblaciones en los ámbitos de vida cotidiana a través de la educación y la cultura (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 Habitantes de Calle. Promover la difusión del enfoque diferencial y el respeto por las diferencias, de acuerdo a la programación mensual establecida. Para esto el referente deberá realizar.

3.9. Falta de Respuestas integrales a la población en condición de Discapacidad

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan 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, y en igualdad de condiciones con las demás (103)

El Hospital Chapinero A través del referente de discapacidad de Políticas de Gestión, moviliza acciones para brindar servicios de salud integrales a las personas en condición de discapacidad, hace posicionamiento consejo local de discapacidad, realiza Canalizaciones a servicios sociales y de salud, desarrolla estrategias para la inclusión en Instituciones Prestadores de Servicios - IPS públicas y privadas. Asesoría en casa para familias en situación de Discapacidad. Asesoría técnica colectiva para el fortalecimiento de prácticas de autocuidado para potenciar el desarrollo Infantil en la población con Discapacidad.

- De igual manera Asistencia técnica a la secretaria técnica la cual estaba a cargo de la Subdirección local de integración social SLIS para favorecer el reconocimiento de este espacio de incidencia política y el posicionamiento de la temática de discapacidad lo que generó el reconocimiento y la visibilización de esta población a nivel local y territorial, a través de este espacio se aprovechó para dar respuestas a través de las canalizaciones a los diferentes sectores o

programas de la ESE principalmente en “Asesorías a Personas con Discapacidad, familias y sus cuidadores”, Asesoría técnica colectiva para el fortalecimiento de prácticas de auto cuidado para potenciar la autonomía en la población con Discapacidad y favorecer la inclusión social.

Asesoría individual en Instituciones de educación Distrital - IED para población con Discapacidad. Asesoría Técnica en Instituciones de Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB - Infancia, Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB – Mujeres y de la Persona Mayor para crear Instituciones accesibles e Incluyentes. Asesoría en discapacidad en unidad de trabajo informal.(trabajo accesible e Incluyente). Asistencia técnica para el

Mejoramiento del Ambiente físico. Sesión grupal de Servicio de salud colectiva (SSC) para población con discapacidad.

Tabla 12 Distribución población en condición de Discapacidad Atendida en los servicios de Salud.

Mes	Infancia/ Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	Tota
Agosto	– 1 Mujer	1 Hombre	2 Mujeres	8 Mujeres	28
Septiembre	5 Hombres		2 Hombres	13 Hombres	

Fuente: Base de Datos Discapacidad Hospital Chapinero 2012*Preliminar

Tabla 13 Caracterización Registros Acumulados Localidad Chapinero 2012

Meses	Cantidad de Hombres y Mujeres	Total
Julio a Diciembre		100
acumulado – caracterizado e ingresado al sistema nacional y distrital		
Territorios		12
Acumulado Diciembre	50 Mujeres y 50 Hombres entre los 6 y 60 años de edad	100

Fuente: Base de Datos Discapacidad Hospital Chapinero 2012*Preliminar

Se aumentó el número de personas con discapacidad en el registro de caracterización, Se evidencia que existe mayor atención a Personas del ciclo vital vejez (104)

Se concluye que las acciones con las personas en condición de discapacidad, ha tenido un buen impacto, porque se han realizado intervenciones a profundidad, logrando el respeto por sus derechos y su participación en los espacios sociales.

Así mismo se promueve la participación en escenarios comunitarios que brindar herramientas desde lo promocional para lograr el auto cuidado reconociendo derechos y deberes en salud

3.10 Población propensa a Enfermedades Crónicas

El vivir bien en la vejez *“Es la dimensión patrimonial de la dignidad humana que hace referencia a las condiciones materiales de existencia de las personas mayores para gozar de un real y efectivo acceso, calidad, permanencia y disfrute de bienes y servicios que permitan vivir bien y en sociedad, teniendo en cuenta las condiciones y diversidades presentes en la vejez (105).*

Dentro de las actividades que el Hospital realiza, se encuentran: Consejería alimentaria y nutricional para la promoción de patrones de consumo alimentario adecuados.

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, se inicio el trabajo articulado con el Instituto de Recreación y Deportes quienes en comunicación y se emprende una labor con la ESE, e inician el posicionamiento de la importancia de la Actividad Física AF y los Hábitos y Estilos de Vida Saludable HEVS en los diferentes escenarios y ámbitos de la vida cotidiana identificados desde las diferentes actividades o programas del Hospital como Servicios de Salud Colectiva SSC y

jornadas o campañas propuestas por los diferentes referentes de políticas o programas.

Desde otra institución se trabaja con la Secretaria de Integración social con Proyecto 742 - Atención integral para personas mayores, disminución de discriminación y segregación socioeconómica.

Población atendida de 27 años en adelante que están en las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas - EPSS o Fondo Financiero Distrital – FFD que capitán con el Hospital Chapinero Personas a partir de los 45 AÑOS personas mayores.

La Sub Dirección Local de Integración Social - SLIS 900 personas mayores atiende anualmente.

El cumplimiento para este grupo poblacional es de 36,9% lo que denota .la falta de interés por parte de los usuarios para la asistir a las actividades de promoción y prevención.

Se concluye que aunque el impacto ha sido bueno, porque se han atendido y priorizado las acciones con persona mayor, aun se notifican casos de barreras de acceso que deben ser superados por la administración.

3.11 Evaluación

La articulación frente a los núcleos problemáticos anteriormente mencionados, se hace necesaria porque se llevan a cabo acciones conjuntas y de calidad que respondan no solo a una necesidad, sino a todas que afectan un grupo poblacional.

Cada una de las ofertas sectoriales e intersectoriales, denota una baja cobertura frente a algunos núcleos, y se busca implementar mejores estrategias de intervención que promuevan el buen vivir de las personas.

La recolección de la información se visualizó como un factor determinante para la formulación del capítulo, por tal motivo se buscan mecanismos de búsqueda a través de la tecnología o asistencia a los sectores interinstitucionales.

Se debe tener presente que la oferta de manera integral y con calidad, juega un papel fundamental en las intervenciones que se realizan a diario, y puede llegar a generar estilos de vida saludable que promuevan el buen desarrollo de las comunidades.

Es necesario continuar reforzando el trabajo desde el hospital y hacer seguimiento y monitoreo para conocer hasta qué punto las acciones realizadas generan impacto en la comunidad

Capítulo 4

Propuestas de Respuestas y Recomendaciones

4.1. Prevención y consumo prudente de los alimentos

Los buenos hábitos de alimentación en la población infantil son necesarios promoverlos porque es precisamente en la infancia donde se cultiva una salud adecuada en las personas; la nutrición es uno de los componentes esenciales de la vida para el buen desarrollo del ser humano en su formación física, psíquica y emocional, por este motivo es perentorio generar propuestas de intervención que ayuden a mejorar los estilos de vida en la forma de alimentarse.

Como se mencionó anteriormente, una de las propuestas que podría generarse para implementar hábitos de alimentación saludables en la comunidad de la localidad, es mejorar la alimentación de los niños y niñas desde el comienzo de sus vidas.

La fundación UNICEF ha desarrollado programas orientados a garantizar el derecho a la nutrición adecuada de todos los niños y niñas del mundo. Existe un compromiso internacional para incrementar y mantener el nivel de cobertura de las actuales intervenciones de nutrición de gran efecto en las esferas programáticas correspondientes a la alimentación de los lactantes y los niños y niñas de corta edad, los micronutrientes, la seguridad alimentaria en las situaciones de emergencia, y la nutrición para las personas con VIH/SIDA.

La propuesta está encaminada al compromiso de la alimentación adecuada de los niños y las niñas desde un enfoque que abarca todo el ciclo vital, el

establecimiento de alianzas y la creación y el mejoramiento de intervenciones a fin de incrementar su eficacia, como la combinación de suministro de vitamina A con otras intervenciones en pro de la supervivencia de los niños y niñas por medio de actividades de fomento de la salud infantil.

Se debe brindar a las lactantes y los niños, una mejora de su salud y nutrición, proveyendo la seguridad social reproductiva de calidad, que se hace fundamental para tratar muchas de las causas de la mortalidad infantil.

De la misma forma como lo ha hecho la UNICEF, se podría adoptar un enfoque de la salud materna basado en los derechos tanto de la madre como del menor, en el cual se trabaje en la prevención de embarazos en adolescentes, teniendo en cuenta que no existe un cuidado adecuado de la alimentación de los niños y niñas, una educación optima de las niñas y un apoyo al desarrollo de las aptitudes para la vida de las adolescentes.

La estrategia y las actividades que se podrían llevar a cabo en la Institución tienen que ver con el apoyo a la alimentación del lactante y el niño pequeño; la importancia de un enfoque multisectorial está destinado a mejorar la salud y la nutrición a través de un plan estratégico, considerando la protección, la promoción y el cuidado hacia la madre y el menor, en el cual exista un enfoque hacia la buena nutrición.

Se deben reconocer los derechos de los niños, niñas y familias, incorporando actividades de eficacia demostrada para promover y apoyar las acciones de gobiernos y organizaciones no gubernamentales en ámbitos comunitario, nacional y el de sistemas sanitarios, en el cual se realicen acciones en lactancia materna, alimentación complementaria, iniciativa de hospitales acogedores para los menores, la alimentación del infante y su madre en casos de VIH Sida y la situación de emergencia en casos de mala nutrición. (43)

Por otra parte se propone la creación de un proyecto saludable donde se promuevan buenos hábitos de vida y alimentación en cada uno de los espacios donde intervenga el Hospital Chapinero y en articulación de otras instituciones como la Subdirección Local de Integración Social, la Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entre otras competentes para llevar a cabo las acciones en nutrición de los menores.

Cada una de las instituciones deben tener actividades específicas frente a la ejecución del proyecto que se implemente; por ejemplo apoyo logístico, planes educativos de hábitos de vida saludable, apoyo para generación de estrategias de participación que beneficien a la población y en el cual se involucren las personas, canalizaciones pertinentes según casos hallados y un presupuesto y espacio que

permita el buen desarrollo de las actividades, en donde la calidad sea uno de los principales componentes.

El objetivo es trabajar temas de salud alimentaria materno-infantil y maltrato ya que es importante desde las familias promover un adecuado cuidado de los menores, principalmente en su alimentación y los ambientes sanos y adecuados que se requieren para el buen vivir en la sociedad. (106)

4.2. Comunicación Familiar Efectiva

El planteamiento de este tema, demanda unas acciones en la cual se fortalezcan los vínculos familiares a través de la comunicación asertiva, el juego de roles, las actividades en familia, entre otras, que se hacen necesarias en el ámbito comunitario.

Existe una propuesta desde la revista de psicología para América Latina, la cual incorpora acciones que podrían llevarse a cabo en la institución por medio de una estrategia llamada *diseño de intervención en funcionamiento familiar*, implementada por la Universidad de la Habana (Cuba) la cual consiste en una serie de técnicas para medir el funcionamiento al interior del sistema familiar, grupos focales que vinculan temas de comunicación, distribución de roles, solución de problemas, afectos familiares, y el diseño de proyectos que apunta a mejorar los canales comunicativos principalmente de menores hacia sus mayores.

Se proponen desde esta revista anteriormente mencionada unas fases como el acercamiento al grupo familiar en el cual recoja funciones, distribuciones de roles, ciclos vitales que hay al interior de las familias, entre otros aspectos que se realizan por medio de una dinámica de grupo social y un conocimiento previo de los integrantes, el objetivo es recolectar aspectos alegres en las familias y estimular a la reflexión grupal y participación individual.

Es necesario trabajar la comunicación, interpretación y comprensión por el otro a través de procesos comunicativos en los grupos familiares, la importancia de la comunicación de sentimientos a partir de gestos y enseñar a expresar pensamientos hacia la otra persona; debe existir un enfoque en los afectos hacia cada uno de los miembros del grupo familiar, trabajando sentimientos, emociones, expresiones verbales, entre otros aspectos que ira direccionando las acciones a mejorar las relaciones.

Otro aspecto importante del proceso es distribuir el desempeño de los roles en el hogar, las responsabilidades y el cumplimiento de las mismos con el fin de tomar conciencia de la valoración familiar y el desempeño de cada uno de estos roles; por último se plantea una solución de problemas con el fin de identificar barreras

psicológicas e imaginarias que interfieren en la solución de las situaciones que se vivencian.

Estas acciones anteriormente mencionadas se llevarían a cabo en diferentes sesiones, con un tiempo estimado de 6 meses y en el cual se implementarían con diferentes técnicas y el apoyo de diferentes instituciones como Integración Social, ICBF, universidades, comunidad entre otros que competen en temas de familia.

| AA sí mismo, se sugiere otra propuesta desde las aéreas de salud mental y ámbito familiar, como es el manejo del tiempo libre con estrategias pedagógicas involucrando un proceso de aprendizaje en habilidades para la vida y de igual forma la participación de toda la familia en cada uno de estos espacios, con el fin de fortalecer los procesos comunicativos; con ello se busca la participación de los padres inicialmente, y otras instituciones que trabajan con las familias en el fortalecimiento de procesos comunicativos; lo ideal es mejorar y el incentivar cómo la comunicación hace parte de un proceso social del ser humano, sus cambios en las diferentes esferas y su dinámica principalmente en la familia; allí se buscara lograr la resolución de conflictos que conllevan a la violencia y generan situaciones difusas e incómodas en cada persona que cohabita en este espacio. (107).

En salud mental se propone realizar actividades de intercambios intergeneracionales, en las cuales existan espacios de sensibilización en torno a la diferencia entre los ciclos vitales, mejorando aspectos entre los mismos y trabajando temas como la violencia que se puede generar a partir de las diferencias y los prejuicios que inciden en los roles generacionales.

Se sugiere fortalecer el ámbito familiar generando la confianza que debe existir en las familias y la importancia de una comunicación asertiva en cada uno de los miembros que la conforman. (108)

Las acciones deben llevarse a cabo entre las instituciones, aunando esfuerzos y recursos desde cada una de ellas para asegurar un trabajo de calidad con beneficios a las familias y las personas que se encuentran en una comunidad, y que por ende, también presentan este tipo de problemáticas.

Dentro de las recomendaciones que se sugieren para este núcleo problemático, es fortalecer la dinámica familiar con cada uno de los miembros que la conforman y permitir una estructura funcional con todos los ciclos vitales que se presentan en este espacio; de igual manera debe existir la respuesta al buen trato, no solo a los menores sino a cada persona que se encuentra involucrada en un espacio como lo es la familia; de esta forma existirá una educación adecuada de padres y cuidadores para sus generaciones.

4.3. Trabajo en Condiciones dignas y justas

El trabajo en forma digna y justa, es un derecho que todo ser humano debe tener sin discriminación alguna que conlleve a la inestabilidad de las personas y de una sociedad; por esta razón las respuestas a esta situación, deben asegurar que las condiciones laborales, se presenten de manera integral en concordancia con el modelo de trabajo que propone el Estado y las instituciones.

Uno de los proyectos que podrían implementarse en la institución es la alianza con grandes empresas y organizaciones que actúen en pro de un trabajo digno y justo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) lleva a cabo unos programas para jóvenes que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida de una población y generan ingresos para el desarrollo del país.

Una de las propuestas que ha dado éxito es el programa de empleo juvenil que opera a través de una red global de especialistas que trabajan en los departamentos técnicos de esta Organización y se encuentra en varios lugares del mundo; el objetivo de este proyecto es proporcionar asistencia a los países en el desarrollo de intervenciones coherentes y coordinadas sobre empleo juvenil.

Esta labor apunta a recopilar datos sobre la naturaleza y las dimensiones del empleo juvenil, el desempleo y el subempleo así como analizar la eficacia de las políticas y los programas nacionales existentes sobre empleo juvenil; de igual manera el asesoramiento para fortalecer las políticas de mercado de trabajo de los países y programas de empleo con la creación de capacidades para los gobiernos, empleadores y trabajadores.

La formulación y ejecución de estos programas para los jóvenes debe estar mediada por una asistencia técnica, centrando sus inversiones de forma intensiva en empleo, desarrollo de habilidades, espíritu empresarial juvenil, acceso a financiación y otras medidas activas del mercado de trabajo.

Todas las actividades deben enfocarse en sensibilizar a la población frente a la promoción del trabajo decente, el trabajo digno para los jóvenes con una orientación hacia la empleabilidad y los derechos de los trabajadores; así mismo hacer alianzas estratégicas en materia de empleo juvenil mediante la promoción de redes nacionales y globales, la cooperación interinstitucional a través de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales y la colaboración entre los sectores público y privado en los planos internacional, regional y nacional. (109)

En el área de gestión de políticas intersectoriales y de acuerdo a las condiciones de salud y trabajo observadas en la población intervenida en la localidad de Chapinero, en la que se evidencia la existencia de un riesgo frente a las formas de llevar a cabo una actividad laboral, y las condiciones en las cuales se trabaja, desde la ESE, se plantea una propuesta frente a la necesidad de diseñar una estrategia en la que se realicen exámenes médicos a los trabajadores y las trabajadoras de acuerdo a las actividades económicas en que se desempeñan para identificar la relación de los hallazgos con los riesgos a los que están expuestos y de esta forma realizar planes de mejoramiento en las unidades de trabajo Informal convirtiéndolos en espacios seguros para disminuir los accidentes y enfermedades laborales y promover la vinculación y asistencia a los servicios de salud.

Es importante contar con un trabajo intersectorial en el que se involucre a la Alcaldía local, quien es la responsable de facilitar los recursos para la ejecución del proyecto, el IPES, la Secretaria de Desarrollo Económico y Hospital Chapinero; en primera instancia se deben verificar las condiciones de salud de los trabajadores informales en cada una de las unidades en las que se interviene; posteriormente se debe evaluar quienes serían los beneficiarios del proyecto y llevar a cabo un plan de acción para generar estrategias de acción, haciendo un seguimiento a cada una de las actividades para medir su impacto. (110)

4.4. Equidad de Género y conciencia plena sobre la Identidad Sexual

La CEPAL apunta a una propuesta de análisis e investigaciones específicas, adoptando estrategias en las que se toman en consideración el espacio de relación en el que se producen las violaciones de los derechos de las mujeres y las instituciones y sectores involucrados en su prevención y atención. En este sentido, todas las respuestas que se generen a mitigar esta problemática deben tener necesariamente un enfoque integral, para brindar acciones coherentes y de calidad.

Es fundamental considerar la necesidad de fomentar el acceso de las mujeres a los procesos de adopción de decisiones y al ejercicio del poder en sus diferentes dimensiones. Por ello, Se debe impulsar desde el Estado un debate nacional y regional sobre los efectos de la discriminación de las mujeres, la violación de sus derechos como personas y, especialmente, las consecuencias sociales que conlleva la violencia de género.

La sensibilización y toma de conciencia sobre este problema debe ir acompañada de la creación de mecanismos institucionales que permitan participar en el debate, junto al sector gubernamental a representantes de la sociedad civil y de los

organismos que han desarrollado proyectos de intervención y han realizado una reflexión importante sobre el tema, así como a todos los grupos y sectores de mujeres a través de sus organizaciones.

Desde el sistema de educación se debe modificar los textos escolares que fomentan un aprendizaje rígido de los roles sexuales y sociales y contribuyen a la existencia de relaciones asimétricas y jerárquicas dentro de la familia y la sociedad. De igual manera, en los programas de estudio se deben incluir contenidos temáticos relacionados con los derechos humanos y se deben dar a conocer alternativas de resolución de conflictos personales y grupales mediante negociación y mediación, en lugar de agresión y violencia; el acompañamiento de estas acciones por parte del Hospital Chapinero ESE, se hace pertinente, ya que existe un grupo interdisciplinario como lo es el Equipo de respuesta inicial, de respuesta complementaria, quienes intervienen en los territorios, y que puede generar alternativas de respuestas a esta problemática y mejoramiento de las condiciones de salud física y emocional en la comunidad afectada.

Los gobiernos deben dar apoyo a las instituciones académicas, mediante becas y subsidios, para que realicen estudios sobre incidencia y prevalencia de la violencia de género e investigaciones sobre los aspectos ideológico-culturales que originan y perpetúan el fenómeno. De igual manera, se debe realizar un seguimiento de la ejecución e impacto de los programas, a fin de contar con antecedentes para planificar y diseñar políticas. Es necesario explorar nuevos métodos de prevención de la violencia de género y organizar equipos que, con un enfoque integral y transdisciplinario, investiguen las distintas expresiones de violencia desde una perspectiva teórica que interprete este problema aplicando el análisis de género y como una forma de violación de los derechos humanos. (111)

Se plantean otras propuestas desde la ESE, que puedan generar impacto, fortaleciendo cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la institución; se propone generar estrategias de acercamiento con procesos formativos e informativos sobre la diversidad, la inclusión y la perspectiva de género, que permita reconocer las diferencias a partir de la tolerancia y la reconstrucción de patrones de comportamiento machista que influye en la vulneración de derechos por identidades de género y/o opciones sexuales; a través de la casa de igualdad de oportunidades, la subdirección de asuntos LGBTI, la Secretaria de Integración local, el Hospital Chapinero ESE, la Alcaldía local, acceder a espacios comunitarios que permitan el acercamiento en cuanto a la temática desmitificando esquemas de pensamiento negativos que incluyen temas TABU, en donde inicia la desinformación y el desconocimiento sobre el tema y que a su vez genera la

violencia por miedos sobre la discriminación por estar dentro de lo que llaman la DIFERENCIA. (112)

Desde las intervenciones de salud mental, se pretende realizar procesos psicoterapéuticos y acciones preventivas que generen procesos constantes en contextos apropiados y con un grupo interdisciplinario adecuado e idóneo, como psicólogos experimentados en intervención clínica que favorezcan el afrontamiento de situaciones de violencia y las secuelas que se generan por estas acciones, se propone realizar acciones a través del arte y la resignificación de realidades, como alternativas de herramientas de intervención, por medio de profesionales que constantemente se encuentren disponibles para mencionadas actividades.

El objetivo es trabajar con todos los tipos de violencia, maltrato y abuso que vulneran los derechos de las mujeres; dentro de las acciones preventivas, se trabajará intersectorialmente con el sector salud, integración social, educación, bienestar familiar y la casa de igualdad de oportunidades, en el cual las acciones estarán enmarcadas en la prevención de estas violencias orientadas al empoderamiento de la población generando diferentes alternativas para cada ciclo vital; es importante también identificar los roles que se asumen dentro del ámbito familiar y escolar con el fin de definir líneas estratégicas y vincular a la comunidad para formar líderes que permitan mantener las acciones en el tiempo de las acciones propuestas anteriormente; se busca que sean las propias personas las que se empoderen de los procesos sociales y puedan educar a otros frente a la importancia del buen trato.

Para este trabajo, se recomienda trabajar con todas las etapas de ciclo vital, en todos los espacios, incluidos especialmente los educativos y realizar reuniones periódicas con padres de familia. (113)

4.5. Tejido Social en pro del Territorio

No se puede cuidar y defender algo de lo que no se tiene mayor información, durante mucho tiempo, se han podido observar los grandes avances que a nivel nacional se han presentado e implementado como estrategias de intervención en otros lugares, estos han cambiado las vidas de muchas poblaciones, y generan en las comunidades identidad y apropiación de su territorio.

Como ejemplo, se puede tomar una experiencia exitosa con los consejos comunitarios en las comunidades negras de San Jacinto Bolívar, en el cual lograron mediante historias perdidas, reflexiones, paisajes sonoros atrapados entre la rutina cotidiana, diálogos para las realidades locales y el gran potencial comunicativo de las comunidades frente a la comunicación, en donde vienen

trabajando en procesos de reconocimiento, apropiación y defensa de sus territorios, mediante el uso de diversas estrategias de incidencia social y política. En este contexto surgió con fuerza la necesidad de implementar procesos locales de comunicación, que contribuyan en el fortalecimiento de la integración y organización comunitaria de estos consejos.

Es así como ellos, acompañadas por un grupo de profesionales, comenzaron con los encuentros formativos de comunicación e historias locales, que han permitido a mujeres y hombres, abuelos y abuelas, reconocer las historias que habitan sus memorias y reconstruirlas colectivamente, desde el lenguaje radiofónico y audiovisual y desde su propia riqueza experiencial.

Mediante este trabajo se reconoce la importancia de los procesos de comunicación en la defensa de los derechos territoriales, como una manera de posibilitar y fortalecer escenarios de expresión y diálogo; considerando además que uno de los elementos fundamentales para comprender las dinámicas sociales de un territorio es el reconocimiento, la valoración y la narración de las historias locales que dan cuenta de las prácticas sociales y culturales, de su memoria histórica, de sus símbolos colectivos y de los relatos cotidianos de quienes habitan un espacio. (114)

De esta manera la localidad de Chapinero podrá fortalecer mediante estrategias comunicativas los procesos de autonomía territorial que respondan a los intereses, las necesidades y los potenciales de cada habitante, planteando diversas y ricas maneras de apropiarse de las herramientas de la comunicación.

Dichas estrategias comunicativas deben ser de fácil visualización a todo tipo de público, que despierte el interés de cuidar y defender el lugar en el que habitan por ejemplo:

-Dentro de la biblioteca de la zona o en algún tipo de salón comunitario de fácil acceso al público, podrá encontrarse una gran maqueta de lo que era la localidad antes y después, el avance y también el deterioro que ha presentado durante los últimos años.

-Poder proyectar miniserias, donde los protagonistas sean personas que hayan habitado un periodo considerable la zona, y que sean ellos mismo quienes narren las historias de vida más relevantes.

-Pintura: una pequeña galería con muestras de cómo se vivía antes y ahora dentro de la misma localidad, dicho sea de paso, sería una oportunidad para involucrar a los jóvenes y ancianos según la perspectiva de cada uno, esto despertaría el interés de las personas y las comunidades que siempre quieren vivir mejor.

Cuando ya conocemos lo que vamos a entrar a defender y cuidar, podremos entrar con planes mucho más agresivos en cuanto a:

- Seguridad
- Mejor calidad de vida
- Problemas de intolerancia
- Salud
- Drogas (115)

Como estrategia para la intervención en las comunidades, se plantea tener un mayor reconocimiento del territorio, con enfoque al recurso hídrico, conformando y ampliando redes que permitan una mayor participación de las personas en el cual se puedan involucrar en una culturización ambiental con actividades lúdicas que se lleven a cabo en el territorio.

Las acciones se harían por medio de recorridos ecológicos con la participación de toda la comunidad, a través del Comité Ambiental Local (CAL), fortaleciendo los procesos sociales que permitan la recuperación de estructuras ecológicas o puntos críticos que estén afectando de manera gradual el medio ambiente y por ende la salud de las personas que allí habitan; es necesario crear una conciencia ambiental hacia las personas, porque es desde los propios habitantes que se podrá mantener la seguridad ecológica del territorio. (116)

Se plantea, igualmente, hacer un reconocimiento de todas las áreas ambientales que existen dentro del territorio, esto es, parques, senderos peatonales, quebradas; en el cual se sensibilizara en la importancia de tener una identidad y de cuidar los recursos ambientales que se presenta el territorio.

A través de campañas y actividades de promoción de la actividad física y actividades culturales como (danza), se logrará que la comunidad se apropie de su territorio reconociéndolo como una potencialidad que facilita los medios para el aprovechamiento del tiempo libre y el cuidado de la salud como la disminución de riesgos cardiovasculares a través del ejercicio; es recomendable un trabajo en equipo con los referentes de los sistemas de vigilancia epidemiológica de nutrición, crónicos, gestión social ambiental, entre otros, que tengan la competencia para actuar como defensores del medio ambiente; de igual forma se sugiere volver a implementar la estrategia de *TU VALES* que se desarrolló en vigencias anteriores y tuvo logros importantes que impactaron positivamente la salud de las personas. (117)

4.6. Prevención y consumo consciente de SPA

Existe una dificultad frente al trabajo con personas dependientes de sustancias psicoactivas puesto que se carece de espacios, institutos o programas específicos que apunten a la promoción de buenos hábitos frente a las personas que ya se encuentran en consumo; pese a que se realizan algunas intervenciones desde lo social, como se plasmó en el capítulo anterior, están van dirigidas exclusivamente a ciudadanos que habitan en la calle.

El Hospital Chapinero ESE apunta a una propuesta de trabajar en acciones preventivas que logren mitigar el consumo de una manera prudente.

Desde el área de las ciencias sociales se propone generar procesos de corresponsabilidad con las comunidades que son beneficiarios de los diferentes escenarios de participación en el espacio público como son los parques de bolsillo los cuales son los más cercanos a la población; esto hace parte de la promoción de hábitos de vida saludable, en donde se garantice el disfrute y el desarrollo de actividades lúdico recreo-deportivas para favorecer la actividad física de forma regular en cada individuo que haga uso de estos lugares de manera regular; de igual manera promover la participación de los jóvenes de la localidad en los procesos de construcción de políticas donde se restituya el derecho a la recreación y el deporte. (118)

Se propone también realizar campañas de sensibilización para promover la responsabilidad en el consumo de alcohol, la rumba y el autocuidado, las cuales se deben realizar en los horarios establecidos; se entiende que el alcohol es una sustancia psicoactiva legal y es la más consumida por las personas.

Al lograr asentar este tipo de acciones en los territorios, se emprenderá un trabajo más fuerte, integral y social que apunte a promover la calidad de vida y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas que deterioran la salud de las personas. (119)

Una propuesta exitosa se ha dado en Panamá y desde el Ministerio de Salud donde se ha trabajado continuamente en el desarrollo de acciones de prevención, tratamiento e investigación sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas.

Dentro de las acciones de prevención del uso de estas sustancias, se desarrollan programas a través de la dirección de promoción de la salud. Estos programas incluyen capacitación del recurso humano, desarrollo de actividades en la comunidad y campañas en los medios de comunicación destinadas a disminuir el consumo de SPA en la población.

En cuanto a los aspectos relacionados con el tratamiento, el Ministerio de Salud dispone de una red de atención primaria a nivel de los centros de salud en todo el país. Igualmente, a través de los cuartos de urgencias y salas de sus hospitales se atienden los casos de intoxicaciones, síndromes de abstinencia, así como los trastornos físicos y mentales ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas. De igual forma, cuenta con varios programas ambulatorios y de internamiento para el manejo de pacientes fármacos dependientes.

Es importante destacar, que en 1997 este Ministerio elaboró, las primeras normas nacionales de atención para los centros y programas que se dedican a la atención de personas afectadas por el consumo de SPA en el medio social. (120)

4.7. Reconocimiento y aceptación de la Diferencia

En referencia a los grupos étnicos en el Distrito y a partir de las políticas públicas de cada uno de estos grupos, se pueden determinar las siguientes estrategias para su inclusión y/o participación en los programas del Plan de Desarrollo:

- Realizar un proceso de búsqueda activa de las poblaciones étnicas, teniendo en cuenta que son personas a las cuales no se les presta un servicio social y de salud adecuados, de igual manera reconocer y valorar su diversidad cultural.
- Caracterizar y generar líneas de acción para la intervención y el fortalecimiento a las organizaciones étnicas de grupos de afro-descendientes, raizales, ROM e indígenas de las localidades de Chapinero; aquí incluye lo socio-económico y cultural.
- Determinar las condiciones de vida, el proceso de adaptación a la ciudad, los procesos organizativos, y sus necesidades socio-culturales, con el fin de hacer intervenciones que apunten al mejoramiento de la calidad de vida.
- En las mesas intersectoriales, se propone apoyar y aportar a la construcción de la política pública de cada grupo étnico, realizar talleres de trabajo para identificación de las necesidades en salud de estas poblaciones.

Es importante de igual forma llevar a cabo encuentros formativos de comunicación e historias de tradición oral para reconstrucción y representación colectiva, que ayude a entender sus formas de vida y la atención prioritaria requerida como población especial.

Se debe fortalecer la información hacia esta población frente a sus derechos como personas y fomentar relaciones de interculturalidad que contribuyan al conocimiento, respeto y valoración mutua, que beneficien a todos; estas acciones deben ser de manera intersectorial, con acompañamiento oportuno y de calidad en

cada una de las intervenciones, seguimiento y evaluación de los procesos que se llevan a cabo.

Se plantea desde la referencia de población LGBTI, el reconocer la diferencia frente a las condiciones de todos los seres humanos, y adaptar un modelo de salud que permita el acceso a todos los servicios de estas personas, brindando el respeto y la oportunidad de beneficios que el Hospital debe dar; la no discriminación por su condición hace parte de las acciones de cada una de las entidades y es pertinente dar a conocer cada una de las acciones a las que se tiene como sujeto de derechos.

De igual manera se propone que se lleven a cabo jornadas culturales y deportivas con la oportunidad del acceso hacia las personas LGBTI a estos espacios, y que se generen alternativas de mejoramiento en su calidad de vida. (121)

4.8. Goce efectivo al derecho de la salud

Por parte de la referente del subsistema de vigilancia del Hospital de poblaciones diferenciales, se propone realizar procesos de sensibilización y formación a los y las profesionales del sector salud, es decir por cada institución prestadora de servicios local; a través de ellos se debe dar a conocer las normativas vigentes que hablan sobre la disminución de barreras de acceso, las rutas de intervención y las construcciones que se han desarrollado en las instituciones del sector salud en el distrito; esto con el fin de que todos sin discriminación alguna, pueden tener la seguridad de recibir un trato digno y justo, con la calidad que debe existir para todas las personas, sin importar su raza, color o condición según lo referencia la Constitución Política de Colombia.

A través del trabajo intersectorial, se debe fortalecer la ruta de canalizaciones, dándose a conocer a las demás instituciones, organizaciones sociales, Fundaciones, comunidad u otras con las cuales la ESE interviene, con el fin de capacitarlos frente al modelo de atención que se tiene desde el Hospital e involucrándolos en la efectividad de la atención para las personas, según los reportes que entreguen.

Con la efectividad de las canalizaciones individuales o grupales en todas las etapas de ciclo vital, principalmente en adultez y en todos los sectores poblacionales, se garantizaría un servicio de calidad y un beneficio en la salud de todas las personas; dichas canalizaciones consisten en diligenciar unos formatos que se encuentran establecidos desde la Secretaria Distrital de Salud, asegurando la atención y el servicio al usuario de manera prioritaria, este proceso es realizado desde los territorios, y es obligación de cada profesional realizar esta actividad. (122)

La oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) también propone un modelo de atención que puede implementarse en la ESE y que daría resultados si se maneja desde un enfoque de derechos. Según esta entidad se promueve un programa para facilitar el acceso a los servicios de salud pública de calidad para los refugiados en este caso, sin embargo, se llevarían a cabo para aquellas poblaciones que se han visto afectadas por su condición en el acceso a mencionados servicios, y que impactan en la localidad de Chapinero.

El objetivo planteado es tener una guía que se vigile y cumpla para proporcionar una atención adecuada y de calidad, mediante al acceso al servicio con bajos costos económicos en donde exista la posibilidad de ser atendido, la integración al sistema nacional público, brindando servicios complementarios en salud, garantizar que exista una equidad en la asistencia, priorizando la atención a poblaciones diferenciales.

De igual forma se propone la participación para promover las habilidades de todas las personas frente a las respuestas a los retos de salud en sus comunidades, permitiendo así que estos principios sean plenamente efectivos. También se deben establecer mecanismos de comunicación efectivos para mejorar el acceso prioritario a la atención primaria en salud y mejorar el estado de salud de las personas.

Por último plantear la creación y utilización de sistemas de información para mejorar las políticas de salud y aumentar la priorización y el impacto de los programas (122)

4.9. Inclusión social a poblaciones con Discapacidad

El acceso a los servicios sociales y de salud para las personas en condición de discapacidad; es una de las acciones que se priorizan en el Distrito y por la cual se trabaja constantemente para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Una de las sugerencias que se llevan a cabo desde la referencia de discapacidad en el área de gestión de políticas, es la restitución del derecho al trabajo: “Inclusión laboral y fortalecimiento a organizaciones de personas en condición de discapacidad de la localidad de Chapinero”, llevando a cabo caracterizaciones pertinentes de esta población que se encuentre en edad productiva; de esta manera saber qué perfil ocupacional tienen las personas para la identificación de

capacidades y habilidades donde se logre favorecer la inclusión laboral y conformación de unidades productivas que permitan mejorar las condiciones de salud, trabajo y autonomía.

Es importante sensibilizar a la comunidad frente al respeto por la diferencia, y la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad, desarrollando estrategias como campañas, jornadas en colegios, parques, eventos locales, que enseñen a no discriminar esta población con condiciones especiales.

Se debe vincular a población con discapacidad en eventos recreativos y deportivos a nivel local y distrital, para garantizar la accesibilidad desde el equipamiento y el diseño universal de las escuelas de formación deportiva y recreativa a nivel local.

Espacios de accesibles en lo urbanístico y en el componente comunicativo (manejo de información básica con sistema Braille, lengua de señas, closed caption etc.); el reconocimiento y cumplimiento de los derechos y deberes de las personas con discapacidad, se debe enseñar en todos los espacios locales a través de mecanismos de participación en el cual se apropien de la información.

Por último es necesario contar con medios de transporte para que los usuarios con discapacidad se desplacen fácilmente a su entidad de salud y tener la posibilidad de solicitar sus citas, autorizaciones, controles y demás fuera de su Institución Prestadora de Servicios (IPS) regular. O que se manejen las autorizaciones dentro de cada IPS para evitar el desplazamiento, las largas filas y la pérdida de motivación o interés por el trámite que se debe realizar. (123)

Desde la Universidad del Valle se plantea una propuesta que es la construcción de una cultura institucional de reconocimiento de la discapacidad; esta se debe llevar a cabo desde las instituciones educativas, especialmente las universidades, garantizando la formación y participación de las personas en condición de discapacidad en todos los espacios de la sociedad:

1. Se plantea que se debe incluir en el Plan de Desarrollo Institucional, la discapacidad como una cuestión que amerita respuestas efectivas desde cada una de las funciones sustantivas de la institución educativa.
2. Impulsar estrategias institucionales hacia la toma de conciencia en el sector laboral de la sociedad que favorezcan el proceso de inclusión socio-laboral de los egresados con discapacidad.
3. Desarrollar programas de cualificación docente hacia la concepción de currículo diverso, metodologías y didácticas flexibles en correspondencia con la diversidad funcional presente en los estudiantes con discapacidad.

4. Fortalecer la formación en discapacidad e inclusión de los estudiantes de los diferentes programas académicos que oferta la institución educativa para responder profesionalmente a los desafíos sociales de una sociedad diversa.
5. Crear, registrar y mantener disponible datos relacionados con la población con discapacidad en el sistema de información de la institución.
6. Comunicar permanentemente las acciones relacionadas con la construcción de un entorno universitario incluyente a través de los medios y estrategias de información y comunicación establecidas institucionalmente.
7. Poner en marcha un programa de apoyo para aspirantes y estudiantes con discapacidad con el fin de brindar respuestas a sus particularidades funcionales en el proceso de ingreso, de formación profesional, preparación para la vida laboral y titulación bajo el principio de equiparación de oportunidades.
8. Impulsar en los proyectos de innovación y virtualización pedagógica y curricular las necesidades de apoyo de la población con discapacidad considerando las diversas herramientas y formatos alternativos para la información y comunicación, así como la presencia de la lengua de señas.
9. Incluir dentro de los procesos de salud ocupacional un programa de apoyo para los empleados docentes y no docentes con discapacidad que garantice su permanencia en igualdad de condiciones y adaptación de puestos de trabajo acorde con sus particularidades funcionales. (124)

La propuesta debe desarrollarse intersectorialmente puesto que en cada una de las instituciones debe brindarse educación frente a la condición de discapacidad de las personas que habitan en la localidad de Chapinero; la necesidad de generar estrategias de intervención desde un trabajo en equipo, se hace pertinente para que las respuestas sean efectivas y con calidad, además las acciones permitirán afianzar conocimientos y ser tratados como personas normales, en el cual se logre generar un pensamiento diferente frente a su condición y puedan tener acceso a las oportunidades laborales, sociales y de salud con participación activa como sujeto de derechos.

4.10. Hábitos de Vida Saludable

Frente a los estilos de vida saludable, se han planteado desde otras ciudades como en Cali, acciones de promoción y prevención que pueden fortalecerse y complementarse en la localidad de Chapinero, con un trabajo intersectorial, que logre el avance y mejoramiento de respuestas integrales para la población mayor.

Se proponen acciones distintas a las que ya se vienen desarrollando, con el fin de impactar y mejorar la calidad de vida de las personas; acondicionamiento físico e

hidroterapia con el propósito de desarrollar estilos de vida saludables a través de la práctica de ejercicios corporales que mejoren la movilidad articular, la capacidad aeróbica y de resistencia física con movimientos especializados para personas mayores.

La memoria vital que busca disminuir los eventos recurrentes de olvido reciente en el grupo de personas mayores, desarrollando procesos de evaluación y proporcionar técnicas y ejercicios que favorecen la capacidad de recordar.

El baile es una actividad que ya está implementada, la sugerencia es mantenerla porque a través de ella se lleva a cabo una rutina con estiramiento muscular y calentamiento previo, con el propósito de mejorar la coordinación y mantener la capacidad aeróbica; es una oportunidad de socialización y aprendizaje para los mayores.

Incluir programa de natación que consiste en el aprendizaje de técnicas básicas logrando la ambientación, relajación y flotación de las personas mayores; se trabaja de igual manera la articulación.

Y por último intensificar más acciones de cine foro en donde se busca proyectar materiales audiovisuales que incentiven a la reflexión en torno a diferentes temáticas. Esta actividad consta de dos etapas: una primera etapa es el visionado de la película, la segunda etapa consta de un foro donde los participantes podrán expresar libremente sus ideas, percepciones, sentimientos, emociones y apreciaciones. (125)

Estas acciones anteriormente mencionadas, hacen parte del fortalecimiento y como una de las sugerencias que se harían, para no desarrollar los talleres de crónicos únicamente en la institución hospitalaria, desde allí es ir a las comunidades, organizaciones y otras instituciones que trabajen con personas mayores, para desarrollar estrategias que impacten y evidencien la calidad de los programas que se ofrecen.

Referencias Bibliográficas

- 1 Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Secretaria Distrital de Salud SDdMA. Política . Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011- 2023. Bogota D.C..
- 2 Secretaria Distrital de Salud DdSP–ÁdVeSP. Análisis de la situación de salud y . Gestión del conocimiento. Ficha Operativa. Programa Territorio Saludable. Bogotá D.C.; Periodo Marzo a Diciembre 2014.
- 3 Social MdSyP. Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021. Bogotá D.C.; Marzo . 15 de 2013.

- 4 Bogotá SDdPAMd. 21 Monografías de la Localidades Distrito Capital 2011 – . Diagnósticos de los aspectos Físicos demográficos y socio económicos. Localidad Chapinero. ; 2011.
- 5 básica DANdEDCG2i. Disponible en . http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&id=307&Itemid=124. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 10].
- 6 Alcaldía Mayor de Bogotá BgcCccszR. Disponible en . http://portel.bogota.gov.co/portel/libreria/php/x_frame_detalle.php?id=45380. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 12].
- 7 Social MdSyP. Calculos Poblacionales; Piramide Poblacional e Indices . Demográficos. Bogotá D.C. ; 2005 - 2020.
- 8 2011 SdpdEmB. Disponible en . <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/Se%20firma%20acta%20de%20concertaci%F3n%20del%20POT%20entre%20la%20CAR%20y%20el%2>. [Online].
- 9 Secretaria distrital de ambiente aal0C. Disponible en . http://Chapinerverde.org/biblioteca/AGENDA_AMBIENTAL_CHAPINERO_2009.PDF. Visto el 15 de abril de 2013. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 15].
- 1 Alcaldía Mayor de Bogotá SDdPUDFJdC. Diagnóstico de las áreas rurales de 0 Bogotá D.C. Tomo III Volumen 2 Área rural de la Localidad de Chapinero UPR . Cerros Orientales. Bogotá D.C.; 2010.
- 1 Secretaria de Educación del Distrito. Oficina Asesora de Planeación Gdas. 1 Caracterización del sector Educativo Año 2012. Bogotá D.C.; Febrero 2013.
- .
- 1 Humana SddpPdd2–2B. Disponible en 2 <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/PlandeDesarrollo/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf>. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 16].
- 1 SDA Sdda. Agenda Ambiental. ; 2009.
- 3
- .
- 1 Andes UCL–Udl. Marco Teorico de contaminación atmosférica en Colombia. ; 4

. Fecha de publicación, Abril de 2013.

1 Bogotá AMd. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011 -2023.
5 Documento Técnico Línea de Intervención Aire, Ruido y Radiación
. Electromagnética. Bogotá D.C. ;; Noviembre 2011.

1 Laurell AC. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana
6 de Salud. ; 1981, 2(1): 7-25.

.

1 OMS OMdIS. Determinantes sociales de la salud, Hechos irrefutables. Editado
7 por Richard Wilkinson y Michael Marmot. Política de Salud para Todos. [Online].;
. 2013 [cited 2013 Abril 20. Available from: [Disponible en
http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf).

1 Salud SDd. Diez primeras causas según lugar de residencia de localidad 02
8 Chapinero. 2001-2010. Bogotá D.C.;; Marzo 2013.

.

1 Pública HCVeS. Base de Datos Sistema de Vigilancia en Salud Pública –
9 SIVIGILA. ; 2012.

.

2 Chapinero ESEH. Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Sistema de
0 Vigilancia en Salud Oral –SISVESO. ; 2012.

.

2 Chapinero ESEH. Vigilancia en Salud Pública. Base de Sistema De Vigilancia
1 Epidemiológica De La Violencia Intrafamiliar, El Maltrato Infantil Y La Violencia
. Sexual –SIVIM. ; 2012.

2 Chapinero. ESEH. Departamento de Estadística. RIPS. ; 2012.

2

.

2 SDS Bddr. Población vinculada, desplazada y atenciones no poss, datos
3 reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red..

.

2 DANE. Cuadros Encuesta ETI 2001 y Módulos de Trabajo Infantil en ECH 2003-
4 2005 y GEIH 2007..

.

2 Chapinero ESEH. E.S.E Hospital Chapinero. Ámbito Laboral Trabajo Infantil -
5 Adolescente. Bogotá D.C.; Enero - Diciembre 2013.

.

2 Batista ALG. Análisis de Trabajo Infantil en Colombia Perspectiva Legal y
6 Psicológica. Escuela superior de administración pública.. Bogotá D.C. : Facultad
. de Posgrados, Especialización e Derechos Humanos; Bogotá D.C. 2006.

2 FLACSO PdGSyPpdlfIdcs. Construyendo la nueva agenda social desde la
7 mirada de los determinantes sociales de la salud. Chile ;; Diciembre 2005.

.

2 V AV. Guia Metodologica para la estimacion epidemiologica del estudio de carga
8 de Enfermedad. Nov 2006.

.

2 RUAF CddBddD. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. TASA * 10.000
9 Habitantes Fecha actualización: Enero 2013..

.

3 Amar Amar JJKMAALR. Factores psicosociales asociados con la resiliencia en
0 niños colombianos víctimas de la violencia intrafamiliar. Investigación y
. desarrollo. 2003; Vol. 11, n° 1..

3 Delgado E. Módulo 1: Seminario sobre Violencia de Género para personal de
1 Servicios Sociales Comunitarios. [Online].; 2009. Available from: [Disponible en
. http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/areas/igualdad/ig
ual_muj/Violencia_G/documts_quiasyotro](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/areas/igualdad/igual_muj/Violencia_G/documts_quiasyotro).

3 Salud DSDd. Certificado de defunción.- Bases de datos DANE- Sistema de
2 Estadísticas Vitales SDS. ; Actualizado Enero 2013.

.

3 Salud HCESDd. Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional Localidad
3 Chapinero. [Online].; 2012 [cited 2014 Abril 24. Available from:
. file:///C:/Users/Ana/Downloads/Plan_Local_Seguridad-Alcaldia_Chapinero.pdf.

3 ESE HC. Bases de datos SISVAN. Preliminar. Bogotá D.C.; 2012.

4

.

3 Cardoso Coronel PJ. Bajo peso al nacer en recién nacidos de madres sometidas
5 a estrés durante su embarazo.. [Online]. Available from: [Disponible en](#)

- . <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/381> visto el 18 de abril de 2013.
- 3 ESE HC. Unidad de análisis para el diagnóstico con participación de Gestión de 6 Políticas. Bogotá D.C.; 2013.
- .
- 3 Chile MdSd. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. 7 Chile.; 2012 - 2020.
- .
- 3 Olivia Delgado A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgo durante la 8 adolescencia. Apuntes de psicología, Revista cuatrimestral de Psicología. . [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 25. Available from: [disponible en: http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/77](http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/77).
- 3 Montserrat Sagot AC. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia 9 intrafamiliar en América latina. Organización Panamericana de la Salud OPS.. . Bogotá D.C.; 2000.
- 4 Israel JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V, la 0 Medicina N° 107 - Agosto/2001. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 25. Available . from: [Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%).
- 4 Familiar MdIPS–ICdB. III Plan Nacional de erradicación del trabajo infantil y 1 protección del trabajo juvenil 2003-2006. Bogotá, D.C.; 2003.
- .
- 4 Luis Carlos Tabora Ramírez MD JTV. El Suicidio en cifras. Bogotá D.C.; 2005. 2
- .
- 4 Bogotá AMd. Política Pública social para el envejecimiento y la vejez en el 3 Distrito Capital 2010-2025 "Por una Ciudad de Derechos para todos y todas la . edades". Bogotá D.C.; 2010.
- 4 Forenses INdMLyC. Cuadros Estadísticos Muertes Violenta. Bogotá D.C. 2012.. 4
- .
- 4 ESE HC. Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Sistema de Vigilancia en 5

- . conducta suicida –SISVECO. 2012..
- 4 Centro de Logoterapia y análisis existencial (CELAE) CEpALyC(. 2006.
6 Montevideo Uruguay 2006.
- .
- 4 Rodriguez AS. “Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en
7 Colombia”. Universidad Autónoma de Barcelona. España, 2010..
- .
- 4 Bateson G. Espíritu y naturaleza. Buenos Aires :Ammortu editores. 1993..
8
- .
- 4 De la Mata C. Clínica dietética y taller de tesina, licenciatura en nutrición. Rev.
9 Méd. Rosario. Universidad de Concepción del Uruguay. Clínica dietética y taller
. de tesina, licenciatura en nutrición. 2008; Vol 74: 17 – 20.
- 5 Harris M. Bueno para comer, enigmas de alimentación y cultura. El libro de
0 bolsillo antropología, : Editorial Alianza; 1989.
- .
- 5 ESE HC. Anuario epidemiológico Localidad de Chapinero Bogotá D.C.; 2012.
1
- .
- 5 Agricultura F2OdINUplAyl. Una introducción a los conceptos básicos de la
2 seguridad alimentaria. 2013. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22. Available from:
. [Disponible en http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf](http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf).
- 5 OMS OMdIS. Datos y cifras. Datos sobre obesidad. [Online].; 2013 [cited 2013
3 Julio 22. Available from: [Disponible en
. http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index1.html).
- 5 OMS 2012 OMdIS. Centro de Prensa. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva
4 N° 311. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22. Available from: [Disponible en
. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/).
- 5 Social Sdl. Temas generadores de la localidad de chapinero. [Online].; 2013
5 [cited 2013 Julio 22. Available from: [Disponible en
. http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/gsi/TEMAS%20GENERADORES%20CHAPINERO.pdf](http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/gsi/TEMAS%20GENERADORES%20CHAPINERO.pdf).

- 5 Nutricional. ClpISAy. Plan local de seguridad alimentaria y nutricional. [Online].
6 Available from:
. http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Pol%C3%ADticas%20de%20salud/Pol%C3%ADtica%20de%20alimentaci%C3%B3n%20y%20nutrici%C3%B3n/planes%20%20locales%20%20SAN/SAN_CHAPINERO.pdf.
- 5 Rosario Ud. El trabajo y su relación con el bienestar individual y colectivo.
7 [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 13. Available from:
. <http://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-I--2006/Fasciculo-5/ur/El-trabajo-y-su-relacion-con-el-bienestar-individu/>.
- 5 ESE HdC. Informe final de la sala situacional, tema salud infantil. Localidad de
8 Chapinero 2012. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22. Available from:
. http://esechapinero.gov.co/lportal/c/document_library/get_file?p_l_id=1838669&olderId=1838678&name=DLFE-12322.pdf.
- 5 Unidas ODiN. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD-
9 Honduras. La educación y las oportunidades laborales. Editorial PNUD. 2000.
.
- 6 Universidad Nacional de Colombia. UNICEF – Colombia. Observatorio de
0 Coyuntura Socioeconómica CdlpeDFdCE. Panorama laboral colombiano: alto
. desempleo, ingresos precarios. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 14. Available
from: [Disponible en http://www.cid.unal.edu.co/observatorio/pdfs/boletin11.pdf](http://www.cid.unal.edu.co/observatorio/pdfs/boletin11.pdf).
- 6 Amable ByG. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos
1 y resultados preliminares de un estudio multimétodos. Arch Prev Riesgos Labor
. 2001;4(4):169-184. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 15. Available from:
[Disponible en http://www.scsmt.cat/Upload/TextCompleto/2/0/203.pdf](http://www.scsmt.cat/Upload/TextCompleto/2/0/203.pdf).
- 6 Grajales-Urrego N. Dimensiones cualitativas de la explotación sexual infantil en
2 la localidad de chapinero: límites de la política pública distrital y alternativas de
. intervención. Pap. Polít. Estud. Bogotá (Colombia), Vol. 4, No. 1, 191-212, enero-
junio de 2008.. visto el 15 de julio de 2013 Julio;(Disponible en
<http://revistas.javeriana.edu.co/sitio/papelpolitico/admin/upload/uploads/9.EXPLOTACION%20SEXUAL%20INFANTIL%20EN.pdfOMS>).
- 6 Instrumento para la medición de riesgos psicosociales. [Online].; 2013 [cited
3 2013 Julio 16. Available from: [Disponible en http://www.istas.net/copsog/](http://www.istas.net/copsog/).
- .

- 6 Jacinto C. Los jóvenes, la educación y el trabajo en américa latina. Nuevos 4 temas, debates y dilemas. ILPE-UNESCO. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 16]. Available from: [Disponibile en http://207.249.3.58/pdf/221_Los_jovenes_la_educacion_y_el_trabajo.pdf](http://207.249.3.58/pdf/221_Los_jovenes_la_educacion_y_el_trabajo.pdf).
- 6 Lamas M. El género la construcción cultural de la diferencia sexual. Compiladora 5 PUEG. Grupo Editorial Miguel Ángel. Porrúa México. 2000. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 19]. Available from: [Disponibile en http://www.mujeresdelsur.org/sitio/images/descargas/gtps_conway-y-otros_unidad_1.pdf](http://www.mujeresdelsur.org/sitio/images/descargas/gtps_conway-y-otros_unidad_1.pdf).
- 6 Lomas C..¿El otoño del patriarcado? El aprendizaje de la masculinidad y de la 6 feminidad. Cuadernos de Trabajo social Vol. 18 (2005): 259-278. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 20]. Available from: [Disponibile en http://scholar.google.com.co/scholar_url?hl=es&q=http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS0505110259A/7596&sa=X&scisig=AAGBfm12A5H6eohUiqdhIdc36v-v5lq6Cw&oi=scholar&ei=MF3uUbnZKIPM9QTvrYGwBw&ved=0CC0QgAMoADAA](http://scholar.google.com.co/scholar_url?hl=es&q=http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS0505110259A/7596&sa=X&scisig=AAGBfm12A5H6eohUiqdhIdc36v-v5lq6Cw&oi=scholar&ei=MF3uUbnZKIPM9QTvrYGwBw&ved=0CC0QgAMoADAA).
- 6 salud Imslvyl. La violencia sexual. Capítulo 6. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 7 20]. Available from: [Disponibile en http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf](http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf).
- 6 Pérez FCJ, Rubio AE. Introducción al estudio de la sexualidad. Antología de la 8 sexualidad humana. 2ª ed. (pp. 17-46). México: Conapo. [Online].; 1994.
- .
- 6 La cosificación sexual: la representación de la mujer en los medios. [Online].; 9 2013 [cited 2013 Enero 28]. Available from: [Disponibile en http://orbitadiversa.wordpress.com/2013/01/28/cosificacion-sexual/ visto el 21 de Julio de 2013](http://orbitadiversa.wordpress.com/2013/01/28/cosificacion-sexual/).
- 7 Pérez Charry GHCE. Análisis de situación de salud de la intervención 0 intersectorial para personas en situación de prostitución. Bogotá D,C.;; 2012.
- .
- 7 Mundo cooperante. Mujeres que cambian el mundo. [Online].; 2013 [cited 2013 1 Julio 21]. Available from: [Disponibile en http://www.mujeresquecambianelmundo.org/](http://www.mujeresquecambianelmundo.org/).
- 7 Chapinero CcLd. Diversidad sexual. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 21].

- 2 Available from: [Disponibile en http://origodico.blogspot.com/2008/09/centro-comunitario-lgbt-de-chapinero_07.html](http://origodico.blogspot.com/2008/09/centro-comunitario-lgbt-de-chapinero_07.html).
- 7 Semillas de identidad. Campaña por la defensa de la biodiversidad y la 3 soberanía alimentaria. 22 de febrero de 2012. Disponible en . <http://semillasdeidentidad.blogspot.com/2012/02/reservorios-bancos-de-semillas-de.html>. ; 2013.
- 7 tiempo Ne. Los cerros de Chapinero. 1994.. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22.
- 4 Available from: [Disponibile en http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-63034](http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-63034).
- 7 Semillas de identidad. Campaña por la defensa de la biodiversidad y la 5 soberanía alimentaria. [Online].; 2012 [cited 2012 Febrero 12. Available from: . [Disponibile en http://semillasdeidentidad.blogspot.com/2012/02/reservorios-bancos-de-semillas-de.html](http://semillasdeidentidad.blogspot.com/2012/02/reservorios-bancos-de-semillas-de.html) visto el 22 de Julio de2013.
- 7 Juvenil RyEdR. La red de organizaciones comunitarias una experiencia de 6 articulación barrial zonal y de ciudad por una vida digna, sin miseria ni exclusión. . Observatorio Kavilando2011. Medellín Colombia. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22. Available from: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3860731.pdf&ei=IYztUbyNDJSK9gSvjIGwCA&usq=AFQjCNEMWrcNpV_wGf6L1ssanTU78lfANQ&sig2=Ms717rJ47FEeTpbM37oGJw&bvm=bv.4.
- 7 Damin C. Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud pública. 7 Boletín de Temas de Salud de Mundo Hospitalario, Año 17, N° 155, Septiembre . de 2010. [Online].; 2010 [cited 2013 Julio 22. Available from: [Disponibile en http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/abuso_sustancias_amm.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/abuso_sustancias_amm.pdf).
- 7 Sandoval Bernal H. Drogas Psicoactivas y violencia. Violencia, sociedad y salud. 8 [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22. Available from: [Disponibile en http://www.encolombia.com/medicina/academedia/Academ%2041oct%201995/Violenciasociedadysalud10.htm](http://www.encolombia.com/medicina/academedia/Academ%2041oct%201995/Violenciasociedadysalud10.htm).
- 7 Sierra DPRMPAyNM. Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no 9 consumidores de sustancias psicoactivas. 2005. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio . 22. Available from: [Disponibile en http://www.adicciones.es/files/Perez.pdf](http://www.adicciones.es/files/Perez.pdf).
- 8 Barca Lozano AOLJMSPRRM. Determinantes familiares, escolares y grupales 0 del consumo de drogas en la adolescencia, Implicaciones para el tratamiento.

- . Estudios de Psicología, ISSN 0210-9395, IS. [Online].
- 8 Bogotá AMd. Los Camad instrumentos de paz. Oficina de paz. [Online].; 2013
1 [cited 2013 Julio 22. Available from: [Disponible en](#)
. <http://www.bogotahumana.gov.co/index.php/noticias/comunicados-de-prensa-alcalde-mayor/2083-qlos-camad-son-instrumentos-de-pazq-alcalde-petro>.
- 8 Monte Guaracao AAMdB2. Análisis de situación del ciudadano habitante de 2 calle. Bogotá D.C.; 2012.
- .
- 8 Capital S. Definición de régimen subsidiado. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 10.
3 Available from: [Disponible en](#)
. <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>.
- 8 Hernández Álvarez M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos
4 Estructurales para su Realización Rev. salud pública. 2 (2): 121 -144, 2000.
. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 10. Available from:
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.unal.edu.co%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18882%2F19840&ei=33jsUc6xBouA9QTf8oGgAg&usq=AFQjCNHoX959pyAjGl>.
- 8 Pérez Ortiz VA. Tutela y el derecho a la salud, periodo 2003 - 2005 Defensoria
5 del pueblo. Bogotá, D.C., 2007. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 10. Available
. from: [Disponible en](#)
http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf.
- 8 Alejo JCSCHDADI. Acceso de servicios de salud a la población LGBTI. [Online].;
6 2013 [cited 2013 Julio 10. Available from: [Disponible en](#)
. <https://shaijm.jux.com/663505>.
- 8 Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad.
7 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Mexico 2013.
. [Online].; 2013. [cited 2013 Julio 22. Available from:
<http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Convencionsobrelosderechosdelaspersonascondiscapacidad.pdf>.
- 8 Bogotá AMdBSDdSd. Sistema de Vigilancia Discapacidad: Bases de datos de
8 2012. Bogotá D.C.; 2012.
- .

8 ESE HdC. Análisis de la situación en salud y calidad de vida ASIS localidad de
9 Chapinero. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 22. Available from:
. http://esechapinero.gov.co/lportal/c/document_library/get_file?p_l_id=1524568&folderId=1691064&name=DLFE-12270.pdf.

9 Factores determinantes y factores de riesgo de de la hipertensión arterial.
0 [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 11. Available from: [Disponible en . http://lahipertensionarterial.blogspot.com/2008/02/factores-determinantes-y-factores-de.html](http://lahipertensionarterial.blogspot.com/2008/02/factores-determinantes-y-factores-de.html).

9 Harrison. Principios de Medicina Interna, 17a edición capítulo 338. Diabetes
1 mellitu. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 12. Available from: [Disponible en . http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aID=3745672&searchStr=diabetes+mellitus#3745672](http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aID=3745672&searchStr=diabetes+mellitus#3745672).

9 Los determinantes sociales de la diabetes y el problema de la prevención.
2 [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 13. Available from: [Disponible en . http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/determinantes-sociales-de-la-diabetes-y-el-problema-de-la-prevenci%C3%B3n](http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/determinantes-sociales-de-la-diabetes-y-el-problema-de-la-prevenci%C3%B3n).

9 ESE HC. Boletín Epidemiológico. Bogotá D.C.; Mayo 2012.

3
.

9 Gómez de Vargas I,yRDI. La oferta y demanda en los servicios de salud. Salud
4 Uninorte. Barranquilla, 1990. 85-88.. [Online].

.

9 112.

5 [https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTr
. ansversales/SeguridadAlimentariayNutricional.aspx](https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/SeguridadAlimentariayNutricional.aspx). [Online]. Available from:
[112.
https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTr
ansversales/SeguridadAlimentariayNutricional.aspx](https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/SeguridadAlimentariayNutricional.aspx).

9 114.

6 [. http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ViolenciaInt
. rafamiliar.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ViolenciaInt). [Online]. Available from: [114.
. http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ViolenciaInt
rafamiliar.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ViolenciaInt).

9 ESE HC. Informe final Salud mental. Bogotá D.C.; 2012.

7

.

9 Una apuesta del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” aprobado por el Concejo
8 Distrital (Acuerdo 489 de 2012)..

.

9 ESE HC. Informe final Medio ambiente. Bogotá D.C.; 2012.

9

.

1 ESE HC. Informe final Proyecto especial: ciudadano habitante de calle. Bogotá
0 D.C.; 2012.

0

.

1 ESE HC. Informe final Territorios. Bogotá D,C.; 2012.

0

1

.

1 ESE HC. Informe final proyecto especial: población LGBTI. Bogotá D.C.; 2012.

0

2

.

1 ESE HC. Equipo ASIS. Unidad de análisis: Diagnostico local con participación
0 social, capítulo 3: Matriz de ofertas. 2013. Bogotá D.C.; 2012.

3

.

1 125. "Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con
0 Discapacidad - Artículo 1. Propósito. Pág. 4", 30 de marzo de 2007). [Online].

4

.

1 ESE HC. Matriz 869 VSP para el año. Bogotá D.C.; 2012.

0

5

.

1 http://www.unicef.org/spanish/health/index_childsurvival.html.. [Online]; 2013

0 [cited 2013 Diciembre 03. Available from:
6 http://www.unicef.org/spanish/health/index_childsurvival.html..

.

1 Psicología para América Latina está incorporada como revista en La BVS-
0 ULAPSI(Biblioteca Virtual de la Unión de Entidades de Psicología. [Online].;
7 2013 [cited 2013 Diciembre 4. Available from:
. <http://psicolatina.org/Tres/intervencion.html>.

1 ESE HC. Referente de familias - Gestión de Políticas intersectoriales. Bogotá
0 D.C.; 2012.

8

.

1 ESE HC. Referente de salud mental para la localidad de Chapinero. ESE -
0 Gestión de Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.; 2012.

9

.

1 Organización Internacional del Trabajo; Promover el empleo, proteger a las
1 personas;. [Online].; 2013 [cited 2013 Diciembre 6. Available from:
0 [http://www.ilo.org/employment/areas/youth-employment/WCMS_193816/lang--
. es/index.htm](http://www.ilo.org/employment/areas/youth-employment/WCMS_193816/lang--es/index.htm).

1 ESE HC. Referente de trabajo para la localidad de Chapinero. ESE - Gestión de
1 Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.; 2012.

1

.

1 <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/4345/lcl957e.pdf> Página visitada el 08
1 de Diciembre de 2013. [Online].

2

.

1 ESE HC. Referente de poblaciones diferenciales - LGBTI del Hospital Chapinero.
1 Gestión de Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.; 2012.

3

.

1 ESE HC. Referente de salud mental para la localidad de Chapinero. ESE -
1 Gestión de Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.; 2012.

4

- .
1 Ma OdTÉlccecmd. Comunidades Negras. consejos comunitarios Santo Madero-
1 Paraíso y Eladio Ariza-San Cristóbal, en San Jacinto, Bolívar, y el Consejo
5 Comunitario Mayor del alto San Juan..
- .
1 Ruiz Bautista AM. Asistente pastoral Iglesia Cristiana Abre tu Corazón y agente
1 social en Fundación "generación con futuro". Barrio Casuca - Bogotá - Colombia.
6 ; 2013.
- .
1 ESE HC. Referente de GESA para la localidad de Chapinero. ESE - Gestión de
1 Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.; 2012.
7
- .
1 ESE HC. Referente de actividad física - Hospital Chapinero. Gestión de Políticas
1 intersectoriales. Bogotá D,C;; 2012.
8
- .
1 ESE HC. Referente de actividad física - Hospital Chapinero. Gestión de Políticas
1 intersectoriales. Bogotá D-C.
9
- .
1 ESE HC. Referente de juventud - Gestión de Políticas intersectoriales. Bogotá
2 D.C.; 2012.
0
- .
1 ESE HC. Referente de etnias, indígenas, raizales, poblaciones ROM. Gestión de
2 Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.;; 2012.
1
- .
1 ESE HC. Referente de poblaciones diferenciales - LGBTI del Hospital Chapinero.
2 Gestión de Políticas intersectoriales. Bogotá D.C.; 2012.
2
- .

- 1 Garantizar el acceso a los servicios de salud; Guía operativa para la protección
2 de los refugiados y las soluciones en áreas urbanas. Disponible en
3 <http://www.unhcr.org/health/EnsuringAccesstoHealthCareSPA2lowres.pdf>.
4 . [Online].; 2013 [cited 2013 Diciembre 9. Available from:
5 <http://www.unhcr.org/health/EnsuringAccesstoHealthCareSPA2lowres.pdf>.
- 1 ESE MAHC. Referente de discapacidad - Gestión de políticas. [Online].; 2012.
2
3
4
5 .
- 1 Universidad del Valle. Consejo superior. [Online].; 2013 [cited 2013 Diciembre 9.
2 Available from:
3 [http://salud.univalle.edu.co/pdf/POLITICA_DE_DISCAPACIDAD_E_INCLUSION](http://salud.univalle.edu.co/pdf/POLITICA_DE_DISCAPACIDAD_E_INCLUSION_UNIVALLE.pdf)
4 . [UNIVALLE.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/POLITICA_DE_DISCAPACIDAD_E_INCLUSION_UNIVALLE.pdf).
- 1 Alcaldía Mayor de Bogotá DCSdH, Planeación DAd. Recorriendo Chapinero. ;
2 2004.
3
4
5 .
- 1 Shaffer RD. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Thomson
2 editores.. México.; 2000.
3
4
5 .
- 1 Cardoso Coronel PJ. Bajo peso al nacer en recién nacidos de madres sometidas
2 a estrés durante su embarazo. [Online]. Available from: [Disponible en](http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/381)
3 <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/381> visto el 18 de abril de 2013.
4
5 .
- 1 López Gómez SRTRMTAEM. Los riesgos maternos pre-, peri- y neonatales en
2 una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo..
3
4
5 .
- 1 Chapinero ESEH. Seguimiento a Indicadores epidemiológicos en Salud 2012 por
2 el equipo de Análisis de la situación de Salud –ASIS. ; Febrero 2013.
3
4
5 .
- 1 Lirios CG. Los determinantes del maltrato infantil. Revista científica electrónica

3 de psicología. Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas. IC Sa-
1 UAEH No.8 192..

.

1 [Online].

3

2

.

1 Lomas C. ¿El otoño del patriarcado? El aprendizaje de la masculinidad y de la
3 feminidad. Cuadernos de Trabajo social Vol. 18 (2005): 259-278.. [Online].; 2013
3 [cited 2013 Julio 20].

.